

การศึกษาปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี

ปริญญานิพนธ์

ของ

ลดาวัลย์ น้อยเหลือ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2551

การศึกษาปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี

ปริญญานิพนธ์

ของ

ลดาวัลย์ น้อยเหลือ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2551

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษาปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ของ

ลดาวัลย์ น้อยเหลือ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2551

ลดาวัลย์ น้อยเหลือ. (2551). ปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี.

ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: อาจารย์ ดร. จักรวีณ์ สิทธิศิริวรณ, อาจารย์

ดร. นิยะดา จิตต์จรัส.

การศึกษาวัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและด้านย่อย 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และ 3) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยมีปัจจัยเชิงสาเหตุทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาเป็นตัวทำนายได้แก่ 1) ลักษณะบุคลิกภาพ 2) ความเชื่ออำนาจภายในตน 3) สุขภาพจิต 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ 6) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีการจำแนกแบ่งแยกตามเพศ และช่วงอายุต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดนนทบุรี ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2550 – มกราคม 2551 จำนวนทั้งหมด 220 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น (Stepwise Multiple regression)

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรหลักที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเพศและช่วงอายุ โดยในภาพรวมพบตัวแปรหลักที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ได้ มีดังนี้ คือ

1. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม มี 3 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน มีค่าอำนาจการทำนายเป็นลบ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าอำนาจการทำนายเป็นบวก และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอำนาจการทำนายเป็นบวก

2. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย มี 2 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าอำนาจการทำนายเป็นบวก และความเชื่ออำนาจภายในตน มีค่าอำนาจการทำนายเป็นลบ

3. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา มี 2 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนมีอำนาจการทำนายเป็นลบ และการสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจการทำนายเป็นบวก

4. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมกับการสังคม มี 2 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน มีอำนาจการทํานายเป็นลบ และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีอำนาจการทํานายเป็นบวก

A STUDY OF PSYCHOLOGICAL FACTORS AND SOCIAL SUPPORT RELATED TO LIFE
QUALITY BEHAVIOR OF THE ELDERLY IN THE SENIOR CLUBS AT THE PUBLIC
HOSPITALS, NONTABURI PROVINCE

AN ABSTRACT
BY
LADAWAN NOILEIOU

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University
May 2008

Ladawan Noileiou. (2008). *A Study of Psychological Factors and Social Support Related to Life Quality Behavior of the Elderly in the Senior Club at Public Hospitals, Nontaburi Province*. Master's Project M.Ed. (Developmental Psychology) Bangkok: Graduated School, Srinakharinwirot University.
Advisory Committee: Dr. Shuttawwee Sitsira-at, Dr. Niyada Chittcharat.

The objectives of the research aimed at finding psychological and social support to see if they could predict life quality behavior of the elderly. The analysis aimed at the following sub-aspects: 1) physical care behavior 2) religious practicing behavior and 3) social participating behavior. Then the results obtained were accumulated to find the overall behavior. The psychological and social support predicting variables were 1) future orientation 2) internal locus of control 3) mental hygiene 4) self-esteem 5) social support from the family 6) social support from peers. The participants were 220 elder people who were divided into subgroups according to their gender and age. The participants were members of senior clubs at public hospitals in Nonthaburi province. They participated in the club activities at least once a month during November 2007 to January 2008. The statistics used were Stepwise Multiple Regression.

The results showed that the overall behavior of the elderly and the three sub-aspects differed according to gender and age. However, the major variables that could predict the life quality behavior of the elderly were as follows: 1) Three variables which could predict overall life quality behavior were internal locus of control with negative prediction value, self-esteem with positive prediction value and social support from the family with positive prediction value. 2) Two variables which could predict physical care behavior of the elderly were self-esteem with positive prediction value and internal locus of control with negative prediction value. 3) Two variables which could predict religious practicing behavior were internal locus of control with negative prediction value and social support from the family with positive prediction value. 4) Two variables which could predict social participating behavior were internal locus of control with negative prediction value and self-esteem with positive prediction value.

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

จาก

“เงินงบประมาณแผ่นดินประจำปีงบประมาณ 2551”

ระดับปริญญาโท ปีการศึกษา 2550

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก อาจารย์ ดร.ฉัฐวิทย์ สิทธิศิริวรกร ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.นิยะดา จิตต์จรัส กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำการแก้ไข ข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะต่างๆ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการศึกษา จนกระทั่งปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ สมบูรณ์ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภักดิ์ รองศาสตราจารย์ ประณต คำฉิม รองศาสตราจารย์ ดร. นวลละออ สุภาพล รองศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา อาจารย์ธีรชน พลโยธา และ อาจารย์ วิญญูญา วัฒนโธ เป็นกรรมการสอบเค้าโครงปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลา ให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์แก่ปริญญานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภักดิ์ และ รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร กรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลา ให้ข้อคิดเห็น เสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์แก่ปริญญานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร รองศาสตราจารย์ ประณต คำฉิม รองศาสตราจารย์ ดร. นวลละออ สุภาพล อาจารย์ ดร.ดวงเดือน แซ่ตั้ง อาจารย์ พิศวง มหาพันธ์ อาจารย์ ดร. ศยามล เอกะกุลานันต์ และคุณสมฤดี ธัมกิตติคุณ ที่ให้คำแนะนำและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปรีชา ธรรมมา ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจความถูกต้องของชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ และ รองศาสตราจารย์ ทิพา เทพอัศวพงศ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจ ความถูกต้องของบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาจิตวิทยา ทุกท่าน และคณาจารย์ทุกท่าน ในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ให้กับผู้วิจัยและศิษย์ ทุกคนด้วยความรักและความเมตตา

ขอขอบคุณเพื่อน และพี่ๆ น้องๆ ผู้ร่วมงานของผู้วิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและทำงานวิจัย

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ ที่คอยให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ และ ขอขอบคุณพี่น้องสมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ตลอดมา รวมทั้ง ผู้ให้ความช่วยเหลืออีกหลายท่านที่มีได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้

ลดาวัลย์ น้อยเหลือ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	4
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา	4
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
สมมติฐานในการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ผู้สูงอายุ.....	11
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	11
ความสำคัญของผู้สูงอายุ.....	13
การแบ่งช่วงอายุของบุคคลในวัยสูงอายุ.....	13
การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ.....	16
พัฒนาการของการเข้าสู่วัยสูงอายุและการปรับตัว.....	18
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	19
ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	19
ความสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	20
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	22
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	27
พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา.....	29
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม.....	34

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ปัจจัยเชิงเหตุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	42
ปัจจัยทางจิตกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	42
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน.....	42
ความเชื่ออำนาจภายในตน.....	46
การเห็นคุณค่าในตนเอง.....	48
สุขภาพจิต.....	51
การสนับสนุนทางสังคม.....	54
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	54
ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม.....	55
แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม.....	56
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว.....	57
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน.....	59
ปัจจัยทางชีวสังคมกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยเชิงเหตุ.....	61
เพศกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยเชิงเหตุ..	61
อายุกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยเชิงเหตุ..	62
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผล.....	98
ข้อเสนอแนะ.....	103
 บรรณานุกรม.....	 104
 ภาคผนวก.....	 119
ภาคผนวก ก	119
ภาคผนวก ข	144
 ประวัติผู้วิจัย.....	 205

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ.....	50
2 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ.....	65
3 จำนวนของผู้สูงอายุ จำแนกแยกตามเพศในช่วงอายุต่าง ๆ	66
4 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานะภาพสมรส และอาชีพปัจจุบัน	77
5 จำนวน และค่าร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศในช่วงอายุต่างๆ	78
6 ค่า β และ R^2 ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุโดยรวม	79
7 ค่า β และ R^2 ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแล สุขภาพกายของผู้สูงอายุ ในกลุ่มต่างๆ	82
8 ค่า β และ R^2 ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ ในกลุ่มต่างๆ	85
9 ค่า β และ R^2 ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ ในกลุ่มต่างๆ	88
10 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทำนาย 6 ตัว ของผู้สูงอายุ ทั้ง 12 กลุ่ม	145
11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวแปรทำนาย ในกลุ่มรวม (N = 220 คน)	146
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน).....	147
13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน).....	148
14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)	149

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter-Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิต และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 65 - 69 ปี (N = 75 คน)	150
16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)	151
17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)	152
18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 - 69 ปี (N = 24 คน)	153
19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 20 คน)	154
20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)	155
21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 - 69 ปี (N = 51 คน)	156
22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน).....	157
23 ผลการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย	158

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวแปร ทำนาย ในกลุ่มรวม (N = 220 คน)	161
25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)	162
26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)	163
27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)	164
28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter-Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 65 - 69 ปี (N = 75 คน)	165
29 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)	166
30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)	167
31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 - 69 ปี (N = 24 คน)	168
32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 20 คน)	169

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)	170
34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 - 69 ปี (N = 51 คน)	171
35 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน).....	172
36 ผลการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย	173
37 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ และ กลุ่มตัวแปร ทำนายใน กลุ่มรวม (N = 220 คน)	175
38 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)	176
39 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)	177
40 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)	178
41 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 65 - 69 ปี (N = 75 คน)	179

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
42 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)	180
43 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)	181
44 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 - 69 ปี (N = 24 คน)	182
45 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 20 คน)	183
46 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)	184
47 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 - 69 ปี (N = 51 คน)	185
48 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน).....	186
49 ผลการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนา ของผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย	187
50 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมับสังคมของผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวแปร ทำนาย ในกลุ่มรวม (N = 220 คน)	190

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
51 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)	191
52 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)	192
53 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)	193
54 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 65 - 69 ปี (N = 75 คน)	194
55 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)	195
56 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)	196
57 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 - 69 ปี (N = 24 คน)	197
58 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter-Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 20 คน)	198
59 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)	199

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
60 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 - 69 ปี (N = 51 คน)	200
61 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน).....	201
62 ผลการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย	202

บัญชีภาพ

ภาพ

หน้า

- 1 แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามช่วงอายุ และการสุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง ในชมรมที่มีสมาชิกมากโดยแต่ละช่วงอายุมีชาย 10 คน หญิง 10 คน...67
- 2 แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามช่วงอายุ และการสุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง ในชมรมที่มีสมาชิกน้อยโดยแต่ละช่วงอายุมีชาย 5 คน หญิง 5 คน.....67

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

จากการคาดการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2568 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2546: 9) พบว่า ในปี พ.ศ. 2568 ประชากรผู้สูงอายุจะมีประมาณ 12 ล้านคน จากประชากรทั้งประเทศ 70 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.8 ของประชากรทั้งประเทศ ในขณะที่ปี พ.ศ. 2545 ประชากรผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 10.5 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเห็นได้ว่าสัดส่วนและจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้สังคมในอนาคตจะเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยประชากรผู้สูงอายุ (Aging boomer)

จำนวนผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นผลมาจากการรณรงค์เพิ่มอัตราการเกิด (Baby boomer) ในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพื่อสร้างแรงงานคนให้กับภาคอุตสาหกรรมที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็ว แต่เมื่อเวลาผ่านไปประชากรเหล่านี้ได้เปลี่ยนแปลงจากวัยทำงานเป็นวัยสูงอายุ ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์และบริการด้านสาธารณสุขที่กระจายไปอย่างทั่วถึง จึงเป็นประเด็นที่สำคัญของสาเหตุการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในกลุ่มอายุอื่น ๆ ซึ่งการลดลงของอัตราการเกิด การตาย การเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรในวัยหนุ่มสาวและวัยเด็กลดลง ทำให้ขาดคนวัยหนุ่มสาวหรือคนรุ่นใหม่มาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันอัตราการตายที่เป็นไปอย่างเชื่องช้าและลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป จึงมีผลทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนและมีอายุยืนยาวเพิ่มขึ้น (ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2538: 37)

การเพิ่มของจำนวนและโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสังคมที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่ทุกคนควรตระหนักในอนาคต เพราะการมีอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นกระบวนการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของบุคคล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปตามวัย เช่น สมรรถภาพทางกาย พลังความสามารถ และการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ลดลง จึงเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยของภาวะการที่ต้องการพึ่งพิง และได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อดำเนินชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข

สภาพสังคมไทยในอดีตผู้สูงอายุมักจะอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลานเป็นครอบครัวใหญ่ มีการช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัวและชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันพบว่า บุตรหลานมีการแยกตัวออกมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มีเฉพาะ พ่อ แม่ ลูก อีกทั้งความจำเป็นในเรื่องการศึกษาและการทำงาน คนในวัยทำงานจึงไม่สามารถเดินทางมาดูแลผู้สูงอายุบ่อยๆ ได้ ทำให้มี

ความสัมพันธ์ที่ห่างเหินขาดความเอาใจใส่ และขาดความเคารพต่อผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเหงา (จิรศักดิ์ สุขวัฒนา. 2545: 87) นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักถูกลดลงบทบาททางสังคมลงเนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว สูญเสียบทบาทความเป็นผู้นำครอบครัว ทำให้มีการมองเห็นคุณค่าและความสำคัญในตัวเองน้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับทุกฝ่ายจำเป็นต้องให้การสนับสนุนและช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้เป็นผู้ที่มีสุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย จิต อารมณ์ และสังคม เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์การสหประชาชาติตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Aging) เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม ถึง 6 สิงหาคม พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย มีวัตถุประสงค์ให้ประเทศสมาชิกได้ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการระหว่างชาติว่าด้วยผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้หลักประกันสังคมในด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ (ไสว พรหมณี. 2538: 17) นอกจากนั้นการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุครั้งที่ 2 ณ กรุงแมดริด ประเทศสเปน พ.ศ. 2543 (UN. 2006. Online) ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพทางจิตที่ดี และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข รวมถึงการกระตุ้นให้ภาครัฐมีการกำหนดนโยบายในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เตรียมความพร้อมรับมือกับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และในส่วนของประเทศไทยมีการขานรับแผนปฏิบัติการดังกล่าว โดยรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกในชีวิตตามความต้องการขั้นพื้นฐาน อีกทั้งยังกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ในตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2534 (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์; และโยธิน แสงวงศ์. 2533: 1) และในรัฐธรรมนูญปี 2540 มาตราที่ 80 รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และ ผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2549. ออนไลน์) ต่อเนื่องถึงปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2554 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549. ออนไลน์) มีการมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรอย่างต่อเนื่อง และสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเรื่องสำคัญ อย่างไรก็ตามในการส่งเสริมอย่างถูกต้องและเหมาะสม เราจะต้องเข้าใจก่อนว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เป็นเหตุหรือเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการรวบรวมเอกสาร ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมีมากมายแต่อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยภายใน คือ จิตลักษณะต่างๆ ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน (พรรณราย พัทธเจริญ. 2543; และปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. 2545)

ความเชื่ออำนาจภายในตน (ภมริน เชาวจินดา. 2542; พรรณราย พัทธเจริญ. 2543; ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. 2545; วิริยา สุรางค์. 2545; และปณภัท ตุลยะเสถียร. 2550) การเห็นคุณค่าในตนเอง (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. 2529; สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536; ไฉไล ไชยเสรี. 2539; และรวีวรรณ ลิ้มสวัสดิ์. 2547) และสุขภาพจิต (นุสรา นามเดช. 2539; ภมริน เชาวจินดา. 2542; และรวีวรรณ ลิ้มสวัสดิ์. 2547) 2) ปัจจัยภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (ไฉไล ไชยเสรี. 2539; ภมริน เชาวจินดา. 2542; บัณฑิต เคียงชนสมบัติ. 2547; ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. 2545; และยุพดี กฤษวัฒนาภรณ์. 2537) การเกื้อหนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ (นภาพร ชัยวรรณ. 2542; เพ็ญแข ประจันปัจฉิม. 2537) แต่งานวิจัยที่กล่าวมานี้เป็นงานศึกษาในลักษณะบางตัวแปรที่สำคัญ ยังไม่มีงานวิจัยที่นำตัวแปรทุกตัวที่กล่าวมาศึกษาร่วมกัน เพื่อดูว่าตัวแปรใดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ และจะทำนายได้แตกต่างกันหรือไม่ หากกลุ่มผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในด้านปัจจัยทางสังคม คือ เพศ และอายุ

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัย จึงมุ่งศึกษาหาปัจจัยเชิงสาเหตุที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ความเชื่ออำนาจภายในตน การเห็นคุณค่าในตนเอง สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในภาพรวมและแยกเป็นรายด้าน 3 ด้าน ตามลักษณะพัฒนาการ ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย (2) ด้านจิตใจ คือ พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา เนื่องจากศาสนาจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เข้าใจธรรมชาติของบุคคลมากขึ้น (3) ด้านสังคม คือ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม นอกจากนี้ยังทำการศึกษาจำแนกตามเพศและช่วงอายุ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยเชิงเหตุดังกล่าว ยังสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านได้ตามการเปลี่ยนแปลงไปของเพศ และช่วงอายุที่ต่างกันหรือไม่ ซึ่งงานวิจัยนี้ศึกษากับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากชมรมเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ และมีความแตกต่างของเพศ ช่วงอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งชมรมผู้สูงอายุของจังหวัดนนทบุรี มีเครือข่ายชัดเจน เข้มแข็ง และผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยกิจกรรมเหล่านี้สามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ทั้งด้านกาย จิต และสังคม ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาตัวทำนาย และปริมาณการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวม และจำแนกเป็นด้านต่าง ๆ จากปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวมและ เมื่อจำแนกตามเพศ และช่วงอายุ

ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสามารถนำความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนา และส่งเสริมปัจจัยทางจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวในผู้สูงอายุ ให้จิตลักษณะนั้นมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น เพื่อผู้สูงอายุจะได้เป็นผู้มีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางให้บุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมของตนในขณะที่มีกำลังและความสามารถในการดำเนินชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว มีความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดนนทบุรี ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีจำนวนประมาณ 800 คน ซึ่งประกอบไปด้วยชมรมผู้สูงอายุจาก 7 โรงพยาบาล ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลปากเกร็ด ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกรมชลประทาน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางใหญ่ และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางบัวทอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดนนทบุรี จาก 5 โรงพยาบาล จำนวน 220 คน โดยในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่พึงประสงค์

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรแบ่งกลุ่ม ประกอบด้วย

1. เพศ

2. อายุ ได้แก่

- อายุ 60 – 64 ปี
- อายุ 65 – 69 ปี
- อายุ 70 ปีขึ้นไป

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

1. ปัจจัยทางจิต ได้แก่

- ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน
- ความเชื่ออำนาจภายในตน
- การเห็นคุณค่าในตนเอง
- สุขภาพจิต

2. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมคุณภาพชีวิต

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี

พฤติกรรมคุณภาพชีวิต หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุให้มีชีวิตอยู่อย่างผาสุก (Well - being) บนพื้นฐานการดำเนินชีวิตของตนเอง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยการวิจัยครั้งนี้จะวัดพฤติกรรมคุณภาพชีวิตใน 3 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย หมายถึง การปฏิบัติตนให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคภัย รับประทานที่ถูกหลักโภชนาการครบหมวดหมู่ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน ออกกำลังกาย เข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเข้ารับการรักษา หรือการหาซื้อยารับประทานเองในกรณีรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ รวมทั้งหลีกเลี่ยงจากการดื่มสุราและสารเสพติดให้โทษอื่นๆ

การวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงจากมาตรวัดการดูแลสุขภาพกายของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2540) และ WHOQOL - BREF ขององค์การอนามัยโลก (Un. Online) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง

ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย จำนวน 16 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา หมายถึง การปฏิบัติตามหลักศาสนาเบื้องต้น ได้แก่ การให้ทาน งดเว้นการกระทำการอันเป็นการเบียดเบียนผู้อื่น ทางกาย วาจา ใจ และการภาวนา หรือการสวดมนต์ รวมถึงการทำสมาธิ รวมจัดเป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้จิตใจสงบ เกิดปัญญาเห็นธรรม

การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่นำจากมาตรวัด การปฏิบัติทางพุทธ ของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2540) โดยมาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย จำนวน 14 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3. พฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคม หมายถึง การเข้าร่วมประชุมและกิจกรรมต่างๆ ของชมรมผู้สูงอายุ การติดตามข่าวสารความเคลื่อนไหวของสังคม การมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่น การใช้สิทธิลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง และการทำประชาพิจารณ์ หรือการรับร่างรัฐธรรมนูญ โดยการกระทำนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเอง สังคมหรือชุมชน

การวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย และไม่เคยเลย จำนวน 12 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน หมายถึง การเล็งเห็นถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกลที่เกิดขึ้นกับตนเอง และความสามารถบังคับควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้อดทนรอผลของการกระทำนั้นได้

การวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงมาจากมาตรวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนของ ยุภาวรรณ ดวงจินดา (2549) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย จำนวน 10 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ความเชื่อที่ว่าตนประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวมีสาเหตุจากผลการกระทำตนเอง ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น เรื่องโชคเคราะห์ ความบังเอิญ

การวัดความเชื่ออำนาจภายในตนผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงมาจากมาตรวัดความเชื่ออำนาจภายในตนของ ภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 43) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย จำนวน 9 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลประเมินตนเองเป็นผู้มีความสามารถ มีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น มีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีความพร้อมและมีพลังกำลัง สามารถทำอะไรประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี มีความนับถือและภาคภูมิใจในตนเอง

การวัดการเห็นคุณค่าในตนเองผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงมาจากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ซึ่งได้มีการปรับปรุงมาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg's Self Esteem ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยมาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

สุขภาพจิต หมายถึง การเป็นผู้ที่มีภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่มั่นคง ไม่เครียด สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และความสามารถปรับตัวให้มีความสุขภายใต้สภาพแวดล้อมและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้

การวัดสุขภาพจิตผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงมาจากมาตรวัดสุขภาพจิตของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2540: 153) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย จำนวน 12 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีความสุขจิตดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

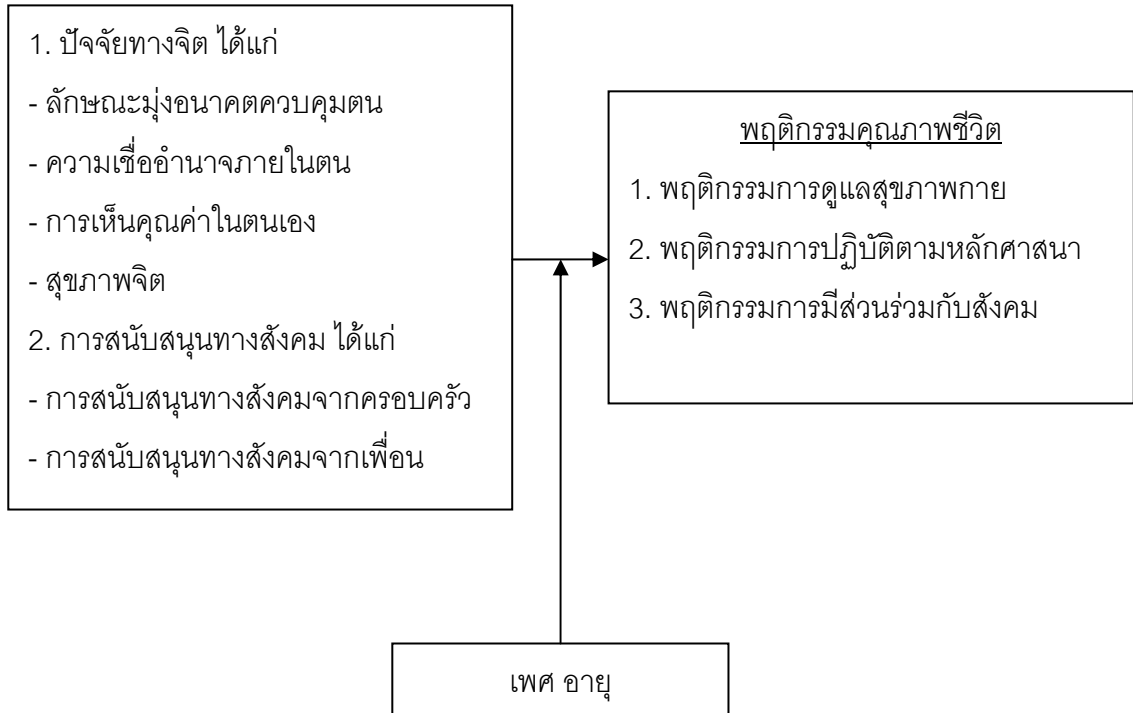
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้การได้รับความเอาใจใส่จากครอบครัวด้วยการให้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ ทรัพย์สินเงินทอง หรือคำแนะนำต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์ สังคม และให้การดูแลเอาใจใส่

การวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงมาจากมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ ภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 43) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย จำนวน 14 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้การได้รับความเอาใจใส่จากเพื่อนด้วยการให้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ ทรัพย์สินเงินทอง หรือคำแนะนำต่าง ๆ จากเพื่อนเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์ สังคม และให้การดูแลเอาใจใส่

การวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงมาจากมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ ภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 43) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย จำนวน 14 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

กรอบแนวความคิดในการวิจัย



สมมุติฐานในการวิจัย

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ความเชื่ออำนาจภายในตน การเห็นคุณค่าในตนเอง
สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถ
ทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมและเมื่อจำแนกพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุออกเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และพฤติกรรม
การมีส่วนร่วมทางสังคม ทั้งในกลุ่มรวมและรายด้าน เมื่อจำแนกตามเพศและช่วงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย
 - 3.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา
 - 3.3 พฤติกรรมมีส่วนร่วมในสังคม
4. ปัจจัยเชิงเหตุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 4.1 ปัจจัยทางจิตกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 4.1.1 ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน
 - 4.1.2 ความเชื่ออำนาจภายในตน
 - 4.1.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 4.1.4 สุขภาพจิต
 - 4.2 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 4.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2.4 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
 - 4.2.5 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
 - 4.3 ปัจจัยทางชีวิสังคมกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยเชิงเหตุ
 - 4.3.1 เพศกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยเชิงเหตุ
 - 4.3.2 อายุกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยเชิงเหตุ

1. ผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” เริ่มมีการบัญญัติขึ้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 โดย พล ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทรเป็นผู้เสนอ แทนคำว่า “ผู้ชรา” ที่ใช้มาแต่เดิม เพราะคำว่า “แก่” หรือ “ชรา” เป็นคำที่ให้ความรู้สึกไม่ดี เหมือนคนหมดประโยชน์ (อ้างอิงจากภมริน เชาวนจิตา. 2542: 6) และจากการประชุมว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ครั้งที่ 1 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้ให้คำจำกัดความของความผู้สูงอายุ (Aging) หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ โดยมีการกำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง เป็นบุคคลสูงอายุ (UN. 2002. online) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยึดเป็นหลักสากล เช่นเดียวกับ ในประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 กำหนดให้ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. 2547: 1)

ฮาวิกเฮิร์ส (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540: 44-46; อ้างอิงจาก Havighurst. 1972.) ได้แบ่งช่วงชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 6 ช่วง ซึ่งผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงชีวิตสุดท้าย คือ วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย การเกษียณอายุ การเปลี่ยนแปลงของรายได้ การตายของคู่ชีวิต หรือบุคคลที่เป็นที่รัก เรียนรู้ในการจัดระเบียบและใช้ชีวิตหลังเกษียณอย่างมีความสุข และ บรรลุ ศิริพานิช (2538: 130) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามปฏิทิน และเป็นการกำหนดอายุที่พ้นจากการทำงาน หรือเป็นวัยเกษียณอายุ ที่จะต้องปลดจากการรับราชการ โดยเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ความเสื่อมถอย แต่ สุขา จันทน์เอม (2536: 185) พบผลว่า ความแก่หรือความชราไม่อาจสามารถวัดได้อย่างตายตัว บางคนอายุ 50 ปี ทางกายภาพเริ่มมีความชราปรากฏให้เห็น ขณะที่ชาวตะวันตกบางคนอายุ 70 ปีแล้วยังคงกระฉับกระเฉง แข็งแรงอยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิค (วาทีนี บุญชะลิกษ์; และ ยุพิน วรสิริอมร. 2540: 324; อ้างอิงจาก Week. 1984) ผู้สูงอายุอเมริกันเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 50-80 ปี ส่วน ไสว พรหมณี (2538. 15) พบผลว่า ผู้สูงอายุในประเทศตะวันตก หมายถึง ชายหรือหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และ วิชัย ตันไพจิตร (2526: 42) พบผลว่า ประเทศอื่น ๆ เช่น สหรัฐอเมริกา และ ประเทศแถบยุโรปได้กำหนดเกณฑ์เกษียณอายุที่อายุ 65 ปี นอกจากนี้ยังพบผลว่า ในประเทศเดนมาร์กได้ประกาศให้เปลี่ยนแปลงการเกษียณอายุงานจาก 65 ปี เป็น 67 ปี เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์เกษียณอายุงานของประเทศไทย

วาทีนี บุญชะล็กชี และ ยุพิน วรสิริอมร (2540: 324) ได้แบ่งความหมายของผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ

1. ความสูงอายุต่างร่างกาย (Biological aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย ที่มีการใช้งานมานาน และยิ่งเห็นชัดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

2. ความสูงอายุต่างจิตใจ (Psychological aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจตามอายุ ที่เกิดจากการรับรู้และความเข้าใจที่เกิดจากประสบการณ์

3. ความสูงอายุต่างสังคม (Sociological aging) ได้แก่ สถานภาพและบทบาททางสังคม

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2544: 35-36) กำหนดเกณฑ์พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ ไว้ 4 เกณฑ์ ดังนี้

1. ใช้ระดับอายุเป็นเกณฑ์ (Chronological age) เป็นการกำหนดว่าอายุเท่าไรให้เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ เช่น อายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น

2. เกณฑ์ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function) ของร่างกาย โดยยึดการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นกับการทำงานของอวัยวะและการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างหน้าตา ความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การทำงานของร่างกาย

3. เกณฑ์เวลาในประวัติศาสตร์ (Historical age) เป็นการใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือความสามารถในการจดจำเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านมาเป็นตัวกำหนดการสูงอายุ

4. เกณฑ์จากภาวะทางสังคม (Social age) เกณฑ์นี้ใช้จุดเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งรวมถึงบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนแปลง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากพ่อ แม่ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น ซึ่งแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงในอายุที่ไม่เท่ากัน

จากการรวบรวมเอกสารผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของผู้สูงอายุได้จากเกณฑ์ 4 ประการ ดังนี้

1. อายุที่สูงขึ้น ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ตกลงว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นการนับตามอายุจริงตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิด

2. สภาวะทางชีววิทยาของร่างกายหรือทางกายภาพ (Biological aging) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย รวมทั้งระบบการทำงานที่มีการใช้งานมานาน เป็นสิ่งที่เน้นให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น และยังเป็นสาเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วย เช่น นอนหลับยาก ผงอก หลังค่อม สายตาวาย ศีรษะเริ่มล้าน เป็นต้น

3. สถานภาพทางจิตใจและอารมณ์ (Psychological aging) เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นในลักษณะการรับรู้ ความเข้าใจ ความสามารถทาง

สติปัญญา กระบวนการคิดและความจำ เช่น การเรียนรู้เริ่มถดถอย เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงบุคลิกภาพ

4. สถานภาพทางสังคม (Sociological aging) ผู้สูงอายุจะมีบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งด้านหน้าที่การงาน อำนาจ บารมี และการเข้าสังคม ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงาน สถานภาพและบทบาททางสังคมต่างๆ ซึ่งเดิมเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ต้องการเป็นผู้พึ่งพาอาศัยบุตรหลานหรือผู้อื่น รวมถึงการเปลี่ยนบทบาทจากพ่อแม่ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ด้วย

1.2 ความสำคัญของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นผู้มีบทบาทอย่างมากในสังคมไทยมาแต่โบราณ เป็นผู้นำของครอบครัว เป็นผู้ที่ได้รับความเคารพยกย่อง เป็นที่พึ่งพาของลูกหลาน เป็นร่มโพธิ์ร่มไทร เป็นเสาหลักของครอบครัว เป็นแหล่งสะสมและคอยสืบทอดภูมิปัญญาจากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นใหม่มาตั้งแต่อดีต เห็นได้จากประเพณีและเทศกาลต่างๆ เช่น กิจกรรมในวันปีใหม่ หรือวันสงกรานต์ที่ บุคคลในวัยอื่นจะกลับบ้านไปหา พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หรือผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อกราบไหว้ ขอพร เพื่อความเป็นสิริมงคลในชีวิต และหาของใช้ของกินไปมอบให้ผู้สูงอายุ รวมถึงที่บุคคลในสังคมจะยกย่องให้เกียรติ ผู้สูงอายุเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ของชุมชน และแม้ว่าสภาวะการทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไป จะทำให้การนับถือระบบอาวุโสลดน้อยลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็จะถูกลดบทบาททางสังคมของลดลงไปเรื่อย ๆ และถูกมองข้ามในคุณค่า กลายเป็นผู้รับหรือเป็นผู้ที่พึ่งพาบุคคลต่าง ๆ มีภาพลักษณ์เชิงลบ และจัดผู้สูงอายุอยู่ในชายขอบของสังคม แต่ผู้สูงอายุไม่ได้หมดบทบาทไปจากสังคมในทุกเรื่องเสียทีเดียว โดยยังคงมีความสำคัญต่อสภาพสังคมปัจจุบันอยู่ เนื่องจากประสบการณ์ในการดำรงชีวิตมานาน ผ่านการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งต่างๆ มามากกว่าคนรุ่นใหม่ และเป็นคลังแห่งภูมิปัญญาที่ประเมินค่าไม่ได้ สามารถนำมาสร้างประโยชน์ให้แก่บ้านเมืองและสังคมโดยรวมได้ในทุกโอกาส ผู้สูงอายุจึงยังเป็นผู้มีคุณค่าอยู่เสมอ และควรเอาใจใส่ให้มีการดำเนินชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข

1.3 การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ (2002. Online) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุ โดยแบ่งช่วงอายุที่ต้องการศึกษาเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ไม่เกิน 80 ปี และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เพราะผู้สูงอายุใน 2 ช่วงอายุนี้อาจมีลักษณะที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจน

เอชเลย์ (Atchley. 1994: 30-31) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1. ช่วงวัยเริ่มสูงอายุ (Young - Old) อายุระหว่าง 65-74 ปี
2. ช่วงกลางของวัยสูงอายุ (Middle - Old) อายุระหว่าง 75-84 ปี
3. ช่วงวัยสูงอายุมาก (Old - Old) อายุ 84 ปีขึ้นไป

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2538: 593 – 594, 514) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 ช่วง ได้แก่

1. ช่วงไม่คอยแก่ (The Young - Old) อายุระหว่าง 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่บุคคลต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม เป็นต้น โดยทั่วไปในช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง และควรเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle - Old) อายุระหว่าง 70 - 79 ปี เป็นช่วงที่บุคคลในวัยนี้เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนัก

3. ช่วงแก่จริง (The Old - Old) อายุระหว่าง 80 - 89 ปี บุคคลในวัยนี้มีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับบุคคลในวัยนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตามวัย และบุคคลในวัยนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

4. ช่วงแก่จริงๆ (The Very Old - Old) อายุระหว่าง 90-99 ปี บุคคลที่มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่างๆ ด้านชีววิทยา สังคม และจิตใจของบุคคลในวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่า เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่มีการบีบคั้นเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมอะไรที่พอออกพอใจและอยากทำในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ผ่านวิกฤติต่างๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดี จะเป็นระยะแห่งความสุขสงบในชีวิต

กองเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์. 2536; อ้างอิงจาก ทิพวรรณ มะเมียเมือง. 2542: 10) มีการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุตามการแบ่งขององค์การอนามัยโลก แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุตั้งแต่ 60 – 70 ปี ในวัยนี้ส่วนมากมีภาวะสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถนำประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเข้าร่วมพัฒนาสังคมได้
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุตั้งแต่ 71 – 80 ปี บุคคลในวัยนี้ครึ่งหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ควรมีผู้อื่นช่วยดูแลบ้างในบางเรื่อง

3. ผู้สูงอายุวัยปลาย อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ในวัยนี้ควรได้รับการเอาใจใส่บุตรหลานและบุคคลรอบข้างทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะผู้สูงอายุในวัยนี้เป็นผู้ที่มีความชรามากขึ้นเรื่อย ๆ

กุลยา ตันติผลชีวะ (2528: 2) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้อย่างกว้าง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. อายุระหว่าง 60-75 ปี (young old) เป็นวัยที่เริ่มความเป็นผู้สูงอายุ
2. อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (old หรือ really old) เป็นวัยที่มีความเป็นผู้สูงอายุชัดเจนในทุกๆ ด้าน

นอกจากนี้ผู้วิจัยพบงานวิจัยมหภาคหลายเรื่องได้มีการสำรวจและแบ่งอายุผู้สูงอายุกลุ่มสุดท้าย คือ ผู้สูงอายุผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป เช่น การประมาณการณ์ประชากรผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ พบผลว่า ในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ.2050) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 100 ปี มีประมาณ 3.2 ล้านคน (UN. 2002. online) และงานวิจัยของ รัตนา เพ็ชรอุไร และ อุดลย์ วิริยเวชกุล (2538: 45) ในโครงการคนไทยอายุยืน พ.ศ. 2525 สำรวจพบผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปี ที่อยู่ใน 16 จังหวัด มีจำนวนทั้งสิ้น 35 คน แต่การทำวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 100 ปีขึ้นไปค่อนข้างทำได้ยาก เพราะผู้สูงอายุส่วนมากไม่ตอบแบบวัดแบบเลือกตอบได้ด้วยตัวเอง ต้องใช้การสัมภาษณ์ และบางครั้งอาจต้องสอบถามจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดแทนการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ นอกจากนี้การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน เนื่องจากความชราภาพของร่างกายผู้สูงอายุ หรือเสียชีวิตในช่วงระหว่างระยะเวลาทำการวิจัย

จากการรวบรวมเอกสารผู้วิจัย พบผลว่า การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่แบ่งตามการกำหนดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า เป็นการแบ่งช่วงอายุที่กว้าง ควรมีการแบ่งช่วงอายุให้แคบลง ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จึงสามารถจัดเป็นกลุ่มเดียวกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ในการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 64 ปี สรีรวิทยายังไม่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปมากนัก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ เป็นวัยเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ หรือพ้นจากการทำงานประจำ ตามเกณฑ์เกษียณอายุของประเทศไทย

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 – 69 ปี สรีรวิทยาส่วนใหญ่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปมากแล้ว และเข้าสู่วัยสูงอายุเต็มตัว โดยเฉพาะในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศแถบยุโรป ผู้สูงอายุคือ บุคคลมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และเป็นเกณฑ์เกษียณอายุของบุคคล

3. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป สรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือบางอย่าง และเป็นช่วงที่บุคคลในวัยนี้เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันเริ่มล้มหายตายจากมาก

ขึ้น นอกจากนี้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในวัยนี้มักไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนัก

1.4 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม. 2534: 1; วิริยา สุขวงศ์. 2545: 15-16)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (ด้านกายภาพ) เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกายในวัยสูงอายุ ได้แก่

- ผิวหนัง บาง แห้ง เหี่ยวยุบ ขาดความมันและความยืดหยุ่น ต่อมเหงื่อน้อยลง ทำให้การปรับอุณหภูมิไม่ดีเท่าวัยอื่น

- ระบบประสาทสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ สายตาจะเสื่อมลง อาจเกิดต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้เวียนศีรษะง่าย หูจะเริ่มตึง ต้องพูดเสียงดังจึงจะได้ยิน ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลง ลิ้นรับรู้รสน้อยลง

- ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ฟันหัก การรับประทานอาหารไม่สะดวก ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อย กรดเกลือในกระเพาะอาหารมีน้อย ทำให้อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด ภาวะขาดอาหารจึงเกิดขึ้นได้ง่าย โดฮีตจาง ตับและตับอ่อนเสื่อมไป ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย การขับถ่ายไม่ปกติ ท้องผูกง่าย

- ระบบกระดูกและข้อ เนื่องจากมีแคลเซียมน้อยทำให้กระดูกของผู้สูงอายุบางและเปราะง่าย เจ็บกระดูก รูปร่างกระดูกผิดรูปไป ตัวเตี้ยลง ข้อเสื่อม ทำให้มีการอักเสบ ปวดตามข้อ

- ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การเสื่อมของปอด การยุบและขยายตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล้องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อมจึงทำให้การหายใจไม่ดี

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้มีโรคเกี่ยวกับหัวใจได้ง่าย

- ระบบขับถ่ายของเสีย ได้แก่ การทำหน้าที่ของไตและกระเพาะปัสสาวะเสื่อม ทำให้ขับถ่ายของเสียได้น้อย แต่ขับปัสสาวะออกมามาก ต้องปัสสาวะบ่อย และกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนจึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี บางคนต่อมลูกหมากโตขึ้นเป็นผลให้ปัสสาวะลำบาก

- ระบบประสาทและสมองเสื่อมลง ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมอง กล้ามเนื้อและข้อเสียไป การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย บางคนหลงลืมง่าย

- ระบบฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อเสื่อมลง ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ผลิตฮอร์โมนน้อยลงมีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะหลายส่วนแปรปรวนไป เช่น ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า มีผลต่อความรู้สึกเบื่ออาหาร

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่

- ด้านกระบวนการความรู้สึก มีส่วนสำคัญในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความรู้สึก คือ ระบบประสาทซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของกล้ามเนื้อ การรับรู้การเก็บข่าวสาร ตลอดจนความรู้สึกอื่น เช่น การมองเห็น การได้ยิน รส กลิ่น สัมผัส ซึ่งเกี่ยวข้องกับโลกภายนอก เป็นต้น ความรู้สึกทางประสาทที่เปลี่ยนแปลงไปนี้มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของบุคคล การทำกิจกรรมต่างๆ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า และการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้นการส่งแรงกระตุ้นทางประสาทเข้าและออกจากสมองจะลดลง อัตราความเร็วในการเคลื่อนไหวต่างๆ ลดลง เกิดความเสื่อมถอยและเกิดโรคเกี่ยวกับประสาทสัมผัสทั้งห้า

- ด้านการตอบสนองการเคลื่อนไหวทางจิต คือ การทำงานของระบบประสาท สมอง และประสาทความรู้สึกทั้งห้า ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน การรับรู้ข่าวสาร แล้วส่งไปยังประสาทส่วนกลางเพื่อแปลและสั่งการพร้อมส่งกลับมา ทางสัญญาณความรู้สึกและกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวทางจิตช้ากว่าคนหนุ่มสาว

- ด้านสติปัญญา มีรายงานการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพมีผลต่อสติปัญญาหรือการใช้สมองในการคิด ถ้าภาวะสุขภาพเสื่อมการใช้สมองคิดจะกระทำได้ช้าลงหรือน้อยลง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของระบบประสาท สมอง มักจะมีการคิดได้ช้าหรืออาจจะคิดได้น้อยกว่าที่เคยทำได้ในวัยหนุ่มสาว

- ด้านความจำและการเรียนรู้ ผู้สูงอายุสามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าเรื่องในปัจจุบัน และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นระยะเวลาในการจำจะสั้นลง เป็นเพราะระบบสมองส่วนกลางที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องในด้านความจำและการเรียนรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ และอาการหลุดเล็ดแฉัง

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางการงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย หรือผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจ และบทบาททางสังคมเดิม

- การถูกทอดทิ้ง จากการย้ายถิ่นของประชากรวัยหนุ่มสาวในชนบททำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งในถิ่นเดิม ส่วนผู้ที่อยู่ในเมืองก็มีแนวโน้มที่จะอยู่ตามลำพังมากขึ้น เนื่องจากบุตรหลานส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาเอาใจใส่

- การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุ ได้รับความเคารพนับถือในฐานะผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบัน ค่านิยมเหล่านี้ กำลังเปลี่ยนไปตามกระแสสังคม ที่ยึดลักษณะตัวใครตัวมัน ตนเองสำคัญกว่าผู้อื่น และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ทางจิตใจ และด้านสังคมวัฒนธรรม เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความเสื่อมที่เป็นไปตามวัยของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องกัน และเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงมีลักษณะของบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุทั้งทางกาย จิต และสังคม

1.5 พัฒนาการของการเข้าสู่วัยสูงอายุและการปรับตัว

ดาเนียล ลีวินสัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540: 452, 522 -523; อ้างอิงจาก Danial. 1986.) มีแนวคิดว่า ตั้งแต่เด็กจนถึงวัยสูงอายุมีช่วงเปลี่ยนวัย (Transition) ที่สำคัญมีอยู่ 3 ช่วง คือ

1. ช่วงวัยเปลี่ยน วัยผู้ใหญ่ตอนต้น
2. ช่วงวัยเปลี่ยน วัยกลางคน
3. ช่วงวัยเปลี่ยน วัยเข้าสู่วัยสูงอายุ

การปรับเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในระบบเกษียณอายุ จะต้องทำการเปลี่ยนบทบาทและสถานะทางสังคมตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง เป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุควรค่อยๆลดบทบาทตนออกจากสังคม และรู้จักปล่อยวางเพื่อรักษาคุณภาพของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทและสถานภาพใหม่ได้ มักจะมีความรู้สึกที่ว่าตนไม่มีประโยชน์ต่อสังคมหรือคนรอบข้าง ท้อแท้ในชีวิต จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ใหม่ๆ หรือหาความสนใจใหม่ๆ เพื่อรักษาเอกลักษณ์แห่งตนไว้ (ทิพวรรณ มะเมียเมือง. 2542: 12; และ สุทธินันท์ น้ำเพชร. 2542: 33)

ฮาวิกเฮิร์สต์ (Havighurst. 1972, 1979) แบ่งการปรับตัวในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 7 ลักษณะ ดังนี้

1. ปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางกาย
2. ปรับตัวกับการเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงรายได้
3. จัดระเบียบชีวิตที่มีความสุข
4. เรียนรู้ที่จะอยู่กับคู่ชีวิตหลังเกษียณ
5. ปรับตัวกับการตายจากของคู่ชีวิต และผู้ที่เป็นอันที่รัก
6. สร้างกลุ่มเพื่อนร่วมวัยชรา
7. ปรับตัวกับบทบาททางสังคม

แอชลีย์ (Atchley. 1976: 111) และ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542: 17) พบ ผู้มีปัญหานในการปรับตัวต่อการเกษียณอายุ มักเป็นผู้ที่มีความอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงน้อย มีความยืดหยุ่นน้อย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกลำบากใจ ส่วนผู้ที่มีความยืดหยุ่นมาก จะเป็นผู้ที่ปรับตัวได้แม้มีการเปลี่ยนแปลงมากเพียงไรก็ตาม

การปรับตัวเป็นความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงภายใน เช่น การทำใจ การยอมรับความชรา การยอมรับความพลัดพราก การมีอารมณ์เยือกเย็นขึ้น เป็นต้น และภายนอกตน เช่น การรักษาสุขภาพ การมีงานอดิเรก การทำกิจกรรมร่วมกับสังคม เป็นต้น แม้การปรับตัวภายนอกง่ายกว่าการปรับตัวภายใน ผู้สูงอายุสมควรปรับตัวทั้งภายในและภายนอกที่ดีตามความเหมาะสมของวัย เนื่องจากการปรับตัวเป็นกระบวนการที่จำเป็นและสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขในชีวิตบั้นปลาย (Roy. 1976: 35; ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538: 521-522)

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Quality of life' Aging)

คำว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้างและครอบคลุมถึงความหมายของความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และความผาสุกในชีวิต (Well - Being) องค์การยูเนสโก สุวัณณ์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2539: 5; อ้างอิงจาก (UNESCO. 1993.) ได้นิยามคำว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ แซน (Zhan. 1992: 796) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตเพิ่มเติมว่า เป็นความผาสุก (Well - Being) การกินดีอยู่ดีมีความสุขของบุคคลภายใต้สภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต และประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล ส่วน ฮัง และฟอล์มาร์ (Haug and Folmar. 1986: 332.) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงความผาสุกโดยทั่วไป ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่ดี คือ สุขภาพ รายได้เพียงพอ การไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว และเพื่อน ระดับสภาพการดำรงชีวิตตามองค์ประกอบของชีวิต ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (สุวัณณ์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2539: 5 อ้างอิงจาก The WHOQOL group. 1994.) ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์การสหประชาชาติ เน้นการมีสุขภาพที่ดี และมีความสุขในชีวิต

สำหรับประเทศไทย อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอำ (2539: 57) ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต ไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคล สุภางค์ จันทวานิช (2539 : 151) ได้ให้เพิ่มเติมความหมายคุณภาพชีวิต ไว้ว่าเป็นการดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐาน ในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และประภาพร จิพันธุ์ยา (2535: 297) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตจากระดับการดำรงชีวิตตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจสุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง การทำกิจกรรมประจำในชีวิต

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการหลายท่านมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม ไม่มีกฎเกณฑ์ที่ใช้ประเมินค่าระดับของคุณภาพอย่างตายตัว ขึ้นแต่ละสังคมหรือแต่ละประเทศกำหนดมาตรฐานที่ต่างกันไปตามความต้องการ ควบคุมจากผลของพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่เกิดขึ้นกับบุคคลหรือสังคมที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและค่านิยมของสังคม ความต้องการในคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนไปได้ตามกาลเวลาและภาวะการณ์ต่างๆ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนไทยส่วนใหญ่และเหตุการณ์ต่างๆ ในประเทศ ที่ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม และค่านิยม (สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล. 2540: 5; ยุพา อุดมศักดิ์ ;และ สุริย์ พันธุ์พงษ์. 2541: 77)

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีชีวิตอยู่อย่างผาสุก (Well - being) บนพื้นฐานการดำเนินชีวิตของตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

2.2 ความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา โดยเฉพาะบุคคลในวัยสูงอายุที่เป็นวัยสุดท้ายของชีวิต จากการผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมายมาตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ย่อมคาดหวังให้ตนมีความสุขในชีวิตบั้นปลาย ซึ่งการมีคุณภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้ โดยเป็นการตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อชีวิตของมนุษย์ 2 ด้าน คือ (1) การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางกาย ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงปราศจากโรคภัย หรือเรียกว่าการสร้างความสุขทางกาย (2) การตอบสนองความต้องการด้านความพึงพอใจของแต่ละบุคคล เช่น ค่านิยมที่กลมกลืนกับสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ หรือเรียกได้อีกอย่างว่าเป็นการสร้างความสุขทางใจของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้เป็นอุปสรรคในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ผู้สูงอายุ

ควรได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 2 ด้าน อย่างเพียงพอ เพื่อแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและก่อให้เกิดความสุขในชีวิต

ในการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่อง “ผู้สูงอายุ” ครั้งที่ 2 (2002) ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน (United Nations. 2006: online) ได้มีการตระหนักจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องสุขภาพ (Health) และความผาสุก (Well-being) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

สำหรับในประเทศไทย ภาครัฐได้มีความตระหนักในความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเริ่มมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 6 พ.ศ.2530 – พ.ศ. 2534 (วิรัชสิทธิ์ สิทธิไตรย์; และโยธิน แสงดี. 2533:1) และในรัฐธรรมนูญปี 2540 มาตราที่ 80 รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และ ผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. ออนไลน์) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2554 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ออนไลน์) มีการมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรอย่างต่อเนื่อง และสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และปี พ.ศ.2542 เป็นวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อให้ประชาชน องค์กร และสถาบันต่างๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งได้ทำประโยชน์ในฐานะ “ผู้ให้” แก่สังคมมาโดยตลอด ควรได้รับผลในฐานะเป็น “ผู้รับ” จากสังคมด้วย (บรรลุ ศิริพานิช. 2542: 9 - 10) จึงได้มีการกำหนดปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เพื่อผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับอย่างเป็นธรรมจากสังคม การได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับความเคารพ ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาท เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขกับครอบครัวและสังคม และมีสาระครอบคลุมถึงสิทธิในการดูแลสุขภาพ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ครบวงจรอย่างเท่าเทียม และการเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และส่งเสริมให้ประชาชน องค์กร และสถาบันสังคมต่าง ๆ ปลุกฝังค่านิยมให้ตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูต่เวทิตาและความเอื้ออาทรต่อกัน

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรได้รับการยกย่อง เชิดชู และได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ใน อำเภอหาดใหญ่ จำนวน 268 คน ของ สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และคณะ (2544: 6-12) พบผลว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของวันเพ็ญ ขำเพ็ง (2540: 121-123) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 168 คน พบผลว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

การที่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรอรับความช่วยเหลือเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนเป็นผู้ที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยตนเอง จากการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองและสังคม ที่เกิดขึ้นตามกระบวนการสูงอายุ และแสดงพฤติกรรมคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังคงมีคุณค่าต่อสังคม ไม่ได้เป็นภาระให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

3. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมคุณภาพชีวิต หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุให้มีชีวิตอยู่อย่างผาสุก (Well - being) บนพื้นฐานการดำเนินชีวิตของตนเอง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จากการรวบรวมเอกสารผู้วิจัย ไม่พบการศึกษาพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยตรง แต่พบการศึกษาที่เป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ มีการวัดความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ และทัศนคติ ที่มีความเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมคุณภาพชีวิตเป็นการแสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจากการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบและการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ว่าพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ควรมีองค์ประกอบ และแนวทางในการวัดอย่างไร ซึ่งการวัดขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีการวัดที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ ภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 12) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านได้แก่ (1) ด้านครอบครัว (2) ด้านเศรษฐกิจ (3) ด้านสุขภาพ และ (4) ด้านสังคม โดยมีความคล้ายคลึงกับ สิทธิอาภรณ์ ขวณปี (2543: 4) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ และ (3) ด้านสังคม ส่วนพนิชฐา ฝานิชชีวะกุล (2537: 6) วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากภาพรวมของความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในระดับ 6 ด้าน คือ (1) สามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (2) สุขภาพกาย

(3) สุขภาพจิต (4) สภาพสังคม (5) สภาพเศรษฐกิจ และ (6) สภาพแวดล้อม และ ประภาพร จินันทุยา (2536: 15-19) ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง และแบ่งองค์ประกอบของคูณภาพชีวิตออกเป็น 5 ด้าน ตามการศึกษาของ เบอร์ฮอร์น ชาฟเฟอร์ และคณะ (Berghorn, Schafer and Associates 1981: 331-347) ได้แก่ (1) สถานภาพทางเศรษฐกิจ (2) ภาวะสุขภาพ (3) ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม (4) การพึ่งพาตนเอง และ (5) การทำกิจกรรมประจำวันในชีวิต

นักวิชาการหลายท่านได้แบ่งองค์ประกอบของคูณภาพชีวิตแตกต่างกันไป สุเทพ พันประสิทธิ์ (2545: 22) ได้ทำการวัดระดับคูณภาพชีวิตจากดัชนีคูณภาพชีวิตของคนในจังหวัดต่างๆ ประกอบไปด้วย 8 ด้าน ดังนี้ การมีสุขภาพดี มีบ้านอาศัย การศึกษาถ้วนหน้า ครอบครัวสุขสบาย รายได้มาก อยากร่วมพัฒนา พาสู่คูณธรรม และบำรุงสิ่งแวดลอม ส่วนการวัดความเป็นอยู่ที่ดี (Measures of well-being) ของ OECD (UNESCO.1976 อ้างอิงจาก อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอำ. 2539: 10) ได้วัดความเป็นอยู่ที่ดีของประเทศต่างๆ โดยศึกษาจากด้าน 8 ต่อไปนี้ (1) สุขภาพ (2) การพัฒนาของปัจเจกบุคคลโดยการเรียนรู้ (3) การจ้างงานและคูณภาพชีวิตการทำงาน (4) เวลาและการใช้เวลาว่าง (5) ความต้องการในเรื่องสินค้าและบริการต่างๆ (6) สิ่งแวดลอมทางกายภาพ (บ้าน ประชากร ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากการจัดการสิ่งแวดลอม) (7) ความปลอดภัยของบุคคลและการบริหารกระบวนการยุติธรรม (Administration justice) และ(8) โอกาสทางสังคมและความไม่เสมอภาค

แซน (Zhan. 1992: 796) ได้มีการวัดคูณภาพชีวิตจาก 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านจิตวิสัย และองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย องค์ประกอบด้านจิตวิสัยเป็นเรื่องของอารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่บ่งชี้ไปด้านจิตวิทยา ส่วนองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัยเป็นปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดลอมของบุคคล ประกอบด้วยสังคมเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดลอม ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และ สตอร์มเบิร์ก (Stromberg. 1984: 88-91) ให้ความหมายในการประเมินคูณภาพชีวิต 2 ลักษณะ คือ การวัดทางวัตถุวิสัยและการวัดทางจิตวิสัย การวัดวัตถุวิสัยเป็นการวัดข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ถูกวัดเป็นผู้นิยามคูณภาพชีวิตของตนเองจากประสบการณ์ เช่น ความพึงพอใจ ความสุขที่ได้รับออกมาเป็นระดับคะแนน ส่วนการวัดทางจิตวิสัยเป็นการวัดเชิงคูณภาพ ผลการประเมินสามารถบรรยายถึงสภาพคูณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ได้

ส่วน เด็นแฮม (Denham. 1991:48) ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบ สิ่งแวดลอมทางกายภาพ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต บุคลิกภาพ

องค์การยูเนสโก (UNESCO. 1980. อ้างอิงจาก สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2544: 37) ได้มีการแบ่งองค์ประกอบคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบผลว่ามี

ความสัมพันธ์กับการศึกษาภาวะสุขภาพโภชนาการ สิ่งแวดล้อม การตั้งถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ศาสนา ค่านิยม จริยธรรม และกฎหมาย รวมทั้งองค์ประกอบด้านจิตวิทยา มีเกณฑ์ในการมองคุณภาพชีวิต มอง 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุวิสัย (objective) วัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นชัดเจน เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลทางจิตวิทยา โดยสอบถามความรู้สึกหรือทัศนคติต่อประสบการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (UN. 1989) ได้สรุปคุณภาพชีวิตว่าเป็นดัชนีที่สามารถบ่งบอก ภาวะสังคม อันประกอบด้วยสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมความปลอดภัย ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัว ชีวิตการทำงาน ชีวิตการศึกษา การมีส่วนร่วมในชุมชน การทำกิจกรรมในชีวิตที่สามารถ วัดได้ทั้งทางวัตถุวิสัยและจิตวิสัย

นอกจากนี้ในปี 1996 องค์การอนามัยโลก The WHO group ได้นำเสนอ WHOQOL – 100 เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล มีการวัดคุณภาพชีวิต 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้ทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านความเป็นอิสระระหว่างบุคคล (Level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาต่างๆ หรือการรักษาทางกายแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นในสังคมด้วย การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal belief) คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ต่างกันของคน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

WHOQOL – 100 สามารถนำไปใช้ในประเทศต่างๆ ได้ไม่จำกัดในด้านภาษาและวัฒนธรรม โดยได้ทำการศึกษาจาก 15 ศูนย์ภาคสนามของ WHO ที่จัดตั้งอยู่ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก อันได้แก่ ศูนย์ภาคสนามในออสเตรเลีย อเมริกากลาง หลายประเทศในยุโรป (อังกฤษ ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์) ยุโรป ตะวันออก (รัสเซีย) อเมริกาเหนือ (สหรัฐอเมริกา) เอเชีย (อินเดีย ไทย จีน ญี่ปุ่น) และแอฟริกา (ซิมบับเว) ซึ่งในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและหาความถูกต้องทางด้านเนื้อหา (content validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แปลกลับไปเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (กิตติกร มีทรัพย์.2537) นอกจากนี้ ชูทิติย์ ปานปรีชา มล.สมชาย จักรพันธุ์ และ กิตติกร มีทรัพย์ (2539: 135-144) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ 1) ค้นหาข้อมูลพื้นฐานของคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับคนไทย (I-QOLX) 2) ทดสอบความเหมาะสมของการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ทั้งด้านความเที่ยงตรง (Validity) ความเชื่อมั่น (reliability) และผลตอบสนอง (responsiveness) ผลการวิเคราะห์เบื้องต้น พบผลว่าเครื่องมือนี้สามารถใช้ได้ทั้งกลุ่มคนปกติและคลินิก

ต่อมาในปีเดียวกันได้มีการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-100 เป็นฉบับย่อขึ้น (WHOQOL-BREF) เพื่อความสะดวกในการใช้งาน โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ จาก 100 ตัวชี้วัด เหลือ 26 ตัวชี้วัด และใช้ข้อคำถามในฉบับย่อเป็นคำถามที่มีอยู่ในฉบับ 100 ตัวชี้วัด เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยคุณภาพ 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านร่างกาย (Physical domain) (2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) (4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยมีการรวม ด้านความเป็นอิสระระหว่างบุคคล (Level of independence) เข้ากับด้านร่างกาย (Physical domain) และด้านความเชื่อ

ส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal belief)ด้านรวมเข้ากันด้านจิตใจ (Psychological domain). (กระทรวงสาธารณสุข. 2549: ออนไลน์)

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ ได้ทำการวิจัยศึกษาเพื่อที่จะเปรียบเทียบคุณสมบัติของเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL - BREF) กับชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL - 100) เริ่มต้นด้วยการทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL - BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนมีพื้นฐานแตกต่างกันนำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหา แล้วทดสอบซ้ำทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ แบบวัด WHOQOL - BREF ที่พัฒนาได้นำมาทดสอบเทียบกับ WHOQOL - BREF 100 กลุ่มตัวอย่างที่เป็น ชาย 208 คน(31.2%) เป็นหญิง 459 คน (86.6%) อายุระหว่าง 17 - 60 ปี ค่าเป็น .08921 และ .08406 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือชี้วัดทั้งสองมีค่า $r = 0.6515$ ($p, 0.01$) เห็นได้ว่าเครื่องมือชี้วัด WHOQOL - BREF มีขนาดที่สั้นกว่า ใช้งานได้ง่ายกว่า เหมาะกับการนำไปใช้ในการสำรวจ อีกทั้งข้อคำถามมีการพัฒนาจาก WHOQOL - 100 ขององค์การอนามัยโลกโดยตรงให้อยู่ในรูปแบบ ที่คนไทยเข้าใจง่าย ซึ่งมีชื่อเรียกแบบวัดนี้ว่า WHOQOL - BREF - THAI (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. 2539: ออนไลน์)

จากนั้น สุนุตตรา ตะบูนพงค์ และคณะ (2544: 6-12) ได้ทำการประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL - BREF) ในผู้สูงอายุ จำนวน 268 คน พบผลว่า WHOQOL - BREF มีความเที่ยงและความสอดคล้องภายในที่น่าพอใจ มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จากการทดสอบ 2 ครั้งของคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 0.90 ($p < 0.001$) และรายข้อเท่ากับ 0.21 – 0.81 โดยร้อยละ 92 ของข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาร์คแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 ($p < 0.001$) และอมรา พรหมใหม่ (2547: 49-50, 58, 68) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 ทั้ง ชายและหญิงอายุ 60 ปีถึง 65 ปี จำนวน 150 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน พบผลว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยด้านร่างกายดีที่สุด รองลงมา คือ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจตามลำดับ

จากเอกสารที่ผู้วิจัยได้รวบรวมพบว่า การศึกษาองค์ประกอบการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุส่วนมากเป็นการศึกษาองค์ประกอบทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบคลุมตามองค์ประกอบที่องค์การอนามัยโลกได้แบ่งไว้ แต่การวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเชิงสำรวจระดับคุณภาพชีวิตจากการประเมินตามความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ควรมีการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่กระทำให้ตนเองเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามองค์ประกอบด้านกาย จิตใจ และสังคม เป็นหลัก แต่ไม่นับรวมองค์ประกอบสิ่งแวดล้อม เนื่องจากองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยทางกายภาพ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติหรือควบคุมด้วย

ตนเองให้มีสอดคล้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นช่วยเหลือเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และจากเพื่อน

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีการศึกษาเพียง 3 องค์ประกอบ โดยพฤติกรรมที่แสดงว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมที่สามารถออกตามองค์ประกอบทางกาย จิต และสังคม ดังนี้

3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย เป็นพฤติกรรมที่แสดงว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทางกาย เนื่องจากสรีรร่างกายของผู้สูงอายุเริ่มเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ทำให้ความสามารถทางกายต่างๆ ลดลง และเกิดการเจ็บป่วยตามมา ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายที่ดี

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2540) มีแนวความคิดในเรื่องของการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายในวัยสูงอายุควรมีการวัด 3 แนวทาง คือ

1. การแก้ไขปัญหามุ่งเน้นการบำบัดรักษาให้หายจากโรค
2. การป้องกันโรค เป็นการป้องกันสุขภาพ ได้แก่ การให้วัคซีนป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงจากการดื่ม สุราและสารเสพติดให้โทษอื่นๆ
3. การเสริมสร้างพฤติกรรมที่น่าปรารถนา ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ถูกลักษณะ และครบตามหมวดหมู่ การออกกำลังกายทุกวัน

อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 9) มีการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. พฤติกรรมการกิน ได้แก่ การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำให้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย และครบถ้วนตามหลักโภชนาการ
2. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดให้โทษ เช่น บุหรี่ สุรา และของมีนเมาทุกชนิด
3. พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และเครื่องใช้ การแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และรู้จักป้องกันโรคโดยการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

กชกร สังขชาติ (2536.) มีการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ โดยควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ ให้แข็งแรงอยู่เสมอ
2. การป้องกันไม่ให้เกิดโรค

3. การตรวจรักษาแต่เนิ่น เนื่องจากผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันด้านทานต่อร่างกายทรุดโทรม ถ้าปล่อยให้เป็นโรคแม้แต่โรคที่รักษาง่ายๆ ก็มีอันตรายถึงชีวิตได้

ส่วน สุรางค์ เชื้อวณิชชากร (2548: 24-31) แบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการรับประทานอาหาร
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดที่เป็นโทษ
4. ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

จากการสำรวจคุณภาพชีวิต และความต้องการด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ ของพรเทพ มนต์วิจิตร (2547: 239) พบผลว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัยระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และในคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับกลางมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล การได้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพเหมาะสมกับวัย การออกกำลังกายเป็นประจำ และความสามารถใช้จ่ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

สมพิศ สุทธิทรัพย์ (2542: 47-51) ได้เสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ มี 10 ประการ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องอาหาร
2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องของอากาศ
3. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องการออกกำลังกาย
4. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ
5. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องอารมณ์
6. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ
7. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องการนอนหลับ
8. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องการตรวจสุขภาพร่างกาย
9. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องสิ่งเสพติด
10. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องการรักษา

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย หมายถึง การปฏิบัติตนให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคภัย รับประทานที่ถูกหลักโภชนาการครบหมวดหมู่ ช้ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน ออกกำลังกายเป็นประจำ เข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ปฏิบัติตาม

ข้อแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเข้ารับการรักษา รวมทั้งหลีกเลี่ยงจากการดื่มสุรา และสารเสพติดให้โทษอื่นๆ

การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงจากมาตรวัดการดูแลสุขภาพของ ดาวเดือน พันธุมนาวิน (2540) และมาตรวัด WHOQOL - BREF ขององค์การอนามัยโลก มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย มีจำนวนประมาณ 16 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา

จากการรวบรวมเอกสารผู้วิจัยพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทางจิตมักมีการแสดงออกในรูปของการปฏิบัติตามหลักศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี จิตใจที่สงบ เข้าใจธรรมชาติของบุคคลมากขึ้น รู้จักวางแผน จากการศึกษาของ มุคเฮอร์จี (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2543: 142; อ้างอิงจาก Mookherjee. 1993) พบผลว่า ปริมาณการไปโบสถ์และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เกี่ยวข้องกับความสุขของบุคคล ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตน และแสดงถึงความเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีทางจิต

ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจในคนทุกคน ไม่ว่าจะชาติใด เพราะทุกศาสนาสอนให้ทุกคนเป็นคนดี อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข เดือน คำดี (2541: 282) กล่าวถึงประโยชน์ของศาสนาในด้านการพัฒนาเพื่อความเจริญของมนุษย์ ใน 4 ด้าน

1. ด้านกาย มีร่างกายแข็งแรง มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในทางที่ดี เป็นคุณประโยชน์
2. ด้านสังคม ไม่ทำความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น และสังคม ประพฤติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ เกื้อกูลผู้อื่น มีระเบียบวินัย อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดีด้วยดี
3. ด้านอารมณ์ มีจิตใจที่ดีงาม มีอารมณ์ที่แจ่มใส สดชื่น เบิกบาน มีความรัก ความเมตตา ความปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุข
4. ด้านปัญญา มีความรู้ ความเข้าใจ ความเท่าทันธรรมชาติของโลกและชีวิต สามารถแก้ปัญหาชีวิตได้

งามตา วนิทานนท์ (2545: 694-695) ให้แนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณค่ามากขึ้น ควรให้การสนับสนุนผู้สูงอายุให้ใกล้ชิดพุทธศาสนา และสังคมแก่ผู้สูงอายุ (ด้านปัจจัยสี่ จิตใจ และข้อมูล

ข่าวสาร) ให้โอกาสและส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในและนอกครอบครัวที่เป็นการใช้เวลาว่างอย่างมีประโยชน์

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2538: 17-32) ในเรื่องผู้สูงอายุไทยกับศาสนา พบผลว่า ผู้สูงอายุไปวัด สู่เหร่า หรือโบสถ์เฉพาะวันสำคัญทางศาสนาเป็นสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การฟังธรรมจากวิทยุ การอ่านหนังสือ ตามลำดับ ผู้สูงอายุทั้งที่มีสุขภาพดีและสุขภาพไม่ดีต่างมองว่าศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตของตนในปัจจุบันมากกว่าเมื่อตนเองยังหนุ่มสาว เพราะผู้สูงอายุต้องการแสวงหาความสงบและความผาสุกทางใจจากศาสนา ได้แก่ พระธรรมและคำสั่งสอนจากพระศาสดา และเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุสามารถพบปะสมาคมกับบุคคลอื่น ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนปรับทุกข์ คลายความเหงา ความว้าเหวให้เบาบางลงได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าผู้สูงอายุเมือง เพราะศาสนามีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันค่อนข้างสูง และวิถีชีวิตมีความผูกพันกับประเพณีอยู่ตลอดเวลา และ การศึกษาของภมริน เชาวนจินดา (2542: บทคัดย่อ) ในเรื่องลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบผลว่า การปฏิบัติทางพุทธศาสนาและการมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตทางสังคมได้ และผู้สูงอายุที่ปฏิบัติทางพุทธศาสนามากมีคุณภาพชีวิต 3 ด้านคือ ด้านครอบครัว ด้านสุขภาพ และด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติทางพุทธศาสนาน้อย และยังมีพบผลการสำรวจว่า ศาสนาที่สำคัญ 3 ศาสนา คือ พุทธศาสนา คริสตศาสนา และศาสนาอิสลาม และการสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2538 ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คือ ร้อยละ 95.4 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลามร้อยละ 4.0 และศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.6 หากพิจารณาเป็นรายภาค พบผลว่าเกินร้อยละ 90 ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปในแต่ละภาคนับถือศาสนาพุทธ ยกเว้นภาคใต้ มีเพียงร้อยละ 74.8 เพราะภาคใต้มีผู้นับถือศาสนาอิสลามสูงถึงร้อยละ 25.0 กรุงเทพมหานครมีผู้นับถือศาสนาอิสลามรองลงมาจากภาคใต้ คือร้อยละ 4.7 สำหรับศาสนาคริสต์มีสัดส่วนค่อนข้างน้อยในแต่ละภาคแต่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้นับถือศาสนาคริสต์สูงกว่าศาสนาอิสลาม

จากการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ (2540: 158) พบผลว่า กิจกรรมทางศาสนาที่พุทธศาสนิกชน ได้ปฏิบัติเป็นประจำในรอบปี (พ.ศ. 2538) มากที่สุด ได้แก่ การตักบาตร ร้อยละ 78.2 ของพุทธศาสนิกชนอายุ 6 ปีขึ้นไป รองมาคือการสวดมนต์ ฟังเทศน์/ฟังการสนทนา ถือนศีล 5 อ่านหนังสือธรรมะ และฝึกสมาธิภาวนา สำหรับกิจกรรมทางศาสนาคริสต์ที่ประกอบกันมากมาคือ การสวดภาวนา รองลงมาคือการไปโบสถ์เพื่อร่วมพิธีกรรมในวันอาทิตย์ ไปโบสถ์เพื่อร่วมพิธีกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และร่วมกิจกรรมสาธารณกุศลของคริสต์จักร ส่วนกิจกรรมทางศาสนาอิสลามที่อิสลามมี

กชนเข้าร่วมมากที่สุด คือ การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน ร้อยละ 80.6 รองลงมาคือการละหมาด การทำละหมาดที่มัสยิดในวันศุกร์ และการไปทำพิธีฮัจญ์

เดือน คำดี (2541: 150 -151) จำแนกการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนาที่ชาวพุทธศาสนิกชนควรปฏิบัติ เป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับมูลฐาน คือ ศีล 5 หรือ ศีล 8

ระดับกลาง คือ กุศลกรรมบถ 10

ระดับสูง คือ มรรค 8

หลักธรรมและหลักปฏิบัติพื้นฐานในศาสนาคริสต์มี ดังนี้ (เดือน คำดี. 2541: 165 -168)

หลักธรรมพื้นฐาน คือ การยึดถือในบัญญัติ 10 ประการ ประกอบด้วย

1. จงอย่ามีพระเจ้าอื่น
2. อย่าเคารพรูปเคารพอื่น
3. อย่าออกนามพระเจ้าเปล่าๆ
4. จงนับถือวันสะบาโต
5. จงนับถือพ่อแม่ของตน
6. อย่าฆ่าคน
7. อย่าล่วงประเวณีในลูกเมียผู้อื่น
8. อย่าขโมย
9. อย่าเป็นพยานเท็จต่อเพื่อนบ้านของเจ้า
10. อย่าโลภอยากได้ของผู้อื่น

หน้าที่ของคริสต์ศาสนิกชน หน้าที่นี้มีบัญญัติไว้ในมี 4 ประการ คือ

1. เชื่อฟังมิชชา
2. ถือศีลอดอาหาร และงดเนื้อสัตว์
3. รับศีลล้างบาปโดยถูกต้อง อย่างน้อยปีละครั้ง
4. ให้บริจาคทรัพย์บำรุงพระสมัย

การรับศีลมี 7 ประเภท คือ

1. ศีลล้างบาปหรือศีลจุ่ม กระทำเมื่อเป็นทารก หรือเมื่อเข้าเป็นคริสต์ศาสนิกชน
2. ศีลกำลัง กระทำอีกครั้งเมื่อพ้นวัยเด็กและเป็นผู้ใหญ่แล้ว เพื่อเป็นคริสต์ศาสนิกชนที่สมบูรณ์
3. ศีลแก้บาป เป็นการสารภาพบาปที่ตนได้กระทำไว้แก่บาทหลวง โดยต้องสารภาพด้วยความจริงใจ และสัญญาว่าจะไม่กระทำผิดอีก

4. ศีลมหาสนิท สำหรับคริสต์ศาสนิกชนที่สมบูรณ์ทุกคนอาจกระทำทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยการรับประทานขนมปังและเหล้าองุ่น เป็นสัญลักษณ์ตามแบบที่พระเยซูได้กระทำแก่อัครสาวก ในพระกระยาหารมื้อสุดท้ายก่อนทรงถูกตรึงด้วยไม้กางเขน เพื่อระลึกถึงการเสียสละพระกายและพระโลหิต

5. ศีลเจิมคนไข้ กระทำเมื่อคนไข้เจ็บหนักใกล้ตายเป็นการชำระบาปครั้งสุดท้าย

6. ศีลอนุกรม เป็นศีลบวชให้บุคคลเป็นบาทหลวง ผู้มีอำนาจโปรดศีลอนุกรมคือสังฆราชซึ่งถือเป็นผู้แทนของพระเยซู

7. ศีลสมรส กระทำแก่คู่บ่าวสาวในพิธีสมรส ผู้ที่รับศีลสมรสโดยถูกต้องแล้ว จะหย่าร้างไม่ได้ และห้ามสมรสใหม่ในขณะที่คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่

ส่วนศาสนาอิสลามมีหลักปฏิบัติที่สำคัญ 5 ประการ (เดียน คำดี. 2541: 189-191)

1. การปฏิญาณตน ว่ามีศรัทธา 6 ประการด้วย

- ศรัทธาในอัลเลาะห์ มุสลิมที่มีจิตศรัทธาจะกล่าวขึ้นต้นในคำปราชัยทุกครั้ง
- ศรัทธาในเทวทูต คือ เชื่อว่า ทูตสวรรค์มีจริง อัลเลาะห์ได้สร้างขึ้นจำนวนมาก มีชื่อและหน้าที่ต่างๆ กัน

- ศรัทธาในคัมภีร์อัลกุรอาน เป็นคัมภีร์สุดท้ายและสมบูรณ์ที่สุด

- ศรัทธาในนบี (ศาสนทูต)

- ศรัทธาในวันพิพากษา มนุษย์ทุกคนจะคืนชีพมีร่างกายขึ้นมาใหม่เพื่อรับการพิพากษาขั้นสุดท้ายในวันที่โลกแตกดับ

- ศรัทธาในกำหนดสภาวะการณ คือ เชื่อว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในเอกภพก็ดี รอบๆ ตัวเราก็ดีหรือกับตัวเราก็ดี ล้วนแต่ถูกกำหนดโดยอัลเลาะห์ทั้งสิ้น พึงยอมรับสภาพด้วยใจภักดีต่ออัลเลาะห์เสมอ หากไม่ยอมรับก็ถือว่าไม่ภักดีต่ออัลเลาะห์อย่างบริสุทธิ์ใจ

2. การทำละหมาดหรือมาซ เป็นการทนมัสการต่อพระอัลเลาะห์เจ้า อันเป็นกิจวัตรที่อิสลามมิชนต้องกระทำวันละ 5 ครั้ง คือ ตอนเช้าตรู่ก่อนพระอาทิตย์ขึ้น (เวลา 04.00 – 06.00 น.) เวลาบ่าย (เวลา 12.30 – 14.30 น.) เวลาเย็น (เวลา 15.30 – 18.30 น.) เวลาพลบค่ำ (เวลา 18.30 – 18-45 น.) และเวลาตึก (เวลา 19.00 – 03.00 น.) โดยหันหน้าไปทางนครมักกะฮ์ (เดียน คำดี. 2541: 189-191)

3. ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน คือ การงดกิน งดดื่ม งดประพฤติกิเลสจากอารมณ์ งดเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศในช่วงเวลาระหว่างรุ่งอรุณไปจนถึงดวงตะวันตกลับฟ้า โดยให้ถือศีลอดนี้ทุกวันเป็นเวลาหนึ่งเดือน ในเดือนที่ 9 ของปฏิทินอาหรับ

4. บริจาคทรัพย์เป็นทาน (ชะก้าต) ซึ่งการบริจาคจะให้ประมาณ 2.5% ของทรัพย์สินที่มีอยู่ต่อปี

5. ประกอบพิธีฮัจญ์ การเดินทางไปกระทำแสวงบุญตามศาสนบัญญัติ ณ นครเมกะฮ์อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต ตามหลักศาสนากำหนดให้ประกอบพิธีฮัจญ์ เมื่อชายอายุ 15 ปีขึ้นไป และหญิงบรรลุนิติภาวะ (เริ่มมีรอบเดือน)

พระเทพเวที (2532: 596) ได้อธิบายการปฏิบัติตามหลักทางศาสนาที่สำคัญ ว่าเป็นปฏิบัติจากภายนอกเข้าสู่ภายในจิต โดยศีลเป็นการแสดงออกจากภายนอกทางกายและวาจา สมาธิเป็นส่วนหนึ่งของจิตใจ ปัญญาเป็นขั้นหนึ่งของจิตที่ทำให้ให้เกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งต่างๆ ทั้งหลาย และนำปัญญานั้นมาปรับปรุงจิต และแสดงออกมาทางกายและวาจา ซึ่งการปฏิบัติตามหลักธรรมดังกล่าวสำหรับทางพุทธศาสนา เรียกว่า บุญสิกขา หมายถึง การทำความดี ให้รูปของการบริจาคทาน รักษาศีล และเจริญสมาธิภาวนา เพื่อจะได้เกิดความสุขสงบสมบุรณ์ในชีวิตนี้ และจะเป็นคุณสมบัติที่จะติดไปยังชีวิตในเบื้องหน้า

ทาน หมายถึง การให้ การสละ การเผื่อแผ่แบ่งปัน เป็นการให้เพื่ออนุเคราะห์ ทานมีหลายประเภท ตั้งแต่การให้ทานที่เป็นวัตถุของเงินทอง การกระทำทางกายที่เป็นการช่วยเหลือ การให้ทานทางวาจาด้วยการพูดแนะนำสั่งสอน ให้ธรรมเป็นทาน และการให้ทานทางใจ คือ การไม่ติดใจเอาผิดกล่าวโทษแก่ผู้ที่ทำร้ายตนเองหรือล่วงละเมิดตน ซึ่งเรียกว่าอภัยทาน (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2540: 23) ซึ่งสำหรับคริสต์ศาสนาเรียกว่าเป็นการบริจาค และศาสนาอิสลามเรียกว่า “ชะก้าต” (เดียน คำดี. 2541: 189-191)

ศีล แปลว่า ปกติ คือการปฏิบัติที่เป็นการควบคุมรักษากาย วาจาของตนไว้ ให้บริสุทธิ์หรือสงบ มีความมุ่งหมายเพื่อควบคุมโทษะ ความหยาบคายทางกาย วาจา รักษาตนไว้ไม่ให้เสียหาย (ศูนย์พุทธจักรปฏิบัติธรรม. 2549: 57) และเป็นการงดเว้นที่จะการกระทำอันเป็นการเบียดเบียนผู้อื่นและเบียดเบียนตนเอง (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2540: 23)

ภาวนา คือ การทำสมาธิ การฝึกจิตและปัญญาให้หนักแน่นเข้มแข็ง เจริญด้วยคุณธรรมต่าง ๆ การภาวนา สวดมนต์หรือสัจรวมจิต ซึ่งจะเป็นทางให้เกิดปัญญา รู้เท่าทันโลกและชีวิต สามารถควบคุมขัดเกลากิเลสของตนเองได้เป็นอย่างดี (เก็บความจาก หนังสือพุทธธรรม หน้า 596-599) ส่วนสมาธินั้น ความหมายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น คือ การบังคับจิตของตนให้อยู่ในสภาพมั่นคง สงบบริสุทธิ์ เพื่อที่จะใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และเห็นแจ้งในสิ่งทั้งหลายตามที่เป็นจริงโดยสมบุรณ์ (พระพุทธทาสภิกขุ. 2499) การทำสมาธิของบุคคลนั้น อาจทำได้ทั้งในขณะที่ทำกิจวัตรประจำวัน และในช่วงพิเศษ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2540: 24) สำหรับศาสนาคริสต์ การสวด

ภาวนา หมายถึง การระลึกถึงศาสดา การสวดเพื่อเป็นกำลังใจ เป็นที่พึ่งพา การอ่อนน้อม การอธิษฐานทางศาสนาคริสต์ และสำหรับการสวดมนต์ในศาสนาอิสลาม เห็นได้จากการทำละหมาดหรือมาซ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา หมายถึง การปฏิบัติตามหลักศาสนาเบื้องต้น ได้แก่ การให้ทาน งดเว้นการกระทำการอันเป็นการเบียดเบียนผู้อื่น ทางกาย วาจา ใจ และการภาวนา หรือการสวดมนต์ รวมถึงการทำสมาธิ รวมจิตที่สิ่งเดียว เพื่อให้จิตใจสงบ เกิดปัญญาเห็นธรรม

การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่นำมาจากมาตรวัดการปฏิบัติทางพุทธของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน โดยมาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย มีจำนวนประมาณ 14 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3.3 พฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคม

พฤติกรรมที่แสดงว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทางสังคม ผู้วิจัยสนใจศึกษาในประเด็นพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม เพราะในวัยสูงอายุมีเวลาว่างค่อนข้างมากควรมีกิจกรรมกระทำในยามว่าง การทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับชุมชนหรือสังคมเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับบุคคลต่างๆ ทั้งเพื่อนในวัยเดียวกัน และเพื่อนต่างวัย จากงานวิจัยของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2541: 1-96) พบผลว่า การรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำผู้สูงอายุมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง อยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

มนุษย์ทุกคนไม่สามารถอยู่ตามลำพังได้ จำเป็นต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการอยู่กับผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้มีการสรุป ว่าการเข้าสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่นๆ อาจเป็นกลุ่มเล็กๆ หรือกลุ่มใหญ่ๆ ก็ได้ โดยกิจกรรมที่ทำนั้นจะเป็นประโยชน์ใน 2 ลักษณะ (สุมาลี สังข์สี, 2540: 8) คือ

1. เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมนั้น ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบปะผู้คน ได้พบเพื่อนโดยเฉพาะในวัยเดียวกัน ได้มีเพื่อน ไม่เหงา ไม่รู้สึกว้าเหว่ ได้พูดคุยปรึกษาหารือ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้ช่วยทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เช่น กิจกรรมการรวมชมรมผู้สูงอายุทำดอกไม้ประดิษฐ์เพื่อเสริมรายได้

2. เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำนั้นเกิดประโยชน์ต่อชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยไปจนถึงเป็นประโยชน์ต่อสังคมภาพรวม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุช่วยดูแลวัด ดูแลแหล่งความรู้ชุมชน ช่วยทำสวนสมุนไพรในชุมชน ช่วยถ่ายทอดความรู้ให้แก่เยาวชนรุ่น

หลัง ช่วยถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับงานประเพณีวัฒนธรรมที่สืบทอดมาแก่อนุชนรุ่นหลัง ช่วยแนะนำในเรื่องการประกอบอาชีพ ช่วยร่วมพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชน เป็นที่พึ่งเป็นกำลังใจให้แก่บุตรหลานญาติพี่น้องในชุมชน ช่วยดูแลสาธารณะ ช่วยดูแลความสะอาดชุมชน

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของชุมชนมี 4 รูปแบบ (เพ็ญศรี ชื่นประดิษฐ์. 2537: 24) ได้แก่

1. การศึกษาปัญหา และความต้องการร่วมกันของชุมชน
2. การวางแผน และกิจกรรม
3. การปฏิบัติตามโครงการ
4. การประเมินผลโครงการ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมกับสังคม (เพ็ญศรี ชื่นประดิษฐ์. 2537: 24) ได้แก่

1. ความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือ และบริการจากรัฐ เช่น เงิน วัสดุอุปกรณ์
2. ความต้องการที่จะได้รับผลประโยชน์จากกลุ่ม
3. การที่จะได้รับการสนับสนุน กระตุ้น และแรงจูงใจจากผู้นำชุมชน

การศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดเลย (อุษา ศาสตรักดี. 2536: บทคัดย่อ) พบผลว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมฯ ในระดับปานกลาง กิจกรรมที่สมาชิกฯ มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การบริจาคเงิน กิจกรรมที่สมาชิกฯ น้อยที่สุด คือ ร่วมวางแผนระเบียบกฎเกณฑ์ของชมรมฯ และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของสมาชิกผู้สูงอายุในชนบทกับสมาชิกในเมือง พบผลว่า ไม่มีความแตกต่างของการมีส่วนร่วม ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

งานวิจัยเชิงสำรวจของ จุฑาทิพ อภิรมย์ (2537: บทคัดย่อ) เกี่ยวกับข้อเท็จจริงและทัศนคติการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนเทศบาลเมืองนครราชสีมา โดยศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนระหว่าง 16 -30 ปี พบผลว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แต่จะเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของตนเองมากกว่า เนื่องจากมีความผูกพันกับชุมชนของตนเองมานาน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามความสะดวก นอกจากนี้พบผลว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อกิจกรรมทางสังคมในเชิงบวกทั้งกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ต่อชุมชน และต่อสังคม ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความภูมิใจในบั้นปลายชีวิตว่ายังเป็นประโยชน์ต่อลูกหลาน และคนอื่นในสังคม และยังเห็นว่าการช่วยเหลือเป็นสิ่งที่ดี ยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือถ้ามีโอกาส

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคม นั้นเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการติดต่อ สื่อสาร และปะทะสังสรรค์ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกัน ใกล้เคียงกัน หรือต่างวัย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรูปแบบและลักษณะของกิจกรรม

สังคมที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมนั้น นอกจากจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ แล้วยังเป็นการทำให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี โดยที่ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ทางสังคม ด้วยการร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่น ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุ ยังจะเป็นเงื่อนไขสำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการถ่ายทอดศักยภาพที่มีอยู่ของตนเอง รวมทั้งการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ภูมิปัญญา และทักษะร่วมกับบุคคลอื่น โดยจะเป็นการก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงสร้างสรรค์ต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเอง และครอบครัว ชุมชน สังคมตามลำดับ

จากงานวิจัยของ มาลินี วงษ์สิทธิและคณะ (2541: 78-79) พบผลว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ ในยามว่าง และมักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการพักผ่อน มีเพียงจำนวนน้อยที่พบรายงานว่าไม่เคยมีเวลาว่างเลย ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่เป็นผู้มีความรู้ มีความสามารถ และยังคงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ความสามารถ ภูมิปัญญา รวมทั้งประสบการณ์ที่มีอยู่ อีกทั้งยังได้ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและเกื้อกูล และทำประโยชน์ต่อสังคมทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการทำหน้าที่และมีบทบาทต่าง ๆ ในสังคมนั้น

การศึกษาของ เพ็ญแข ประจันปัจฉินึก (2537: 116-117) พบผลว่า การจัดกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุเป็นสอดคล้องกับแนวความคิดในทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก เป็นผู้พึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่เข้าร่วมน้อย นอกจากนี้ข้อมูลเชิงสำรวจที่ได้มาจากผู้สูงอายุ พบผลว่า ผู้สูงอายุมีต้องการให้มีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุมาลี สังข์สี (2540: บทคัดย่อ) เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมและนันทนาการ ในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 90 ยังร่วมกิจกรรมสังคมอยู่โดยส่วนใหญ่ร่วมเป็นครั้งคราว กิจกรรมที่ร่วมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมภายในชุมชนได้แก่งานบุญงานประเพณี งานเทศกาล งานของเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุร้อยละ 43 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มใดเลย ในขณะที่ร้อยละ 23 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและร้อยละ 11 เข้าร่วมกลุ่มศาสนา ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดระบุว่ามีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุควรจะเข้าสังคมพบปะกันบุคคลต่าง ๆ บ้าง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาวิตรี ลัมชัยอรุณเรือง (2536: 184) ที่ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจและชอบของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและความสุขในชีวิต และ พบผลว่า การจัดตั้งชมรมหรือศูนย์กลางการพบปะสังสรรค์ในระหว่างผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีต่อไป

สมาคมส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2550: ออนไลน์) สรุปประเภทของการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมทางการเมืองของผู้สูงอายุ
2. การมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ
3. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกระบวนการยุติธรรม
4. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา
5. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุด้านวัฒนธรรม
- 6 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการกิจของส่วนราชการต่าง ๆ

นักจิตวิทยาส่วนใหญ่ (ไชล ไชยเสรี. 2539: 48; อ้างอิงจากBurgess, and other. 1949.) ถือว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้นได้อย่างหนึ่ง

ส่วนนักทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) (สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536: 55-57; อ้างอิงจาก Bengtson. 1977.) เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุข ความพึงพอใจเมื่อได้ทำกิจกรรมต่อเนื่องจากที่เคยทำในอดีต ซึ่งการทำกิจกรรมเป็นการแสดงถึงค่านิยม ความเชื่อที่สามารถรักษาวិถีการดำเนินชีวิตไว้ดังเดิมได้ ถ้าขาดสิ่งนี้ความพึงพอใจในชีวิตจะลดลง และกิจกรรมต่าง ๆ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. กิจกรรมที่มีรูปแบบ เป็นกิจกรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ไม่มีการกำหนดรูปแบบเวลา การปฏิบัติที่แน่นอน มักมีลักษณะพฤติกรรมการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น การสังสรรค์ระหว่างญาติ หรือเพื่อน การเป็นที่ปรึกษาให้แก่บุตรหลาน เป็นต้น

2. กิจกรรมที่มีรูปแบบ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ เข้าร่วมในองค์กร เช่น สมาคม ชมรม หรือกลุ่มต่าง ๆ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอาจเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุหรือเจ้าหน้าที่จัดขึ้น มีรูปแบบที่ชัดเจน เช่น สมาคมคลังสมองแห่งประเทศไทยซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิกผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถจากหลายสาขาวิชาที่มาร่วมกันวางแผนจัดดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ แก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมการเป็นอาสาสมัครซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

3. กิจกรรมที่กระทำตามลำพัง เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ตามลำพังคนเดียวโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มักเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและพอใจทำอย่างสงบเงียบ เช่น งานอดิเรก การเดินเล่น เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์ความสุขสบายและความเพลิดเพลินจากกิจกรรมนี้

การวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของ สาวิตรี ลัมชัยอรุณเรือง (2536: 59-60) มีการวัดกิจกรรมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตจากกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านกาย จิต และสังคม ของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. กิจกรรมส่วนบุคคล เป็นกิจกรรมที่ทำตามลำพัง เช่น การพักผ่อน การฟังเพลง การปลูกต้นไม้ การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น
2. กิจกรรมภายในครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำร่วมกับบุคคลภายในครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูหลาน การดูแลบ้านพักอาศัย เป็นต้น
3. กิจกรรมทางสังคม หรือกิจกรรมนอกครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำร่วมกับบุคคลภายนอกครอบครัว ให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาบทบาทเป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

นอกจากนี้ ไฉไล ไชยเสวี (2539: 8-9) ได้สร้างเครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ จากแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม ซึ่งทำการวัดการมีส่วนร่วมในสังคม 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การวัดการมีส่วนร่วมในสังคมเชิงสังคม หมายถึง ปริมาณการทำกิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมในครอบครัว หรือนอกครอบครัว และวัดความถี่ของการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีมากน้อยเพียงใด
2. การวัดการมีส่วนร่วมในสังคมเชิงจิตใจ หมายถึง ความสนใจหรือการทุ่มเทจิตใจของบุคคลที่ให้การทำกิจกรรม และเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคม อันเป็นความผูกพันทางจิตใจที่มีต่อกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเอกสารเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุผู้วิจัยได้นำเอกสารมาจากเว็บไซต์ของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย (2550: ออนไลน์) ชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2505 ณ โรงพยาบาลประสาท โดยการสนับสนุนของมูลนิธิวิจัยประสาท และใช้ชื่อว่า ชมรมผู้สูงอายุ มูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีพระยาบริรักษ์เวชการ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และองคมนตรีในขณะนั้นเป็นประธาน มีหลวงพิณพาทย์พิทยาเกท เป็นกรรมการและนายแพทย์ประสพ รัตนการ เป็นเลขานุการ มีวัตถุประสงค์ของชมรม 3 ประการ

1. ส่งเสริมด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้ดูแลตนเอง
2. ให้ผู้สูงอายุทำประโยชน์อย่างน้อยในแง่เผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพ
3. เป็นที่ชุมนุมสำหรับให้เกิดการพัฒนาทางสังคม โดยเฉพาะในด้านผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นชมรมของผู้สูงอายุที่แต่ละชุมชนที่รวมตัวกันตั้งขึ้นมา แล้วดำเนินกิจกรรมของชมรม โดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม และต้องรับผิดชอบดำเนินการ แม้มีเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือคนอื่นอาจช่วยดำเนินการได้ในบางเรื่อง แต่แนวความคิด ทัศนคติในการจะดำเนินการ ต้องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม ทั้งนี้เพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสมาชิกในชมรม และประโยชน์ของสังคมโดยรวม

จากการสรุปลักษณะชมรมผู้สูงอายุของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย พบผลว่า มีจำนวนสมาชิกมากน้อย แตกต่างกันไป จากมากถึง 500 คนขึ้นไป ถึงน้อยที่สุด มีสมาชิกอยู่ 50 คนลงมา จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมที่สุด อยู่ระหว่าง 20-100 คน ทุกคนจะรู้จักกันหมด ข้อเสียของการมีสมาชิกน้อย คือ ชมรมฯ จะเงียบเหงาไม่คึกคัก ส่วนสถานที่ตั้งของชมรม ใช้สถานที่ราชการ 34.9% วัด 32.9% และบ้าน 27.3% ส่วนมากจะจัดกิจกรรมในสาธารณะสถาน เช่น โรงแรม โรงเรียน ฯลฯ ตามที่เห็นสมควร สถานที่ตั้งของชมรมควรเป็นที่สมาชิกชมรมสามารถเดินทางได้สะดวก ไม่ต้องเสียเวลามาก และมีบริเวณที่เหมาะสม ส่วนการใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ตั้งชมรม พบผลว่า โรงพยาบาลเป็นผู้ริเริ่มชักชวนให้เกิดมีชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อความสะดวกในการที่ ทางโรงพยาบาลจะได้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุก็หวังจะได้รับบริการ จากโรงพยาบาลได้สะดวก ประกอบกับทางโรงพยาบาลมีสถานที่หรือห้องประชุม มีอุปกรณ์เครื่องพิมพ์ เครื่องกระจายเสียง มีเจ้าหน้าที่เป็นข้าราชการ ให้ความอนุเคราะห์ ในการจัดบริการ และจัดการต่างๆ ให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกสบาย จึงมีการมีการใช้โรงพยาบาล ทั้งระดับจังหวัด และอำเภอ เป็นที่ตั้งชมรมผู้สูงอายุกันมาก

การดำเนินกิจกรรมเป็นหัวใจของผู้สูงอายุ เพราะกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของชมรม ได้พบปะสังสรรค์ ได้ทั้งประโยชน์ทางร่างกาย และจิตใจ ชมรมฯส่วนใหญ่ จะมีคณะกรรมการชมรมเพื่อปรึกษาการจัดกิจกรรมและดำเนินกิจกรรมตามความต้องการของสมาชิก ซึ่งกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีหลากหลายชนิดขึ้นอยู่กับแต่ละชมรม โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม เป็นกิจกรรมที่ทำกันมาก ได้แก่ การจัดกิจกรรม ตามวันสำคัญทางศาสนา และตามวัฒนธรรมประเพณีนิยม ของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งนิยมจัดกันมาก ในชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้านหรือชุมชน เพราะทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2. กิจกรรมนันทนาการ เป็นการจัดกิจกรรม เพื่อความสนุกสนาน รื่นเริงตามโอกาส และความพอใจของสมาชิก กิจกรรมประเภทนี้ มักจะรวมการร่วมรับประทานอาหารเข้าไปด้วย หลังรับประทานอาหาร และมีการแสดงเล็กๆ น้อยๆ และร่วมกันร้องเพลงตามอัธยาศัย กิจกรรมชนิดนี้ นิยมกันมาก ในชมรมฯ ในเมือง หรือชมรมข้าราชการบำนาญ บางชมรมทำทุกเดือน

3. กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การเชิญแพทย์ พยาบาล ผู้รู้ในเรื่องสุขภาพอนามัย มาบรรยายในเรื่องที่สมาชิกสนใจ การตรวจโรคประจำปี ความรู้เรื่องยา ยาสมุนไพร และโภชนาการเพื่อสุขภาพ ฯลฯ

4. กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬา เป็นกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องทุกวัน หรือทุกวันเว้นวัน ในเวลาประมาณครึ่งชั่วโมงต่อวัน หรือต่อครั้ง กิจกรรมประเภทนี้ เป็นประโยชน์ในทางสุขภาพ แต่ชมรมจะต้องจัดสถานที่ที่เหมาะสม มีผู้ดำเนินการที่เหมาะสม ทำได้ทุกชมรม

5. กิจกรรมเสริมรายได้ ได้แก่ กิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันทำ หรือผลิตสิ่งของ แล้วนำไปจำหน่ายเป็นการเสริมรายได้ เหมาะสำหรับชมรมในหมู่บ้าน ที่สมาชิกต้องการเสริมรายได้ เช่น บางชมรมร่วมกันสานแข่งปลาทุ ทำไม้กวาด ทำดอกไม้จันทน์ ฯลฯ แล้วนำไปจำหน่าย

6. กิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะต่างๆ ที่สมาชิกสนใจ เช่น ศิลปะเกี่ยวกับการวาดรูป การดนตรี การขับร้อง การประพันธ์บทกลอน ฯลฯ เหมาะสำหรับชมรมที่มีสมาชิก ที่มีศักยภาพทางศิลปะ และรักทางศิลปะ

7. กิจกรรมท่องเที่ยว เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาว่างมาก การท่องเที่ยวในสถานที่ และโอกาสอันควร โดยไปเป็นหมู่คณะ นอกจากจะก่อให้เกิดประโยชน์ เรื่องความรักสามัคคีในหมู่คณะแล้วยังได้ความรู้ ความเท่าทันโลกอีกด้วย

8. กิจกรรมการกุศล รวมทั้งสาธารณกุศล ที่ชมรมสามารถจะช่วยให้ และการกุศลที่ทำแก่เพื่อร่วมชมรมที่ถึงแก่กรรม หรือการเยี่ยมไข้ เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย หรือการเยี่ยมยามเพื่อนสมาชิกโชคร้าย เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรต่อกัน ที่ทำให้เกิดความรักสามัคคี ในหมู่คณะได้มาก ทำให้สมาชิกมีความรู้สึก ว่า ตนไม่โดดเดี่ยว

9. กิจกรรมฉาปนกิจสงเคราะห์ เป็นกิจกรรมที่ให้การสงเคราะห์แก่สมาชิก ที่ถึงแก่กรรม กิจกรรมประเภทนี้ สมาชิกชมรมมีความนิยมค่อนข้างมาก แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเงิน และระเบียบทางราชการ ชมรมใดจะดำเนินการกิจกรรมประเภทนี้ จะต้องมีความพร้อมในเรื่องคน ความรู้ ความเข้าใจ ความซื่อสัตย์สุจริต

10. กิจกรรมปลีกย่อยอื่นๆ เป็นกิจกรรมอะไรก็ได้ ขอให้ทำโดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุ หรือสังคมที่ถูกต้อง ตามทำนองคลองธรรม ไม่เบียดเบียนตนเอง และผู้อื่น

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยสาขาจังหวัดนนทบุรี (สนอง จุลกะทัตพะ. 2550) พบผลว่า แต่ละชมรมมีการรับนโยบายหลักมาจากสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ซึ่งทางชมรมผู้สูงอายุสาขาจังหวัดนนทบุรีมีการจัดการประชุมเพื่อแจ้งรายละเอียดและข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมจากสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยให้ประธานแต่ละชมรมฯ ทราบประมาณเดือนละ 1 ครั้ง หรือตามความเร่งด่วนของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย คณะกรรมการบริหารของแต่ละ

ชมรมจะเป็นผู้จัดรูปแบบการกิจกรรมภายในชมรมฯ เอง โดยให้ครอบคลุมตามลักษณะกิจกรรมที่สมาชิกผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นผู้กำหนด สมาชิกส่วนมากจะเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดีสามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ด้วยตนเอง มีเพียงส่วนน้อยที่จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมที่ทางชมรมฯ จัดขึ้นมา บางกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ทำทุกวัน เช่น การเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุช่วยงานโรงพยาบาล แต่บางกิจกรรมจะมีการกำหนดไว้ล่วงหน้า เช่น การประชุมที่จัดขึ้นเป็นประจำในแต่ละเดือน การจัดงานวันเกิดให้แก่สมาชิกที่มีวันคล้ายวันเกิดในเดือนนั้น และบางกิจกรรมมีการจัดขึ้นเป็นพิเศษตามโอกาสหรือเทศกาลต่างๆ เช่น การทอดกฐิน ซึ่งทางชมรมฯ แต่ละชมรมจะมีการแจ้งให้สมาชิกทราบล่วงหน้าจากการประชุมประจำเดือนนั้นๆ หรือบางชมรมอาจจัดให้มีการจัดกิจกรรมในทุกสัปดาห์ขึ้นอยู่กับการตกลงของคณะกรรมการและสมาชิกในชมรมฯ

จากการที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรที่สามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ทั้งทางกาย จิต และสังคม ซึ่งทางชมรมมักจะจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในชมรม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมเพื่อรับสาระต่างๆ การจัดกิจกรรมนันทนาการ และเป็นสถานที่นัดพบระหว่างผู้สูงอายุ ช่วยการส่งเสริมอารมณ์ จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง จากงานวิจัยของ ประภาพร จินนุทยา (2536: 82 - 83) พบผลว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม หรือองค์กรอื่น ๆ โดยสมัครใจ มีคุณภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กรอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) (ส่วิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536: 55-57; อ้างอิงจาก Bengtson. 1977.) ที่เชื่อว่า ผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มาก ย่อมมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงวัยเดียวกัน และมองเห็นโลกกว้างขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเหงาหรือซึมเศร้า ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง และตรงกับงานวิจัยของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2541: 1 - 96) ที่พบว่า การรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำผู้สูงอายุมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง อยู่ในครอบครัวอย่างสุขกายสุขใจ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง การเข้าร่วมประชุมและกิจกรรมต่างๆ ของชมรมผู้สูงอายุ การติดตามข่าวสารความเคลื่อนไหวของสังคม การมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่น การใช้สิทธิลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง และการทำประชาพิจารณ์ หรือการรับร่างรัฐธรรมนูญ โดยการกระทำนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเอง สังคมหรือชุมชน

การวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมสามารถวัดได้โดยใช้มาตรวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริง มีจำนวนประมาณ 12 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่นำมาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษา ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ความเชื่ออำนาจภายในตน การเห็นคุณค่าในตนเอง สุขภาพจิต และสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยมีปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม ในการศึกษาตัวทำนาย และปริมาณการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยที่รวมปัจจัยเหล่านี้มาเป็นตัวแปรเชิงเหตุในของการมีพฤติกรรมคุณภาพชีวิต ว่าตัวแปรเชิงเหตุต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสามารถส่งผลต่อการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ อย่างไร

4.1 ปัจจัยทางจิตกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4.1.1 ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

จากการรวบรวมเอกสารผู้วิจัย พบผลว่า ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเป็นคุณลักษณะอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมตามกาลเทศะ มีเป้าหมาย มีการวางแผน เพื่ออนาคต มีความเพียรเพื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือคาดการณ์ไว้ก่อนแล้ว ซึ่งการที่บุคคลมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม เพื่อการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข

มีด (Mead. 1971: 175) และโรบินสัน (Robinson. 1971: 1225-B) ให้ความหมายของลักษณะมุ่งอนาคต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่คาดการณ์เกี่ยวกับตนเอง และมีการวางแผนโครงการระยะยาวเกี่ยวกับตนเองในอนาคต ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงามตา วนิทานนท์ (2545: 392) ได้อธิบายลักษณะมุ่งอนาคตไว้ว่า เป็นลักษณะทางจิตใจด้านหนึ่ง อันประกอบด้วย (1) การรับรู้ได้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งที่เป็นผลดีและผลเสีย (2) ยอมรับว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้นอาจเกิดขึ้นกับตนได้ด้วย (3) มองเห็นความสำคัญของเวลาที่ผ่านไปและมองเห็นคุณค่าความสำคัญของสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นได้เท่าเทียมกับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว

ส่วนความหมายของการควบคุมตน บุญรับ ศักดิ์มณี (2532: 18) และ ปภัสสร กิมสุวรรณ วงศ์ (2546: 24) ให้ความหมายไว้คล้ายคลึงกันว่า เป็นความสามารถที่จะละเว้นการกระทำบางอย่าง หรือ ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความเสียสละหรือความอดทนในปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสม เป็นเวลานานพอที่จะนำไปสู่ผลที่ต้องการในอนาคตได้ ความสามารถนี้ไม่ใช่ลักษณะทางจิตที่เรียกว่า ความใจแข็งแต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นความสามารถของบุคคลที่จะจัด

สภาพแวดล้อมให้ตนสามารถที่จะทำพฤติกรรมที่ตนตั้งใจไว้แต่เดิม หรือเรียกว่าเป็น การควบคุมตน เพื่อผลนั้น

มิเชล (Mischel. 1974: 287) อธิบายถึงลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน หมายถึง เป็นความสามารถในการคาดการณ์ไกล และเล็งเห็นผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีความต้องการได้รับผลในอนาคตที่ดีกว่า หรือมากกว่าผลที่จะเกิดในปัจจุบัน จึงดำเนินการวางแผนเพื่อปฏิบัติที่ดีจากนั้นจะควบคุมตนเองให้ปฏิบัติไปตามแผนที่วางไว้ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการในอนาคต ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2529: 112) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการคาดการณ์ไกล และความสามารถในการควบคุมบังคับตนเองให้รู้จักอดได้รอได้ หรือรู้จักอดเปรี้ยวไว้กินหวาน และเพ็ญแข ประจักษ์ปัจฉิม (2527: 15) ได้อธิบายลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเพิ่มว่า เป็นพฤติกรรมเพื่อไปสู่จุดหมายปลายทางความสำเร็จหรือผลตอบแทนที่ยิ่งใหญ่หรือมีคุณค่ามากกว่า ซึ่งผลในอนาคตจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับกระทำในปัจจุบัน

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระหว่างความต้องการผลในอนาคตมากกว่าผลในปัจจุบัน และดำเนินการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายในอนาคตนั้น (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 69) และผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูงสามารถระงับหรือชะลอการบำบัดความต้องการต่าง ๆ ของตนเองได้ ฉะนั้นผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง คือ ผู้ที่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ ไม่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของศาสนาและกฎหมาย และจัดเป็นผู้มีจริยธรรมสูงด้วย (ดวงเดือน พันธุมนาวิน ;และประจักษ์ปัจฉิม. 2520: 35; อ้างอิงจาก Kohlber. 1964; Mischel. 1975; Wright. 1975.)

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนจึงเป็นลักษณะทางจิตอย่างหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไปสู่แนวทางปฏิบัติ เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ ทำให้บุคคลเกิดความเพียรพยายามเพื่อต่อสู้อุปสรรคต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายในอนาคต (จรรยา สุวรรณทัต. 2533: 50; ดวงเดือน พันธุมนาวิน ;และเพ็ญแข ประจักษ์ปัจฉิม. 2520: 37; และบุญรับ ศักดิ์มณี. 2532: 7 - 8)

จันทนา นนทิก (2533: 32-33) อธิบายถึงผู้ที่มีเป้าหมายหรือมีการกำหนดสิ่งที่ต้องการไว้ล่วงหน้าชัดเจนย่อมมีความตั้งใจและใช้ความพยายามอย่างจริงจังในการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอนาคต ซึ่งเป้าหมายจะมีหน้าที่ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. เป้าหมายจะกำหนดแนวทางตัดสินใจว่าควรใช้ความพยายามเท่าใดในการทำงานนั้น
2. เป้าหมายมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมต่อการทำงานโดยต้องตระหนักถึงความสำคัญ

สรุปได้ว่า ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน หมายถึง การเล็งเห็นถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกลที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และความสามารถบังคับควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้อดทนรอผลของการกระทำนั้นได้

- **ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย** การกระทำที่มุ่งหวังที่ดีต่อสุขภาพกายทั้งในปัจจุบันและในอนาคตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต้องรู้จักการควบคุมตนเองให้กระทำในสิ่งอันประเสริฐต่อสุขภาพทางกาย และงดเว้นจากพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพกายดีและแข็งแรงเป็นไปตามวัย ซึ่งงานวิจัยของ อุบล เลี้ยววาริณ (2534) ศึกษาผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 358 คน พบผลว่า ผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตมากเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมโดยเฉพาะในผู้หญิง และงานวิจัยเรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” ของพรรณราย พัทธเจริญ (2543) ศึกษาบุคคลที่เป็นข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 3 ทาง (Three ways ANOVA) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบผลว่า ข้าราชการสูงอายุที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายมาก และตัวแปรที่นำมาทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งหมด 10 ตัว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สภาพการทำงาน รายได้ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ทศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ พบตัวทำนายที่สำคัญ 4 ตัวแปร ได้แก่ ทศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และสภาพการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปรับตัวด้านการกินได้ร้อยละ 52.4 และค่าเบต้าของ 3 ตัวแปรแรก มีเท่ากับ .55 .21 และ .21 ตามลำดับ แต่ในงานวิจัยในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายของ ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546) ในเรื่องจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งศึกษาในข้าราชการชาย หญิงของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 363 คน ที่มีอายุในช่วง 55 – 60 ปี ไม่พบผลว่า พฤติกรรมสุขภาพกายของข้าราชการสูงอายุแปรปรวนไปตามลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และจากการวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แคนอนนิคัล (Canonical Correlation Coefficients) เพื่อหาปริมาณการทำนายจากตัวแปรทั้ง 6 ตัว ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ความเชื่อทางพุทธศาสนา ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ เจตคติต่อการรักษาสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถทำนายในกลุ่ม

รวมได้ร้อยละ 49.02 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เท่ากับ .36 ขณะที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของพฤติกรรมสุขภาพกายเท่ากับ .84

- **ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา** จากงานวิจัยของพรรณราย พัทธการเจริญ (2543) เรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” จากบุคคลที่เป็นข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี พบผลว่า ข้าราชการสูงอายุที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา มาก และตัวแปรที่นำมาทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาทั้งหมด 10 ตัว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สภาพการทำงาน รายได้ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ทักษะที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ พบตัวทำนายที่สำคัญ 3 ตัวแปร ได้แก่ ทักษะที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาได้ร้อยละ 34.7 และค่าเบต้ามีเท่ากับ .41 .21 และ .17 ตามลำดับ สอดคล้องกับจากงานวิจัยของ ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546) ในเรื่องจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุใน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งศึกษาในข้าราชการชาย หญิงของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 363 คน ที่มีอายุในช่วง 55 – 60 ปี โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพจิตจากการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนาพบว่า ข้าราชการสูงอายุที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมาก มีพฤติกรรมการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา มาก และจากการวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แคนอนนิคัล (Canonical Correlation Coefficients) เพื่อหาปริมาณการทำนายจากตัวแปรทั้ง 6 ตัว ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ความเชื่อทางพระพุทธศาสนา ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ เจตคติต่อการรักษาสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถทำนายในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 49.02 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเท่ากับ .36 ขณะที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของพฤติกรรมสุขภาพจิตเท่ากับ .67

- **ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม** ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมในผู้สูงอายุโดยตรง แต่พบผลว่าลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม จากงานวิจัย ของ วรรณะ บรรจง (2546: บทคัดย่อ) ในเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมกรรมมีส่วนทางการเมืองของครูในภาคใต้ ซึ่งพฤติกรรมกรรมมีส่วนทางการเมืองจัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคมอย่างหนึ่ง และพฤติกรรมกรรมลงคะแนนเสียงเลือกตั้งที่ส่วนหนึ่งของพฤติกรรมกรรมมีส่วนทางการเมือง พบผลว่า ครูที่มีลักษณะมุ่งอนาคตสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมลงคะแนนเสียงเลือกตั้งสูงกว่าครูที่มีลักษณะมุ่งอนาคตน้อย

4.1.2 ความเชื่ออำนาจภายในตน

อ้อมเดือน สดมณี (2538: 96) ให้ความหมายของความเชื่ออำนาจในตน หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนไม่ว่าจะเป็นความสำเร็จหรือความล้มเหลว เกิดจากการกระทำของตนเอง และตนยังสามารถควบคุมผลให้เป็นไปตามที่ต้องการได้ และยังสามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้ และ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2529: 111-112) ได้ให้ความหมายความเชื่ออำนาจภายในตนเพิ่มเติมไว้ว่า เป็นปริมาณความตระหนักว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองแทบทั้งสิ้น ฉะนั้นผู้ที่มีความมั่นใจว่าตนสามารถจะคาดการณ์ว่าสิ่งใดจะเกิดกับตนได้อย่างแม่นยำพอสมควร และเชื่อว่าตนสามารถที่จะทำให้เกิดผลตามที่ตนต้องการได้ด้วย ซึ่งตรงข้ามกับผู้เชื่ออำนาจนอกตน โดยคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเพราะโชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรือเกิดจากการกระทำของผู้อื่นมากกว่าที่จะเป็นผลการกระทำของตน ฉะนั้นเมื่อเกิดปัญหา ก็มักจะรู้สึกท้อแท้และเพิกเฉย

Rotter (กรณีการ พัฒนาผลดูวิทยา. 2542: 32) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ที่อำนาจภายในตนสูง มีความเชื่อว่า เขาประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวต่างๆ เกิดจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองและเชื่อว่าสามารถทำนายและควบคุมผลการกระทำให้เป็นไปตามที่ต้องการได้อย่างมาก และสอดคล้องกับ สตริกแลนด์ (Strickland. 1978: 353-358) โดยพบผลว่า ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนนั้น จะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเช่นเมื่อบุคคลมีความทุกข์ และรับรู้ว่าจะตนเองไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ก็อาจจะเชื่ออำนาจนอกตนมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตเป็นไปด้วยดี บุคคลจะมีการรับรู้ว่าเหตุการณ์ต่างๆ เกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน คือ ความเชื่อว่าตนประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวมีสาเหตุจากผลการกระทำตนเอง ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น เรื่องโชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรือเกิดจากการกระทำของผู้อื่น

- ความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรมกรรมดูแลสุขภาพกาย จากงานวิจัยของ ศักดิ์ชัย นิรัญทวี (2532:167) ที่ศึกษาในเรื่องความแปลกแยกกับพฤติกรรมกรรมการทำงานของครูสังกัด

กรุงเทพมหานคร พบผลว่า ครูที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีพฤติกรรมการทำงานสูงกว่าครูที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ และที่สำคัญครูที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงในขณะที่ยังมีลักษณะด้านอื่นต่ำ ก็ยังเป็นผู้มีพฤติกรรมการสอนและการอบรมจริยธรรมสูงกว่าครูที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำในขณะที่ยังมีลักษณะอื่น ๆ สูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรรณราย พัทธการเจริญ (2543: 152) ที่พบผลว่า ข้าราชการสูงอายุมที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมสุขภาพกายมาก นอกจากนี้ ฟอร์ด (พรเทพ มนต์วัชรินทร์. 2547: 31; อ้างอิงจาก Ford. 1986) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เป็นผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินนุทยา (2536: 85-86) พบผลว่า การพึ่งพาตนเองที่ต่างกัน จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตต่างกัน แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ ภมรินทร์ เชาวน์จินดา (2542ข) ในเรื่อง “ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” จากข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี ที่ไม่พบผลว่า ในกลุ่มรวม ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ แต่พบในกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร (แต่ไม่พบในผู้ที่ไม่อยู่ในกรุงเทพมหานคร) และกลุ่มผู้ที่ไม่อยู่กับคู่สมรส/บุตร (แต่ไม่พบในผู้ที่อยู่คู่สมรส/บุตร)

- **ความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา** งานวิจัยเชิงคุณภาพของ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536) พบผลว่า การใกล้ชิดกับพุทธศาสนาด้วยการปฏิบัติทางพุทธศาสนาประกอบกับการเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในสูง อธิบายความพึงพอใจด้านสังคม และการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ร้อยละ 60 และ สอดคล้องกับ พรรณราย พัทธการเจริญ (2543: 152) ในเรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี พบผลว่า ข้าราชการสูงอายุมที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา

- **ความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม** จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัย ไม่พบบางงานวิจัยที่สนับสนุนความเชื่ออำนาจภายในของบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมโดยตรง แต่พบความเชื่ออำนาจภายในที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางการเมือง ซึ่งการมีส่วนร่วมทางการเมืองจัดเป็นพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างหนึ่ง จากงานวิจัย ของ วรณะ บรรจง (2546: บทคัดย่อ) ในเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางการเมืองของครูในภาคใต้ โดยพฤติกรรมการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งจัดเป็นการแสดงถึงการมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งครูที่มีเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจใน

ตนสูง มีพฤติกรรมการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งสูงกว่าครุที่มีความเชื่ออำนาจในตนน้อย นอกจากนี้ผู้วิจัย พบผลว่าจากการเสื่อมถอยของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่อ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ และไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง หรือทำได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งบุตรหลานหรือผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำของครอบครัวเป็นผู้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่น อาจทำให้รู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น เนื่องจากความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองลดลง เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การลุกเดิน การซักกรีดเสื้อผ้า การคิดคำนวณค่าใช้จ่ายต่างๆ การทำงานที่มีรายได้ การเตรียมอาหาร การทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การเดินทางไปพบแพทย์หรือเดินทางเพื่อพบปะกับเพื่อนหรือญาติได้ด้วยตนเอง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อมีความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Berghorn; Schafer and Associates. 1981: 342- 343; Atchly. 1980: 98; ประภาพร จินันทุยา. 2536: 17-18) ซึ่งผู้สูงอายุควรมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถประกอบหรือกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยความสามารถของตนเอง ปราศจากการช่วยเหลือของบุคคลอื่น หรือเชื่อในเรื่องของบุญ-กรรม

4.1.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมอย่างมาก เช่น การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบ การเป็นผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนหมดอำนาจ (power) หมดความสามารถ เกิดความคับข้องใจ ไม่พอใจในตนเอง ทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง จากการวิจัยของ รัตนา เพ็ชรอุไร และ อุดุลย์ วิริยเวชกุล (2538: 42) พบผลว่า ผู้สูงอายุไทยเชื่อมั่นว่าตนเองยังเป็นคนมีคุณค่าหรือประโยชน์สำหรับบุตรหลาน ครอบครัวและสังคม แต่ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมต่ำจะมองดูตัวเองว่าได้รับความเคารพจากหนุ่มสาวลดลง และจากงานวิจัยของ รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล (2547: 56) พบผลว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยเห็นว่า การเห็นคุณค่าในตนเองน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ตามทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ (1970) บุคคลจะต้องได้รับการตอบสนองเป็นไปตามลำดับการที่บุคคลมีความรู้สึกว่ามีคุณค่า จะต้องได้รับการตอบสนองความต้องการความรักความเป็นเจ้าของ ความพึงพอใจในขั้นนั้นก่อน บุคคลจึงเกิดความต้องการที่จะตอบสนองการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยความพึงพอใจของการเห็นคุณค่าในตนเองทั่ว ๆ ไป เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มี

ความสามารถ มีชีวิตอยู่อย่างมีประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และบุคคลจะต้องได้รับการยกย่องและยอมรับจากผู้อื่น (นวลละอ อ สุภาพล. 2527: 269-270)

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่ยอมรับนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกตนมีค่า มีการเคารพตนเอง ซึ่งการเคารพตนเองรวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง และการได้รับการเห็นคุณค่าจากผู้อื่น มีความเข้มแข็งและมีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ มีประโยชน์ต่อผู้อื่น หากมีสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเอง จะทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนแอ ไม่สามารถช่วยตนเอง หดงอกำลังใจและอาจนำไปสู่โรคจิตโรคประสาทได้ การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำคัญ ได้รับความสำเร็จ และมีคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในตนเอง มีการตัดสินใจจากการแสดงออกในลักษณะของคำพูดหรือการกระทำอื่นๆ ที่แสดงถึงการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง (Rosenberg. 1965; Maslow. 1970; Coopersmith. 1981: 4)

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith. 1981: 81-148) แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. องค์ประกอบที่เป็นลักษณะของบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางกายภายนอก ความสามารถ สมรรถภาพ และผลงาน ภาวะทางอารมณ์ ปัญหาและโรคภัยไข้เจ็บ ค่านิยมส่วนบุคคล และความปรารถนา
2. องค์ประกอบแวดล้อมรอบตัวบุคคล ได้แก่ ครอบครัว สถาบันการศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคม และสถานภาพทางสังคม

นอกจากนี้คูเปอร์สมิธ (Coopersmith. 1981: 37 - 38) ได้อธิบายปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันไว้ ดังนี้

1. การได้รับการเคารพ การยอมรับ ความใส่ใจจากบุคคลที่ตนให้ความสำคัญ
2. การประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมาย ซึ่งมีผลต่อสถานภาพและตำแหน่งทางสังคม
3. การกระทำตามค่านิยมและความมุ่งหมายหรือความปรารถนาของแต่ละบุคคล
4. การไม่ใส่ใจต่อการวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น หรือสิ่งที่ทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง

จากการรวบรวมลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำของ แบรดเชว (Bradshaw. 1981: 26-27) และ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith. 1981. 63-65) พบดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ

ลักษณะของบุคคล ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง	ลักษณะของบุคคล ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ
- มีเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา	- ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
- ชอบเข้าร่วมอภิปรายในกลุ่ม รับฟัง และยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น	- ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดความเครียดได้ง่าย
- มีลักษณะพิเศษเฉพาะ	- หลีกเลี่ยงการอภิปรายภายในกลุ่ม ไม่ชอบฟังคนอื่น และกลัวการถูกคัดค้าน ทำให้ตนรู้สึกเสียคุณค่าที่มี
- มีความเปิดเผย	- ไม่กล้าแสดงออก - ไม่เปิดเผยตนเอง
- ไว้วางใจ	- ไม่ค่อยไว้วางใจผู้อื่น
- สามารถสร้างสัมพันธที่ดีกับผู้อื่น	- มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นไม่ลึกซึ้ง
- มีความกล้า	- มีความกล้าน้อย
- มีความมั่นใจ	- วิตกกังวล หวาดระแวง
- ชอบดูแล	- ไม่มั่นคง อ่อนแอ รู้สึกเสียใจง่าย
- มีความเป็นผู้ใหญ่	- ไม่ค่อยมีชีวิตชีวา
- มองโลกในแง่ดี	- โกรธง่าย บั่นดาลโทสะ
- เผชิญหน้ากับความขัดแย้ง	- หลีกเลี่ยงความขัดแย้งในใจ ชอบปฏิเสธ
- ตรงไปตรงมา	- มีปัญหาในการปรับตัว เข้ากับผู้อื่นยาก
- รู้สึกว่าตนเองปลอดภัย	- รู้สึกกลัว ไม่ปลอดภัย และเศร้าตลอดเวลา
- มีความคิดสร้างสรรค์	- มีความคิดสร้างสรรค์น้อย
- กล้าเสี่ยง ชอบทดลอง	- ไม่ชอบเสี่ยง
- ให้ความร่วมมือ	- เป็นคนที่ทำงานไม่แน่นอน Temporary
- มีการแบ่งความรับผิดชอบ	- เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมได้ยาก
- มีการมอบหมายหน้าที่	- กระทำตนไปตามบทบาท

สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลประเมินตนเองว่ามีความสามารถ มีคุณค่า มีความหมาย มีความพร้อมและมีพลังกำลัง สามารถทำอะไรประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี ได้รับการรับการเคารพ ยกย่อง ยอมรับ ให้เกียรติจากผู้อื่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง

- **การเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย** จากงานวิจัยของ สุรางค์ เชื้อวณิชชากร (2543: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาปัจจัยชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม พบผลว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

- **การเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา** จากงานวิจัยของ วิจิตรา เปรมปรี (2550: บทคัดย่อ) เรื่อง ความศรัทธาในพุทธศาสนากับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พบผลว่า ความศรัทธาในพุทธศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .299$) ซึ่งความศรัทธาเป็นความเชื่ออย่างหนึ่งของบุคคลที่มีต่อศาสนา แม้ในแต่ละบุคคลอาจมีมากน้อยแตกต่างกันไป แต่สิ่งนี้เป็นพื้นฐานอย่างหนึ่งของการปฏิบัติตนตามหลักของศาสนาเพื่อทำความดี

- **การเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในสังคม** จากงานวิจัยของ มาลี เลิศมาลีวงศ์ (2540: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 พบผลว่า สถานภาพสมรส รายได้และ อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมหรือบทบาทในครอบครัว หรือสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

4.1.4 สุขภาพจิต

ในสภาพสังคมปัจจุบัน บุคคลมักจะเผชิญกับภาวะตึงเครียดต่างๆ มากมาย ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม ความวิตกกังวลต่อความไม่ปลอดภัยในสังคม เช่น การจี้ปล้น ข่มขืน ทำร้ายร่างกาย การแพร่ของยาเสพติด เป็นต้น จากการเผชิญสภาวะดังกล่าวผู้ที่มีความสุขจิตดีจึงจะ

ต่อสู้และผ่านปัญหาต่างๆ ได้ การเป็นผู้ที่มีจิตใจที่เข้มแข็งส่งผลให้มีร่างกายแข็งแรง ดังคำที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” เพราะผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ร่างกายจะสดชื่น หน้าตาอึมแจ่มใส ทำให้ดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีความรับผิดชอบ มีความกระตือรือร้น มีความสามารถในการต่อสู้และเผชิญปัญหา และสามารถทำประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ (กันยา สุวรรณแสง. 2544: 204-205; นาทยา เกียงชัยพฤกษ์. 2543: 97-98; สุขา จันท์เอม. 2540: 40-41; และ สุรางค์ จันท์เอม. 2527: 7-8)

องค์การอนามัยโลก (1976. อ้างอิงจากกรมการแพทย์. 2529) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นสภาพจิตใจที่เป็นสุข สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น สามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่เสียดุลยภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นภายในจิตใจ

ฝน แสงสิงแก้ว (2522: 57) สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2540: 153) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ในการวิจัยในวัยผู้ใหญ่ ว่าเป็นการรายงานเกี่ยวกับปริมาณความวิตกกังวล ความเครียด ความไม่สบายใจ อันเกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ ในการทำงานของบุคคล ซึ่งข้อมเดือน สดมณี (2536: 96) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตเพิ่มเติมว่า นอกเหนือจากเป็นระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยความกลัวในเรื่องต่างๆ โดยปราศจากเหตุผลอันสมควรแล้ว สุขภาพจิตมีความหมายรวมถึงกลุ่มใจ ความโกรธง่าย ความตื่นเต้นง่าย ขาดสมาธิ ขาดความกลัวและกลัวผิด นอกจากนี้ยังครอบคลุมปัญหาทางกายด้วย เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และความผิดปกติอื่น

ส่วนงานวิจัยของ ภมรินทร์ เชาวน์จินดา (2542ก: 19) และปัทมสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546: 13) ได้ให้ความหมายไว้คล้ายคลึงกันว่า เป็นความสามารถในการปรับตัวของบุคคลให้อยู่ในสภาพแวดล้อมและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง ไม่เครียด สามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้

สุรางค์ จันท์เอม (2527: 2) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตที่ดี คือการมีใจเบิกบานแจ่มใสอยู่เสมอ ไม่มีความวิตกกังวลใดๆ และผู้ที่มีสุขภาพจิตเสื่อม คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตความผิดปกติ มีความทุกข์ร้อนอยู่เสมอตลอดจนมีแนวคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนธรรมดา ซึ่งแตกต่างจาก บิสชอฟ (นาคยา เกียงชัยพฤกษ์. 2543: 99; อ้างอิงจาก Bischof. 1969: 7) ที่เห็นว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ควรเน้นความสำคัญของบรรยากาศทางสังคม ผู้สูงอายุมีชื่นชมในตนเอง และประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุประสบ สามารถรัก และเข้าใจตนเองและผู้อื่น และทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

กันยา สุวรรณแสง (2544: 206-207) ให้ความหมายของผู้ที่สุขภาพจิตดี คือ

1. ผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดีอยู่เสมอ รู้จักควบคุมอารมณ์ ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์ เช่น โกรธ กลัว อิจฉา เป็นต้น สามารถยอมรับความสามารถหรือขีดจำกัดของตน รับได้ทั้งความผิดหวังและความสำเร็จ รู้จักประมาณตน ยอมรับสภาพทั่วไปของตนเอง ยอมรับนับถือตนเอง
2. เป็นผู้ที่รู้จัก และเข้าใจผู้อื่นได้ดี ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
3. เป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับความจริงแห่งชีวิตได้ดี สามารถตัดสินใจในปัญหาต่างๆ ได้อย่างฉลาด มีเหตุผล และสามารถปรับตัวให้เข้าสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

พรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543: 3) นุสรา นามเดช (2539: 26) และ นฤมล นาคเรือง (2536: 37) ให้ความหมายของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้คล้ายคลึงกัน คือ ผู้ที่มีสภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความพึงพอใจในตนเอง มีความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น รู้จักใช้ความสามารถที่มีอยู่ของตนเองอย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจเองได้ มีความรอบคอบ มีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ มีจิตใจที่เข้มแข็ง สดชื่น ไม่เครียด ไม่ว่าเหว่มาก ไม่เหงามาก มีอายุยืน มีความโกรธน้อย และมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นความรู้สึกทางบวก และผู้ที่มีสุขภาพจิตเสื่อมจึงเป็นผู้ที่มีความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์เชิงลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวลสูง มีความว่าเหว่มาก และมีความเครียดสูง

สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง การเป็นผู้ที่มีภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่มั่นคง ไม่เครียด สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และความสามารถปรับตัวให้มีความสุขภายใต้สภาพแวดล้อมและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้

- **สุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย** จากงานวิจัยของภมรินทร์ เชาวน์จินดา (2542ข) ในเรื่อง “ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” จากข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี พบผลว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี และจากการตัวแปรที่นำมาทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ การปฏิบัติทางพุทธศาสนา ความเชื่อทางพุทธศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจในตน พบตัวทำนายที่สำคัญ 2 ตัวแปร คือ สุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 10.5 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546) “จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น” กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่เป็นข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 339 คน พบผลว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์และสามารถทำนาย

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพกายข้าราชการสูงอายุได้ และงานวิจัยของ ภูมิรินทร์ เณลิมยุทธ (2543) พบผลว่า ปัญหาสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

- **สุขภาพจิตกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนา** จากงานวิจัยของ ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546) ในเรื่อง “จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น” กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่เป็นข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 339 คน พบผลว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตามศาสนาของข้าราชการสูงอายุ

- **สุขภาพจิตกับพฤติกรรม การมีส่วนร่วม กับสังคม** ภมรินทร์ เชาวนจินดา (2542) ศึกษาในเรื่อง “ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” จากข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี พบผลว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี และจากการตัวแปรที่นำมาทำนายคุณภาพชีวิตด้านสังคมทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ การปฏิบัติทางพุทธศาสนา ความเชื่อทางพุทธศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจในตน พบตัวทำนายที่สำคัญ 5 ตัวแปร คือ สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ความเชื่ออำนาจในตน การปฏิบัติทางพุทธศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 40.3

4.2 การสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คอปป์ (Cobb. 1976: 300) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความต้องการของบุคคลที่ต้องการได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ไม่ว่าจะเป็นชาวสารหรือข้อมูล ที่คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีการยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ส่วน ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard; et al. 1984: 266) ได้เพิ่มเติมว่า ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการสื่อสารแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม มีลักษณะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก อาจมีการพึ่งพาอาศัยกัน ให้ความช่วยเหลือ ให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของสังคม ชีวิตมีความหมายมากขึ้นและมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับ แบรนดิท และวินเนิร์ต (Brandit and Weinert อ้างอิงจาก สรินดา น้อยสุข. 2545: 18) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างคือ ความรักใคร่ผูกพันทำให้อารมณ์ดี

อบอุ่น ปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ ทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งทางสังคม การมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น

นอกจากนี้ ฆมวริน เซาวนจันดา (2542: 31-33) และปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546: 17-20) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ในด้านใดด้านหนึ่ง ยกตัวอย่างเช่น การได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ การได้รับคำแนะนำ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนสิ่งของ ทรัพย์สินเงินทองในสถานการณ์หนึ่งที่เพียงพอ ที่จะบรรเทาหรือลดความรุนแรงของปัญหา ลดความเครียด และป้องกันมิให้เกิดผลกระทบต่างๆ อันไม่พึงปรารถนา

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีความสัมพันธ์กัน และมีการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม รวมถึงการได้รับการได้รับข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนสิ่งของ ทรัพย์สินเงินทองหรือรับคำแนะนำในด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับจากแหล่งสนับสนุน

4.2.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

นักวิชาการได้ให้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันออกไป มีการแบ่งประเภทได้หลายด้าน ดังนี้

ไวส์ (Weiss. 1974: 17-26) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ด้าน ได้แก่

1. ความใกล้ชิดซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น คู่สามี-ภรรยา เพื่อนหรือคนในครอบครัว เป็นต้น
2. การมีส่วนร่วมในสังคม แสดงถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของคนที่มีสภาพคล้ายคลึงกัน ความสัมพันธ์ในกลุ่มนี้มักพบในกลุ่มเพื่อน
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ต้องดูแลรับผิดชอบบุคคลอื่น
4. การได้รับการยอมรับ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถกระทำได้ตามบทบาทของตนจะทำให้เขาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
5. การได้รับความช่วยเหลือ โดยเฉพาะที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดจะก่อให้เกิดการช่วยเหลือที่ยาวนานได้

คอปป์ (Copp. 1976: 300-301) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotion support) ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ว่าได้รับความรัก การดูแลและเอาใจใส่

2. การได้รับการยอมรับ การยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่าของตน (Esteem support)

3. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support)

เฮาส์ (House. 1981: 15-26) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ได้แก่

1. การยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า (Esteem support)

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrument support)

3. การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผลและเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองก่อให้เกิดความมั่นใจ ความรู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม

4. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support)

เชฟเฟอร์ คอยน์ และ ลาซารัส (Schaefer; Coyne; & Lazarus) แบ่งการชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ รวมถึงความใกล้ชิด ความรักใคร่ ความผูกพัน การให้ความมั่นใจ การวางใจ การยอมรับ และห่วงใย เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้าน เงินทอง เวลา แรงงาน เมื่อบุคคลต้องการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถช่วยให้บุคคลแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้องกันเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่

4.2.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

โคเฮน และซิม (Cohen & Syme. 1985: 94 - 103) แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อน

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง ประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก

เพนเดอร์ (Pender. 1996: 257 - 259) แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ผูกพันกันตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ

2. กลุ่มเพื่อน คนกลุ่มนี้เคยได้รับการกระทำที่มีผลต่อชีวิต มีการปรับตัว และการพัฒนาไปในทางที่ดี จึงสามารถให้คำปรึกษาคำแนะในสิ่งที่เคยผ่านมาในอดีตได้

3. กลุ่มองค์กรศาสนา เป็นการชุมนุมตามความเชื่อทางศาสนาเดียวกัน

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือเฉพาะทาง ขององค์กร ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มอาสาสมัคร

ส่วนใหญ่การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้ดังนี้

1. กลุ่มเครือข่าย ได้แก่ บุคคลที่เครือข่าย หรือสมาชิกในครอบครัวเดียว

2. กลุ่มที่ไม่ใช่เครือข่าย ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ฯลฯ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสถานการณ์ของการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

4.2.4 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้การได้รับความเอาใจใส่ด้วยการให้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ ทรัพย์สินเงินทอง หรือคำแนะนำต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์ สังคม และให้การดูแลเอาใจใส่ด้วยการให้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ ทรัพย์สินเงินทอง หรือคำแนะนำต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์ สังคม และให้การดูแลเอาใจใส่

- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย

จากงานวิจัยของภมริน เชาวน์จินดา (2542) ที่ได้ศึกษาในเรื่อง “ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” กลุ่มตัวอย่างคือข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี ไม่พบผลว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย ทั้งนี้มีตัวแปรที่นำมาทำนายคุณภาพชีวิตด้านสังคมทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ การปฏิบัติทางพุทธศาสนา ความเชื่อทางพุทธศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจในตน ผลการวิจัยพบว่าตัวทำนายที่สำคัญ 2 ตัวแปร คือ สุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม

จากเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 10.4 คล้ายคลึงกับงานวิจัยของพรรณราย พัทธการเจริญ (2543) ที่ศึกษาเรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” กลุ่มตัวอย่างจากบุคคลที่เป็นข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี จากตัวแปรที่นำมาทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งหมด 10 ตัว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สภาพการทำงาน รายได้ ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ทักษะที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนด้าน ผลไม่พบผลว่า ข้าราชการสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก

- **การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา** จากงานวิจัยของ ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546: 78) ที่ได้ศึกษาเรื่อง “จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น” กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่เป็นข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 339 คน พบผลว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก จะมีพฤติกรรมสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย และจากงานวิจัยของพรรณราย พัทธการเจริญ (2543) ได้ศึกษาในเรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่เป็นข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี ผลไม่พบผลว่า ข้าราชการสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาจากตัวแปรที่นำมาทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาทั้งหมด 10 ตัว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สภาพการทำงาน รายได้ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ทักษะที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ

- **การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้วยสังคม** เพ็ญแข ประจักษ์จัน (2537: 78 - 79, 116 - 117) พบผลว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ใกล้ชิดจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ใกล้ชิด และเป็นผู้ที่พร้อมพัฒนาตนได้มากกว่า นอกจากนี้ควรให้มีการจัดกิจกรรมสนทนาและการใช้เวลาว่างที่เน้นการปรับตัวเชิงสังคมให้มีความทันสมัยแก่ผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ากิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดในทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) (ส่วตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536: 55-57; อ้างอิงจาก Bengtson. 1977.) ที่ว่า

ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก เป็นผู้พึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่เข้าร่วมน้อย และข้อมูลเชิงสำรวจที่ได้มาจากผู้สูงอายุเอง พบผลว่า ต้องการให้มีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภมรินทร์ เชาวน์จินดา (2542ข) ที่ศึกษาในเรื่อง “ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” กลุ่มตัวอย่างคือข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี พบผลว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย โดยพบชัดเจนในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำและผู้ที่ไม่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และเมื่อศึกษาตัวแปรที่นำมาทำนายคุณภาพชีวิตด้านสังคมทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ การปฏิบัติทางพุทธศาสนา ความเชื่อทางพุทธศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจในตน พบผลว่าตัวทำนายที่สำคัญ 5 ตัวแปร คือ สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ความเชื่ออำนาจในตน การปฏิบัติทางพุทธศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 40.3

4.2.4 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้การได้รับความเอาใจใส่ด้วยการให้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ ทรัพย์สินเงินทอง หรือคำแนะนำต่าง ๆ จากเพื่อนเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์ สังคม และให้การดูแลเอาใจใส่

- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย จากงานวิจัยของพรรณราย พัทธเจริญ (2543) ในเรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” โดยศึกษาจากข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี พบผลว่า ข้าราชการสูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก และตัวแปรที่นำมาทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งหมด 4 ตัว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สภาพการทำงาน และรายได้ พบตัวทำนายที่สำคัญ 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และสภาพการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาได้ร้อยละ 16.9 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภมรินทร์ เชาวน์จินดา (2542ข) ในเรื่อง “ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ศึกษาจากข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี พบผลว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย และจากการตัวแปรที่นำมาทำนายคุณภาพชีวิต

ด้านสังคมทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ การปฏิบัติทางพุทธศาสนา ความเชื่อทางพุทธศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจในตน พบตัวทำนายที่สำคัญ 2 ตัวแปร คือ สุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 10.4

- **การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา**
จากงานวิจัยของพรรณราย พัทธการเจริญ (2543) ในเรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี พบผลว่า ข้าราชการสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมาก จะเป็นผู้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนามาก และตัวแปรที่นำมาทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาทั้งหมด 4 ตัว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สภาพการทำงาน และรายได้ พบการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตัวทำนายที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาเพียงตัวแปรเดียว ทำนายได้ร้อยละ 6.3

- **การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม**
เพ็ญแข ประจณปัจจนึก (2537: 78-79, 116 - 117) พบผลว่า ผู้สูงอายุที่มีเพื่อนจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีเพื่อน และจะเป็นผู้ที่พร้อมพัฒนาตนได้มากกว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้มีการจัดกิจกรรมสนทนากาและการใช้เวลาว่างที่เน้นการปรับตัวเชิงสังคมให้ผู้สูงอายุมีความทันสมัยและสามารถเข้ากิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดในทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity theory) (สาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536: 55-57; อ้างอิงจาก Bengtson. 1977.) ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก เป็นผู้พึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่เข้าร่วมน้อย ข้อมูลเชิงสำรวจที่ได้มาจากผู้สูงอายุเอง พบผลว่า ต้องการให้มีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่วนงานวิจัยของ ภมรินทร์ เชาวน์จินดา (2542) ศึกษาในเรื่อง “ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” จากข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี พบผลว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย และจากการตัวแปรที่นำมาทำนายคุณภาพชีวิตด้านสังคมทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ การปฏิบัติทางพุทธศาสนา ความเชื่อทางพุทธศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สุขภาพจิต และความเชื่ออำนาจในตน พบตัวทำนายที่สำคัญ 5 ตัวแปร คือ สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ความเชื่ออำนาจในตน การปฏิบัติทางพุทธศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 40.3

4.3 ปัจจัยทางชีวสังคมกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยเชิงเหตุ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาว่าปัจจัยเชิงเหตุ ได้แก่ ปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตแปรเปลี่ยนไปตามปัจจัยทางชีวสังคม คือ เพศ และอายุ หรือไม่ ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัย ปรากฏเอกสารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้ ดังต่อไปนี้

4.3.1 เพศกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยเชิงเหตุ

เพศเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เพราะเป็นลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่ถือสภาพมาแต่กำเนิด และเป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคล คุณภาพ พลังอำนาจ และธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ เป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพของบุคคลในสังคม จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบงานวิจัยที่บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงเหตุบางตัวแปรกับคุณภาพชีวิตแปรผันตามเพศดังนี้

- **เพศกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** การวิจัยของพรรณราย พัทธเจริญ (2543) ในเรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี พบผลว่า ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพรวมกับความรู้และทัศนคติ สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวด้านการกินได้ โดยในกลุ่มข้าราชการผู้สูงอายุชาย ทำนายได้ 44.8 % แต่ไม่สามารถทำนายได้ในข้าราชการผู้สูงอายุหญิง และการวิจัยของภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 45 - 61) ศึกษาในเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี พบผลว่า สุขภาพจิตสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ 20.0 % ในกลุ่มผู้สูงอายุชาย แต่ไม่สามารถทำนายได้ในกลุ่มผู้สูงอายุหญิง

- **เพศกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** การวิจัยของพรรณราย พัทธเจริญ (2543: 146) ในเรื่อง “จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการสูงอายุ จำนวน 303 คน ที่มีอายุในช่วง 50 – 60 ปี พบผลว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนน้อย มีพฤติกรรมสุขภาพกาย และการปฏิบัติทางหลักศาสนาน้อย พบในข้าราชการผู้สูงอายุชาย และแต่ไม่พบในข้าราชการผู้สูงอายุ

หญิง และการวิจัยของภมริน เชาวจินดา (2542: 45 - 61) ศึกษาในเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 – 76 ปี พบผลว่าในกลุ่ม ผู้สูงอายุชายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างดังกล่าวในผู้สูงอายุหญิง ซึ่งตรงข้ามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่พบผลว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุชาย

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นแสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแปรเปลี่ยนตามเพศ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงนำเพศเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม เพื่อศึกษาตัวทำนาย และปริมาณการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมและจำแนกเป็นด้านต่าง ๆ ในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตามเพศ

4.3.2 อายุกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยเชิง

เหตุ

อายุเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นเครื่องบ่งชี้ของวัยในแต่ละบุคคล อายุที่เพิ่มมากขึ้นสภาพร่างกายก็ยิ่งเสื่อมโทรมลงตามลำดับ จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบงานวิจัยที่บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงเหตุบางตัวแปรกับคุณภาพชีวิตแปรผันตามอายุดังนี้

- **อายุกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** จากการรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่แปรเปลี่ยนตามอายุ แต่พบในพฤติกรรมอื่น เช่น พฤติกรรมการพัฒนานักเรียนของครู จากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยเชิงเหตุและผลของพฤติกรรมการพัฒนานักเรียนของครูคณิตศาสตร์ในระดับมัธยมศึกษาของ ดุจเดือน พันธุมนาวิน และอัมพร ม้าคนอง (2547) ซึ่งพฤติกรรมการพัฒนานักเรียนของครูแบ่งออกเป็น 3 พฤติกรรมย่อย คือ 1) พฤติกรรมการสอน 2) พฤติกรรมการรับนวัตกรรม และ 3) พฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบผลว่า พฤติกรรมการพัฒนานักเรียนของครูทั้ง 3 พฤติกรรม แปรปรวนตามลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน แตกต่างกันไปขึ้นกับอายุ โดยพฤติกรรมการสอนมีความแปรปรวนตามลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนในผู้ที่มีอายุมากที่ระดับนัยสำคัญ .01 แต่ไม่พบในผู้ที่มีอายุน้อย และผู้ที่มีอายุมากที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการสอนที่ดีมากกว่าผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนน้อย และพฤติกรรม

การสนับสนุนทางสังคมมีความแปรปรวนตามลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนในผู้ที่มีอายุมาก ที่ระดับนัยสำคัญ .001 แต่ไม่พบในผู้ที่มีอายุน้อย

นอกจากนี้งานวิจัย ของ ดุจเดือน พันธุมนาวิน และ อัมพร ม้าคนอง (2547) ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ยังพบผลว่า พฤติกรรมการสอนและพฤติกรรมการรับนวัตกรรมกับความเชื่ออำนาจภายในตนแปรปรวนตามความเชื่ออำนาจภายในตน แตกต่างกันขึ้นอยู่อายุ โดยพบผลว่า พฤติกรรมการสอนมีความแปรปรวนตามความเชื่ออำนาจภายในตนในผู้ที่มีอายุมาก ที่ระดับนัยสำคัญ .001 แต่ไม่พบในผู้ที่มีอายุน้อย

จากการวิจัยเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ของ ภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 45 - 61) พบผลว่า คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวแปรปรวนไปตามสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (อายุ 66 - 76 ปี) ที่ระดับนัยสำคัญ .01 แต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (อายุ 60 - 65 ปี)

- **อายุกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** จากการวิจัยเรื่อง จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ ของ พรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543: 76) พบผลว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองมีความแปรปรวนตามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (50 - 54 ปี) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่ไม่พบในผู้สูงอายุที่อายุมาก (55 - 60 ปี) นอกจากนี้ยังพบผลว่า พฤติกรรมการปรับตัวด้านการกินมีความแปรปรวนตามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (55 - 60 ปี) ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ที่ระดับนัยสำคัญ .01 แต่ไม่พบในผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (50 - 54 ปี) และพบพฤติกรรมการปฏิบัติทางพุทธศาสนามีความแปรปรวนตามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (55 - 60 ปี) แต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (50 - 54 ปี)

ส่วนการวิจัยของภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 45 - 61) ศึกษาในเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 247 คน มีอายุระหว่าง 61 - 76 ปี พบผลว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแปรปรวนไปตามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (อายุ 60 - 65 ปี) แต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (อายุ 66 - 76 ปี) นอกจากนี้พบผลว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ 9.3 % ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (อายุ 60 - 65 ปี) แต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (อายุ 66 - 76 ปี)

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นผู้แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแปรเปลี่ยนตามอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจนำอายุเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม เพื่อศึกษาตัวทำนาย และปริมาณการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและจำแนกเป็นด้านต่าง ๆ ในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตามอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การหาคุณภาพของเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดนนทบุรี ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีจำนวนประมาณ 800 คน ประกอบไปด้วยชมรมผู้สูงอายุจาก 7 โรงพยาบาล ดังนี้

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ¹

ชื่อชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนสมาชิกทั้งหมด (คน)	จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน (คน) ²
1. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	1,600	250
2. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา	1,200	150
3. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลปากเกร็ด	700	200
4. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกรมชลประทาน	300	50
5. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย	300	50
6. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางใหญ่	150	50
7. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางบัวทอง	150	50
รวม	4,400	800

¹จำนวนประชากรเป็นการรวบรวมจำนวนถึงเดือนธันวาคม 2549 เนื่องจากสมาชิกมีการเพิ่มและลดลง อยู่ตลอดเวลา อาจคาดเคลื่อนจากจำนวนที่เป็นจริงอยู่เล็กน้อย

²จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน (คน) เป็นจำนวนโดยการประมาณจากทางชมรมผู้สูงอายุต่างๆ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดนนทบุรี จาก 5 โรงพยาบาล จำนวน 270 คน ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของของเครซีและมอร์แกน (บุญชม ศรีสะอาด. 2538 :187 อ้างอิงจาก Krejcie and Morgan. 1970: 608) แล้วทำการการเลือกกลุ่มตัวเลือกตามคุณสมบัติที่พึงประสงค์

ขั้นที่ 1 ทำการแบ่งชมรมผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ชมรมที่มีสมาชิกมาก (มีสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมฯ มากกว่า 100 คน) มี 3 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริสัญญา และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลปากเกร็ด และชมรมที่มีสมาชิกน้อย (มีสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมฯ น้อยกว่า 100 คน) มี 4 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกรมชลประทาน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางใหญ่ และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางบัวทอง

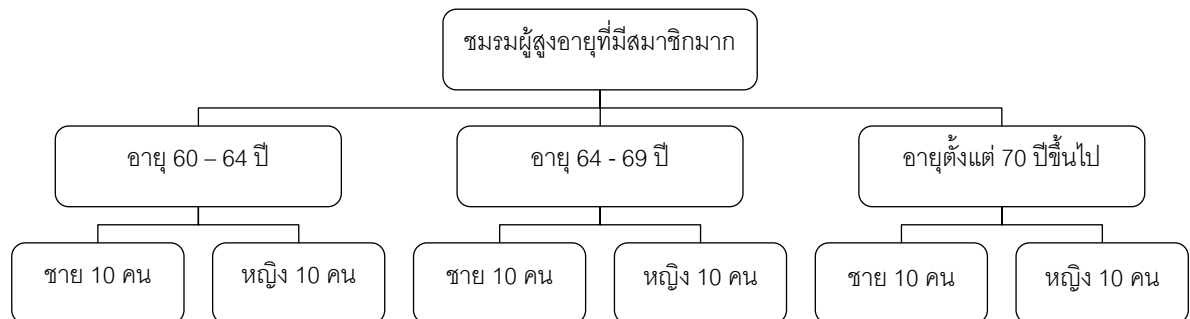
ขั้นที่ 2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุและเพศ ซึ่งการแบ่งตามช่วงอายุของผู้สูงอายุในชมรมฯ ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามกลุ่มอายุ ได้แก่ (1) อายุ 60 – 64 ปี (2) อายุ 65 - 69 ปี และ (3) อายุ ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป แต่ละช่วงอายุทำการแบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุชาย และกลุ่มผู้สูงอายุหญิง

ตาราง 3 จำนวนของผู้สูงอายุ จำแนกแยกตามเพศในช่วงอายุต่างๆ

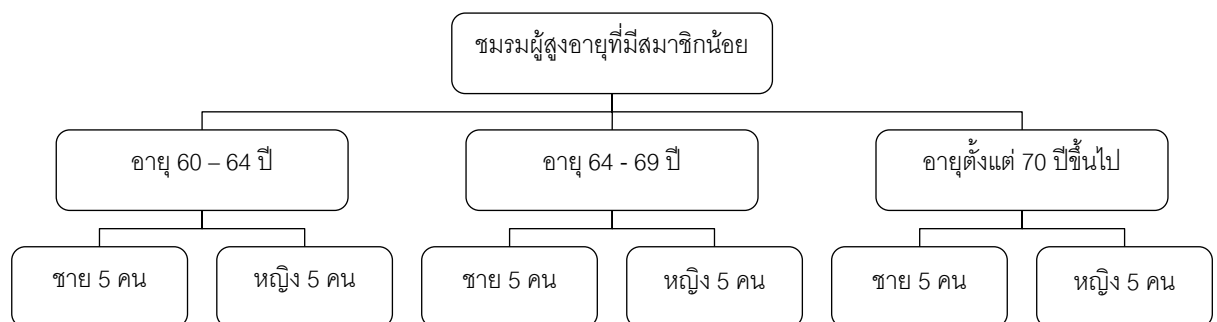
เพศ	อายุ 60 – 64 ปี จำนวน (คน)	อายุ 65 -69 ปี จำนวน (คน)	อายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน (คน)	รวม จำนวน
ชาย	45	45	45	135
หญิง	45	45	45	135
รวม	90	90	90	270

ขั้นที่ 3 กำหนดแต่ละช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างชาย 45 คน หญิง 54 คน มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 270 คน ซึ่งชมรมที่มีสมาชิกมาก 3 ชมรม ชมรมละ 60 คน รวมเป็น 180 คน (ดังแผนภาพ 1) และชมรมที่มีสมาชิกน้อยสุ่มมา 3 ชมรม เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสะดวก ชมรมละ 30 คน รวมเป็น 90 คน ดังแผนภาพ 2

แผนภาพ 1 แสดงการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุ และเพศ ในชมรมที่มีสมาชิกมากแต่ละชมรม โดยแต่ละช่วงอายุมีชาย 10 คน หญิง 10 คน



แผนภาพ 2 แสดงการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุและเพศ ในชมรมที่มีสมาชิกน้อยแต่ละชมรม โดยแต่ละช่วงอายุมีชาย 5 คน หญิง 5 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. มาตรวัดพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 2.1 มาตรวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย
 - 2.2 มาตรวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา
 - 2.3 มาตรวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในสังคม
3. มาตรวัดมุ่งอนาคตควบคุมตน
4. มาตรวัดความเชื่อในอำนาจภายในตน
5. มาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง
6. มาตรวัดสุขภาพจิต
7. มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
8. มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลถามรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคม ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ

2. มาตรวัดพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 มาตรวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงมาจากมาตรวัดการดูแลสุขภาพกายของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2540) และ WHOQOL - BREF ขององค์การอนามัยโลก มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย โดยมาตรวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายมีจำนวน 20 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ Item Total Correlation เลือกราคาตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .822

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	ท่านรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน				
00.	ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยๆ เป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2.2 มาตรวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงจากมาตรวัดการดูแลสุขภาพของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2540) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย โดยมาตรวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนามีจำนวน 18 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ Item Total Correlation เลือกราคาตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามมาใช้จำนวน 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .875

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	ท่านปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การสวดมนต์ หรือ ละหมาด				
00.	ท่านทำจิตใจให้สงบ เช่น การนั่งสมาธิ				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนาดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2.3 มาตรวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคม ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมาตรวัด มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย มีจำนวน 12 ข้อ โดยมีรายละเอียดในการสร้าง ดังนี้

(1) ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมกับสังคม โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ในเรื่องของความหมาย แนวความคิดและทฤษฎี ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างมาตรวัด

(2) สร้างมาตรวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคม ใช้มาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย มีจำนวน 17 ข้อ

3) นำมาตรวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคม ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยตรวจสอบความสอดคล้องตามนิยามปฏิบัติ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้

(4) ผู้วิจัยนำมาตรสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน จำนวน 30 คน

(5) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Total correlation) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของมาตรวัดทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบัค (Cronbach) ได้เลือกข้อที่มีค่า ตั้งแต่ .20 ขึ้นไป มีจำนวน 12 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ .875

(6) ปรับปรุงแก้ไขมาตรวัดให้เป็นฉบับสมบูรณ์ แล้วจัดพิมพ์มาตรวัด เพื่อนำไปใช้กับข้อมูลจริงในการวิจัย

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	ท่านร่วมกิจกรรมออกกำลังกายกับชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำ				
00.	ท่านไปใช้สิทธิลงคะแนนเสียงในการเลือกตั้งทั้งระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้นพิสัยของคะแนนรวมจึงอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับชุมชนดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3. มาตรวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ผู้วิจัยใช้มาตรวัดลักษณะมุ่งอนาคตที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดของ ยุภาวรรณ ดวงอินตา (2549) นำมาบางส่วนเพื่อปรับปรุงภาษาให้สอดคล้องกับการวัดในผู้สูงอายุ มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย โดยมาตรวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมีจำนวน 21 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ Item Total Correlation เลือกค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 10 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .868

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	คนที่รู้จักวางแผนชีวิตจะมีความสุขในบั้นปลาย				
00.	แผ่นดินไหวไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยๆ ไม่จำเป็นต้องเตรียมรับมือ				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยๆ เป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4. มาตรวัดความเชื่อในอำนาจภายในตน ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงการวัดตามแนวทางการศึกษาของ ภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 43) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย โดยมาตรวัดความเชื่ออำนาจภายในตน มีจำนวน 16 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ Item Total Correlation เลือกราคาตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 9 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งหมดเท่ากับ .773

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดความเชื่อในอำนาจภายในตน

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	ท่านเชื่อว่าท่านสามารถดูแลสุขภาพให้แข็งแรงได้ด้วยตนเอง				
00.	ท่านประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานเพราะพระเจ้าหรือโชคช่วย				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดความเชื่อในอำนาจภายในตน

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีความเชื่อในอำนาจภายในตนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5. มาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นมาตรวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของ Yeow Lickshun มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ซึ่งได้มีการปรับปรุงมาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg's Self Esteem ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มาตรวัด มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย โดยมาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ Item Total Correlation เลือกค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 10 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .687

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเองมาก				
00.	ท่านต้องพึ่งพาของลูกหลานเสมอ				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

6. มาตรวัดสุขภาพจิต ใช้มาตรวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากมาตรวัดสุขภาพจิตตามแนวทางการศึกษาของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2540: 153) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย โดยมาตรวัดสุขภาพจิตมีจำนวน

23 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ Item Total Correlation เลือกค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 12 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .847

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดสุขภาพจิต

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	ท่านหงุดหงิดง่าย				
00.	รู้สึกเบื่อหน่ายในชีวิต				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดสุขภาพจิต

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

7. มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยใช้มาตรวัดปรับปรุงมาจากการวัดตามแนวทางการศึกษาของ ภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 43) และพรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย โดยมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีจำนวน 26 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ Item Total Correlation เลือกค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 14 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .870

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถปรึกษาหารือกับคนในครอบครัวได้				
00.	ท่านคิดว่า คนในครอบครัวของท่านสามารถช่วยให้ท่านสบายใจได้				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

8. มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้วิจัยใช้มาตรวัดที่ปรับปรุงมาจากการศึกษาของ ภมรินทร์ เชาวจินดา (2542: 43) และพรรณราย พัทธกเจริญ (2543) มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย โดยมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีจำนวน 26 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ Item Total Correlation เลือกค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 14 ข้อ และมีความเชื่อมั่นแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .746

ตัวอย่างข้อคำถามในมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
0.	ท่านคิดว่า เพื่อนของท่านสามารถแนะนำการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ให้ท่านได้				
00.	เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน เพื่อนของท่านไม่สามารถช่วยเหลือหรือแนะนำวิธีแก้ปัญหาได้				

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางบวก มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน และลดลงเรื่อยเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และสำหรับผู้ตอบ “จริงที่สุด” ในข้อคำถามทางลบ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงประธานชมรมผู้สูงอายุ ทั้ง 5 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากทางมหาวิทยาลัยไปติดต่อชมรมผู้สูงอายุทั้ง 5 แห่ง
3. ผู้วิจัยได้จัดเตรียมมาตรวัด เพื่อแจกให้กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยคอยรับมาตรวัดกลับเมื่อผู้สูงอายุทำเสร็จแล้ว
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์หาตัวแปรพยากรณ์ในการทำนายจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตทั้งในกลุ่มรวมและรายด้าน เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple regression) เพื่อทดสอบสมมุติฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดนนทบุรี” เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและด้านย่อย 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย 2) พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และ 3) พฤติกรรมมีส่วนร่วมทางสังคม โดยปัจจัยเชิงสาเหตุทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่นำศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แก่ 1) ลักษณะบุคลิกภาพ 2) ความเชื่ออำนาจภายในตน 3) สุขภาพจิต 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ 6) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีการจำแนกแบ่งแยกตามเพศ และช่วงอายุต่างๆ

ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ และเสนอผลการวิเคราะห์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานะภาพสมรส และอาชีพปัจจุบัน

	ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	69	31.4
	หญิง	151	68.6
2. อายุ	60 – 64 ปี	81	36.8
	65 -69 ปี	75	34.1
	70 ปีขึ้นไป	64	29.1
3. สถานภาพสมรส	อยู่กับคู่สมรส	130	59.1
	แยกกันอยู่/หย่าร้าง	12	5.5
	หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	66	30.0
	ไม่เคยสมรส	12	5.5
4. อาชีพปัจจุบัน	ค้าขาย	12	5.5
	เกษตรกรรม/กสิกรรม	13	5.9
	ธุรกิจส่วนตัว	17	7.7
	ข้าราชการบำนาญ/เกษียณอายุ	67	30.5
	ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	108	51.0
	อื่นๆ	3	1.4
รวม		220	100.0

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมีจำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 68.6 อยู่ในช่วงอายุ 60 – 64 ปี จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 อยู่กับคู่สมรส จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 และไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์หาตัวแปรในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการศึกษาผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกแยกตามเพศ และช่วงอายุออกเป็น 11 กลุ่มย่อย ดังตาราง 6

ตาราง 5 จำนวน และค่าร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกแยกตามเพศในช่วงอายุต่างๆ

เพศ	อายุ 60 – 64 ปี		อายุ 65 - 69 ปี		อายุ 70 ปีขึ้นไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	25	11.4	24	10.9	20	9.1	69	31.4
หญิง	56	25.4	51	23.2	44	20.0	151	68.6
รวม	81	36.8	75	34.1	64	29.1	220	100.0

จากตาราง 5 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มรวมมีจำนวน 220 คน ในกลุ่มผู้สูงอายุชายมีจำนวน 69 คน และผู้สูงอายุหญิง มีจำนวน 151 คน ในกลุ่มช่วงอายุ 60 – 64 ปี, ช่วงอายุ 65 - 69 ปี และอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปผู้สูงอายุ มีจำนวน 81 คน, 75 คน และ 64 คน ตามลำดับ และเมื่อจำแนกแยกตามเพศและช่วงอายุออกเป็น 6 กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี มีจำนวน 25 คน ผู้สูงอายุชาย อายุ 65 - 69 ปี มีจำนวน 24 คน ผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป มีจำนวน 20 คน ผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี มีจำนวน 56 คน ผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 - 69 ปี มีจำนวน 51 คน และผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป มีจำนวน 44 คน

การวิเคราะห์หาตัวแปรในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 220 คน โดยรวมและรายด้าน ทั้งในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตามเพศและช่วงอายุต่างๆ ออกเป็นกลุ่มย่อย 11 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ทั้งหมด 12 ครั้ง พบผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดซึ่งสรุปเฉพาะค่าที่สำคัญ คือ ค่า β และ R^2 ดังต่อไปนี้

ตาราง 6 ค่า β และ R^2 ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ในกลุ่มต่างๆ

ตัวทำนาย	กลุ่มรวม	ผู้สูงอายุ ชาย	ผู้สูงอายุ หญิง	ผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ อายุ 70 ปี ขึ้นไป	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป
	N = 220	N = 69	N = 151	N = 81	N = 75	N = 64	N = 25	N = 24	N = 20	N = 56	N = 51	N = 44
- ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	-	.272*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.284**	-.392**	-.276**	-.328**	-	-	-.470**	-	-	-.323*	-.276*	-
- สุขภาพจิต	-	-	-	-	-.319**	-	-	-	-	-	-	-
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	.227**	-	.242**	.346**	-	.399**	-	-	-	-	-	.531**
- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.208**	.306**	.174*	-	.417**	-	.667**	-	-	-	.352**	-
- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R	.448	.502	.451	.429	.449	.399	.700	-	-	.323	.453	.531
R^2	.201	.252	.203	.184	.202	.159	.490	-	-	.104	.205	.282
Adjusted R^2	.190	.218	.187	.164	.180	.148	.444	-	-	.088	.172	.265

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 11 กลุ่ม ซึ่งจำแนกตามเพศและช่วงอายุ เป็นดังนี้

1. ในกลุ่มรวม (N = 220) พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมี 3 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.284$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .227$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .208$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 20.1

2. เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า

- ในกลุ่มผู้ชาย (N = 69) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมี 3 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.392$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .306$) และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ($\beta = .272$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 25.2

- ในกลุ่มผู้หญิง (N = 151) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมี 3 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.276$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .242$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .174$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 20.3

3. เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า

- ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี (N = 81) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .346$) ความเชื่ออำนาจภายในตน และ ($\beta = -.328$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 18.4

- ในกลุ่มอายุ 65 - 69 ปี (N = 75) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .417$) และ สุขภาพจิต ($\beta = -.319$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 20.2

- ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 64) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .399$) มีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 15.9

4. เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 60 – 64 ปี ($N = 25$) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .667$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.470$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 49.0

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 - 69 ปี ($N = 24$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 20$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 60 – 64 ปี ($N = 56$) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมีเพียง 1 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.323$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 10.4

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 65 - 69 ปี ($N = 51$) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .352$) และ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.352$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 20.5

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 44$) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .531$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 28.2

ตาราง 7 ค่า β และ R^2 ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ในกลุ่มต่างๆ

ตัวทำนาย	กลุ่มรวม	ผู้สูงอายุ ชาย	ผู้สูงอายุ หญิง	ผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ อายุ 70 ปี ขึ้นไป	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป
	N = 220	N = 69	N = 151	N = 81	N = 75	N = 64	N = 25	N = 24	N = 20	N = 56	N = 51	N = 44
- ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.167*	-	-	-.228*	-	-	-.371*	-	-	-	-	-
- สุขภาพจิต	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	.265**	-	.230**	.311**	.234*	-	.749**	-	-	-	.347**	.342*
- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	-	.303*	-	-	-	.288*	-	-	-	-	-	-
- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R	.306	.303	.230	.349	.234	.288	.723	-	-	-	.347	.342
R^2	.093	.092	.053	.122	.055	.083	.523	-	-	-	.120	.117
Adjusted R^2	.085	.078	.047	.100	.042	.088	.480	-	-	-	.102	.096

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 11 กลุ่ม ซึ่งจำแนกตามเพศและช่วงอายุ เป็นดังนี้

1. ในกลุ่มรวม (N = 220) พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .265$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.167$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 9.3

2. เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า

- ในกลุ่มผู้ชาย (N = 69) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .303$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 9.2

- ในกลุ่มผู้หญิง (N = 151) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .230$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 5.3

3. เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า

- ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี (N = 81) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .311$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.228$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 12.2

- ในกลุ่มอายุ 65 - 69 ปี (N = 75) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .234$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 5.5

- ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 64) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .288$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 8.3

4. เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .749$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.371$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 52.3

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 - 69 ปี ($N = 24$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุได้
- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 20$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุได้
- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 60 - 64 ปี ($N = 56$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุได้
- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 65 - 69 ปี ($N = 51$) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .347$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 12.0
- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 44$) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .342$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 11.7

ตาราง 8 ค่า β และ R^2 ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ ในกลุ่มต่างๆ

ตัวทำนาย	กลุ่มรวม	ผู้สูงอายุชาย	ผู้สูงอายุหญิง	ผู้สูงอายุอายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุอายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุอายุ 70 ปีขึ้นไป	ผู้สูงอายุชายอายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุชายอายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุชายอายุ 70 ปีขึ้นไป	ผู้สูงอายุหญิงอายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุหญิงอายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป
	N = 220	N = 69	N = 151	N = 81	N = 75	N = 64	N = 25	N = 24	N = 20	N = 56	N = 51	N = 44
- ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	.187**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.269**	-.232*	-.192*	-	-	-	-.376*	-	-	-	-	-
- สุขภาพจิต	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	-	-	-	-	-	.395**	-	-	-	-	-	.465**
- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.280**	.344**	.315**	.364**	.342**	-	.595**	-	-	.343**	.371**	-
- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R	.398	.387	.369	.364	.342	.395	.608	-	-	.343	.371	.465
R^2	.158	.149	.136	.132	.117	.156	.370	-	-	.118	.137	.216
Adjusted R^2	.146	.124	.125	.121	.105	.142	.313	-	-	.101	.120	.197

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 11 กลุ่ม ซึ่งจำแนกตามเพศและช่วงอายุ เป็นดังนี้

1. ในกลุ่มรวม (N = 220) พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มี 3 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .280$) ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.269$) และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ($\beta = .187$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 15.8

2. เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า

- ในกลุ่มผู้ชาย (N = 69) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .344$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.232$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 14.9

- ในกลุ่มผู้หญิง (N = 151) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .315$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.192$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 13.6

3. เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า

- ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี (N = 81) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .364$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 13.2

- ในกลุ่มอายุ 65 - 69 ปี (N = 75) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .342$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 11.7

- ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 64) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .395$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 15.6

4. เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัว

แปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .595$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.376$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 37.0

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 - 69 ปี ($N = 24$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุได้

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 20$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุได้

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 60 - 64 ปี ($N = 56$) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .343$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 11.8

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 65 - 69 ปี ($N = 51$) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .371$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 13.7

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 44$) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .465$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 21.6

ตาราง 9 ค่า β และ R^2 ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ ในกลุ่มต่างๆ

ตัวทำนาย	กลุ่มรวม	ผู้สูงอายุ ชาย	ผู้สูงอายุ หญิง	ผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ อายุ 70 ปี ขึ้นไป	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ ชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 60 – 64 ปี	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 65 - 69 ปี	ผู้สูงอายุ หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป
	N = 220	N = 69	N = 151	N = 81	N = 75	N = 64	N = 25	N = 24	N = 20	N = 56	N = 51	N = 44
- ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	-	-	-	-	-	.281*	-	-	-	-	-	-
- ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.309**	-.324**	-.299**	-.352**	-.424**	-	-.521**	-	-	-.284*	-.499**	-
- สุขภาพจิต	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	.219**	-	.242**	.249*	-	-	.583**	-	-	-	.266*	.441**
- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	-	.236*	-	-	.234*	-	-	-	-	-	-	-
- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	-	.291**	-	-	-	.329**	-	-	-	-	-	-
R	.369	.500	.388	.391	.493	.450	.692	-	-	.284	.574	.441
R^2	.137	.250	.150	.153	.244	.202	.479	-	-	.081	.329	.194
Adjusted R^2	.129	.215	.139	.131	.222	.176	.432	-	-	.064	.301	.175

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ ได้แก่

1. ในกลุ่มรวม (N = 220) พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.309$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .219$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 13.7

2. เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า

- ในกลุ่มผู้ชาย (N = 69) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มี 3 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.324$) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = .291$) และ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .236$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 25.0

- ในกลุ่มผู้หญิง (N = 151) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.299$) และ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .242$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 15.0

3. เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า

- ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี (N = 81) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.352$) และ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .249$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 15.3

- ในกลุ่มอายุ 65 - 69 ปี (N = 75) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.424$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .234$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 24.4

- ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 64) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = .329$) และ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ($\beta = .281$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 20.2

4. เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มี 2 ตัว โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .583$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.521$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 47.9

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 - 69 ปี (N = 24) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุได้

- ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 20) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุได้

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.284$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 8.1

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 65 - 69 ปี (N = 51) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มี 2 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากไปหาน้อย ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.499$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .266$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 32.9

- ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .441$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 19.4

ผลโดยสรุปในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยใช้ตัวแปร 6 ตัวแปร ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางจิต 4 ตัวแปร ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ความเชื่ออำนาจภายในตน สุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม 2 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยมีการวิเคราะห์ในกลุ่มรวม (N = 220) และกลุ่มซึ่งแยกย่อยตามตัวแปรเพศและอายุ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทั้งหมด 12 ครั้ง พบผลที่สำคัญในภาพรวมดังนี้

1. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

1.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 3 ตัวแปร เป็นปัจจัยทางจิต 2 ตัวแปร และการสนับสนุนทางสังคม 1 ตัวแปร ซึ่งตัวแปรจากปัจจัยทางจิต คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน โดยสามารถทำนายได้ 7 ครั้ง และอำนาจการ

ทำนายมีค่าเป็นลบ ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยสามารถทำนายได้ 6 ครั้ง และอำนาจการทำนายมีค่าเป็นบวก และตัวแปรจากการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยสามารถทำนายได้ 5 ครั้ง และอำนาจการทำนายมีค่าเป็นบวก โดยทั้ง 3 ตัวแปร สามารถทำนายร่วมกันในกลุ่มย่อยได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเพศและช่วงอายุ

1.2 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุได้เลย คือ ผู้ชาย อายุ 65 ปีขึ้นไป

1.3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้ง 12 ครั้ง คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

2. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

2.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ตัวแปร ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตทั้ง 2 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยสามารถทำนายได้ 7 ครั้ง และอำนาจการทำนายมีค่าเป็นบวก และความเชื่ออำนาจภายในตน โดยสามารถทำนายได้ 3 ครั้ง และอำนาจการทำนายมีค่าเป็นลบ โดยทั้ง 2 ตัวแปร สามารถทำนายในกลุ่มย่อยได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเพศและช่วงอายุ

2.2 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุได้ ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้หญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56)

2.3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุทั้ง 12 ครั้งได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน สุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

2.4 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุได้ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ชาย (N = 69) และกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 64)

3. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ

3.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ตัวแปร เป็นปัจจัยทางจิต 1 ตัวแปร และการสนับสนุนทางสังคม 1 ตัวแปร ซึ่งตัวแปรจากปัจจัยทางจิต คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนโดยสามารถทำนายได้ 4 ครั้ง และอำนาจการทำนายมีค่าเป็นลบ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยสามารถทำนายได้ 8 ครั้ง และอำนาจการทำนายมีค่าเป็นบวก โดยทั้ง 2 ตัวแปร สามารถทำนายในกลุ่มย่อยได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเพศและช่วงอายุ

3.2 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกาปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 ปีขึ้นไป

3.3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกาปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุทั้ง 12 ครั้ง ได้แก่ สุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกาปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุได้ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 64) และกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44)

4. พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกามีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ

4.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกามีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุได้ดีมี 2 ตัวแปร ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตทั้ง 2 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน โดยสามารถทำนายได้ 8 ครั้ง อำนาจการทำนายมีค่าเป็นลบ และการเห็นคุณค่าในตนเองโดยสามารถทำนายได้ 6 ครั้ง อำนาจการทำนายมีค่าเป็นบวก โดยทั้ง 2 ตัวแปร สามารถทำนายในกลุ่มย่อยได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเพศและช่วงอายุ

4.2 ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกามีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 ปีขึ้นไป

4.3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกามีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุทั้ง 12 ครั้ง คือ สุขภาพจิต

4.4 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกามีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุร่วมกับความเชื่ออำนาจภายในตน และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในกลุ่มผู้ชาย (N = 69) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถทำนายร่วมกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกามีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุร่วมกับความเชื่ออำนาจภายในตนในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 75) ได้

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดนนทบุรี” เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาตัวทำนาย และปริมาณการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมและจำแนกเป็นด้านต่างๆ จากปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวมและ เมื่อจำแนกตามเพศ และช่วงอายุ

สมมุติฐานในการวิจัย

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ความเชื่ออำนาจภายในตน การเห็นคุณค่าในตนเอง สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมและเมื่อจำแนกพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุออกเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และพฤติกรรมมีส่วนร่วมทางสังคม ทั้งในกลุ่มรวมและรายด้าน เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดนนทบุรี ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งจำนวนประมาณ 800 คน

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจงใจ (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามที่ตั้งใจศึกษา จำนวน 220 คน จาก 5 โรงพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรแบ่งกลุ่ม ประกอบด้วย

1. เพศ
2. อายุ ได้แก่
 - อายุ 60 – 64 ปี
 - อายุ 65 – 69 ปี

- อายุ 70 ปีขึ้นไป

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

1. ปัจจัยทางจิต ได้แก่

- ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน
- ความเชื่ออำนาจภายในตน
- การเห็นคุณค่าในตนเอง
- สุขภาพจิต

2. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาตราวัดมีทั้งหมด 9 ชุด ทุกฉบับเป็นมาตราวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริงเลย และมีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1. มาตราวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย (16 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .822
2. มาตราวัดพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา (18 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .875
3. มาตราวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วมทางสังคม (12 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .875
4. มาตราวัดมุ่งอนาคตควบคุมตน (10 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .868
5. มาตราวัดความเชื่อในอำนาจภายในตน (9 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .773
6. มาตราวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง (10 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .687
7. มาตราวัดสุขภาพจิต (12 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .847
8. มาตราวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (14 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .870
9. มาตราวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (14 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .746

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงประธานชมรมผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 6 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากทางมหาวิทยาลัยไปติดต่อชมรมผู้สูงอายุทั้ง 5 แห่ง
3. ผู้วิจัยได้จัดเตรียมมาตรวัด เพื่อแจกให้กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยคอยรับมาตรวัดกลับเมื่อผู้สูงอายุทำเสร็จแล้ว นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านหรือตอบมาตรวัดได้ด้วยตัวเอง ซึ่งผู้วิจัยได้รับมาตรวัดที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์มาจำนวน 220 ฉบับ
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์หาตัวแปรในการทำนายจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิต ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 11 กลุ่ม เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ โดยการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ทั้งหมด 12 ครั้ง ของแต่ละตัวแปรตาม

สรุปผลการวิจัย

1. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ รวม 12 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ในกลุ่มรวม ($N = 220$) มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.284$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .227$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .208$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.1

1.2 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ในกลุ่มผู้ชาย ($N = 69$) มี 3 ตัว ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.392$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .306$) และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ($\beta = .272$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 25.2 ส่วนในกลุ่มผู้หญิง ($N = 151$) มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.276$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .242$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .174$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.3

1.3 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี ($N = 81$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .346$) และ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.328$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 18.4 ในกลุ่มอายุ 65 -69 ปี ($N = 75$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

($\beta = .417$) และสุขภาพจิต ($\beta = -.319$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.2 และในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 64$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .399$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 15.9

1.4 เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 60 – 64 ปี ($N = 25$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .667$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.470$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 49.0 ในกลุ่มผู้หญิงอายุ 60 – 64 ปี ($N = 56$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.323$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 10.4 ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 65 -69 ปี ($N = 51$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .352$) และ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.276$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.5 และในกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 44$) ตัวมีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .531$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 28.2 ส่วนในกลุ่มผู้ชายอายุ 65 ปีขึ้นไป ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ รวม 12 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ในกลุ่มรวม ($N = 220$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .265$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.167$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 9.3

2.2 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ในกลุ่มผู้ชาย ($N = 69$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .303$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 9.2 และในกลุ่มผู้หญิง ($N = 151$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .230$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 5.3

2.3 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี ($N = 81$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .311$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.228$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 12.2 ในกลุ่มอายุ 65 -69 ปี ($N = 75$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .234$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 5.5 และในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 64$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .288$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 8.3

2.4 เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 60 – 64 ปี ($N = 25$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .749$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.371$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 52.3 ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 65 -69 ปี ($N = 51$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .347$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 12.0 และในกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .342$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 11.7 ส่วนในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 ปีขึ้นไป ($N = 20$) และในกลุ่มผู้หญิง อายุ 60 – 64 ปี ($N = 56$)

ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุได้

3. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ รวม 12 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ในกลุ่มรวม ($N = 220$) มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .280$) ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.269$) และลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน ($\beta = .187$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 15.8

3.2 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ในกลุ่มผู้ชาย ($N = 69$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .344$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.232$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 14.9 และในกลุ่มผู้หญิง ($N = 151$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .315$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.192$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 13.6

3.3 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี ($N = 81$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .364$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 13.2 ในกลุ่มอายุ 65 -69 ปี ($N = 75$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .342$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 11.7 และในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 64$) 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .395$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 15.6

3.4 เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 60 – 64 ปี ($N = 25$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .595$) และ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.376$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 37.0 ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 60 – 64 ปี ($N = 56$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 11.8 ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 65 -69 ปี ($N = 51$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 13.7 และในกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 44$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 21.6 ส่วนในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 ปีขึ้นไป ($N = 20$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุได้

4. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ รวม 12 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ในกลุ่มรวม ($N = 220$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.309$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .219$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 13.7

4.2 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ในกลุ่มผู้ชาย ($N = 69$) มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.324$) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = .291$) และ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .236$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 25.0 และในกลุ่มผู้หญิง ($N = 151$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.299$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .242$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 15.0

4.3 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี ($N = 81$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.352$) และ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .249$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 15.3 ในกลุ่มอายุ 65 -69 ปี ($N = 75$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.424$) และ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .234$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 24.4 และในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 64$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = .329$) และ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ($\beta = .281$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 20.2

4.4 เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า ในกลุ่มผู้ชาย อายุ 60 – 64 ปี ($N = 25$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .583$) และความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.521$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 47.9 ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 60 – 64 ปี ($N = 56$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.284$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายเท่ากับ 8.1 ในกลุ่มผู้หญิง อายุ 65 - 69 ปี ($N = 51$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ($\beta = -.499$) และ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .266$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 32.9 และในกลุ่มผู้หญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป ($N = 44$) มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = .441$) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การทำนายร่วมกันเท่ากับ 19.4 ส่วนในกลุ่มผู้ชาย อายุ 65 ปีขึ้นไป ($N = 20$) ไม่พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุได้

อภิปรายผลการวิจัย

ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยใช้ตัวแปร 6 ตัวแปร ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางจิต 4 ตัวแปร ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ความเชื่ออำนาจภายในตน สุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม 2 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยมีการวิเคราะห์ในกลุ่มรวม ($N = 220$) และกลุ่มซึ่งแยกย่อยตามตัวแปรเพศและอายุ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทั้งหมด 12 ครั้ง ผลการศึกษาในภาพรวม ผู้วิจัยพบประเด็นที่สำคัญ 2 ประเด็น ซึ่งควรนำมาอภิปรายดังนี้

ประเด็นที่ 1

ตัวแปรที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ได้ เป็นส่วนใหญ่ มี 3 ตัวแปร เป็นปัจจัยทางจิต 2 ตัวแปร และการสนับสนุนทางสังคม 1 ตัวแปร โดยตัวแปรจากปัจจัยทางจิต คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนตัวแปรจากการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถทำนายร่วมกันพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้แตกต่างกัน จากผลการวิจัยพบว่า

ตัวแปรที่ 1 ความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นตัวแปรที่มีสำคัญในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม ได้ 7, 3, 5 และ 8 ครั้ง ตามลำดับ โดยอำนาจการทำนายหรือค่าเบต้า (β) ของทุกสมการ มีค่าเป็นลบ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนน้อยเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมมาก ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดิ์ชัย นิรัญทวี (2532) พรรณราย พัทธการ (2543) และวรรณะ บรรจง (2546) ที่พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติทางพุทธศาสนา และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างของระดับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากล่าวคือ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุเป็นผู้ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งหมดล้วนเป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 60 ทั้งสิ้น คือ งานวิจัยของ ศักดิ์ชัย นิรัญทวี (2532) ที่ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครูในโรงเรียนประถมศึกษาของกรุงเทพมหานคร จำนวน 405 คน และวรรณะ บรรจง (2546) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครูในระดับมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา ในเขตภาคใต้ ซึ่งมีอายุต่ำกว่า 60 ปี และงานวิจัยของพรรณราย พัทธการ (2543) เป็นการศึกษาในข้าราชการสูงอายุที่มีอายุ ระหว่าง 50 – 60 ปี

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน กับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตแปรผันตามวัย กล่าวคือ ก่อนอายุ 60 ปี บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในตนมาก มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่หลัง 60 ปี บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในตนน้อย มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตที่ดี สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ การเปลี่ยนแปลงทางกาย บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยชีวิตสังคม กับสุขภาวะทางจิต ของ ภัทรวรรณ สุธรรมพิทักษ์ (2550) และ เสาวภา ชูรัตน์ (2550) ที่ศึกษาในวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้

ของเปลี่ยนแปลงมาก มีความพึงพอใจในชีวิตในด้านรวมมาก ต่างจาก ปิยนันท์ สงฤทธิ์ (2550) ที่ได้ศึกษาในผู้สูงอายุ พบผลตรงกับข้าม คือ ผู้สูงอายุมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้ของเปลี่ยนแปลงน้อย เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตในด้านรวมมาก ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายว่าวัยที่สูงอายุขึ้นเป็นสาเหตุที่ทำให้แบบแผนการทำนายหรือความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป และการมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นสภาพร่างกายก็ยิ่งเสื่อมโทรมลงตามลำดับ อ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถจะประกอบกิจกรรมได้เช่นเดิม แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนแปลงย้อนวัยเข้าสู่การพึ่งพาผู้อื่นอีกครั้ง เพื่อเป็นการชดเชยต่อการสูญเสียหน้าที่ ความสามารถ และบทบาทต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งผู้อยู่ในวัยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสิ่งต่างๆ เช่น การรับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเพื่อช่วยให้ตนเองเป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดี การเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับสังคม เพราะผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองไม่ได้ทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยความสามารถของตน หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุต้องมีการปรับและเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำของครอบครัวเป็นผู้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่น เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการได้รับการช่วยเหลือสิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อมีความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตในบั้นปลายของผู้สูงอายุ

ตัวแปรที่ 2 คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรมีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน คือ พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ ได้ 5, 1, 7 และ 6 ครั้ง ตามลำดับ อำนาจการทำนายหรือค่าเบต้า (β) ของทุกสมการ มีค่าเป็นบวก แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตมาก สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เห็นคุณค่าในตนเองเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมาลี เลิศมาลีวงศ์ (2540: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาอัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 พบว่า สถานภาพสมรส รายได้และ อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และตรงกับทฤษฎีกิจกรรม ที่ว่า ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมหรือบทบาทในครอบครัว หรือสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นซึ่งผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นตนเองในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเองด้วย เห็นตนเองมีคุณค่า มีเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา สามารถสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้ มองโลกในแง่ดี ไม่ได้เป็นบุคคลที่ไร้ประโยชน์แม้ว่าวัยและความสามารถทางร่างกายจะเสื่อมถอยลง สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพกาย พฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคม ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในชีวิตบั้นปลาย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า การเห็นคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาได้ ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ขึ้นไป เพียงกลุ่มเดียว ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านที่เหลือในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปได้เช่นกันแสดงให้เห็นว่า การเห็นคุณค่าในตัวเองเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ขึ้นไป อาจเป็นเพราะผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง มีคุณค่า มีความหมายมากขึ้น มีการมองโลกและชีวิตที่ผ่านเป็นธรรมดา ปล่อยต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาใหม่ในชีวิต เข้าใจธรรมชาติของชีวิตมากขึ้น

ตัวแปรที่ 3 คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุได้ 6 และ 8 ครั้งตามลำดับ อำนาจการทำนายมีค่าเป็นบวก แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา มาก สอดคล้องกับปัทสกร กิมสุวรรณวงศ์ (2546: 78) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากจะมีพฤติกรรมปฏิบัติทางพุทธศาสนามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนอย่างในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งเรื่องการจัดหาหรือเตรียมสิ่งต่างๆ ให้เมื่อผู้สูงอายุต้องการ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นอย่างดี และสม่ำเสมอ จึงเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประเด็นที่ 2

ตัวแปรที่สามารถทำนายได้ในบางกลุ่มเท่านั้น ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยทางจิต 2 ตัวแปร และการสนับสนุนทางสังคม 1 ตัวแปร โดยตัวแปรจากปัจจัยทางจิต คือ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และสุขภาพจิต ส่วนตัวแปรจากการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า

1. ตัวแปรลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน จากการวิเคราะห์ถดถอยทั้งหมด 48 ครั้ง สามารถทำนายได้ 3 ครั้ง ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ในกลุ่มผู้สูงอายุชาย ($N = 69$) เพียงกลุ่มเดียว สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนาได้ในกลุ่มรวม ($N = 220$) เพียงกลุ่มเดียว และสามารถทำนาย

พฤติกรรมด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนกับสังคมในกลุ่มอายุ 70 ปี ขึ้นไป (N = 64) เพียงกลุ่มเดียว การที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเป็นตัวแปรที่มีโอกาสทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตได้น้อย คือ ทำนาได้ 3 ครั้งจาก 48 ครั้งเท่านั้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับความเชื่ออำนาจภายในตน ดังนั้นความเชื่ออำนาจภายในตนได้เข้าไปทำนายในสมการแล้ว ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนจึงไม่สามารถทำนายได้อีก

2. ตัวแปรสุขภาพจิต จากการวิเคราะห์ถดถอยทั้งหมด 48 ครั้ง สามารถทำนายได้เพียงกลุ่มเดียว คือ สุขภาพจิตสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มอายุ 65 – 69 ปี (N = 75) สุขภาพจิตเป็นตัวแปรที่มีโอกาสทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตได้น้อย คือ สามารถทำนายได้เพียงครั้งเดียวจาก 48 ครั้ง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับความเชื่ออำนาจภายในตน การเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ดังนั้นเมื่อความเชื่ออำนาจภายในตน การเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวได้เข้าไปทำนายในสมการแล้ว สุขภาพจิตจึงสามารถทำนายได้อีก

3. ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน จากการวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรทั้งหมด 48 ครั้ง สามารถทำนายได้ 2 ครั้ง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมกับสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุชาย (N = 69) และกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ขึ้นไป (N = 64) ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเป็นตัวแปรที่มีโอกาสทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตได้น้อย คือ สามารถทำนายได้เพียง 2 ครั้ง จาก 48 ครั้ง ที่การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ดังนั้นเมื่อการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวได้เข้าไปทำนายในสมการแล้ว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนจึงสามารถทำนายได้อีก

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนมกราคม 2551 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดนนทบุรี ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แต่เนื่องจากในเดือนมกราคมอยู่ในช่วงถวายความอาลัยแด่สมเด็จพระพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทำให้มีการประกาศงดการจัดประชุมและงานพบปะสังสรรค์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมสันตนาการของชมรมผู้สูงอายุบางแห่งในเดือนดังกล่าว ซึ่งในกิจกรรมสันตนาการมักมีผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นจำนวนมากในแต่ละชมรม เป็นสาเหตุให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามแผนการเก็บข้อมูลเดิม จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งไว้ใน 6 ชมรม มีจำนวน 270 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้เพียง 5 ชมรม เป็นจำนวน 220 คน ทำให้ไม่ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามเพศและอายุ ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยบางกลุ่มมีจำนวนน้อยมาก เช่น กลุ่มผู้ชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวน 20 คน ดังนั้น ในการทำผลการวิเคราะห์ถดถอยของกลุ่มดังกล่าวไปใช้ จึงความกระทำด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจในตนน้อยเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมมีส่วนร่วมกับสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตนสามารถทำนายได้มากที่สุด แสดงว่าผู้สูงอายุที่จะมีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีการลดทูล ลดการยึดมั่นถือมั่นในตนเอง เปิดใจยอมรับถึงสถานะแห่งความเสื่อมที่เป็นไป ยอมรับความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้อื่น เพื่อช่วยในการปรับตัวให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข
2. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ตัวแปรการเห็นคุณค่าตัวเองเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ให้มีการพัฒนาต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ
3. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ควรเอาใส่ใจ ดูแล ผู้สูงอายุ ต่อผู้สูงอายุในทุกเรื่อง เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำการวิจัยในผู้สูงอายุ ควรเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และมีการเจาะจงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูล จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ เนื่องจากการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ข้อคำถามอาจไม่มีความชัดเจนพอ ไม่สามารถครอบคลุมตรงตามสิ่งต้องการวัด นอกจากนี้จำนวนข้อคำถามที่มาก ทำให้ผู้สูงอายุเบื่อหน่ายในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุควรใช้เวลาสั้น
2. จากการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มย่อยในบางกลุ่มมีจำนวนน้อยมาก ผลการวิจัยที่ได้จึงไม่มีความชัดเจนเพียงพอ เพื่อยืนยันผลการวิจัยครั้งนี้ ควรจะมีการศึกษาซ้ำกับผู้สูงอายุในชมรมอื่น หรือกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป รวมถึงควรนำถึงปัจจัยทางชีวสังคมอื่นมาศึกษาร่วมด้วย เช่น การศึกษาที่แตกต่างกัน หรือมีการศึกษากับวัยอื่นที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ เช่น ในวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร ไพรรัตน์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปรินต์นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กชกร สังขชาติ. (2536). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: (มป.พ.).
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมวชิรพยาบาล. ปรินต์นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กิติกร มีทรัพย์. (2537, กันยายน). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต. วารสารสถาบันสุขภาพจิต. 2(3): 62-70.
- กระทรวงสาธารณสุขสาธารณสุข. (2549). คุณภาพชีวิต .สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2549, จาก <http://www.dmh.go.th>
- กันยา สุวรรณแสง. (2544). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: รวมสาสน์.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: (มป.พ.).
- ชินษฐา ศรีนนท์. (2544). การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการวางแผนพัฒนาเทศบาลนครนนทบุรี. ปัญหาพิเศษ รป.ม. (การบริหารทั่วไป). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- เขมิกา ยามะรัต. (2527). ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงการเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร
- งามตา วนินทานนท์. (2539, กันยายน). การหยั่งลึกทางสังคม. สารานุกรมศึกษาศาสตร์. (15): 59 - 75.
- _____. (2544, พฤษภาคม). การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัวไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 7(1): 79 -110.
- _____. (2545). เอกสารประกอบวิชา วป 581 การถ่ายทอดทางสังคมและการพัฒนาการของมนุษย์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- _____. (2548, มกราคม). ปัจจัยเชิงเหตุสำคัญของความสำเร็จในชีวิตสมรส. จิตพฤติกรรมศาสตร์: ระบบพฤติกรรมไทย. 2(1): 8 - 37.

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2538). *การสำรวจประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี 2538*. กรุงเทพฯ: (มป.พ.).
- จิระ อุณหปาณี. (2539). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครัวเรือนในชุมชน : ศึกษากรณีโครงการฟื้นนครรมเกล้า 3. สาธารณสุข. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม)*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จิระพร อภิชาติบุตร. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการอุปถัมภ์จากครอบครัวและการบริการสุขภาพในชุมชนกับในชุมชนแออัด*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑาทิพย์ อภิรมย์. (2537). *ข้อเท็จจริงและทัศนะการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนเทศบาลเมืองนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จิตรา วีรบุรินทร์. (2546). *รูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ สส.ด. (การบริหารสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา รอดนำพา. (2535). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จิรศักดิ์ สุขวัฒนา. (2545). *การสถาปนาความเป็นผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่*. ปรินิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนาศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิรวัดนา มั่นเย็น. (2536). *ประสบการณ์ในมหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพุทธศาสนาและลักษณะทางจิตของนิสิตในกรุงเทพมหานคร*. ปรินิพนธ์ วท.ม. (พฤกษศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิรวัดนา มั่นเย็น; และรุ่งทิพย์ สมานรักษ์. (2546). *รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการหลบหนีการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา*. กรุงเทพฯ: การวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (สกว.)
- จารุวรรณ ปราชญากุล. (2543). *ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับความตายของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไฉไล ไชยเฉวี. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับ*

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ. ปรินิพนธ์ กศ.ม.
(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่าย
เอกสาร.

เฉลิมศรี สุขสมบูรณ์. (2539). พฤติกรรมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริราช
มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (คหกรรมศาสตร์ศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ฐิติย์ ปานปรีชา มล.สมชาย จักรพันธุ์ และกิติกร มีทรัพย์. (2539). การศึกษาคุณภาพชีวิตของ
คนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(2): 135 - 144. สืบค้นเมื่อ 4
กรกฎาคม 2549, จาก. www.dmh.go.th/Abstract/detail.asp?id????.

เชาวฤทธิ์ สาสาย. (2548). ผู้สูงอายุ: ส่วนเกินของครอบครัวไทยสมัยใหม่หรือ?. วารสารสังคม
พัฒนา. 32(1): 4 - 13.

ณัฐกร อ่วมบำรุง. (2534). การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ดวงจันทร์ บุญรอดชู. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมตัวเกษียณอายุของข้าราชการ :
ศึกษาเฉพาะกรณี ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม).
กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ. (2540). รายงานการวิจัย เรื่อง ความเชื่อ และปฏิบัติทางพุทธ
ศาสนาของคนไทย: การปลูกฝังอบรมและคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

_____. (2537, มกราคม). ทฤษฎีต้นไม้วัยธรรมกับพฤติกรรมการทำงานของข้าราชการไทย.
วารสารจิตวิทยา. 1(1): 81-98.

ดุขี โยเหลา; และคณะ. (2545, กันยายน). ความเข้มแข็งของครอบครัวไทย: ครอบครัวสุขภาพ
ดี. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 8(1): 1-10.

ดุจเดือน พันธุมนาวิน. (2547). รายงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
การสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้าในสถานอนามัยตำบล. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม
และสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ดุจเดือน พันธุมนาวิน; และอัมพร ม้าคอง. (2547). รายงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยเชิงเหตุและผลของ
พฤติกรรมพัฒนานักเรียนของครูคณิตศาสตร์ในระดับมัธยมศึกษา. โครงการวิจัย
แบบท การวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัย
แห่งชาติ (สกว.)

- เดือน คำดี. (2531). *ศาสนาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทรรคนะ ใจชุ่มชื่น. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนขององค์กร แบบการนำชีวิตตน พฤติกรรมการปฏิบัติงาน และคุณภาพชีวิตในการทำงานของหัวหน้าระดับต้นในโรงงาน อุตสาหกรรม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพวรรณ มะเมี่ยมเมือง. (2542). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ สังกัด กรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธวัชชัย คำทอง. (2533). *พฤติกรรมความดูแลสุขภาพของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอ ปากพะยูน จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ไทยคดีศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา. ถ่ายเอกสาร.
- ธวัชชัย ศรีพรงาม. (2547). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานอย่างปลอดภัย ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอและปั่นด้าย*. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นพคุณ ดีสุคนธ์. (2538). *ความเป็นปึกแผ่นในครอบครัวของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร ชัยวรรณ. (2538, มีนาคม). ผู้สูงอายุไทยถูกทอดทิ้งมากขึ้นจริงหรือ?. *วารสาร ประชากรศาสตร์*. 11(1): 49 - 55.
- _____. (2542, มีนาคม). *ภาวะเศรษฐกิจผู้สูงอายุไทย: ความแตกต่างระหว่างเพศ*. *วารสาร ประชากรศาสตร์*. 15(1): 1 - 19.
- นภาพร ชัยวรรณ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2538). *ประมวลประเด็นการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุด้าน สังคมศาสตร์และประชากรศาสตร์*. ใน *ประมวลการวิจัยและบรรณานุกรมเอกสารการ วิจัยเรื่อง “ผู้สูงอายุในประเทศไทย” เอกสารโครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัยหมายเลข 002/38*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ชัยวรรณ; และจอห์น โนเดล. (2539). *รายงานโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- _____; _____. (2542). *การอยู่อาศัย และการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นฤมล นาคเรือง. (2536, กันยายน - ธันวาคม). การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. โรงพยาบาลศรี
ัญญา. 1(3): 37 - 40.
- นพพรช วุฒิธรรม. (2545). การสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านลาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม.
(พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นวลละอ. (2527). ทฤษฎีบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: ประมวลศิลป์.
- นุสรานามเดช. (2539). การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่าย
เอกสาร.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). การสนทนาเรื่องนานาประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน การวิจัยเรื่อง
ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัณฑิต เคียงธนสมบัติ.(2547). การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิต
ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2538). วิธีวิจัยทางสถิติสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.
- บุญรับ ศักดิ์มณี. (2532). การเสริมสร้างจิตลักษณะเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการทำงานราชการ.
วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเลิศ เสียวประไพ. (2538). ขนาดประชากรที่เหมาะสม. ใน จุดเปลี่ยนนโยบายประชากร
ไทย. กุศล สุนทรธาดา บรรณาธิการ. 278 - 313. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การวิจัย(สกว.).
- ประภาพร จินันทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริศนา โกลละสุต. (2543). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน : ศึกษาเปรียบเทียบผู้เคยย้าย
ถิ่น และผู้ที่ไม่เคยย้ายถิ่น. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. (2546). จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
สุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. (2545, กรกฎาคม – ธันวาคม). จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. ฉบับบัณฑิตศึกษา. 2(2): 43 - 50.
- ปิยนันท์ สงฤทธิ์. (2550). การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคม กับสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปณัท ทูลยะเสถียร. (2550). ความเชื่ออำนาจในตนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พันธทิพย์ ศรีวรรณาท. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- พรธนิภา บุญพิทักษ์. (2548). การพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ในสังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม). บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร
- พรธนาย พิทักษ์เจริญ. (2543). จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. (2523). ความทันสมัย ภาพพจน์ที่เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสถาบันพัฒนบริหารศาสตร์.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉินัก. (2537, มกราคม). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุ. วารสารจิตวิทยา. 1(1):70-80.
- _____. (2537, ธันวาคม). ความสำคัญและบทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ. วารสารจิตวิทยา. 1(2):112-119.
- _____. (2544, มกราคม – ธันวาคม). จิตวิทยาผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์. 2(1-3):47-53.
- เพ็ญศรี ชื่นประดิษฐ์. (2537). การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสามแก้ว อำเภอคอนตูม จังหวัดนครปฐม. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ภมริน เขาวนจิตา. (2542ก). การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- _____. (2542ข). ลักษณะทางพุทธที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรวรรณ สุธรรมพิทักษ์. (2550). การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคม กับสุขภาพทางจิต: กรณีศึกษาพนักงานบริษัท เอ แอล ที อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด. สารนิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์; ศิริวรรณ ศิริบุญ; และอัจฉรา เอ็กช์. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการ และกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพดี กฤษวัฒนาภรณ์. (2537). การสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในเคหะชุมชนทั้งสองห้อง. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- รวิกาญจน์ เดือนดาว. (2547). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการขับถ่ายอย่างปลอดภัยของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง ขสมก. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เรืองรอง ชาญภูมิธรรม. (2547). คนชราในสถานสงเคราะห์: ชีวิตและตัวตน. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์. (2547). การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่ และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี. สารนิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- รัชนี ฝนทองมงคล. (2538). การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณอายุราชการ : ศึกษาจากข้าราชการบำนาญ สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- รัชดา พรพิไลสวัสดิ์. (2548). การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (รัฐศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- รัตนา เพ็ชรอุไร; และอดุลย์ วิริยเวชกุล. (2538. เมษายน – มิถุนายน). ผู้สูงอายุในประเทศไทย. *ประเด็นที่ควรศึกษาวิจัย*. 2(2): 171 - 178.
- วรรณะ บรรจง. (2546). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางการเมืองของครูในภาคใต้. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(สกว.).
- วันชัย เรืองอุดม. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาบริการการท่องเที่ยว กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าทราย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. ปัญหาพิเศษ ปร.ม. (การบริหารทั่วไป). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- วันดี โกตะกุล. (2541). รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาคุณลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปี พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วันนี ขำเพ็ง. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วนิดา นิรมย์. (2538). ปัจจัยที่มีส่วนกำหนดต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วลิตา เพียรพิจิตร. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของพนักงานท่าอากาศยานกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วาทีนี้ บุญชะลิกษ์; และยุพิน วรสิริอมร. (2539). ขนาดประชากรที่เหมาะสม. ใน *จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรไทย*. กุศล สุนทรธาดา บรรณาธิการ. 315-391. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- วิชัย ต้นไผ่จิตร. (2530). โภชนาเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัยคอมพิวเตอร์กราฟฟิค.
- วิจิตรา เปรมปรี. (2550). ความศรัทธาในพระพุทธศาสนาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. สารนิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- วิทยา ธิติสุทธิ. (2537). การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชนใน ตำบลเขาทอง อำเภอ
พยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). รายงานการวิจัย เรื่อง ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้สูง. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์; และโยธิน แสงวดี. (2531). การสนทนากลุ่ม : เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ
จากการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
กรุงเทพฯ: ชมรมวิจัยเชิงคุณภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2533). ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อการ
ดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ:
ชมรมวิจัยเชิงคุณภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: ธรรมศาสตร์.
- ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. (ม.ป.ป.) เอกสารประกอบการสอนวิชาพัฒนาทางจิตใจและสังคมในวัย
สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ชัย นิรัญทวี. (2532). ความแปลกแยกกับพฤติกรรมการทำงานของครูสังกัด
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนาศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2534). แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2538, มีนาคม). ผู้สูงอายุไทยกับศาสนา. วารสารประชากรศาสตร์. 11(1): 17 - 48.
- _____. (2538). ประมวลประเด็นการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่าง. ใน หนังสือการสัมมนา
โครงการศึกษาวิจัยครบวงจร: การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุ. 37 - 51. กรุงเทพฯ: อธิการบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2534). แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____; และคณะ. (2541). การพัฒนาสถาบันครอบครัว: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุน.
กรุงเทพฯ: กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรันย์ ดำริสุข. (2525). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: พัทธอักษร.
- สมจิตร เกิดปรางค์. (2543). การนำศิลป สมาธิ ปัญญามาใช้ในกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาการ
เห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์

ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

สมพร ใจสมุทร. (2547). พฤติกรรมการดูแลตัวเองตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขต

ลาดกระบัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

สมพิศ สุทธิทรัพย์. (2538). พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมพลศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการ.

_____. (2542, มกราคม – มิถุนายน). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคโลกาภิวัตน์.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการศึกษา. 31(1-2).

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ใน

สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์. มปป. ความชรา ภาพร่าง (Body Images) และการใช้ชีวิตในเมือง.

ใน ชีวิตชายขอบ : ตัวตนกับความหมาย. ปรีตตา เฉลิมเผ่า บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ศูนย์

มานุษยวิทยาสิรินธร.

สมหวัง มณีวงศ์. (2546). ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

กับไม่สม่ำเสมอ ในเทศบาล จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พลศึกษา). ขอนแก่น:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2544). การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยปี 2544. นนทบุรี:

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สร้อยรัตน์ พลอินทร์; มุกข์ดา ผดุงยาม; และคมสัน แก้วระยะ. (2547). รายงานการวิจัย เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุในตำบลธงชัยจังหวัดเพชรบุรี. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า

จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

สรินดา น้อยสุข. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช. การ

ค้นคว้าอิสระ พบ.ม (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. (2549). สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน

2549, จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/202/20206.html>

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.

ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข. (2540). การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงและในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี. ปริญญา
นิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
โรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). เครื่องชี้ภาวะสังคม พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยี
สารสนเทศและการสื่อสาร.
- _____. (2546). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ:
กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2549). สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 17
กันยายน 2549, จาก http://oppo.opp.go.th/info/laws_constitution.htm
- สิริหทัย มุลวณิชย์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
วชิรพยาบาล. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สิทธิอาภรณ์ ขวนปี. (2543). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบาง
เมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุชา จันทน์เอม. (2536). จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุมาลี สังข์สี. (2540). รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมและนันทนาการ.
กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ถ่ายเอกสาร.
- สุพัตรา ธารานุกุล. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- สุนุดรา ตะบูนพงศ์; และคณะ. (2539, เมษายน - มิถุนายน). การประเมินคุณสมบัติแบบวัด
คุณภาพชีวิตฉบับย่อของ WHO ในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ. 2(2): 6 -15.
- สุรางค์ เชื้อวนิชกร. (2548). ปัจจัยทางชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลนุสรณ์ จังหวัดนครปฐม. สาร
นิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรินทร์ ขอนแก่น. (2543). การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน
ตราพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี : กรณีศึกษาโรงเรียน

- ตำรวจตระเวนชายแดนในสังกัดกองกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 41 จังหวัดชุมพร. ภาคนิพนธ์ พบ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุทธิดา ทองศฤงคลี. (2548). ปัจจัยเชิงเหตุแบบบูรณาการระหว่างบ้าน โรงเรียน และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจที่จะดูแลญาติผู้สูงอายุของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 . ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุทธินันท์ น้ำเพชร. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณอายุราชการในจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุเทพ พันประสิทธิ์. (2545, พฤษภาคม - สิงหาคม). ดัชนีคุณภาพชีวิต และค่าความยากจนในประเทศไทย. วารสารปริทรรศน์. 16 (49): 19 - 29.
- สุภาภรณ์ จันทวนิช. (2539). วิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพงษ์ คณานุรักษ์. (2545). การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีเทศบาลนครยะลา. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุริย์ พันธุ์พงษ์. (2541, มิถุนายน – ธันวาคม). วารสารดงแม่นางเมือง. 2. หน้า 77-82.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข .
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2549). บทความออนไลน์เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. ที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 5, 4 - 6 กันยายน 2539. สืบค้นเมื่อ 4กรกฎาคม 2549. จาก www.dmh.go.th/Abstract/detail.asp?id2308.
- สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐี. (2542, มีนาคม). ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวไทย. วารสารประชากรศาสตร์. 15(1): 37-50.
- ไสว พรหมณี. (2538). การบรรยายเรื่องนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เสาวภา ชูรัตน์. (2550). การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคม กับสุขภาวะทางจิตของจิตแพทย์. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุษา ศาสตรีกักดี. (2536). การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดเลย. สารานุกรมสุขภาพนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อัญชลี ศิลากษะ. (2539). ทักษะและการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน. สารนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อัสวิน หนูจ้อย. (2538). การศึกษาการมีส่วนร่วมของสตรีในกิจกรรมงานพัฒนาชุมชน : กรณีศึกษาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ. (2539). การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- อภิสิทธิ์ สาร. (2548, มิถุนายน). รัฐจะใช้ภูมิปัญญาสูงอายุให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าได้อย่างไร. วิทยาจารย์. 104 (5):46-48.
- อ้อมเดือน สดมณี. (2538, พฤศจิกายน). ผลของการฝึกอบรมทางพุทธพฤติกรรมศาสตร์ต่อจิตลักษณะและประสิทธิผลของของครู. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 7(1): 91 - 101.
- อมรา พรหมใหม่. (2547). สิ่งแวดล้อมทางสังคม การบรรลุมตามขั้นพัฒนาการ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณสุข เขต 2. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพร เจริญจันทร์. (2542). การเตรียมตัวสำหรับชีวิตหลังเกษียณอายุราชการ : กรณีศึกษาจากข้าราชการครูบำนาญในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพา วรวัฒนชัย. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญ สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัสรา อารณ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- อุทัยวรรณ กสณดีสกุล. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงมหาดไทย*. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2542). รายงานการวิจัย เรื่อง *ผลการฝึกอบรมตามแนวพุทธต่อจิตลักษณะและลักษณะทางพุทธของบุคคลในวัยผู้ใหญ่*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.
- _____. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนาศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Atchley, Robert C. (1991). *Social force and aging*. California: Wadworth publishing company.
- Bradshaw, Pete. (1981). *The management of self esteem: how people can feel good about themselves and better about their organization*. Eglewood cliif, New Jersey: Presstice-Hall.
- Cobb, s. (1976). *Social Support as a Moderator of Life Stress*. Psychosomatic Medicine.
- Coopersmiith, Stanley. (1981). *The antecedents of self – esteem*. Polo Alto, California: Consutting Psychologisits Press. Inc.
- Denham, M. (1991). *Quality of life: Assessment and improvement, In case of long-stay elderly retreat*. London: Chapman and hall.
- Hall, Da. 1976. *The aging of connective issue*. London: Academic press.
- Harper, Sarah. (2004). Some impications of population aging subject. In *Changing worlds and the Aging Subject*. Oberg, Britt-marie; et ai, editors. P x - xx. Hants; Ashgate.
- House, Jam S. (1981). *Work stress and social* . Philippines: Addison - Wesley Publishing Company, Inc.
- Hubbard; and Others. (1984). *The relationship between social support and self - care practice nursing research*.
- Maslow, AH. (1954). *Motivation and personality*. Newyork; Harper and row.
- Mead, Robent. (1971). *Future time perspective of college students in America and India*. Journal of social psychology, 83: 175 – 182.

- Mischel, W. (1974). Processes in Delay of Gratification; in L. Berbonitz (ed.) advances in *Experimental Social Psychology*. Vol. 7. p 249 – 293. New York : Academic Press.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 2nd edition. California: Appleton, & Lange.
- Oberg, Britt-Marie. (2004). Foreword. In *Changing worlds and the Aging Subject*. Oberg, Britt-Marie; et al, editors. pp x-xx. Hants: Ashgate.
- Orem, DE. (1985). *Nursing: concept of practice*. New York: Mc Graw - Hill book Company.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2 edition. California: Appleton & Lunge.
- Resenberg, M. (1965). *Society and adolescent self image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Schaefer.C., Coyne, J.C. and Lazarus,R.S. (1981). The Health Related Function of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*.4 (4).
- Strickland, Bonnie R. (1977). *Internal – External control of reinforcement*, in Thomas Blass (ed). *Personality variables in Social behavior*. New York: John Wiley.
- Stromberg MF. 1984. *Selecting and instrument to measure quality of life*. Oncology nursing.
- United Nations. (2002) *Report of the Second World Assembly on Ageing*. New York: UN. Retrieved May 15, 2006 From <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/No2/397/51/PDF/No239751.pdf?>
- Wiss, R.S. (1974). *The provision of social relationship*. In Z. Rubin (E.d.) In cloing into others : Joining, molding, comfoming, helping loving. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hill; 17 – 26.
- Zhan, Lin. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issue. *Journal of advanced nursing*.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ชื่อ – สกุล ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ตำแหน่งทางวิชาการ รศ.
 หน่วยงานของผู้เชี่ยวชาญ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้
 1. มาตรฐานวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน
 2. มาตรฐานวัดความเชื่ออำนาจภายในตน
2. ชื่อ – สกุล ประณต คำจิณ ตำแหน่งทางวิชาการ รศ.
 ตำแหน่งของผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา
 หน่วยงานของผู้เชี่ยวชาญ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มศว.
 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้
 1. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา
 2. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม
3. ชื่อ – สกุล ดร. นวพลระอ สุภาพล ตำแหน่งทางวิชาการ รศ.
 หน่วยงานของผู้เชี่ยวชาญ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มศว.
 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้
 1. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย
 2. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม
4. ชื่อ – สกุล ดร. ดวงเดือน แซ่ตั้ง ตำแหน่งทางวิชาการ อาจารย์
 หน่วยงานของผู้เชี่ยวชาญ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มศว.
 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้
 1. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา
 2. มาตรฐานวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน
 3. มาตรฐานวัดความเชื่ออำนาจภายในตน
5. ชื่อ – สกุล พิศวง มหาจันทร์ ตำแหน่งทางวิชาการ _____
 หน่วยงานของผู้เชี่ยวชาญ คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้
 1. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย
 2. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา
 3. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม

6. ชื่อ – สกุล ดร. ศยามล เอกะกุลนันต์ ตำแหน่งทางวิชาการ อาจารย์
 หน่วยงานของผู้เชี่ยวชาญ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. มาตรฐานวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน
2. มาตรฐานวัดความเชื่ออำนาจภายในตน

7. ชื่อ – สกุล นางสาว สมฤดี ภูมิภักดีคุณ ตำแหน่งของผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล 6
 หน่วยงานของผู้เชี่ยวชาญ แผนก ICU ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

1. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย
2. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา
3. มาตรฐานวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5730

ที่ ศธ 0519.12/4348

วันที่ 3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ดัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามมาตรวัดลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน และแบบสอบถามมาตรวัดความเชื่ออำนาจภายในตน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

1233 C

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5730

ที่ ศธ 0519.12/ ๗๓๖ ๙

วันที่ 3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะมนุษยศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ นิติระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามมาตรฐานวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ ตามหลักศาสนา และมาตรฐานวัดพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม และ อาจารย์ดวงเดือน แซ่ตั้ง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามมาตรฐานวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และแบบสอบถามมาตรฐานวัด ความเชื่ออำนาจภายในตน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

๒๕๕๐ C

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเชษฐกุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/ 7394



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน รองศาสตราจารย์นวลละออ สุภาพล

เนื่องด้วย นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามมาตรวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และแบบสอบถามมาตรวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 086-890-9200



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5646 , 5731

ที่ ศร 0519.12/ 7385

วันที่ 7 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทองเที่ยง ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์และอาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์พิศวง มหาจันทร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพกาย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(Signature)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/ ๗325



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวดาววัลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ศยามล เอกะกุลนันต์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามมาตรวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และแบบสอบถามมาตรวัดความเชื่ออำนาจภายในตน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวดาววัลย์ น้อยเหลือ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 086-890-9200

ที่ ศธ 0519.12/๗๖4๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

13 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี -ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวสมฤดี รัชมกิตติคุณ พยาบาล 6 สังกัดแผนก ICU ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามมาตรวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามมาตรวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และแบบสอบถามมาตรวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชษฐกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรทัศน์ 086-890-9200

ที่ ศธ 0519.12/7314



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน

เนื่องด้วย นางสาวคาวลัย น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างเดือนธันวาคม 2550

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวคาวลัย น้อยเหลือ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเชษฐกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 086-890-9200

ที่ ศธ 0519.12/73 65



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เนื่องด้วย นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างเดือนธันวาคม 2550 - มกราคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวดาวัลย์ น้อยเหลือ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 086-890-9200

ที่ ศธ 0519.12/7364



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลปากเกร็ด

เนื่องด้วย นางสาวคาวลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างเดือนธันวาคม 2550 - มกราคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวคาวลย์ น้อยเหลือ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

/ส.จ.จ.ค.

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 086-890-9200

ที่ ศธ 0519.12/ ๗3๖6



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อการศึกษาวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย

เนื่องด้วย นางสาวลดาวัลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวัติ ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย โดยขอให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างเดือนธันวาคม 2550 - มกราคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวลดาวัลย์ น้อยเหลือ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรศัพท์ 086-890-9200

ที่ ศธ 0519.12/๗๓๖๕



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้เพื่อการวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางใหญ่

เนื่องด้วย นางสาวคาวลย์ น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างเดือนธันวาคม 2550 - มกราคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเคราะห้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวคาวลย์ น้อยเหลือ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 086-890-9200

ที่ ศธ 0519.12/7369



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุโขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อการศึกษาวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางบัวทอง

เนื่องด้วย นางสาวคาวลัย น้อยเหลือ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาปัจจัยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี” โดยมี อาจารย์เรวดี ทรงเที่ยง และ อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างเดือนธันวาคม 2550 - มกราคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวคาวลัย น้อยเหลือ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

กณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานกณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 086-890-9200

ชุดที่ 2 สุขภาพของท่าน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นการสอบถามพฤติกรรมของท่านในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเลือกทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้นเพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริง ที่สุด	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง <u>ไม่จริง</u>	ไม่จริง เลย
1.	ท่านรับประทานผักและผลไม้มากขึ้น				
2.	ท่านลดอาหารย่อยยาก เช่น พวกเนื้อสัตว์ ให้น้อยลง				
3.	ท่านออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อย่างน้อยวันละ 15-30 นาที เช่น วิ่งเหยาะๆ กายบริหาร เปตอง โยคะ ไทเก๊ก ฯลฯ				
4.	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน				
5.	ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ				
6.	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เมื่อเจ็บป่วย				
7.	ท่านควบคุมอาหาร (ถ้าท่านมีน้ำหนักมากหรือเจ็บป่วย)				
8.	ท่านคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารเสมอเมื่อรับประทานอาหาร				
9.	ท่านประกอบอาหารรับประทานภายในครอบครัวเป็นประจำ				
10.	ท่านหลีกเลี่ยงการยกของหนัก				
11.	ท่าน <u>ไม่</u> รับประทานอาหาร <u>เข้า</u> หรือรับประทานแต่น้อย				
12.	ท่านรับประทานอาหารจำพวกปลามากขึ้น				
13.	ท่านยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เหล้า)				
14.	ท่านดื่มชาหรือกาแฟในตอนเช้า				
15.	เมื่อพบความผิดปกติในร่างกายแม้เพียงเล็กน้อย ท่านจะรีบไปพบแพทย์				
16.	ท่านศึกษาหาความเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวท่านอยู่เสมอ				

ชุดที่ 3 การปฏิบัติทางศาสนา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นการสอบถามพฤติกรรมของท่านในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

ขอให้อ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเลือกทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้นเพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
1.	ท่านสวดมนต์ทุกวัน				
2.	ท่านทำจิตใจให้สงบเป็นประจำ เช่น การนั่งสมาธิ การทำใจให้หยุดนิ่ง ฯลฯ				
3.	<u>คงต้องรอให้รวยกว่านี้ก่อน</u> ท่านจึงจะทำบุญให้ทานผู้อื่น				
4.	ท่านไป วัด อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง				
5.	ท่านรับศีล/รักษาศีล เป็นประจำ				
6.	ท่านคุยธรรมะกับผู้อื่นเป็นประจำ				
7.	ท่านนึกถึงบาป – บุญ ก่อนตัดสินใจทำสิ่งต่างๆ				
8.	ท่านให้อภัยผู้อื่นเสมอ				
9.	หลักธรรมของศาสนาที่ท่านนับถือ ช่วยให้ท่านแก้ปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตได้				
10.	ท่านช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมอยู่เสมอ เพื่อสร้างกุศล				
11.	<u>เมื่อโมโห</u> ท่านมักพูดไม่ดีกับผู้อื่น เช่น พูดว่ากล่าว พูดหยาบคาย				
12.	ท่านใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในการทำความดี และทำบุญ ทำทาน				
13.	หลักธรรมของศาสนาที่ท่านนับถือ ช่วยให้ท่านเข้าใจชีวิตมากขึ้น				
14.	ท่านใช้เวลาว่างไปในการศึกษาธรรมะหรือปฏิบัติธรรม				

ชุดที่ 4 กิจกรรมทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นการสอบถามพฤติกรรมของท่านในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเลือกทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้นเพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
1.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย หรือ เล่นกีฬา ในชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำ				
3.	ท่าน <u>ไม่ชอบ</u> ติดตามข่าวหรือความเคลื่อนไหวทางสังคม				
4.	ท่านร่วมเสนอความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมของชมรม				
5.	ท่านไปเยี่ยมเยือนเพื่อนๆ เสมอ				
6.	ท่านแสดงความคิดเห็นทางการเมืองร่วมกับผู้อื่น เช่น การรับร่างรัฐธรรมนูญ				
7.	ท่าน <u>ชอบ</u> อยู่ตามลำพังมากกว่าพูดคุยกับผู้อื่น				
8.	ท่านไปร่วมงานเลี้ยงต่างๆ ของเพื่อนเป็นประจำ เช่น งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานเลี้ยงวันเกิด ฯลฯ				
9.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจร่างกายที่ชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้จัด				
10.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญหรือโอกาสพิเศษเสมอ เช่น การถวายพระพรในวันเฉลิมพระชนมพรรษา การเดิน-วิ่งการกุศล ฯลฯ				
11.	ท่านไปท่องเที่ยวหรือทัศนจรร่วมกับผู้อื่น				
12.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีที่ชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้จัด				

ชุดที่ 5 สิ่งต่าง ๆ ในอนาคต

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้น เพียงแห่งเดียวใน
แต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริง ที่สุด	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง <u>ไม่จริง</u>	ไม่จริง เลย
1.	ท่านคิดว่าการวางแผนในเรื่องการเงินก่อนเกษียณมีประโยชน์				
2.	ท่านพยายามเก็บเงินไว้ใช้ในยามจำเป็น				
3.	คนที่รู้จักวางแผนในชีวิตจะมีความสุขในชีวิตปัจจุบัน				
4.	ท่านเชื่อว่า การใช้มือถือขณะขับรถเป็นอันตราย				
5.	ท่านเชื่อว่าการทำงานนี้ให้ดีที่สุด จะส่งผลดีในวันหน้า				
6.	เรื่องร้ายๆที่เกิดขึ้นกับผู้อื่น สามารถเกิดกับท่านเช่นกัน				
7.	ท่านคิดว่า ตอนนี้สุขภาพของท่านแข็งแรงอยู่ <u>ไม่จำเป็นต้องระวังเรื่องอาหารมากนัก</u>				
8.	การวางแผนล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ <u>ไร้ประโยชน์</u> เพราะมักไม่เป็นตามแผนที่วางไว้				
9.	ท่านคิดว่าการวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต <u>ไม่มีประโยชน์</u>				
10.	ถ้าท่านอยากได้สิ่งใดแต่ต้องรอคอย ท่าน <u>จะทนไม่ได้</u> หรือหมดความอดทน				

ชุดที่ 6 สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่าน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้น เพียงแห่งเดียวใน
แต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
1.	ท่านประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานเพราะโชคช่วย				
2.	ผู้อื่นจะชอบท่านหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระทำการของตัวท่านเอง				
3.	ท่านมีความสุขเพราะโชคดีกว่าผู้อื่น				
4.	ความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของเคราะห์กรรม				
5.	ถ้าท่านโชคดีตั้งแต่เช้า วันนี้จะมีแต่เรื่องดี ๆ				
6.	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง				
7.	บุญเป็นกำหนดว่าชีวิตของท่านจะมีความสุขหรือไม่				
8.	อุบัติเหตุเป็นเรื่องของความบังเอิญ				
9.	สุขภาพท่านแข็งแรงเพราะมีเครื่องรางของขลังหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยคุ้มครอง				

ชุดที่ 7 ความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้น เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
1.	ท่านรู้ว่าตนเองเป็นคนตื่นตัวง่าย				
2.	เวลาทำงานถ้าใครส่งเสียงดังข้าง ๆ ท่านจะทำอะไรต่อไม่ได้				
3.	ท่านมีเรื่องกลุ้มใจอยู่เสมอ				
4.	ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนตกใจง่าย				
5.	เวลาดีใจท่านรู้สึกดีใจมาก และเวลาเสียใจก็รู้สึกเสียใจมาก				
6.	ท่านไม่ชอบพูดเล่นเลย				
7.	บางครั้งท่านรู้สึกว่าตนเองจะทำอะไรผิดเสมอ				
8.	ท่านรู้สึกว่าเพื่อน ๆ ไม่อยากจะคุยกับท่าน				
9.	ท่านรู้สึกกลัวโดยไม่รู้ว่าจะกลัวอะไรอยู่บ่อย ๆ				
10.	บางครั้งท่านรู้สึกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดีเลย				
11.	ท่านเป็นที่รักของทุกคน				
12.	ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งบ่อย ๆ				

ชุดที่ 8 การนับถือตัวเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้น เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
1.	ท่านรู้สึกว่ามีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น				
2.	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีข้อดีหลายอย่าง				
3.	ท่านรู้สึกว่าท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4.	ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน				
5.	ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่จะภูมิใจในตนเองได้เลย				
6.	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				
7.	โดยทั่วไปท่านมีความพอใจในตนเอง				
8.	ท่านอยากมีความนับถือตนเองให้มากกว่านี้				
9.	ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์				
10.	บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				

ชุดที่ 9 ครอบครัวของท่าน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้น เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริง ที่สุด	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1.	เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถปรึกษาหารือกับคนในครอบครัวได้				
2.	คนในครอบครัวขาดการดูแลเอาใจใส่ท่าน				
3.	ท่านคิดว่า คนในครอบครัวของท่านสามารถช่วยให้ท่านสบายใจได้				
4.	ท่านคิดว่า คนในครอบครัวของท่าน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้				
5.	เมื่อท่านประสบปัญหา คนในครอบครัว <u>ไม่สามารถ</u> ช่วยเหลือท่านได้				
6.	ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์กับสมาชิกในครอบครัว				
7.	ท่านเชื่อว่าคนในครอบครัวพยายามอย่างมากที่จะช่วยเหลือท่านในทุกเรื่อง				
8.	คนในครอบครัวให้กำลังใจให้ท่านทำสิ่งต่าง ๆ อยู่เสมอ				
9.	คนในครอบครัวฟังความคิดเห็นของท่านเสมอ				
10.	เมื่อท่านไม่สบายบุตรหลานของท่านจะพาไปพบแพทย์ทันที				
11.	บุตรหลานของท่านเคยให้วัตถุสิ่งของ เพื่อใช้ส่งเสริมและบำรุงสุขภาพของท่าน				
12.	ท่านไม่กังวลเรื่องเงินทองถ้าเจ็บป่วย เพราะบุตรหลานของท่านช่วยท่านได้				
13.	ท่านรู้สึกว่บุตรหลานของท่านคอยช่วยในยามเจ็บไข้				
14.	เมื่อเจ็บป่วยท่านรู้สึกถูกลูกหลานทอดทิ้ง				

ชุดที่ 10 เพื่อนของท่าน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความนั้น เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค

ข้อ	ข้อความ	จริง ที่สุด	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1.	ท่านมีเพื่อนฟังความคิดเห็นของท่าน				
2.	ท่านมีเพื่อนสามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้				
3.	ท่านคิดว่า เพื่อนสามารถช่วยเหลือท่าน ในด้านการเงินหรือวัตถุสิ่งของในยามที่ท่านต้องการได้				
4.	ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือข้อมูลข่าวสารต่างๆ กับเพื่อนของท่าน				
5.	เพื่อนของท่านสามารถช่วยให้ท่านสบายใจได้				
6.	เมื่อท่านไม่สบายเพื่อนของท่านจะพาไปพบแพทย์ทันที				
7.	ท่านคิดว่าเพื่อนของท่านเอาใจใส่สุขภาพของท่าน				
8.	เพื่อนของท่านเคยให้วัตถุสิ่งของ เพื่อใช้ส่งเสริมและบำรุงสุขภาพของท่าน				
9.	เพื่อนของท่านมักโทรศัพท์พูดคุยถามทุกข์-สุขกับท่านเสมอ				
10.	เมื่อเจ็บป่วยเพื่อนของท่านจะดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด				
11.	เมื่อเจ็บป่วยท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งจากเพื่อน				
12.	เมื่อมีปัญหาเรื่องสุขภาพ ท่านไม่สามารถจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนได้				
13.	เมื่อรู้สึกวิตกกังวล ท่านมีเพื่อนให้กำลังใจ				
14.	ท่านรู้สึกถูกเพื่อนทอดทิ้ง เมื่อเจ็บป่วย				

ภาคผนวก ข
ผลการวิเคราะห์

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทำนาย 6 ตัว ของผู้สูงอายุทั้ง 12 กลุ่ม

ตัวทำนาย	กลุ่มรวม		ผู้สูงอายุชาย		ผู้สูงอายุหญิง		ผู้สูงอายุอายุ 60 – 64 ปี		ผู้สูงอายุอายุ 65 - 69 ปี		ผู้สูงอายุอายุ 70 ปีขึ้นไป		ผู้สูงอายุชายอายุ 60 – 64 ปี		ผู้สูงอายุชายอายุ 65 - 69 ปี		ผู้สูงอายุชายอายุ 70 ปีขึ้นไป		ผู้สูงอายุหญิงอายุ 60 – 64 ปี		ผู้สูงอายุหญิงอายุ 65 -69 ปี		ผู้สูงอายุหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป	
	N = 220		N = 69		N =151		N = 81		N = 75		N = 64		N = 25		N = 24		N = 20		N = 56		N = 51		N = 44	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	3.33	.040	3.31	0.37	3.32	0.42	3.37	0.41	3.35	0.37	3.25	0.43	3.20	0.36	3.44	0.31	3.33	0.42	3.44	0.41	3.31	0.40	3.21	0.46
ความเชื่ออำนาจภายในตน	2.60	0.55	2.66	0.49	2.57	0.58	2.73	0.52	2.53	0.50	2.50	0.61	2.67	0.58	2.69	0.40	2.61	0.47	2.76	0.49	2.46	0.53	2.45	0.67
สุขภาพจิต	2.91	0.58	2.98	0.55	2.88	0.59	2.90	0.57	2.93	0.55	2.90	0.63	2.86	0.51	3.10	0.57	3.00	0.57	2.92	0.59	2.85	0.52	2.85	0.66
การเห็นคุณค่าในตนเอง	3.32	0.43	3.19	0.39	3.38	0.43	3.30	0.42	3.35	0.44	3.31	0.42	3.17	0.41	3.21	0.37	3.19	0.40	3.36	0.42	3.41	0.45	3.37	0.43
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.38	0.58	3.34	0.48	3.39	0.63	3.36	0.57	3.44	0.44	3.32	0.73	3.29	0.48	3.38	0.35	3.36	0.61	3.39	0.61	3.46	0.48	3.31	0.79
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	3.01	0.58	2.97	0.48	3.03	0.62	3.08	0.54	2.97	0.53	2.97	0.68	3.12	0.55	2.82	0.46	2.95	0.36	3.07	0.53	3.04	0.55	2.98	0.79

หมายเหตุ ทุกฉบับมีพิสัยคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1 -4

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวแปรทำนาย ในกลุ่มรวม (N = 220 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.083	-.267**	-.034	.290**	.284**	.241**
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.378**	.239**	.250**	.141*	.154*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.328**	.051	.028	-.032
สุขภาพจิต				1	.408**	.259**	.189**
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.373**	.297**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.435**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.208	-.240*	.055	.186	.333**	.240*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.401**	.438**	.355**	.304*	.005
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.367**	.313**	.141	.021
สุขภาพจิต				1	.670**	.162	.142
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.226	.200
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.215
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.014	-.281**	-.066	.320**	.276**	.249**
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.374**	.167*	.215**	.091	.200*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.308**	-.017	-.001	-.043
สุขภาพจิต				1	.346**	.298**	.212**
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.421**	.323**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.492**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี
(N = 81 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.064	-.263*	.028	.284*	.268*	.206
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.304**	.156	.284*	.005	.181
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.404**	.188	.075	.036
สุขภาพจิต				1	.541**	.215	.172
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.469**	.358**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.573**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุ 65 -69 ปี
(N = 75 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพ ชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	-.019	-.280*	-.204	.207	.329**	.269*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.382**	.309**	.169	.246*	.196
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.372**	-.018	-.047	.016
สุขภาพจิต				1	.271*	.275*	.147
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.342**	.101
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.331**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป
(N = 64 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.259	-.215	.054	.399**	.299*	.301*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.432**	.270*	.302*	.198	.080
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.238	-.006	.039	-.176
สุขภาพจิต				1	.404**	.293*	.244
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.319*	.444**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.403**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี
(N = 25 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.224	-.283	.214	.439*	.535**	.340
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.563**	.357	.515**	.471*	.151
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.440*	.317	.280	.217
สุขภาพจิต				1	.646**	.499*	.451*
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.636**	.402*
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.773**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 -69 ปี
(N = 24 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	-.163	-.198	-.238	-.150	.255	.275
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.069	.314	-.035	-.013	.015
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.337	.256	-.049	-.316-
สุขภาพจิต				1	.753**	.251	-.099
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.220	-.165
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.011
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป
(N = 20 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.421	-.189	.064	.116	.136	.206
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.480*	.555*	.502*	.300	.061
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.334	.366	.091	.030
สุขภาพจิต				1	.629**	-.221	.252
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	-.180	.420
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	-.295
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี
(N = 56 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	-.174	-.323*	-.121	-.112	.119	.151
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.171	.076	.138	-.166	.224
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.390**	.130	-.015	-.052
สุขภาพจิต				1	.504**	.127	.068
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.409**	.364**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.517**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 -69 ปี
(N = 51 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.079	-.285*	-.140	.331*	.359**	.237
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.438**	.277*	.284*	.337*	.303*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.348*	-.033	-.024	.174
สุขภาพจิต				1	.164	.324*	.322*
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.366**	.131
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.411**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม และกลุ่มตัวแปรทำนาย ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป
(N = 44 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม	1	.200	-.220	.066	.531**	.380*	.352*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.411**	.149	.267	.163	.091
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.199	-.084	.023	-.208
สุขภาพจิต				1	.367*	.446**	.254
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.499**	.475**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.520**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)
ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มรวม (N = 220 คน)					
(Constant)		2.651	.187	14.143	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.227	.174	.050	3.467	.001
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.284	-.168	.036	-4.667	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.208	.116	.037	3.167	.002
R = .448 R ² = .201 Adjusted R ² = .190 F = 18.110 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)					
(Constant)		2.124	.437	4.856	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.306	.256	.094	2.717	.008
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.392	-.319	.095	-3.346	.001
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	.272	.291	.130	2.235	.029
R = .502 R ² = .252 Adjusted R ² = .218 F = 7.316 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)					
(Constant)		2.773	.193	14.335	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.242	.157	.053	2.981	.003
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.276	-.122	.036	-2.751	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.174	.077	.036	2.147	.033
R = .451 R ² = .203 Adjusted R ² = .187 F = 12.489 Sig .000					

ตาราง 23 (ต่อ)

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)					
(Constant)		2.791	.310	9.017	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.346	.283	.085	3.321	.001
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.328	-.216	.069	-3.149	.002
R = .429 R ² = .184 Adjusted R ² = .164 F = 8.819 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 65 -69 ปี (N = 75 คน)					
(Constant)		2.716	.276	9.842	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.417	.290	.076	3.804	.000
สุขภาพจิต	-.319	-.179	.061	-2.909	.005
R = .449 R ² = .202 Adjusted R ² = .180 F = 9.111 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)					
(Constant)		2.243	.291	7.702	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.399	.299	.087	3.429	.001
R = .399 R ² = .159 Adjusted R ² = .148 F = 11.757 Sig .00					
กลุ่มผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)					
(Constant)		1.855	.534	3.473	.002
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.667	.654	.156	4.205	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.470	-.378	.127	-2.965	.007
R = .700 R ² = .490 Adjusted R ² = .444 F = 10.574 Sig .001					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)					
(Constant)		3.654	.186	19.599	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.323	-.166	.066	-2.506	.015
R = .323 R ² = .104 Adjusted R ² = .088 F = 6.279 Sig .015					

ตาราง 23 (ต่อ)

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 -69 ปี (N = 51 คน)					
(Constant)		2.861	.323	8.851	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.352	.211	.077	2.737	.009
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.276	-.150	.070	-2.145	.037
R = .453 R ² = .205 Adjusted R ² = .172 F = 6.191 Sig .004					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน)					
(Constant)		1.993	.313	6.374	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.531	.374	.092	4.066	.000
R = .531 R ² = .282 Adjusted R ² = .265 F = 16.532 Sig .000					
หมายเหตุ ไม่มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 -69 ปี (N = 24 คน) และผู้สูงอายุชาย อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 20)					

ตาราง 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวแปร
ทำนายในกลุ่มรวม (N = 220 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแล สุขภาพกาย	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.067	-.153*	-.013	.256**	.207**	.141*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.378**	.239**	.250**	.141*	.154*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.328**	.051	.028	-.032
สุขภาพจิต				1	.408**	.259**	.189**
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.373**	.297**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.435**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.265*	-.151	.049	.211	.303*	.103
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.401**	.438**	.355**	.304*	.005
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.367**	.313**	.141	.021
สุขภาพจิต				1	.670**	.162	.142
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.226	.200
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.215
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุงอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	-.014	-.138	-.015	.230**	.172*	.145
ลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน		1	.374**	.167*	.215**	.091	.200*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.308**	-.017	-.001	-.043
สุขภาพจิต				1	.346**	.298**	.212**
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.421**	.323**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.492**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแล สุขภาพกาย	ลักษณะมุงอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.061	-.169	.008	.268*	.152	.144
ลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน		1	.304**	.156	.284*	.005	.181
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.404**	.188	.075	.036
สุขภาพจิต				1	.541**	.215	.172
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.469**	.358**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.573**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุ อายุ 65 -69 ปี (N = 75 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.093	-.061	-.109	.234*	.181	.177
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.382**	.309**	.169	.246*	.196
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.372**	-.018	-.047	.016
สุขภาพจิต				1	.271*	.275*	.147
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.342**	.101
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.331**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 29 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.080	-.206	.049	.277*	.288*	.119
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.432**	.270*	.302*	.198	.080
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.238	-.006	.039	-.176
สุขภาพจิต				1	.404**	.293*	.244
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.319*	.444**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.403**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.350	-.133	.307	.632**	.459*	.258
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.563**	.357	.515**	.471*	.151
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.440*	.317	.280	.217
สุขภาพจิต				1	.646**	.499*	.451*
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.636**	.402*
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.773**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 -69 ปี (N = 24 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.040	-.116	-.297	-.213	.048	.091
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.069	.314	-.035	-.013	.015
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.337	.256	-.049	-.316
สุขภาพจิต				1	.753**	.251	-.099
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.220	-.165
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.011
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 20 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.305	-.201	.030	.013	.276	-.079
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.480*	.555*	.502*	.300	.061
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.334	.366	.091	.030
สุขภาพจิต				1	.629**	-.221	.252
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	-.180	.420
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	-.295
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	-.195	-.246	-.155	.010	.004	.112
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.171	.076	.138	-.166	.224
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.390**	.130	-.015	-.052
สุขภาพจิต				1	.504**	.127	.068
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.409**	.364**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.517**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (InterCorrelation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 -69 ปี (N = 51 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแล สุขภาพกาย	ลักษณะมุงอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.145	-.002	.014	.347*	.208	.172
ลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน		1	.438**	.277*	.284*	.337*	.303*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.348*	-.033	-.024	.174
สุขภาพจิต				1	.164	.324*	.322*
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.366**	.131
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.411**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 35 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (InterCorrelation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	ลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพกาย	1	.025	-.185	.084	.342*	.305*	.158
ลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน		1	.411**	.149	.267	.163	.091
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.199	-.084	.023	-.208
สุขภาพจิต				1	.367*	.446**	.254
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.499**	.475**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.520**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มรวม (N = 220 คน)					
(Constant)		2.783	.216	12.906	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.265	.231	.056	4.091	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.167	-.113	.044	-2.578	.011
R = .306 R ² = .093 Adjusted R ² = .085 F = 11.186 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)					
(Constant)		2.375	.300	7.915	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.303	.231	.089	2.598	.012
R = .303 R ² = .092 Adjusted R ² = .078 F = 6.751 Sig .012					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)					
(Constant)		2.647	.231	11.458	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.230	.196	.068	2.885	.005
R = .230 R ² = .053 Adjusted R ² = .047 F = 8.321 Sig .005					
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)					
(Constant)		2.795	.339	8.255	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.311	.269	.093	2.881	.005
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.228	-.158	.075	-2.109	.038
R = .349 R ² = .122 Adjusted R ² = .100 F = 5.422 Sig .006					

ตาราง 36 (ต่อ)

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 65 -69 ปี (N = 75 คน)					
(Constant)		2.623	.297	8.840	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.234	.181	.088	2.059	.043
R = .234 R ² = .055 Adjusted R ² = .042 F = 4.241 Sig .043					
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)					
(Constant)		2.751	.238	11.574	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.288	.165	.070	2.368	.021
R = .288 R ² = .083 Adjusted R ² = .088 F = 5.607 Sig .021					
กลุ่มผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)					
(Constant)		1.445	.482	2.997	.007
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.749	.737	.153	4.826	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.371	-.257	.107	-2.390	.026
R = .723 R ² = .523 Adjusted R ² = .480 F = 12.057 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 -69 ปี (N = 51 คน)					
(Constant)		2.352	.355	6.618	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.347	.267	.103	2.586	
R = .347 R ² = .120 Adjusted R ² = .102 F = 6.688 Sig .013					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน)					
(Constant)		2.188	.496	4.408	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.342	.345	.146	2.359	.023
R = .342 R ² = .117 Adjusted R ² = .096 F = 5.567 Sig .023					

หมายเหตุ ไม่มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุชาย

อายุ 65 -69 ปี (N = 24 คน) ผู้สูงอายุชาย อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 20) และผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี

ตาราง 37 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวแปร
ทำนายใน กลุ่มรวม (N = 220 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการปฏิบัติ ตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.125	-.191**	-.008	.242**	.299**	.240**
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.378**	.239**	.250**	.141*	.154*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.328**	.051	.028	-.032
สุขภาพจิต				1	.408**	.259**	.189**
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.373**	.297**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.435**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 38 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.203	-.184	.079	.188	.311**	.174
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.401**	.438**	.355**	.304*	.005
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.367**	.313**	.141	.021
สุขภาพจิต				1	.670**	.162	.142
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.226	.200
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.215
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 39 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.083	-.192*	-0.43	.248**	.315**	.289**
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.374**	.167*	.215**	.091	.200*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.308**	-.017	-.001	-.043
สุขภาพจิต				1	.346**	.298**	.212**
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.421**	.323**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.492**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 40 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุงอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.147	-.170	.040	.247*	.364**	.235*
ลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน		1	.304**	.156	.284*	.005	.181
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.404**	.188	.075	.036
สุขภาพจิต				1	.541**	.215	.172
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.469**	.358**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.573**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 41 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter-Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุ อายุ 65 -69 ปี (N = 75 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.026	-.132	-.109	.101	.342**	.299**
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.382**	.309**	.169	.246*	.196
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.372**	-.018	-.047	.016
สุขภาพจิต				1	.271*	.275*	.147
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.342**	.101
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.331**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 42 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.254*	-.185	.019	.395**	.221	.274*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.432**	.270*	.302*	.198	.080
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.238	-.006	.039	-.176
สุขภาพจิต				1	.404**	.293*	.244
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.319*	.444**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.403**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 43 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.249	-.209	.109	.300	.490*	.199
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.563**	.357	.515**	.471*	.151
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.440*	.317	.280	.217
สุขภาพจิต				1	.646**	.499*	.451*
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.636**	.402*
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.773**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 44 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 -69 ปี (N = 24 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	-.228	-.158	-.022	-.030	.276	.310
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.069	.314	-.035	-.013	.015
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.337	.256	-.049	-.316
สุขภาพจิต				1	.753**	.251	-.099
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.220	-.165
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.011
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 45 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 20 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.394	-.155	.038	.201	.071	.210
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.480*	.555*	.502*	.300	.061
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.334	.366	.091	.030
สุขภาพจิต				1	.629**	-.221	.252
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	-.180	.420
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	-.295
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 46 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	-.006	-.189	-.029	-.175	.343**	.336*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.171	.076	.138	-.166	.224
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.390**	.130	-.015	-.052
สุขภาพจิต				1	.504**	.127	.068
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.409**	.364**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.517**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 47 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 -69 ปี (N = 51 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.173	-.082	-.115	.119	.371**	.270
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.438**	.277*	.284*	.337*	.303*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.348*	-.033	-.024	.174
สุขภาพจิต				1	.164	.324*	.322*
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.366**	.131
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.411**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 48 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนา	1	.216	-.181	.032	.465**	.291	.310*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.411**	.149	.267	.163	.091
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.199	-.084	.023	-.208
สุขภาพจิต				1	.367*	.446**	.254
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.499**	.475**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.520**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 49 ผลการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)
ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุ
ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มรวม (N = 220 คน)					
(Constant)		2.501	.265	9.431	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.280	.210	.047	4.434	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.269	-.214	.054	-3.990	.000
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	.187	.203	.074	2.744	.007
R = .398 R ² = .158 Adjusted R ² = .146 F = 13.524 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)					
(Constant)		2.585	.534	4.842	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.344	.404	.135	2.996	.004
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.232	-.266	.131	-2.025	.047
R = .387 R ² = .149 Adjusted R ² = .124 F = 5.800 Sig .005					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)					
(Constant)		3.066	.196	15.633	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.315	.182	.044	4.125	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.192	-.121	.048	-2.508	.013
R = .369 R ² = .136 Adjusted R ² = .125 F = 11.666 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)					
(Constant)		2.189	.303	7.223	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.364	.309	.089	3.471	.001
R = .364 R ² = .132 Adjusted R ² = .121 F = 12.045 Sig .001					

ตาราง 49 (ต่อ)

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 65 -69 ปี (N = 75 คน)					
(Constant)		2.335	.337	6.929	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.342	.303	.097	3.112	.003
R = .342 R ² = .117 Adjusted R ² = .105 F = 9.683 Sig .003					
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)					
(Constant)		2.130	.379	5.619	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.395	.384	.113	3.383	.001
R = .395 R ² = .156 Adjusted R ² = .142 F = 11.442 Sig .001					
กลุ่มผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)					
(Constant)		1.376	.913	1.507	.146
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.595	.897	.266	3.375	.003
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.376	-.464	.218	-2.134	.044
R = .608 R ² = .370 Adjusted R ² = .313 F = 6.462 Sig .006					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)					
(Constant)		2.674	.231	11.556	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.343	.181	.067	2.683	.010
R = .343 R ² = .118 Adjusted R ² = .101 F = 7.199 Sig .010					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 -69 ปี (N = 51 คน)					
(Constant)		2.440	.352	6.929	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.371	.282	.101	2.794	.007
R = .371 R ² = .137 Adjusted R ² = .120 F = 7.809 Sig .007					

ตาราง 49 (ต่อ)

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน)					
(Constant)		1.977	.433	4.569	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.465	.433	.127	3.402	.001
$R = .465$ $R^2 = .216$ Adjusted $R^2 = .197$ $F = 11.573$ Sig .001					
หมายเหตุ ไม่มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 -69 ปี (N = 24 คน) และผู้สูงอายุชาย อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 20)					

ตาราง 50 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวแปร
ทำนาย ในกลุ่มรวม (N = 220 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมี ส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	.005	-.298**	-.062	.204**	.173*	.192**
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.378**	.239**	.250**	.141*	.154*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.328**	.051	.028	-.032
สุขภาพจิต				1	.408**	.259**	.189**
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.373**	.297**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.435**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 51 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	.085	-.285*	.008	.089	.253*	.335**
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.401**	.438**	.355**	.304*	.005
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.367**	.313**	.141	.021
สุขภาพจิต				1	.670**	.162	.142
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.226	.200
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.215
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 52 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	-.036	-.303**	-.089	.247**	.142	.133
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.374**	.167*	.215**	.091	.200*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.308**	-.017	-.001	-.043
สุขภาพจิต				1	.346**	.298**	.212**
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.421**	.323**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.492**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 53 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	-.065	-.305**	.017	.183	.107	.113
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.304**	.156	.284*	.005	.181
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.404**	.188	.075	.036
สุขภาพจิต				1	.541**	.215	.172
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.469**	.358**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.573**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 54 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter-Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุ อายุ 65 -69 ปี (N = 75 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมทั้งสังคม	1	-.139	-.435**	-.254*	.168	.253*	.166
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.382**	.309**	.169	.246*	.196
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.372**	-.018	-.047	.016
สุขภาพจิต				1	.271*	.275*	.147
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.342**	.101
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.331**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 55 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	.308*	-.121	.065	.287*	.207	.351**
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.432**	.270*	.302*	.198	.080
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.238	-.006	.039	-.176
สุขภาพจิต				1	.404**	.293*	.244
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.319*	.444**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.403**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 56 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	-.013	-.394.	.200	.299	.436*	.470*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.563**	.357	.515**	.471*	.151
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.440*	.317	.280	.217
สุขภาพจิต				1	.646**	.499*	.451*
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.636**	.402*
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.773**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 57 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนาย
ของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 -69 ปี (N = 24 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	-.180	-.225	-.328	-.172	.285	.268
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.069	.314	-.035	-.013	.015
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.337	.256	-.049	-.316
สุขภาพจิต				1	.753**	.251	-.099
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.220	-.165
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.011
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 58 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 20 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	.397	-.141	.102	.074	.018	.397
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.480*	.555*	.502*	.300	.061
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.334	.366	.091	.030
สุขภาพจิต				1	.629**	-.221	.252
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	-.180	.420
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	-.295
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 59 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	-.182	-.284*	-.089	.069	-.054	-.078
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.171	.076	.138	-.166	.224
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.390**	.130	-.015	-.052
สุขภาพจิต				1	.504**	.127	.068
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.409**	.364**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.517**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 60 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 -69 ปี (N = 51 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่าในตนเอง	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	-.109	-.508**	-.198	.283*	.239	.107
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.438**	.277*	.284*	.337*	.303*
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.348*	-.033	-.024	.174
สุขภาพจิต				1	.164	.324*	.322*
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.366**	.131
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.411**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 61 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Inter Correlation Matrix) ระหว่างกันของพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม และกลุ่มตัวแปรทำนายของผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	สุขภาพจิต	การเห็นคุณค่า ในตนเอง	การสนับสนุนทาง สังคมจาก ครอบครัว	การสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อน
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคม	1	.251	-.139	.032	.441**	.288	.378*
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน		1	.411**	.149	.267	.163	.091
ความเชื่ออำนาจภายในตน			1	.199	-.084	.023	-.208
สุขภาพจิต				1	.367*	.446**	.254
การเห็นคุณค่าในตนเอง					1	.499**	.475**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว						1	.520**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน							1

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 62 ผลการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ในการทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ
ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มรวม (N = 220 คน)					
(Constant)		2.861	.228	12.559	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.309	-.226	.046	-4.887	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.219	.207	.060	3.471	.001
R = .369 R ² = .137 Adjusted R ² = .129 F = 17.153 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุชาย (N = 69 คน)					
(Constant)		2.152	.470	4.576	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.291	.274	.103	2.648	.010
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.324	-.300	.100	-2.985	.004
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.236	.224	.106	2.126	.037
R = .500 R ² = .250 Adjusted R ² = .215 F = 7.213 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง (N = 151 คน)					
(Constant)		2.769	.262	10.576	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.299	-.196	.050	-3.946	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.242	.212	.066	3.189	.002
R = .388 R ² = .150 Adjusted R ² = .139 F = 13.089 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 – 64 ปี (N = 81 คน)					
(Constant)		2.883	.383	7.528	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.352	-.282	.085	-3.321	.001
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.249	.248	.106	2.347	.021
R = .391 R ² = .153 Adjusted R ² = .131 F = 7.051 Sig .002					

ตาราง 62 (ต่อ)

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 65 -69 ปี (N = 75 คน)					
(Constant)		3.102	.418	7.421	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.424	-.361	.087	-4.130	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.234	.227	.099	2.277	.026
R = .493 R ² = .244 Adjusted R ² = .222 F = 11.588 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 64 คน)					
(Constant)		1.741	.344	5.068	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.329	.171	.060	2.866	.006
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	.281	.231	.094	2.452	.017
R = .450 R ² = .202 Adjusted R ² = .176 F = 7.727 Sig .001					
กลุ่มผู้สูงอายุชาย อายุ 60 – 64 ปี (N = 25 คน)					
(Constant)		2.359	.506	4.665	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.583	.519	.141	3.696	.001
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.521	-.438	.133	-3.302	.003
R = .692 R ² = .479 Adjusted R ² = .432 F = 10.112 Sig .001					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 – 64 ปี (N = 56 คน)					
(Constant)		3.576	.278	12.885	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.284	-.215	.099	-2.179	.034
R = .284 R ² = .081 Adjusted R ² = .064 F = 4.748 Sig .034					

ตาราง 62 (ต่อ)

ตัวทำนาย	β	b	SE.b	t	Sig.
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 -69 ปี (N = 51 คน)					
(Constant)		3.133	.449	6.974	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.499	-.400	.095	-4.222	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.266	.246	.109	2.249	.029
R = .574 R ² = .329 Adjusted R ² = .301 F = 11.772 Sig .000					
กลุ่มผู้สูงอายุหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป (N = 44 คน)					
(Constant)		1.814	.368	4.931	.000
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.441	.345	.108	3.182	.003
R = .441 R ² = .194 Adjusted R ² = .175 F = 10.128 Sig .003					
หมายเหตุ ไม่มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุชาย อายุ 65 -69 ปี (N = 24 คน) และผู้สูงอายุชาย อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (N = 20)					

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	ลดาวัลย์ น้อยเหลือ
วัน เดือน ปีเกิด	22 มีนาคม 2521
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ภูมิลำเนาเดิม	จังหวัดราชบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	108/10 ถ. กรุงเทพ – นนทบุรี อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	ประถมศึกษา โรงเรียนอุดมวิทยา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี
พ.ศ. 2536	มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนาวิวุฒิ อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี
พ.ศ. 2539	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบญจมราชาลัย พระนคร กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2544	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
พ.ศ. 2551	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ