

## คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสูงตำราญ จังหวัดระนอง



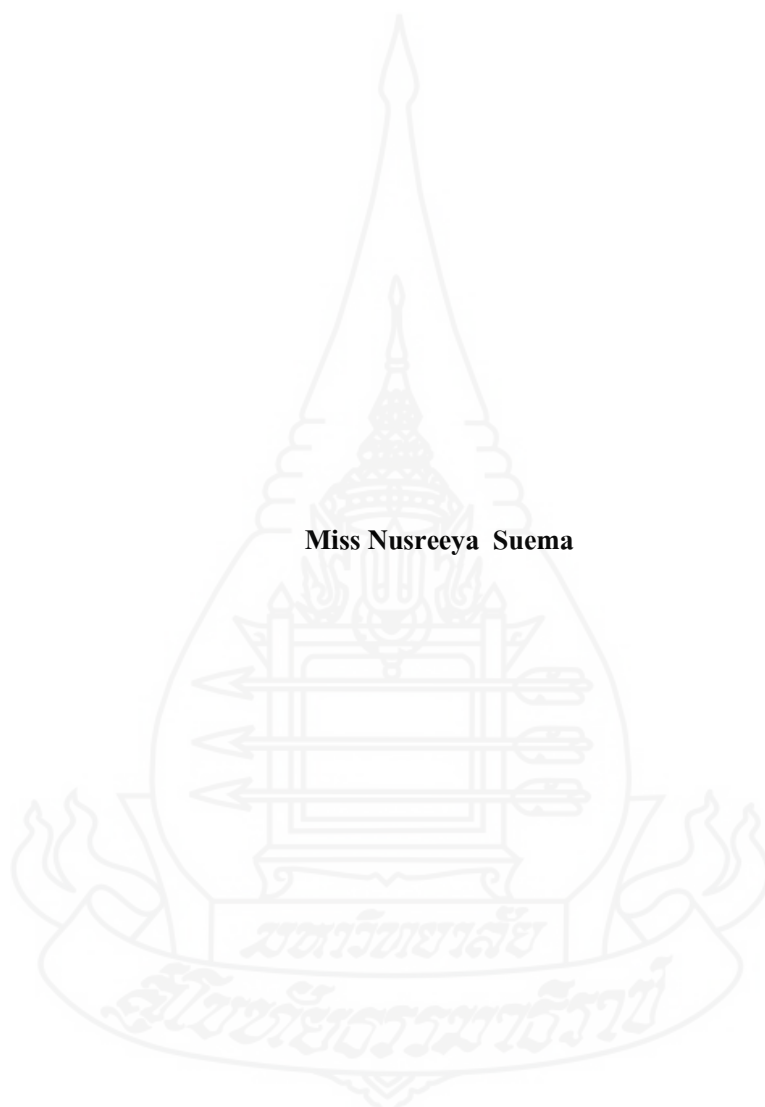
นางสาวนัสนีย์ ส้อมะ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2557

## **Quality of Life of Seniors in Suksamran District, Ranong Province**

**Miss Nusreeya Suema**



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2014

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
ชื่อและนามสกุล	นางสาวนัสรียา สือมะ
วิชาเอก	บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันท์คง

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2558

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



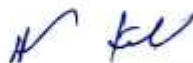
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันท์คง)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์)



(รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา **ค้นคว้าอิสระ** คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

ผู้ศึกษา นางสาวนัศรียา สือมะ รหัสนักศึกษา 2565000664 ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง ปี การศึกษา 2557

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง (2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง และ (4) ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1,127 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง จำนวน 287 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบ สัมภาษณ์วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่า ความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69.60 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,788.85 บาท มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และ ไม่ได้ เป็นสมาชิกชมรม ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้าน สภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (3) เพศ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ แต่ระดับการศึกษา และการเป็นสมาชิกชมรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ (4) ผู้สูงอายุได้เสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้าน สุขภาพกาย ได้แก่ ออกกำลังกายเล็กน้อยๆ ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การไม่เครียด ด้านสังคม ได้แก่ การมี มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่

**คำสำคัญ** ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเอง

**Independent Study title:** Quality of Life of Seniors in Suksamran District, Ranong Province

**Author:** Miss Nusreeya Suema; **ID:** 2565000664; **Degree:** Master of Public Health;

**Independent Study advisor:** Dr. Warangkana Chankong, Associate Professor;

**Academic:** 2014

### **Abstract**

The objectives of this cross-sectional research were to study: (1) personal characteristics and self-esteem of seniors in Suksamran district Ranong province; (2) quality of life of seniors in Suksamran district Ranong province; (3) relationship between personal characteristics and self-esteem with quality of life of seniors in Suksamran district Ranong province; and (4) to recommend the development of seniors' quality of life in Suksamran district Ranong province.

The study was conducted with 1,127 seniors in Suksamran district, Ranong province. A sample size of 287 seniors was recruited by systematic random sampling technique. An instrument for data collection was a questionnaire, comprised World Health Organization (WHO) questions for the quality of life and an interview part for self-esteem. A reliability of the questionnaire was 0.98. Statistics for data analyses were frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Pearson's product moment correlation coefficient.

The findings showed that: (1) most seniors were female, 69.60 years old on average, married, finishing primary education, having a monthly income of 3,788.85 baht on average, healthy, not a member of any club, and having a high level of self-esteem; (2) quality of life of seniors was at a moderate level, with a high level on mental aspect, while physical, social relationship, and environmental aspects were all at moderate levels; (3) gender, marital status, health status related to quality of life of seniors, while no relationship was found from being a club member variable. Age negatively related to quality of life of senior at moderate level, while income and self-esteem positively related to quality of life of senior at low and high levels, respectively; and (4) recommendations to having good quality of life from seniors were that: having light exercise for physical aspect, being not stressed for mental aspect, having good relationship with others for social relationship aspect, and organizing good home environment for environmental aspect.

**Keywords:** Seniors, Quality of Life, Self - Esteem

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทรังค อาจารย์ที่ปรึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตาม การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้อย่างใกล้ชิดเสมอมาตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่กรุณามาเป็นกรรมการสอบ และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายสุเทพ ธนชาติบรรจง สาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง นางสาววาสิณี วงศ์อินทร์ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และนางจริยา พิชญ์ชยะนนท์ หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชุมชนเขตระนอง อําเภอเมือง จังหวัดชุมพร ที่ได้ กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับแบบ สัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบ พระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการ ตอบแบบสัมภาษณ์ และขอบคุณพนักงานสัมภาษณ์ทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณแม่และครอบครัว เพื่อนนักศึกษา เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและ ให้กำลังใจตลอดมา จนทำให้การศึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จในที่สุด

อย่างไรก็ตาม รายงานการวิจัยฉบับนี้เกิดขึ้นได้ จากรายงานวิจัยและเอกสารวิชาการจาก ผู้ศึกษาหลายๆ ท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณเจ้าของผลงานทั้งหมดที่ได้นำมาศึกษา และหวังเป็นอย่างยิ่ง ว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

นัสรียา สือมะ

ตุลาคม 2558

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	3
ขอบเขตการวิจัย .....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่ได้รับ .....	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ .....	9
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต .....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง .....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	54
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	57
การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม .....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	59

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	61
ปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุ .....	61
การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ .....	65
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ .....	69
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ .....	73
ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ .....	76
ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ .....	77
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	80
สรุปการวิจัย .....	80
อภิปรายผล .....	83
ข้อเสนอแนะ .....	89
บรรณานุกรม .....	91
ภาคผนวก .....	99
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย (แบบสัมภาษณ์) .....	100
ข แบบสัมภาษณ์ .....	102
ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย .....	111
ประวัติผู้ศึกษา .....	113



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 การคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง .....	53
ตารางที่ 3.3 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต .....	56
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล (n = 287) .....	63
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (n = 287) .....	65
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกรายชื่อ (n = 287) .....	67
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 287) ..	69
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 287) .....	70
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายชื่อ (n = 287) .....	71
ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 287) ...	74
ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	75
ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 287) .....	76
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย (n = 287).....	77
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (n = 287) .....	78
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสังคม (n = 287) .....	79
ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (n = 287).....	79

ญ

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ..... 5



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสังคมโลกปัจจุบัน สถานการณ์ประชากรกำลังเป็นที่ได้รับความสนใจ โดยเฉพาะเรื่อง ที่เกี่ยวกับ โครงสร้างประชากรที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสังคมที่เข้าสู่ “สังคม ผู้สูงอายุ” (Aging Society) องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเงื่อนไขการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2550 จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 4 ครั้งที่ผ่านมา (พ.ศ.2537, 2545, 2550, 2554) พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและ ต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545, 2550 และ 2554 ตามลำดับ ผลการสำรวจปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (ชายร้อยละ 13.2 และหญิงร้อยละ 16.1) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน เป็นชาย 4,514,812 และหญิง 5,499,887 คน หรือคิดเป็น ชายร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ อัตราส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราส่วนและจำนวนประชากรวัยแรงงานเริ่มลดลง การ เปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกครอบครัวนับตั้งแต่การดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องพึ่งพา การคงไว้ของรายได้ผู้สูงอายุ ตลอดจนผลที่เกิดต่อพลวัตทางเศรษฐกิจของประเทศ เมื่อถึงวัยสูงอายุสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด สภาพร่างกายจะ เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สภาพจิตใจก็มีการเปลี่ยนแปลงโดยจะหงุดหงิดง่ายและวิตกกังวลสูง อีกทั้ง วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุก็เปลี่ยนไป เพราะเกษียณอายุจากการทำงาน มีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วม ทางสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาทและความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2554) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ซึ่งอาจ ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุจึงเป็น

ประชากรกลุ่มสำคัญที่ควรได้รับการดูแลส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สามารถกระทำได้ดีหรือประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยแบ่งองค์ประกอบเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม (The WHOQOL Group, 1995) ต่อมา สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2540) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) ชุด 26 ข้อคำถาม ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เป็นองค์ประกอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเห็นคุณค่าในตนเอง คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) กล่าวว่า องค์ประกอบการเห็นคุณค่าในตนเองมี 2 ลักษณะ คือ ปัจจัยที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ สักยภาพตนเอง สภาพทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความมุ่งมั่น และปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้และการศึกษา สภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน

จากฐานข้อมูลของศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง พบว่า จังหวัดระนองเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากจำนวนประชากรกลางปี 2557 ทั้งสิ้น 175,792 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 22,225 คน โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 12.65 และอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็น 19.00 ต่อประชากรวัยแรงงาน 100 คน และอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง มีจำนวนประชากรกลางปี 2557 ทั้งสิ้น 12,385 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,127 คน โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 9.10 เพิ่มขึ้นจากปี 2555 และปี 2556 ที่มีร้อยละ 6.83 และ 7.42 ตามลำดับ ซึ่งอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็น 14.30 ต่อประชากรวัยแรงงาน 100 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ, 2558) การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีการเตรียมความพร้อมอย่างจริงจังเพื่อรองรับปัญหาต่างๆของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นตามมาอีกมากมาย

ดังนั้น การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับปัญหาต่างๆของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการ

วางแผนช่วยเหลือในการดูแลที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
- 2.2 เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
- 2.3 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
- 2.4 เพื่อสอบถามข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

## 3. สมมติฐานการวิจัย

- 3.1 ปัจจัยด้านบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
- 3.2 การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

## 4. ขอบเขตการวิจัย

- 4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

### 4.1.1 ตัวแปรอิสระ

- 1) ปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

2) การเห็นคุณค่าในตนเอง ใช้แนวคิดของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) ประกอบด้วย ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล (ลักษณะทางกายภาพ ศักยภาพตนเอง สภาพทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความมุ่งมั่น) และปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้และการศึกษา สภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน

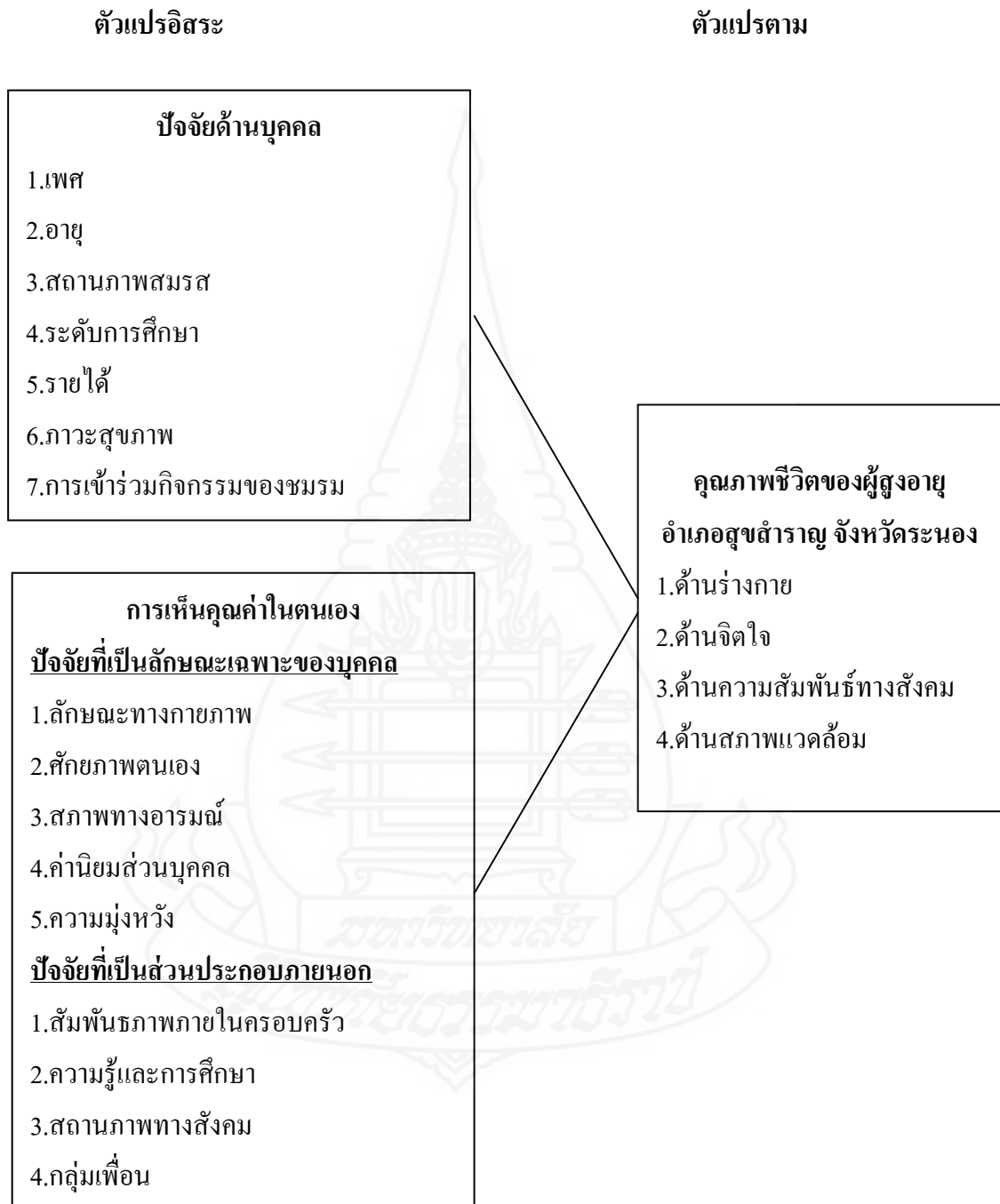
**4.1.2 ตัวแปรตาม** ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI, 1995) ชุด 26 ตัวชี้วัด ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2540) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม

**4.2 ขอบเขตด้านประชากร** การวิจัยครั้งนี้มีประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุทั้งหมด ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ซึ่งมีจำนวน 1,127 คน

**4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา** ในการวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – กันยายน 2558



## 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 **ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

6.2 **อายุ** หมายถึง อายุของผู้สูงอายุจนถึงวันตอบแบบสัมภาษณ์ ถ้ามีเศษเกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี แต่ถ้ามีเศษน้อยกว่า 6 เดือน ไม่นับรวมเป็น 1 ปี

6.3 **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ โสด สมรส หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

6.4 **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับที่เรียนสูงสุดทั้งในและนอกระบบโรงเรียนของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 6 ประเภท คือ ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า อนุปริญญา และอื่นๆ

6.5 **รายได้** หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจได้มาจากการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ หรือการได้รับการสนับสนุนจากบุตร/ญาติ/หน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) เป็นต้น

6.6 **ภาวะสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง หรือรับรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคต่างๆ หรือการมีโรคประจำตัว

6.7 **การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมต่างๆ ของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสร้างสุขภาพ เป็นต้น

6.8 **การเห็นคุณค่าในตนเอง** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง หรือมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งพิจารณาจากการประเมินคุณค่าตนเองใน 2 ลักษณะ คือ ปัจจัยที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ศักยภาพตนเอง สภาพทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความมุ่งหวัง และปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้และการศึกษา สภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.8.1 **ลักษณะทางกายภาพ** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความแข็งแรงของร่างกาย หรือความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร เป็นต้น

6.8.2 **ศักยภาพตนเอง** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความสามารถในการปฏิบัติงานต่างๆ หรือความรู้สึกมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อผู้อื่น

6.8.3 **สภาพทางอารมณ์** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจ ความภาคภูมิใจ หรือความรู้สึกดีต่อคุณค่า



**6.8.4 ค่านิยมส่วนบุคคล** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความสำเร็จในชีวิตของตนเอง

**6.8.5 ความมั่งหวัง** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการตอบสนองในสิ่งที่ตนปรารถนา เช่น การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การให้อภัย เป็นต้น

**6.8.6 สัมพันธภาพภายในครอบครัว** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ครอบครัวมีความอบอุ่น เข้าใจกัน ความใกล้ชิดสนิทสนมกัน การปฏิบัติตนตามหน้าที่ของแต่ละคน การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และการให้ความเคารพยกย่องแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

**6.8.7 ความรู้และการศึกษา** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจในตนเองในเรื่องของความรู้ ความสามารถ และความสำคัญในตัวของตนเอง

**6.8.8 สถานภาพทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการเคารพยกย่องจากคนในสังคม การได้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือการได้เป็นที่ปรึกษาในเรื่องต่างๆ ให้แก่ผู้อื่น

**6.8.9 กลุ่มเพื่อน** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการยอมรับนับถือจากคนในวัยเดียวกัน หรือความรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนเองมีความสำคัญทัดเทียมผู้อื่น

**6.9 คุณภาพชีวิต** หมายถึง ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่อองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

**6.9.1 องค์ประกอบด้านร่างกาย** หมายถึง การรับรู้สภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเจ็บปวดตามร่างกาย พลละกำลัง การนอนหลับ ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ความจำเป็นในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการเดินทาง

**6.9.2 องค์ประกอบด้านจิตใจ** หมายถึง การรับรู้สภาพจิตใจทั้งทางบวกและทางลบที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเอง ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต สมานธิในการทำงาน ความพอใจในตนเอง การยอมรับรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกไม่ดี ความมีคุณค่า

**6.9.3 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นในสังคม ได้แก่ การผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น การช่วยเหลือจากเพื่อน ความพอใจในชีวิตทางเพศ

**6.9.4 องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต สภาพบ้านเรือน เงินสำหรับ

ใช้จ่ายตามความจำเป็น การไปใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้เรื่องราวข่าวสาร การพักผ่อนคลายเครียด การมีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ และการคมนาคม

## 7. ประโยชน์ที่ได้รับ

- 7.1 เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ
- 7.2 เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการวางแผน แก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น
- 7.3 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาประเด็นอื่นๆต่อไป



## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
  - 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง
  - 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (ค.ศ.1989) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจหรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับเป็นผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช (2538) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทิน และได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามอายุและภาวะสุขภาพต่างๆ ไป คือ

1. ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยายังไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
2. ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาส่วนใหญ่เริ่มเปลี่ยนแปลง ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง
3. ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน บางคนมีความพิการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือ

กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ(2541) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย

ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง

ผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปทั้งชายและหญิง

กรมอนามัย (2542) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และคนที่เคยแข็งแรงสมบูรณ์จะกลับเสื่อมลงตามอายุขัย เช่น ข้อเสื่อม หูตึง ตามัว ต้อกระจก เป็นต้น

บังอร ธรรมศิริ (2548) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นกลุ่มประชากรที่สังคมไทยต้องให้ความสำคัญ ให้ความสนใจ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

วินัส วัชวิฒนะ (2550) อธิบายว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยยึดหลักเกณฑ์ขององค์การระหว่างประเทศ และตามกฎหมายการปลดเกษียณของข้าราชการไทย

ชุตติเดช เจียนคอน (2554) อธิบายว่าผู้สูงอายุหมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมถอยทางร่างกาย และมีความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

สรูป ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

## 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุ แบ่งได้เป็น 3 ทฤษฎี (Ebersole and Hess, 1998 อ้างถึงใน คีรีบุญ จงวุฒิเวศย์, 2553: 9-11) ดังต่อไปนี้

**1.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)** ได้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งการสูญเสียความสามารถในการต้านทานโรคพบว่าในทุกๆระดับของชีววิทยา ตั้งแต่เซลล์เนื้อเยื่ออวัยวะระบบอวัยวะจะต้องมีการเสื่อมและมีการตายเกิดขึ้น ซึ่งมนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเอง และองค์ประกอบอื่นๆที่ไม่ใช่เซลล์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory)** ประกอบด้วย ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) หรือทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) ร่วมกันอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตลอดเวลาทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อธิบายว่าอายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสทางพันธุกรรม(Gene) ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็มีอายุยืนยาวตามไปด้วยทฤษฎีนี้เชื่อว่านาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียสและ

โปรโตพลาสซึมของ cell ในร่างกายทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเอียดเล็ก ทีละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA (Deoxyribonucleic Acid) และเกิดการผันแปรของเซลล์หรืออวัยวะในระบบต่างๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดมีโรคร้ายไข้เจ็บหรือเกิดมะเร็งทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของ Cell (Error Theory) หรือทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความแก่เกิดจากนิวเคลียสของ Cell มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้ Cell ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจากเดิมและกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมและร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มมาต่อต้านเป็นผลให้ Cell เสื่อมสลาย และทำหน้าที่ไม่ได้

2) ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) อธิบายกระบวนการแก่ว่าเมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมจะมีความเสื่อมเกิดขึ้น ข้อเสนอทฤษฎีในกลุ่ม ดังนี้ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คืออวัยวะส่วนใดของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ทำงานจะเสื่อมสภาพไปก่อนในขณะที่อวัยวะส่วนอื่นๆ ที่ทำงานกลับขยายใหญ่ขึ้น อย่างไรก็ตามทฤษฎีสนับสนุนด้วยว่าขณะที่ cell ถูกใช้งานจะเกิดการผลิตสารแล้วใช้ เช่น Lipofuscin สะสมไว้ สารนี้เอง เป็นโปรตีนที่เหลือใช้จากการเผาผลาญอาหาร (lipoprotein) ซึ่งจะมีคุณสมบัติไม่ละลาย หน้าที่ไม่ทราบชัดเจนในวัยสูงอายุจะมีสารนี้สะสมมากบริเวณตับหัวใจรังไข่ เซลล์ประสาทและเมื่อมีสารนี้มากถึงระดับหนึ่งอวัยวะจะไม่สามารถทำงานได้ และมีการเสื่อมถอยทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เมื่อเข้าสู่วัยชรา การทำงานของระบบประสาทจะลดลง Reflex ต่างๆ จะเชื่อมโยงความจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานลดลง เช่น Insulin จะผลิตน้อยลงเกิดเป็นเบาหวานขึ้นได้ในผู้สูงอายุ ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นการสร้างสารภูมิคุ้มกัน ตามปกติจะลดลงเพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่างๆ เช่น ในกระดูกต่อมไทมัส ระบบน้ำเหลืองตับ และม้ามเสื่อมสภาพและจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วย ซึ่งโรคที่พบได้บ่อยคือ มะเร็ง Diabetes Mellitus, atherosclerosis, hypertension, rheumatic heart disease สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ความสามารถในการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุลดลงยังสรุปไม่ได้แน่ชัดแต่ระบบภูมิคุ้มกันที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ T - cell dependent มีหน้าที่ลดลงจึงทำให้เป็นสาเหตุให้มีการเกิดโรคจำพวก มะเร็งและ โรคในระบบอโตอิมมูน Macrophage มีหน้าที่ในการป้องกันตนเองต่อสู้กับเชื้อโรค จำนวน Macrophage ไม่ได้ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น B-cell จำนวนยังคงสูงอยู่ แต่การตอบสนองต่อการกระตุ้นของ Antigen จำนวนลดลง

3) ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) อธิบายกระบวนการแก่ในลักษณะการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายประกอบด้วยทฤษฎีบ่อยๆ ดังนี้ ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตาย

บุคคลเมื่อเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้นเมื่อคนอยู่ในภาวะเครียดร่างกายจะตอบสนอง โดยไฮโปทาลามัส และพิทูอิทารีถูกกระตุ้นให้หลั่ง Adreno corticotropic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla ให้หลั่งสาร Cortisol Aldosterone และ Epinephrine ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ช่วยให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ในภาวะเครียดได้แต่ถ้าร่างกายต้องเผชิญกับภาวะนี้มากๆ อาจเสื่อมและทำงานผิดปกติได้ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้นของเสียจะถูกสะสม ทำให้เซลล์เสื่อมและตายเพิ่มขึ้นสารที่พบได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดำ ไม่ละลายน้ำเป็นสารประกอบจำพวก Lipoprotein ดังที่กล่าวไปแล้วทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงกระบวนการออกซิเดชันของ  $O_2$  ที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญสารจำพวกโปรตีนคาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free Radical substance) ซึ่งสามารถทำลายผนังเซลล์โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนไปอนุมูลอิสระเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก เช่น มลภาวะเป็นพิษรังสีอาหารบุหรี่ยา และเชื่อกันว่าสารจำพวกวิตามิน A,C และ E ช่วยลดการเกิดและการทำงานของสาร Free Radical ได้ทฤษฎีการเชื่อมโยง (Cross link Theory on cross link of collagen T.) เชื่อว่าเมื่อชรา สาร Fibrous Protein จะเพิ่มขึ้น และจับตัวกันมากขึ้นทำให้ collagen Fiber หดตัวขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบมีผลให้เซลล์ตายและเสียหายที่กระบวนการนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของเซลล์โดยสาร cross link ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้ DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมปัจจุบันเชื่อกันว่าสารเคมีพวก lathyrogens, prednisolone และ penicillamine จะช่วยลดปฏิกิริยาการเกิดสาร Cross link ได้นอกจากนี้กล่าวมายังมีความเชื่อที่เกี่ยวกับรังสีอัลตราไวโอเล็ตที่มีผลต่อความชราและการเปลี่ยนแปลงในระดับสรีระวิทยาทำให้ผิวหนังเกิดริ้วรอย (Wrinkling) ที่เรียกว่า Solar Elastosis ซึ่งเกิดจากการแทนที่ของ collagen ด้วย Elastin (ลักษณะเปราะ เทียว แตกเป็นขุย) และยังมีผลให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ด้วยอีกทฤษฎีหนึ่งเชื่อกันว่า ภาวะโภชนาการการบริโภคอาหารให้ได้สัดส่วนทั้งปริมาณและคุณภาพจะช่วยให้ชีวิตยืนยาว กล่าวโดยสรุปทฤษฎีกลุ่มนี้อธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายกับกระบวนการแก่ชราที่ได้อธิบายคือการลดกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายโดยจำกัดอาหารจำพวกโปรตีนคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และบริโภคอาหารจำพวกผักและผลไม้ จะช่วยให้อายุยืนยาว

**1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา(Psychological Theory)** เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญทางด้านจิตวิทยา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญาความนึกคิดความจำและการรับรู้แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัยและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลจะผลักดันให้มีบุคลิกแตกต่างกันไปและมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลงคือช่วงต่อของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤตการณ์ที่บุคคลสามารถผ่านช่วง

วิกฤตในชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใดก็จะส่งผลถึงการพัฒนามนุษย์ในอนาคตคือการเป็นผู้สูงอายุ ด้วยตัวอย่างทฤษฎีทางจิตวิทยา ได้แก่

1) ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory) หรือทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ของอีริกสัน อธิบายถึงการพัฒนาของคน ซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะตั้งแต่แรกเกิด จนถึงวัยสูงอายุ พัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคนและระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุ ซึ่งระยะที่ 7 แบ่งที่ช่วงอายุระหว่าง 40-59 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ ต่างๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จจะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจ และสืบทอดไปยังรุ่นลูกหลานแต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตช่วงนี้ก็จะกลายเป็นคนที่มีชีวิต เองหงอย เมื่อขาดความกระตือรือร้น และขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอีริกสันอธิบายว่า เมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าคนได้กระทำกิจต่างๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จสมหวังและผิดหวัง (ปล่อยาง) ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นและมีความพอใจในชีวิตของตนตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับ ความหลังอาลัยอาวรณ์ยอมรับไม่ได้ (ปล่อยางไม่สำเร็จ) ก็คิดแต่เพียงว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกที ไม่สามารถทำอะไรใหม่ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไป กลัวความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามาใกล้จะมีความรู้สึกเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตายซึ่งความพอิดระหว่างความ มั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง ทำให้คนเกิดความเฉลียวฉลาดรู้เท่าทัน โลกและชีวิตซึ่งเป็นสิ่งพึง ประารถนาที่กล่าวมาทั้งหมดพอสรุปได้ดังคำกล่าวที่ว่า “Wisdom is the virtue that develops out of the encounter of integrity and despair on the last stage of life. Wisdom, then, is detached concern with life itself in the face of death itself” ลักษณะความขัดแย้งทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นในลำดับขั้นพัฒนาการ ชีวิตของอีริกสัน 8 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นความไว้วางใจกับความสงสัยน้ำใจผู้อื่น (Trust and Mistrust) วัยทารก-อายุ 18 เดือนขั้นความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (Autonomy and Shame and doubt) อายุระหว่าง 18 เดือน-3 ปีขั้นความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด (Initiative and guilt) อายุระหว่าง 3-6 ปีขั้นเอาการเอางานแย้งกับความมีปมด้อย (Industry and Inferiority) อายุระหว่าง 6-12 ปี ขั้นการพบอัตลักษณ์แห่งตนเองแย้งกับการไม่เข้าใจตนเอง (Identity and identity diffusion) อายุช่วง 12-20 ปีขั้นความสนิทสนมหาร่วมมือร่วมใจแย้งกับความเปล่าเปลี่ยว (Intimacy and solidarity and Isolation) อายุช่วง 20-40 ปีขั้นการบำรุงส่งเสริมแย้งกับความพะวงหลงเฉพาะตน (Generativity and Self absorption) อายุช่วง 40-50 ปีขั้นความมั่นคงทางใจแย้งกับความสิ้นหวัง (Integrity and despair) อายุ 60 ปีขึ้นไป

2) ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) โรเบิร์ต เพค ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 56-75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคมซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ คือ (Eliopoulos, 1995: 16) Ego differentiation and work-role preoccupation เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับงาน ที่ทำอยู่โดยจะรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าอยู่ต่อ เมื่อบทบาทลดลงหรือเปลี่ยนไปจึงพอใจที่จะหาสิ่งอื่น ๆ มาทำทดแทน (วัยผู้สูงอายุตอนต้น) Body transcendence and body preoccupation เป็นความรู้สึกที่ ผู้สูงอายุยอมรับว่าสภาพร่างกายของตนถดถอยลงและชีวิตจะมีสุขถ้าสามารถยอมรับและปรับความ รู้สึกนี้ได้ (อายุที่เพิ่มขึ้น) Ego transcendence and Ego preoccupation เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์ และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติและยอมรับความตายได้โดยไม่รู้สึกหวาดวิตก (วัยผู้สูงอายุตอนปลาย) นอกจากนี้ทฤษฎีทางจิตสังคมที่กล่าวมาแล้วยังมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันอธิบายความหมายของความชรา อีกได้แก่ แนวคิดของ Ebersole, และ Butler and Lewis ซึ่งจะไม่ขอกว่าในทฤษฎีทางจิตวิทยา นี้ ได้เชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและ พฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการปรับตัวและพัฒนาการของบุคลิกภาพ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้น ไม่สามารถยืนยันได้จากทฤษฎีใดเพียงทฤษฎี เดียวดังคำกล่าวที่ว่า “Data rich Theory poor Lack of agreement” อย่างไรก็ตามนักจิตวิทยายอมรับว่า กระบวนการชราด้านจิตวิทยาสามารถอธิบายได้จากลักษณะทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละวัย ซึ่งพิจารณาได้จากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกดังนี้ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ สติปัญญา ความจำ การรับรู้ การเรียนรู้และบุคลิกภาพ ทำให้ พบว่าผู้สูงอายุจะมีการผันแปรไปตามการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ของร่างกาย ตามที่กล่าวไปแล้ว ในทฤษฎีทางชีววิทยา มีงานวิจัยยืนยันว่าผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ได้เกือบเท่ากับคนอ่อนวัยแต่ต้องอาศัย เวลาที่นานกว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้คือ ความเครียด ผลจากประสาทและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เสียความจำส่วนแรงจูงใจพบว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคล วัยอื่นๆ ปัจจัยภายนอก คือ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ ได้แก่ พันธุกรรม กับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมี ต่อสังคม ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม โครงสร้างสังคม

1.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา(Sociological Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้ม บทบาทของบุคคล สัมพันธภาพ และการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต หรือเป็นทฤษฎีที่ พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทั้งพยายามที่จะช่วย ให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะ ทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคม ใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น ล้วนแต่มองความสูงอายุจากสถานภาพ



ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง แต่ผู้สูงอายุยังคงต้องการบทบาทเดิมจึงเกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดการถอนตัวออกจากสังคม แต่การจะใช้ชีวิตในช่วงสูงอายุให้มีความสุขนั้นต้องคงบทบาท และสถานภาพทางสังคมไว้แต่ควรอยู่ในระดับที่เหมาะสม แนวคิดทางสังคมวิทยาที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีแยกตนเอง ทฤษฎีความต่อเนื่อง ทฤษฎีบทบาท (เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ ธนิกานต์ ศักดาพร, 2554) โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นทฤษฎีในกลุ่มสังคมวิทยา

โดย Kossuth, P. M. and Bengtson, V. (1988) ได้พัฒนาขึ้นมาวิเคราะห์ถึงการทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล สิ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจในตนเองและมีแรงจูงใจที่จะสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นการสร้างการเรียนรู้ให้กับบุคคลโดยมีกิจกรรมเป็นเครื่องมือและเป็นการพัฒนาบุคคลโดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันทฤษฎีกิจกรรมแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่หรือการทำกิจกรรมใดๆ ทฤษฎีกิจกรรมยังเชื่ออีกว่ากิจกรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขมีความเพลิดเพลินกระฉับกระเฉงสามารถตัดสินใจได้เกิดภาพพจน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเองโดยแนวคิดทฤษฎีนี้อยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ 1) การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับสถานภาพทางสังคมก่อนการเกษียณกล่าวคือผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทที่แสดงความสามารถในสังคมมาก่อนเกษียณอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อทดแทนบทบาทที่สูญเสียไปผู้สูงอายุประเภทนี้จะมีความพร้อมทางด้านสุขภาพกายสุขภาพจิตมีความพร้อมทางด้านรายได้และเศรษฐกิจในครอบครัวและมีความสุข มีความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม 2) การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับพื้นฐานความคิด อารมณ์จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุหรือหลังเกษียณบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเกิดขึ้น เช่น การสูญเสียคู่สมรสการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการทำงาน การทำกิจกรรมจะช่วยให้มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และ 3) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมจะมีความคาดหวังว่ากิจกรรมที่ทำจะทดแทนความสูญเสียการทำงานประจำการมีชีวิตคู่และการเป็นพ่อแม่และสถานะในครอบครัวและในสังคมได้ ดังนั้นกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ควรมีต่อสังคมครอบครัวและชุมชนเพื่อการมีคุณค่าในชีวิตและเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุรูปแบบของกิจกรรม แบ่งได้ 3 ประเภท (The Encyclopedia of Ageing: p.11) คือ 1. กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) เป็นกิจกรรมทั่วไปแบบไม่เป็นทางการ เช่น การช่วยเหลืองานทั่วไปภายในครอบครัวการพบปะพูดคุยหรือการสังสรรค์กับเพื่อนๆ หรือญาติ เป็นต้น 2. กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) เป็นกิจกรรมที่มีลักษณะ

เป็นทางการ เช่น การเป็นจิตอาสาหรืออาสาสมัครทำกิจกรรมเพื่อสังคมการเข้าร่วมในกลุ่มในสมาคมหรือชมรมต่างๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัว เป็นต้น 3.กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary activity) เป็นการทำกิจกรรมที่มีความเป็นส่วนตัวเป็นกิจกรรมที่ทำภายในบ้าน เช่น การทำกิจกรรมในยามว่างกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหรือคลายเครียด เป็นต้น

### 2) ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory)

กล่าวถึงผู้สูงอายุเกี่ยวกับการถอยห่างออกจากสังคม มีใจความว่าผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลงสุขภาพเสื่อมลงจึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงานพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อยๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้อธิบายโดยกล่าวด้วยว่าโดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามประสานอยู่กับสังคมให้นานเท่าที่จะทำได้เพื่อเป็นการรักษาสมดุลทั้งด้านร่างกายจิตใจ และอารมณ์ก่อนที่บทบาทของตนเองจะแคลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น โดยสรุปกระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะดังนี้ เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุพึงพอใจเป็นสากลของทุกสังคมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์ปัจเจกที่มีผลต่อการถอยห่างของผู้สูงอายุ ได้แก่ กระบวนการชราที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลสภาพสังคมและความเชื่อมโยงของอายุที่เพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการถอยห่างและทฤษฎีกิจกรรมจะมีความขัดแย้งกัน ซึ่ง Bernice Neugarten และคณะได้ศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งทั้งสองทฤษฎีแล้วพบว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีความสุข และมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคลที่ผ่านมาผู้ที่มิบทบาทในสังคมชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็ต้องการที่จะร่วมกิจกรรมต่อไปส่วนผู้ที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทใดๆ ในสังคมมาก่อนก็ย่อมที่จะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้นและได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

### 3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายในเรื่อง

ของการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุคือ การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้นมีผลมาจากบุคลิกภาพและรูปแบบของการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีมาเดิมซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมใหม่มาทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสียไปและยังคงสภาพที่จะพยายามปรับตนเองให้กับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าทฤษฎีความต่อเนื่องเป็นการกล่าวถึงการปรับตัวของผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดีและมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในอดีตกล่าวได้ว่าปัจจัย

ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุคือ การเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมในวัยสูงอายุ ซึ่งถือเป็นบทบาทใหม่ที่เข้ามาทดแทนบทบาททางสังคมเดิมที่ต้องสูญเสียไปในกิจกรรมประเภทต่างๆที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุนั้นจะเป็นการได้แสดงศักยภาพความสามารถของตนเองเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้เพื่อผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) อธิบายว่า อายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการที่จะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคล บุคคลจะปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับที่ยอมรับบทบาทของตนเอง ในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งบทบาทดังกล่าวจะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตด้วย นอกจากนี้การสร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่ เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไปขึ้นกับบทบาททางสังคมและการมองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นสำคัญเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะปรับเปลี่ยนบทบาทและสภาพต่างๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่งกันไปแบบวัยผู้ใหญ่ยอมรับบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ในแบบผู้สูงอายุและเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

การศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ใน 3 กลุ่มที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา พบว่าแต่ละกลุ่มทฤษฎีจะมีความสำคัญแตกต่างกันไป แต่ทั้งหมดช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น โดยทฤษฎีทางจิตวิทยาจะกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะกล่าวถึงจิตใจของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นลักษณะของการพัฒนาและปรับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ แรงจูงใจ เป็นต้น ขณะที่ทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะเกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุราชการ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่

### 1.3 การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ตามเวลาที่ผ่านไป ทำให้เกิดการทรุดโทรมของอวัยวะต่างๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงตามปกติของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical change) อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมสภาพจะมากขึ้น โดยลำดับตามอายุที่มากขึ้น และเป็นไปในทุกระบบของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดหัวใจ

เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง นับว่ามีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในทางจิตใจอารมณ์ และสังคม

**1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological change)** การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมโดยตรง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นบุคคลที่ไร้ค่า ประกอบกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ การงานทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลและกระทบกระเทือนใจได้ง่าย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจะพบกับการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ คู่สมรส ญาติสนิท เพื่อนหรือการย้ายที่อยู่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้าได้ง่าย รู้สึกด้วยคุณค่าในตนเอง หมดหวังต่อแต่ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้

**1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and cultural change)** การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายรรวมถึงสภาพสังคมเศรษฐกิจจากระบบการเกษตรกรรม เป็นอุตสาหกรรมทำให้เกิดการขยายตัวหรือเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป คนวัยหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพในเมือง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวและเครือญาติ ครอบครัวมีขนาดเล็กลง บทบาทใหม่ที่ผู้สูงอายุได้รับ คือ คนเลี้ยงเด็ก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนอยู่ในภาวะพึ่งพิงของครอบครัวและเป็นภาระสังคม จะเห็นได้ว่า ความเสื่อมถอยของร่างกายมนุษย์ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง

#### 1.4 ปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันมาตลอดช่วงวัยของชีวิต อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุได้ โดยอาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (ทัศนยา บุญทอง, 2544)

**1.4.1 ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของร่างกาย** **เกือบทุกระบบจากความชราภาพ** ทำให้สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุไม่แข็งแรงเท่ากับคนในวัยหนุ่มสาว ประกอบกับภูมิคุ้มกันต้านทานโรคก็ลดลง เหลือเพียงร้อยละ 75 ของความต้านทานในวัยหนุ่มสาวเท่านั้น โอกาสติดโรคต่างๆ จึงเป็นไปได้โดยง่าย และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว การรักษาต้องใช้เวลานาน อาการของโรคอาจเรื้อรังได้ง่าย จึงต้องระมัดระวังที่จะไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อขึ้นสำหรับปัญหาอื่นๆ ที่พบได้มากในผู้สูงอายุมีดังนี้

1) **อุบัติเหตุ** อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้บ่อยและเป็นสาเหตุนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้อีกมากอุบัติเหตุที่เกิดในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพทางด้านร่างกายดังกล่าวแล้วในตอนต้น เช่น การมีสายตาไม่ดี การทรงตัวไม่ดี ความจำไม่ดี ความคิดช้า และหูได้ยินไม่ชัดเจน เหล่านี้เป็นสาเหตุสนับสนุนให้เกิดอุบัติเหตุได้ทั้งสิ้น อุบัติเหตุที่พบบ่อยมีดังนี้

(1) **หกล้มและกระดูกหัก** พบได้มากที่สุดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ตกบันได ตกเก้าอี้หรือตกเตียง ตลอดจนหกล้มจากการเดินตามปกติ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ผลตามมาของการหกล้ม คือ กระดูกหัก เพราะกระดูกเปราะกว่าในคนหนุ่มสาว กระดูกหักเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานมาก เพราะการรักษาโดยการเข้าเฝือกต้องใช้เวลานานกว่าในวัยอื่นๆ เนื่องจากกระดูกติดช้ากว่าธรรมดา จึงพบว่ากระดูกหักมักจะเป็นสาเหตุไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้อีกมาก

(2) **ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก** ในหลายกรณีผู้สูงอายุต้องช่วยตนเอง หรือต้องการจะช่วยตนเอง ทำให้เกิดอุบัติเหตุเรื่องไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ซึ่งส่วนใหญ่สืบเนื่องมาจากการหกล้ม ตาไม่ค่อยเห็น หรือการที่กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงพอ ประกอบกับความผืดของข้อต่างๆ ทำให้การเคลื่อนไหวหยิบจับไม่คล่องตัว จึงพบว่าไฟไหม้ น้ำร้อนลวกนี้เกิดขึ้นจากการหุงต้มเวลาอยู่ใกล้เตาไฟ การยกหม้อข้าว หม้อแกงหรือกาน้ำ เป็นต้น

(3) **การหยาบยาคิดหรือโง่เขลา** เพราะสายตาไม่ดี หรือแสงสว่างไม่พอ ประกอบกับการหลงลืม ผู้สูงอายุที่มีโรคต้องรับประทานยาเป็นประจำและต้องช่วยตัวเอง มีการรับประทานยาคิดขนาด หรือลืมรับประทาน ทำให้มีผลเสียแก่การรักษา และเกิดอันตรายจากการรับประทานยาคิดได้บ่อย

(4) **อุบัติเหตุบนท้องถนน** พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการหกล้มบนพื้นถนนหรือจากการถูกยวดยานพาหนะชนขณะเดินข้ามถนน เนื่องจากสายตาไม่ดี หูได้ยินไม่ชัดเจน การตัดสินใจไม่ดี และความเชื่องช้าในการเดินและการหลบหลีกรถ

2) **การขาดสารอาหาร** อาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยเสื่อมเพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายทรุดโทรมเร็วเกินไป ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร เพราะความอยากอาหารลดลง เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความสามารถในการรับรสอาหารน้อยลง การใช้พลังงานของร่างกายน้อยลง การมีฟันปลอม หรือสุขภาพทั่วไปไม่แข็งแรงอยู่แล้ว ทำให้เบื่ออาหาร จากสาเหตุหลายๆ ประการดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เพียงพอ และตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการได้มาก

### 3) การเจ็บป่วยทางกายอื่นๆที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) การติดเชื้ เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง และภูมิคุ้มกันต่ำลง ผู้สูงอายุติดเชื้ได้ง่าย เช่น ท้องร่วง ไข้หวัด ปอดบวม ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายจากโรคแทรกซ้อนที่ตามมาได้มากและเป็นสาเหตุการตายได้สูง

(2) โรคระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด พบได้มากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเส้นเลือดในสมองตีบตัน เนื่องจากโคเลสเตอรอลไปเกาะ ทำให้เส้นเลือดแข็งตัว การไหลเวียนโลหิตเป็นไปไม่สะดวก ทำให้เกิดการตายของเซลล์ส่วนที่ขาดเลือดมาเลี้ยงผลที่ตามมาคือ การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออาการอัมพาตของร่างกายบางส่วน ปัญหาการตีบตันของเส้นเลือดนี้ แม้จะไม่ใช่ปัญหาที่มาจากสาเหตุกะทันหันในวัยชราก็ตาม แต่การปรากฏอาการของโรคดังกล่าวมักจะปรากฏในวัยสูงอายุ กล่าวคือ สาเหตุการเกิดโรคชนิดนี้ เป็นสาเหตุที่สะสมมาในระยะยาว อันได้แก่ ธรรมชาติของการรับประทานอาหาร ซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูง การไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย การตกอยู่ในภาวะอารมณ์ตึงเครียดอยู่เสมอ เป็นต้น นอกจากนี้ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือดที่พบได้บ่อยอีกกลุ่มหนึ่งคือ ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งอาการดังกล่าวนี้ เป็นโรคที่สัมพันธ์กับสุขนิสัยของบุคคล ตั้งแต่วัยต้นเช่นเดียวกัน คือ การปล่อยตัวให้อ้วน การออกกำลังกายน้อย และการมีภาวะอารมณ์ตึงเครียดจนเกินไปนั่นเอง

#### 1.4.2 ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม ปัญหาสุขภาพด้านจิตอารมณ์ในผู้สูงอายุนั้น

เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลมาถึงจิตใจ และการปรับตัวของผู้สูงอายุเองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ที่มีการเตรียมตัวเตรียมใจไว้อย่างดี จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ ลักษณะของอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นความทุกข์ในผู้สูงอายุ อาจพบได้ในลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1) **พฤติกรรมซึมเศร้า** เกิดจากความรู้สึกสูญเสีย ตั้งแต่การต้องออกจากงาน การขาดรายได้ สุขภาพเสื่อมโทรม ไม่กระฉับกระเฉง ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุขาดการติดต่อสังสรรค์กับเพื่อนๆ เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนในสังคม จะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ไร้ค่า เกิดความรู้สึกน้อยใจ บางรายออกมาในรูปแยกตนเอง ปฏิเสธ โทษคนอื่น ถ้อถอย เห็นแก่ตัว ทำอะไรซ้ำๆ เปลี่ยนแปลงความคิดยากกลัวการถูกทอดทิ้งชอบเล่าเรื่องซ้ำ เป็นต้น

2) **พฤติกรรมขาดความสุขสงบ** เกิดจากความรู้สึกวิตกกังวล พบในรายที่บุตรหลานไม่พร้อมจะรับไว้ในครอบครัว หรือไม่พร้อมจะให้การดูแลช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และกลัวจะไร้ญาติขาดมิตร กลัวว่าจะขาดที่พึ่ง เกิดความวุ่นวาย และวิตกกังวลจากการต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น

3) *พฤติกรรมระแวงหลงผิด* เช่น คิดว่ามีคนประสงค์ร้ายต่อตน ลูกหลานญาติมิตรพยายามแบ่งทรัพย์สินมรดก พยายามหลอกลวงตนเพื่อหวังผลประโยชน์ บางรายระแวงว่าภรรยาหรือสามีของตนพยายามจะนอกใจ หรือบางรายหันมาสนใจตนเองมากกว่าปกติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น คิดว่าตนเป็นโรคร้ายแรงอะไรสักอย่าง และวุ่นวายอยู่กับความคิดนั้น

4) *พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง* เกิดจากความรู้สึกโกรธ เคียดแค้น พบในรายที่ถูกครอบครัวทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง ไม่เอาใจใส่ดูแล ทั้งที่ตนเองเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาโดยตลอด แต่เมื่อเข้าวัยชรากลับถูกทอดทิ้ง ไม่ได้ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธแค้น เจ็บใจ หงุดหงิดบางรายแสดงออกทางพฤติกรรมรุนแรง โดยดุด่า บ่นว่า หรือแสดงอาการวุ่นวายใจต่างๆ

5) *พฤติกรรมทุกข์โศกเสียใจ* ความรู้สึกทุกข์โศกเสียใจนี้ เกิดได้จากการพลัดพราก เนื่องจากการตายจากไปของกลุ่มครอบครัว พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะคู่ที่มีความใกล้ชิดกันมาก และไม่มีญาติพี่น้องคนอื่นๆ ใกล้ชิดมากนัก ความรู้สึกจึงผูกพันยึดมั่นในกันและกัน การตายจากไปของฝ่ายหนึ่ง ทำให้ฝ่ายที่ยังมีชีวิตอยู่เกิดอาการทุกข์โศกเสียใจมาก

6) *พฤติกรรมคับข้องใจทางกามารมณ์* ในคนชราที่ความต้องการและความสนใจทางเพศจะยังมีอยู่ แต่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทั้งในหญิงและชาย ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง จึงก่อให้เกิดความคับข้องใจได้

จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุ การขาดสารอาหาร การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคในระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด รวมทั้งปัญหาด้านจิตสังคม ซึ่งผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางพฤติกรรม เนื่องจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในเกือบทุกๆ ด้าน เช่น จะพบพฤติกรรมซึมเศร้า ขาดความสุข มีภาวะเครียด ก้าวร้าว ทุกข์โศก และคับข้องใจทางเพศ

### 1.5 ความต้องการของผู้สูงอายุ

มาสโลว์ (Maslow, 1970) เชื่อว่า คนทั่วไปจะมีความต้องการขั้นต่อไปเมื่อบรรลุความต้องการขั้นต้นๆ ลำดับขั้นความต้องการนี้ คือ “Maslow’s Hierachy of Needs” เป็นลำดับขั้นจากต่ำไปสูงความต้องการของมนุษย์จะมีลำดับขั้น 5 ประการ ได้แก่

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งชาวพุทธ เรียกว่าปัจจัย 4 เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับที่จะให้ชีวิตรอดอยู่ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เป็นต้น

2. ความต้องการด้านความปลอดภัย หรือความมั่นคง (Security or safety Needs) หมายถึง ความต้องการด้านความปลอดภัย ทั้งทางกายและความปลอดภัยทางใจ มนุษย์จะเริ่มคิดถึงความปลอดภัยและความมั่นคง หลังจากที่ร่างกายได้รับการตอบสนอง

3. ความต้องการทางด้านสังคม (Social or belongingness needs) หมายถึง ความต้องการที่จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ หรือต้องการความรัก จะเป็นไปในรูปที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกแก่ตนเองว่าเป็นผู้มีความสำคัญต่อกลุ่มและบุคคลอื่นยอมรับ

4. ความต้องการมีคุณค่า (Esteem or status needs) หมายถึง ความต้องการความเคารพนับถือจากผู้อื่น บางทีเรียกว่า Self – esteem คือ ความมั่นใจในตนเองในเรื่องของความรู้ความสามารถ และความสำคัญในตัวของตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น เป็นต้น

5. ความต้องการความสำเร็จในตน (The need of self - actualization or self - realization) หมายถึง ความต้องการสัมฤทธิ์ผลในสิ่งที่ตนปรารถนา ซึ่งใช้คำว่า self-fulfillment หรือ self-achievement ซึ่งเป็นลำดับขั้นความต้องการที่สูงสุดของมนุษย์

ศรีทัฬหิม พานิชพันธ์ (2534) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุเมื่อถูกทอดทิ้งหรือแยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้ขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ รวมทั้งทางเศรษฐกิจ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวของตน ควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ เมื่อเข้าสู่วัยชราภาพและเลิกประกอบอาชีพแล้วจะได้รับบำนาญชราภาพ เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัย ตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม

3. ความต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม ดังนั้นจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมและปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อรักษาสุขภาพทั้งกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่จะลดความพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลงถ้าหากครอบครัวและสังคมได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้รู้จักพึ่งตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ

5.1 ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่ม และสังคม

5.2 ความต้องการการยอมรับและความเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม

5.3 ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่ม ของชุมชนและของสังคม



5.4 ความต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวชุมชนและสังคม และปรับตัวให้เข้ากับบุคคลในครอบครัวและสังคม

5.5 ความต้องการมีโอกาสดำรงชีวิตที่ตนปรารถนา

6. ความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความต้องการด้านพื้นฐาน ความต้องการด้านร่างกาย เช่น ความต้องการปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล ความต้องการด้านจิตใจ เช่น ความต้องการด้านความมั่นคงและปลอดภัย ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการมีโอกาสดำรงชีวิต

7. ความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลานของตน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐช่วยในการจัดหาอาชีพให้ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้เพื่อให้พ้นจากสภาวะความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ในสถานการณ์ปัจจุบัน

บังอร ธรรมศิริ (2549) กล่าวว่า ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนอาจแตกต่างกันไปบ้าง ดังนั้นควรที่จะทำความเข้าใจพื้นฐานชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญยิ่งในเรื่องดังกล่าวนี้โดยทั่วไปความต้องการของผู้สูงอายุ พอสรุปได้ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหารการขับถ่ายการพักผ่อนนอนหลับการมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยการมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมตามฤดูกาลและต้องการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

2. ความต้องการทางด้านจิตใจผู้สูงอายุต้องการความรักการดูแลเอาใจใส่การยอมรับนับถือการเข้าใจการเห็นอกเห็นใจและการให้อภัย

3. ความต้องการทางด้านสังคมผู้สูงอายุยังต้องการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะเพื่อน การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

4. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุ จำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเองช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคมและทำบุญรวมทั้งเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย

ในทำนองเดียวกันการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุครอบครัวควรให้การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายโดยดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทาน อาหารการพักผ่อนนอนหลับจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัยจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาลแบ่งเบาภาระเรื่องงานในบ้านพาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น แวนตาไม้เท้าเครื่องช่วยฟัง เป็นต้น

2. ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจโดยเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอให้ความรักความเคารพยกย่องยอมรับนับถือฟังผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ชีวิตให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดงานวันเกิดการพาผู้สูงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสมการแสดงให้เห็นความสำคัญของวันสงกรานต์ ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ

3. ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมโดยแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามที่ผู้สูงอายุต้องการและพยายามสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมที่เหมาะสมตามกำลังความสามารถที่จะทำได้ เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

4. ตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจโดยรับภาระค่าใช้จ่ายการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอไม่ควรให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการหาเงินเพื่อเลี้ยงชีพตนเอง รวมทั้งบุตรหลานหรือครอบครัวไม่ควรเบียดเบียนด้านการเงินกับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีความจำกัดด้านการเงิน

โดยสรุป เมื่อถึงวัยสูงอายุร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการดูแลด้านร่างกาย การเสริมพลังทางด้านจิตใจ การยอมรับจากคนในครอบครัวและสังคม การประกันรายได้เพื่อใช้จ่ายที่จำเป็น ดังนั้นครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีความมั่นคงปลอดภัยตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมักตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อ หรือแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตของคน ซึ่งจะต้องประกอบด้วยกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยทั่วไปมนุษย์ทุกข้อมต้องการ การมีชีวิตที่ดีพร้อมในทุกๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น มีสุขภาพดี มีอิสระเสรีในด้านความคิด การกระทำมีเป้าหมายของชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สามารถกระทำได้ดีหรือประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว นักวิจัยหลายคนได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตในการประเมินสุขภาพทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยโรคต่างๆ แต่อย่างไรก็ตาม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และวิธีการประเมินก็ยังมีหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหมายของคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกัน เช่น ความพึงพอใจ ความผาสุก การรับรู้ประสิทธิภาพหรือความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลซึ่งมีหลายหน่วยงานได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุข ความพอใจ ต่อองค์ประกอบต่างๆที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ ได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัยโภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม รายได้ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากร

องค์การอนามัยโลก (WHO, The WHOQOL Group, 1995) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมโดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ และบริการในด้านต่างๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อาศัยอยู่

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพ” ไว้ว่า หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำของบุคคลหรือสิ่งของ (2546: 253) และให้ความหมายของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ (2546 : 360) เพราะฉะนั้นคำว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

ดาลคี และ รัวร์เก้ (Dalkey and Rourke, 1973) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ทั้งในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต คุณค่าในตัวเอง ความเข้มแข็ง ตลอดจนสังคมและครอบครัว ส่วนในอีกความหมายหนึ่ง คุณภาพชีวิตจะหมายถึงการรับรู้ประสิทธิภาพหรือศักยภาพในตนเอง ในการทำหน้าที่สำหรับการดำรงชีวิต หรือความสามารถในการควบคุมตนเอง ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งความเจ็บป่วยต่างๆ

แคมป์เบล (Campbell, 1976) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความสุข ความพึงพอใจ และความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

พาดิลา และแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงการรับรู้ถึงความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพโดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

เรกส์เดล และมาร์โรว์ (Ragsdale and Morrow, 1990) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงการรับรู้การมีประสิทธิภาพ หรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อ

ควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิต อารมณ์ ความคิดและการดูแลรักษา

โอเรียม (Orem, 2001) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ซ่าน (Zhan, 1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

ฮักส์ (Hughes, 1993) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความสุขพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล ตลอดจนการตัดสินใจคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง

สรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของบุคคลต้องประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม

## 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ประกอบไปด้วยหลายมิติ มีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้หลากหลายด้วยกัน ดังนี้

**2.2.1 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Group, 1995)** เสนอว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อ ต่อมาในปี 1996 ได้มีการจัดองค์ประกอบใหม่ รวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกันเหลือเพียง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ดังนี้

1) **ด้านร่างกาย (physical domain)** คือ การรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีสุขภาพด้านร่างกายที่ดี ทำให้นักชราทราบว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีสุขภาพดีย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เกิดโรคได้ง่ายกว่าบุคคลอื่นๆ เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณภาพดี หรือยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ยอมรับความสามารถที่มีข้อจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง จะเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความพึงพอใจของชีวิตผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

2) **ด้านจิตใจ (psychological domain)** คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะจิตใจจะเกี่ยวข้องผูกพันกับร่างกายอย่างใกล้ชิดในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการสูญเสียการทำงานของ

ระบบต่างๆ ในร่างกายจะมีอาการวิตกกังวล สิ่งเหล่านี้จะรบกวนจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความตึงเครียดและขาดความสุข เมื่อมีอายุมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น ชีวิตก็ยิ่งขาดความสุข นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียในลักษณะต่างๆ เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ที่การงาน การสูญเสียภาพลักษณ์ความภาคภูมิใจในตนเอง การสูญเสียบทบาททางสังคม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง ขาดการติดต่อกับเพื่อนฝูงและการสูญเสียรายได้ประจำก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

3) *ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship domain)* คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกัน เพราะมนุษย์ทุกคนไม่สามารถมีชีวิตอยู่คนเดียวในโลกได้จะต้องมีการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน และมีความสัมพันธ์กับคนในสังคม จะทำให้ชีวิตมีความหมายมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขและความพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4) *ด้านสภาพแวดล้อม (environmental domain)* คือ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ลักษณะบ้านเรือนที่อยู่อาศัย มลพิษต่างๆ สาธารณูปโภค และอื่นๆ สภาพแวดล้อมทางจิตสังคม ได้แก่ ระบบการปกครอง การคมนาคม สวัสดิการและบริการทางสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ตั้งแต่เกิดจนตามนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ทั้งในครอบครัวและในสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะได้รับการสนองตอบความต้องการทางสังคม เนื่องจากสังคมก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ถ้าผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมที่ดีจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 2.2.2 มิติของนักวิชาการ

ชาร์มา (Sharma, 1975) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภท

1. องค์ประกอบทางด้านกายภาพ โดยพิจารณาทั้งทางด้านปริมาณของคุณภาพ อันมีปัจจัยทางด้านอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ
2. องค์ประกอบทางด้านสังคม และวัฒนธรรม ทั้งที่เป็นปริมาณและคุณภาพ อันมีปัจจัยทางการศึกษา การมีงานทำ การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ฯลฯ

ลิว (Liu, 1975) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านจิตวิสัย (Subjective) หรือเรียกว่า องค์ประกอบด้านจิตวิทยา (Psychological) และ

องค์ประกอบด้านวัตถุประสงค์ (Objective) หรือเรียกว่าองค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบเชิงคุณภาพ และขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเป็นอันมาก ส่วนองค์ประกอบด้านวัตถุประสงค์นั้นเป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณ และวัดได้โดยรวม องค์ประกอบที่จะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิต อาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

1. ส่วนที่จำเป็นระดับพื้นฐาน ทำให้พอมีชีวิตอยู่ได้ ประกอบด้วยการมีปัจจัยสี่อย่างเพียงพอ มีสุขภาพแข็งแรง มีความมั่นคง และมีอิสระ
2. ส่วนที่จำเป็นต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพื่อที่จะทำให้ความเป็นอยู่ดีขึ้น ประกอบด้วยมีค่านิยมที่เหมาะสม มีจุดมุ่งหมายของชีวิต มีชีวิตกลมกลืนกับครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

แฟลนาแกน (Flanagan, 1978) กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นองค์ประกอบในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์และเปลี่ยนแปลงไปตามกลุ่มของบุคคลที่จะประเมิน คือ

1. ความผาสุกทางด้านร่างกายและวัตถุ ความผาสุกทางด้านวัตถุ รวมถึงการเงินและความปลอดภัย เช่น การมีอาหารดีมีบ้านอาศัย มีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ความผาสุกทางด้านร่างกาย เช่น การมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรส บิดามารดา บุตร เพื่อน และบุคคลอื่นๆ
3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ชุมชน องค์กร และประชาชน เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลอื่น รวมถึงองค์กรต่างๆ ชมรม และกลุ่มที่ให้ประโยชน์แก่สังคม
4. พัฒนาการและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ เช่น มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา เรียนรู้และเข้าใจตนเอง มีการวางแผนในการพัฒนาตนเอง รู้บทบาทในการประกอบอาชีพ มีความคิดสร้างสรรค์และการแสดงออก
5. ได้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่คิดสร้างสรรค์ขึ้นมา เช่น มีการพบปะสังสรรค์ในบ้านและในสังคม ทำให้มีเพื่อนใหม่ และมีกิจกรรมสันทนาการต่างๆ

ซัน (Zhan, 1992) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม และการดำเนินชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

3. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกาย สุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ถึงความพอใจในด้านสังคมทั่วไป รายได้อาชีพ รวมถึงการศึกษา

สรุป การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เป็นองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคล หรือสังคม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้านของทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Group, 1995) คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม เนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่าองค์ประกอบของ WHOQOL มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และมีความครอบคลุมในทุกด้าน

### 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิต เริ่มมีการศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2503 และจากการที่มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน จึงได้มีการคิดค้นเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้หลากหลายขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

**2.3.1 องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980)** การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุวิสัย (Objective) และด้านจิตวิสัย (Subjective) ดังนี้

1) **ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators)** เป็นข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อัตราการเป็นโรค ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของแต่ละบุคคล

2) **ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective Indicators)** เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข คุณค่าในตนเอง เป็นต้น

**2.3.2 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1995)** ได้เริ่มพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็นระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ.2535 – พ.ศ.2538) ด้วยความร่วมมือจากนักวิชาการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา โดยได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือ หรือเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ให้ได้ความหมายถึงความพึงพอใจชีวิต และ

การรับรู้สถานะตนเองด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยครั้งแรกจะมีข้อคำถาม 277 ข้อ และถูกนำไปศึกษานำร่องในศูนย์ภาคสนามในประเทศต่างๆ หลายครั้ง และนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพมากขึ้น แล้วนำไปทดลองเปรียบเทียบกับแบบวัดอื่นๆ แล้วจึงสรุปผลเพื่อที่จะปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 100 ข้อ และเรียกแบบวัดนี้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก “WHOQOL-100” (World Health Organization Quality of life-100) โดยโครงสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้จะสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญต่อการวัดคุณภาพชีวิต แบ่งเป็นคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม สภาพแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาในปี พ.ศ.2538 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Group) ได้จัดองค์ประกอบใหม่โดยรวบรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกันจึงเหลือเพียง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ดังนี้

1) *ด้านร่างกาย (physical domain)* คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยหรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2) *ด้านจิตใจ (psychological domain)* คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) *ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)* คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์



4) **ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)** คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ต่อมาในปี พ.ศ.2540 สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ชุด 26 ข้อคำถาม ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อจำกัดของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ

ฉบับภาษาไทย

1. การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แนวทางแก้ไขหากมีปัญหากเกิดขึ้นจากการตอบคำถามอาจจะเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่ แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด

2. ข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนของการเข้าใจคำถามอยู่บ้าง โดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียว แล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แนวทางแก้ไขในกรณีที่น่าไปใช้แล้วเกิดปัญหาไม่เข้าใจคำถามที่ทำได้ คือ การให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ในแต่ละข้อคำถาม

**2.2.3 The Medical Outcome Trust ประเทศสหรัฐอเมริกา** ได้สร้างและพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short – Form 36 (SF – 36) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ รวม 35 ข้อ ได้แก่ 1) มิติด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) 2) มิติด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (role functioning) 3) มิติด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (body pain) 4) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perception) 5) มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) 6) มิติด้านพลังกำลัง (vitality) 7) มิติด้านภาวะทางอารมณ์ (emotional) 8) มิติ

ด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health) และข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอีก 1 ข้อ รวม 36 ข้อ SF-36 ถูกแปลและนำไปใช้มากกว่า 14 ภาษา รวมทั้งภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่กระชับ และครอบคลุมเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลลัพธ์แสดงเป็นค่าคะแนน ซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีสุขภาพดี

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ 8 มิติ ตามแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short – Form 36 (SF – 36) ดังนี้

1) *ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning)* หมายถึง สุขภาพร่างกายที่เป็นข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรม เช่น การยกของหนักๆ การวิ่ง หรือ การเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก กิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลางเกี่ยวกับการย้ายโต๊ะ หัวตะกร้ากลับจากตลาด เดินขึ้นเนินหรือข่อด้าว เดินไกลประมาณ 1 ช่วงเสาไฟ การแต่งตัว อาบน้ำหรือการใช้ห้องน้ำการกินอาหารได้ด้วยตนเอง

2) *ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (role functioning)* หมายถึง บทบาททั่วไปเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ หรือการทำงานบ้าน

3) *ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (body pain)* หมายถึง อาการเจ็บป่วยทางกายเนื่องจากสภาวะทางสุขภาพ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตามตัว ปวดข้อ และอาการปวดทางร่างกายรบกวนการทำงานตามปกติ

4) *ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning)* หมายถึง สุขภาพหรือสภาวะทางอารมณ์ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อนญาติ หรือการไปร่วมกิจกรรมภายในหมู่บ้านหรือชุมชน

5) *ด้านภาวะทางอารมณ์ (emotional)* หมายถึง ความรู้สึกเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ตลอดเวลา หรือมีความสุขตลอดเวลา

6) *ด้านพลังกำลัง (vitality)* หมายถึง มีความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีกำลังพอที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการได้หรือว่ารู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือเหนื่อยล้า

7) *ด้านการรับรู้หน้าที่ (cognitive function)* หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากในการหาเหตุผลหรือแก้ปัญหา เช่น ในการวางแผน การตัดสินใจ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือสิ่งของที่เพิ่งจะเกิดขึ้น และไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรม

8) *มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health)* หมายถึง สุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเหมือนคนอื่น หรือยังเจ็บป่วยอยู่ แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short – Form 36 (SF – 36) ทั้ง 8 มิติ ได้รวมสถานะทางสุขภาพเป็น 2 สถานะ (summary measures) คือ

(1) สถานะสุขภาพทางด้านร่างกาย (physical health summary) ได้แก่ ด้านการดำเนินงานของร่างกาย (physical functioning) ด้านการดำเนินงานที่ตามบทบาท (role functioning)

ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (body pain) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) และด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป (general health perception)

(2) สถานะสุขภาพทางด้านจิตใจ (mental health summary) ได้แก่ ด้านสภาวะทางอารมณ์ (emotional) ด้านพลังกำลัง/ความเหนื่อยล้า (energy/fatigue) ด้านการรับรู้หน้าที่ (cognitive function) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (general health perception)

ข้อดีของ SF-36

1. มีองค์ประกอบครบ ครอบคลุมความหมายของคุณภาพชีวิต
2. ใช้ได้กับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยหรือพิการ
3. ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการรักษาจากระบบบริการ

สุขภาพในสภาวะต่างๆ

ข้อจำกัดของ SF-36

1. เป็นการประเมินการรับรู้ของแต่ละบุคคล
2. ไม่เหมาะสมกับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรในการเจ็บป่วย

ที่แตกต่างกันมาก

ในปี พ.ศ.2539 เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต SF – 36 V1.0 ได้มีการพัฒนาเป็น SF – 36 V2.0 โดยการเรียบเรียงคำถามใหม่ให้เข้าใจง่ายขึ้น และเปลี่ยนเป็น 5 ตัวเลือก การเปรียบเทียบกับ SF – 36 V1.0 โดยทดสอบความเที่ยงกับหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา พบว่า SF – 36 V2.0 มีค่าความเที่ยงมากกว่า SF– 36 V1.0 และพบว่า SF – 36 V2.0 สามารถนำไปใช้ได้หลากหลาย ไม่มีข้อจำกัดด้านวัฒนธรรมการวัดคุณภาพชีวิตเป็นการวัดผลได้จากการรักษาที่บุคลากรการแพทย์ให้ความสำคัญมากขึ้น แบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือที่นำไปใช้วัดผลกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามฉบับภาษาไทยที่ผ่านการแปลและทดสอบแล้วมีคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงในบางมิติไม่ตรงตามเกณฑ์ วัชรวิ เลอमानกุล และ ปารณีย์ มิแต้ม ได้วิจัยทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 V2.0 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแปลแบบสอบถามใหม่อีกครั้งด้วยวิธีแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และทดสอบความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยงภายในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นคนทั่วไป จำนวน 448 คน ตอบแบบสอบถามฉบับใหม่ด้วยตนเองนำข้อมูลที่ได้ออกวิเคราะห์ พบว่าแบบสอบถามฉบับใหม่มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับฉบับเดิม ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับใหม่สูงกว่า 0.7 ในทุกมิติ (0.72 – 0.86) แบบสอบถามฉบับใหม่ มีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดี และมีความตรงส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์

สรุป การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ชุด 26 ตัวชี้วัด ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล (2540) เพราะเครื่องมือดังกล่าวมีเนื้อหาครอบคลุมตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม นอกจากนี้เครื่องมือดังกล่าวยังมีค่าความเชื่อมั่นสูง และผ่านการใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งจะทำให้การวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมนุษย์ เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของจิตใจ ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลได้ว่าเป็นอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวทางอารมณ์ ทางสังคม และการเรียนรู้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้ชีวิตที่มีผลต่อความคิด ความปรารถนา ค่านิยม อารมณ์ และการตั้งเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุจะนำพาความสุข ความมีชีวิตชีวา ความหวัง มาสู่ตัวผู้สูงอายุเองทุกขณะในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลใกล้ชิดผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนชุมชน และสังคมของผู้สูงอายุอีกด้วย

#### 3.1 ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง

ได้มีผู้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem) ไว้ดังนี้

โรเจอร์ (Rogers, 1961) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนมีค่า เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในแง่บวก ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองตามมา และเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การเป็นบุคคลที่สมบูรณ์

เอลเดอร์ (Elder, 1965) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึงความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า โดยประเมินจากการกระทำของตนเอง การมีความสามารถ และการตัดสินใจของผู้อื่นที่ตนให้ความสำคัญด้วย

มาสโลว์ (Maslow, 1970) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึงการประเมินคุณค่าของตนเองจากการยอมรับตนเองและได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ก่อนที่จะเริ่มนับถือตนเองแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. การเห็นคุณค่าในตนเองที่เกิดจากการยอมรับตนเองคือ ความต้องการมีความเข้มแข็ง ความสำเร็จ ความสามารถเพียงพอในการทำสิ่งต่างๆ ความเชื่อมั่นและมีอิสระ

2. การเห็นคุณค่าในตนเองที่เกิดจากการยอมรับของผู้อื่น คือ ความต้องการมีชื่อเสียง เกียรติยศ ตำแหน่ง ความรุ่งเรืองมีอำนาจเหนือผู้อื่น ได้รับการยอมรับ ความสนใจ มีความสำคัญ

คาลฮัม (Calhoun, 1977) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง ความพึงพอใจภายในที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดมีต่ออัตมโนทัศน์ของตนเอง

แซสซี (Sasse, 1978) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสำคัญและมีคุณค่า มีความต้องการได้รับความเชื่อถือ การยอมรับนับถือ โดยได้รับการสนับสนุนหรือยอมรับนับถือจากผู้อื่นเพื่อที่จะได้เกิดความรู้สึกภูมิใจและนับถือตนเอง

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในของตนเองเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง นับถือตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการประเมินตนเองทั้งทางบวกและทางลบ โดยประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามสภาพสังคมและคุณลักษณะของกลุ่ม

แบรนด์เดน (Branden, 1981) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง ความเชื่อมั่นและการมีความนับถือตนเองอันเกิดจากความมีคุณค่าของตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำสิ่งใดๆ ให้สำเร็จได้ตามความปรารถนา

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง การที่บุคคลพิจารณาประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องอัตวิสัย บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

แมคคอสกี้ ริชมอนด์และสจิวต์ (McCrosky Richmond and Stewart, 1986) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง ทักษะของบุคคลที่มองเห็นตัวเองในเชิงคุณค่าโดยรวม ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและวัดสมรรถนะของตนเองทางลบแทบทุกด้าน ไม่ว่าจะพยายามมากเพียงใดมักจะคิดว่าตนเองล้มเหลว เมื่อเป็นเช่นนี้ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจึงมักจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวาดหวั่นในการสนทนาโต้ตอบ มักตกอยู่ใต้อิทธิพลของผู้อื่น และมีการควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ ดังนั้นผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจึงมีแนวโน้มที่จะยอมและคล้อยตามกลุ่ม การที่ยอมรับความเห็นของผู้อื่นโดยง่ายก็เพราะมักจะคิดว่าความเห็นของตนมีค่าน้อยกว่าในขณะที่ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมักจะเป็นผู้นำในการสนทนา มีความเชื่อมั่นและคาดหวังในความสำเร็จที่จะได้รับเป็น

อย่างดี หากนำผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันมาทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นผู้ที่ผูกขาดการสนทนาแต่ผู้เดียว

ลอเรนซ์ (Lawrence, 1987) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองถึงความแตกต่างระหว่างตนที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบันกับตนที่อยากจะเป็น (Ideal Self) ซึ่งเป็นกระบวนการทางด้านอารมณ์ที่วัดได้จากการที่บุคคลเอาใจใส่ต่อความแตกต่างนี้ บุคคลซึ่งมีความแตกต่างในการประเมินมากจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ถ้าหากมีความแตกต่างน้อยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

สรุป การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองหรือมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งพิจารณาจากการประเมินคุณค่าตนเองใน 2 ลักษณะ คือ ปัจจัยที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ศักยภาพตนเอง สภาพทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความมุ่งมั่น และปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้และการศึกษา สภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน

### 3.2 ทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem Theories)

#### 3.2.1 ทฤษฎีของเกล็น

เกล็น (Glen Stenhouse, 1994) กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นพลังที่ได้รับจากครอบครัว แต่การเห็นคุณค่าในตนเองไม่ใช่สิ่งที่ได้รับมาจากกรรมพันธุ์ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ถูกสร้างสรรค์ขึ้นมา จากประสบการณ์ส่วนบุคคล และก่อตัวเป็นรูปร่างขึ้นตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป พร้อมกับการรับประสบการณ์ใหม่ๆ ในชีวิตของแต่ละคน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองนั้นขึ้นอยู่กับมุมมองตนเองในทางที่ดีหรือไม่ดี ถ้าหากว่าตัวเรามีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองว่าพอใช้ได้ และตัวเราสามารถจัดระดับตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นว่าอยู่ในระดับดี สามารถบอกถึงส่วนที่ดีของตนเองได้ มีอัตมโนทัศน์ในแง่ดี ก็ถือว่าเป็นคนที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ส่วนคนที่เห็นว่าโดยทั่วไปแล้วจัดตัวเองว่าอยู่ในระดับที่ล้มเหลว มองตนเองในแง่ไม่ดี มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองว่าไม่ดี เป็นกลุ่มผู้ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

#### 3.2.2 ทฤษฎีของมาสโลว์

มาสโลว์ (Maslow, 1970) แนวคิดนี้มีทัศนคติในการมองธรรมชาติของมนุษย์ด้านดีงาม โดยอธิบายว่ามนุษย์มีธรรมชาติที่ใฝ่ดี สร้างสรรค์ความดี ประารถนาความเจริญแห่งตน รู้คุณค่าในตนเอง รู้จักรับผิดชอบชีวิต มีความรับผิดชอบในชีวิตและการกระทำของตน สุข ทุกข์ ชั่ว ดี เกิดจากการเลือกของตนและที่สำคัญที่สุดคือ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จะรู้จักตนเองและรู้จักความสามารถของตนเองเพื่อใช้พลังความสามารถของตนอย่างเต็มที่ ถ้ามนุษย์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เจริญแล้ว เขาจะพัฒนาไปสู่ความมุ่งดี ความเจริญของบุคลิกภาพและวุฒิภาวะเสมอ

มาสเตอร์ได้จัดลำดับความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น โดยที่แรงจูงใจในลำดับต้นต้องได้รับการตอบสนองก่อน แรงจูงใจลำดับสูงจึงพัฒนาตามลำดับ ดังนี้

แรงจูงใจลำดับที่ 1 มนุษย์ต้องได้รับการตอบสนองทางสรีระก่อน ได้แก่ ปัจจัย 4 คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และอื่นๆ จึงจะพัฒนาความต้องการประเภทอื่นๆ ตามมาได้ ถ้าความต้องการอันดับแรกยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ แรงจูงใจประเภทอื่นก็ยากที่จะเกิดได้

แรงจูงใจลำดับที่ 2 เป็นความต้องการความปลอดภัยแห่งตนเองและทรัพย์สิน ถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะเกิดอาการผวา ก่อให้เกิดความกลัวในสิ่งอื่นๆ ตามมาทั้งร่างกายและจิตใจ

แรงจูงใจลำดับที่ 3 เป็นความต้องการความเป็นเจ้าของ เช่น มีความรู้สึกว่าคุณสมบัติตระกูล มีครอบครัว มีครู มีโรงเรียน มีสถาบัน ฯลฯ กับความต้องการที่จะได้รับความรักจากผู้อื่นด้วยการหว่านไยดูแลผู้อื่นเช่นเดียวกัน อาทิ การเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงสัตว์ ฯลฯ

แรงจูงใจลำดับที่ 4 เป็นการแสวงหาและรักษาศักดิ์ศรีและเกียรติยศ ทั้งโดยตนเองสำนึกและผู้อื่นกล่าวยกย่อง เช่น การมีเกียรติ มีชื่อเสียง นับถือตนเอง ซึ่งมีผลทำให้สุขภาพจิตดี เกิดความนับถือและเคารพตนเอง กับการได้รับความนับถือจากผู้อื่นอย่างจริงจัง

แรงจูงใจลำดับที่ 5 เป็นการตระหนักรู้ในความสามารถของตน และประพฤติตนตามความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้อื่น สังคมและส่วนรวมเป็นสำคัญ อันนำไปสู่การเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์

ลำดับที่ 3 และลำดับที่ 4 จัดเป็นค่านิยมพื้นฐานของความรักและการเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อบุคคลได้รับความพึงพอใจใน 2 ลำดับนี้แล้วจึงจะพัฒนาไปสู่ลำดับที่ 5 คือ การพัฒนาไปสู่การตระหนักรู้ในความสามารถของตนและการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ มีความภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของตน มีความมั่นใจในการกระทำสิ่งต่างๆ อันจะนำไปสู่การเป็นตัวของตัวเองมากที่สุด

ความต้องการที่จะเห็นความสามารถของตนเองได้ด้วยตนเอง ความต้องการนี้เป็นความต้องการที่มีจิตใจละเอียดอ่อนลึกซึ้ง มีการพัฒนาการทางด้านจิตใจที่สูงขึ้น รู้จักศึกษาจิตใจของตนเองควบคุมตนเอง รู้จักใช้ชีวิตให้อยู่เหนืออิทธิพลของความต้องการขั้นต่ำกว่าได้ สามารถเห็นได้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีความภาคภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองมั่นใจในการที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ของตนเองได้โดยไม่ต้องรอฟังผู้อื่นหรือสิ่งอื่น การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลเข้าใจตนเอง รู้สึกว่าตัวเองมีค่า มีความสามารถที่แตกต่างไปจากผู้อื่น เป็นความรู้สึกสร้างสรรค์ อยากจะคิดด้วยตนเองและทำด้วยตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้จะนำไปสู่ความเป็นตัวของตัวเอง

### 3.2.3 ทฤษฎีของโรเจอร์

ทฤษฎีของโรเจอร์ (Rogers, 1961) มีความเชื่อว่ามนุษย์มีอิสระเสรีภาพ มีธรรมชาติที่ใฝ่ดี มีความปรารถนาที่จะรู้จักตนเองอย่างแท้จริง มีความรับผิดชอบต่อชีวิตและการกระทำของตน มีความสามารถในการแก้ปัญหาชีวิตของตนเอง และตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ถ้าอยู่ในสภาพที่เอื้ออำนวย ก็จะสามารถพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสมกับความสามารถของตนได้อย่างเต็มศักยภาพและมุ่งไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง นอกจากนี้โรเจอร์ยังได้กล่าวถึงคุณค่าในตนเอง ในแง่ของการประเมินตนเองระหว่างตัวตนที่แท้จริงและตัวตนตามอุดมคติ ดังนี้

1) บุคคลที่มองตนเองตรงกับตัวตนความเป็นจริง มักมองเห็นตนตามอุดมคติที่ค่อนข้างเป็นไปได้ทำให้การดำเนินชีวิตของเขาเป็นไปอย่างมีความมุ่งมั่น กระตือรือร้น และได้ตามตั้งใจไว้เสมอ เขาจึงมีความพอใจในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจในผู้อื่นด้วย นั่นคือ การมองตนเองและผู้อื่นในทางที่ดีและนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองสูงไปด้วย

2) บุคคลที่มองตนเองสูงกว่าตัวตนตามความเป็นจริง มักมีแนวโน้มที่จะมองตนตามอุดมคติอย่างเพ้อฝัน ไม่มีทางที่จะดำเนินไปสู่ความสำเร็จ ฉะนั้นจึงมักทำอะไรไม่สมหวังเสมอ แล้วก็โทษบุคคลอื่นหรือสถานการณ์อื่นว่าเป็นต้นเหตุของความไม่สมหวังนั้นๆ

3) บุคคลที่มองตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง มักเป็นผู้ที่ยอมแพ้ ถดถอย ไม่ได้ใช้ศักยภาพและคุณสมบัติที่มีตามความเป็นจริง จึงมีแนวโน้มที่จะวาดภาพตนในอุดมคติต่ำลงไปอีกเพราะไม่เชื่อในความสามารถและศักยภาพของตน อันจะนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงไปอีก

บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดีย่อมเห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับตนเอง สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง เปิดตนเองออกสู่ประสบการณ์ใหม่ๆ สามารถรับรู้ความต้องการที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในตนเองได้ มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถนำประสบการณ์ต่างๆ มาพัฒนาตนเองเกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ ทั้งต่อตนเองและต่อสังคม ความเป็นตัวของตัวเองอย่างเต็มที่

### 3.3 องค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเอง

ปัจจุบันสังคมให้ความสนใจเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ที่พบว่าความต้องการด้านร่างกายและจิตใจเกี่ยวข้งกันจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นรากฐานของสุขภาพจิตและเป็นสิ่งที่ทุกคนแสวงหา มีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบการเห็นคุณค่าในตนเองไว้หลากหลายด้วยกัน ดังนี้



มาสโลว์ (Maslow, 1970) กล่าวว่า บุคคลทุกคนมีความต้องการเห็นคุณค่า (self need) ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ประการ

1. ความต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) คือ ความปรารถนาของบุคคลที่ต้องการให้ตนเองมีความเข้มแข็ง มีความสำเร็จ มีความสามารถเพียงพอ มีความเชี่ยวชาญ มีความมั่นใจที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งต่างๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความเป็นอิสระซึ่งความต้องการในส่วนนี้จะประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การมีจุดเด่น (Strength) ผลสัมฤทธิ์ (Achievement) ความสามารถที่เหมาะสมต่อสภาพการณ์ต่างๆ (Adequacy) การบรรลุเป้าหมายและความสามารถ (Mastery and Competence) ความเชื่อมั่น (Confidence) การพึ่งตนเองและควมมีอิสระเสรี (Independence and Freedom)

2. ความต้องการเห็นคุณค่าจากผู้อื่น (esteem of other) คือ ความปรารถนาของบุคคลที่ต้องการให้ผู้อื่นเห็นว่าตนเองเป็นผู้มีชื่อเสียง มีเกียรติ มีตำแหน่งฐานะ มีบารมี มีลักษณะเด่นเป็นที่ยอมรับ ได้รับความสนใจ มีความสำคัญ มีศักดิ์ศรี และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) การเห็นคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก แยกออกเป็น 2 มิติ คือ

1. การตระหนักรู้ด้วยตนเอง (Cognitive self) เป็นเรื่องราวของความรู้ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเองจากการที่บุคคลเป็นเจ้าของตำแหน่ง สถานภาพภายในโครงสร้างสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่หรือเป็นสมาชิกอยู่ ทำให้บุคคลแต่ละคนมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น เป็นพ่อ แม่ เพื่อน ครู เอกลักษณ์ที่บุคคลได้รับจากสังคมทำให้บุคคลรู้ว่าเขาเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร ซึ่งไม่เกี่ยวกับการประเมินบุคคล

2. การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการอธิบายตนเองของบุคคลซึ่งเกิดจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสิ่งอื่นหรือคนอื่น เพื่อที่จะให้บุคคลรู้ว่าเขามีคุณค่า หรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงต่ำเพียงไร การประเมินตนเองของบุคคลในแนวสังคมวิทยาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่าคนที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างไร ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น

โลเวลล์ (Lovell, 1980) ได้แบ่งองค์ประกอบของตนออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ภาพพจน์ของตนเอง (Self Image) เป็นลักษณะของบุคคลที่ปรากฏออกมาในช่วงแรกของชีวิต ซึ่งได้ภาพพจน์จากบุคคลอื่น โดยเฉพาะจากบิดามารดา สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนๆ ตามลำดับ

2. ตนในอุดมคติ (Ideal Self) เป็นภาพที่บุคคลต้องการจะเป็นตนในอุดมคติ มีจุดเริ่มจากการที่มีบุคคลอื่นๆ เป็นแบบอย่าง และจะสร้างแบบอย่างของตนขึ้นมา (Model Self)

3. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองหรือตนในอุดมคติ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการตัดสินใจคุณค่าในตนเอง และเกี่ยวข้องกับความแตกต่างกันมาก ก็จะเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้เป็นคนที่มีความวิตกกังวลสูง มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยและมีสุขภาพจิตไม่ดี

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2 ลักษณะ ได้แก่

#### 1. ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล

1.1 ลักษณะทางกายภาพ เช่น รูปร่างหน้าตา ความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งถ้าบุคคลมีลักษณะทางกายภาพที่ดี เช่น ผู้หญิงที่มีรูปร่างงดงาม หรือผู้ชายที่มีร่างกายแข็งแรง มีความคล่องแคล่วว่องไว จะมีความพึงพอใจและเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ด้อยกว่า

1.2 ศักยภาพตนเอง ได้แก่ สมรรถภาพโดยทั่วไปความสามารถ และการปฏิบัติงาน ปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ ช่วยส่งเสริมให้เกิดการบรรลุผลสำเร็จในการดำเนินชีวิต

1.3 สภาพทางอารมณ์ เป็นภาพสะท้อนถึงความพึงพอใจ ความวิตกกังวล ความสุขที่เกิดจากการประเมินตนเองหลังจากมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ถ้าประเมินตนเองในทางบวก ก็จะมองว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ แต่ถ้าประเมินตนเองในทางลบก็จะเกิดความวิตกกังวลและรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า

1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล โดยทั่วไปบุคคลจะประเมินคุณค่าของตนเองจากความสำเร็จของการกระทำกิจกรรมที่ตนเองให้คุณค่าหรือความสำคัญ เช่น บุคคลที่ให้คุณค่ากับความสำเร็จทางการเรียน หากตัวเขาประสบความสำเร็จทางด้านนี้จะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในสภาพสังคมโดยทั่วไปหากกิจกรรมที่บุคคลให้ค่าค่านั้นสอดคล้องกับค่านิยมของสังคมและบุคคลได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมให้เห็นถึงความสอดคล้องนั้น จะยิ่งทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

1.5 ความมุ่งหวัง เป็นการตัดสินใจคุณค่าของตนเองจากการเปรียบเทียบความสามารถหรือการปฏิบัติงานของตนกับมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่ตนเองกำหนดไว้ ถ้าผลงานที่ได้ตรงตามเกณฑ์หรือดีกว่าเกณฑ์ บุคคลก็จะเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง แต่ถ้าผลงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์บุคคลก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว และส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองด้วย

#### 2. ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก

2.1 สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลมาก ดังนั้นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จึงเป็นรากฐาน

ที่สำคัญในชีวิต หากครอบครัวมีความอบอุ่น เข้าใจกัน ลูกหลานให้ความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และการที่สมาชิกในครอบครัวให้การเชื่อถือ ให้โอกาสในการ แสดงความสามารถและความรับผิดชอบ ประสบการณ์เหล่านี้จะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถ ของตน เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.2 ความรู้และการศึกษา ช่วยให้ผู้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในทักษะ ความสามารถและการเห็นคุณค่าในตนเอง หากครอบครัวและสังคมมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ ความรู้ ความสามารถ มีความเชื่อมั่นในทักษะของตนเอง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรม ต่างๆ ได้อย่างอิสระ และให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา สภาพการณ์เช่นนี้จะช่วยพัฒนาการเห็น คุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ

2.3 สถานภาพทางสังคม เป็นการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น โดยพิจารณาจาก อาชีพ ตำแหน่งการงาน บทบาททางสังคม รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ และท้องถิ่นที่อยู่ บุคคลที่มี สถานภาพทางสังคมสูง มักจะได้รับการปฏิบัติจากคนอื่นที่ทำให้เขารู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า บุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมปานกลางและต่ำ อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่า สถานภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองไม่ค่อยชัดเจน เพราะบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมในระดับ ต่ำ มีทั้งบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ

2.4 กลุ่มเพื่อน การได้รับการยอมรับหรือการมีความผูกพันกับกลุ่มเพื่อน มีความ สัมพันธ์กับเจตคติต่อตนเองและเจตคติต่อผู้อื่น การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมจะช่วย ในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมเอื้อสังคมมากขึ้น ให้ความช่วยเหลือบุคคล อื่น และมีความร่วมมือในการทำงานมากขึ้น การที่บุคคลไม่ได้รับการยอมรับ ไม่เป็นที่ประทับใจ ในกลุ่มเพื่อน จะทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ กลายเป็นคนที่เจียมขีริม ขอบเก็บตัว และไม่เป็นที่ ไว้วางใจจากเพื่อน

บาบลาดิเลียส (Babladelis, 1984) ได้กล่าวถึง การเห็นคุณค่าในตนเองว่าประกอบด้วย กระบวนการ 4 กระบวนการ ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. การสะท้อนจากผู้อื่น (Reflected Appraisal) บุคคลจะเรียนรู้ว่าตนเป็นคนอย่างไร ได้จากผู้อื่น ซึ่งอาจบอกตนด้วยภาษาพูดหรือภาษาท่าทาง การบอกเล่าหรือเสนอแนะนี้จะเป็นกระจกเงาสะท้อนให้ผู้บุคคลมองเห็นตนเอง ทั้งนี้การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไข ได้

2. การเปรียบเทียบทางสังคม (Social Comparison) การที่บุคคลไม่มีเกณฑ์เป็น เครื่องวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อบุคคลจะประเมินตนเองจึงใช้วิธีการเปรียบเทียบตนเองกับ บุคคลที่อยู่ในสถานภาพทางสังคมที่ต่ำกว่า เพื่อยกระดับการเห็นคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้น ในขณะที่

การเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมสูงจะนำไปสู่การลดคุณค่าในตนเองลง ดังนั้นจึงเป็นที่พบเสมอว่าบุคคลชอบลดคุณค่าของผู้อื่นเพื่อที่จะคงไว้หรือเพื่อเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง

3. การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) ถ้าบุคคลได้ทำอะไรในวิถีทางที่แน่นอนแล้วจะสามารถสังเกตได้ทั้งพฤติกรรมและผลที่ตามมาเพื่อประเมินตนเอง มีการศึกษาที่ได้สนับสนุนความคิดนี้โดยให้กลุ่มตัวอย่างสัญญาว่าจะพุดชมเชยตนเอง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีหลายสถานการณ์ที่การแสดงบทบาทสมมติเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถอธิบายให้เข้าใจได้หลายทฤษฎี คือ

3.1 ทฤษฎีความไม่ลงรอยกัน ผู้แสดงสามารถลดความไม่ลงรอยโดยนำที่ชนะส่วนตัวออกมาแสดงเพื่อเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองได้

3.2 ทฤษฎีบทบาทของตัวแบบ โดยการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง แล้วใช้ข้อมูลที่พบเห็นมาสร้างภาพลักษณ์ของตน เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.3 ทฤษฎีแรงจูงใจ เชื่อว่าเมื่อบุคคลเกิดแรงจูงใจในการเล่นบทบาทสมมติเขาจะหาข้อมูลซึ่งจะทำให้การแสดงบทบาทนั้นมีความน่าเชื่อถือ อันเป็นการเพิ่มคุณค่าในตนเอง

3.4 ทฤษฎีการเสริมแรง บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองได้จากประสบการณ์ความสำเร็จในการแสดงบทบาท ซึ่งอาจจะเกิดจากการยอมรับของผู้อื่นหรืออาจจะเป็นเพราะความชำนาญในการแสดงอย่างยอดเยี่ยม

4. การแบ่งแยกทางสังคม (Social Discrimination) จากการศึกษาพบว่าคนผิวดำและผู้หญิงมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าคนผิวขาวและผู้ชาย การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ชายและผู้หญิง พบว่าผู้หญิงมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ชาย ว่ากันตามคุณสมบัติตามแบบประเพณีแล้วเพศชายจะได้รับความนิยมนิยมและให้คุณค่ามากกว่าเพศหญิง

บาร์รี (Barry, 1988) แบ่งองค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (The body self) หมายถึง การที่บุคคลคิดและรู้สึกต่อรูปร่างและหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนความสามารถและหน้าที่พื้นฐานของร่างกาย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (The interpersonal self) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับวิธีที่เขามีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนสนิทสนมคุ้นเคยหรือบุคคลที่พบ โดยบังเอิญ

3. ความสำเร็จของตนเอง (The achieving self) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของชีวิตครอบครัว การศึกษา และการทำงาน

4. ความเป็นเอกลักษณ์ของตน (The identification self) เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคล ทางนามธรรม และพฤติกรรมแสดงความสนใจในทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ

สรุป การมองเห็นคุณค่าในตนเองเป็นผลที่บุคคลได้เกิดการรับรู้ และพิจารณามองถึง ผลที่เกิดขึ้น โดยเป็นการประเมินทั้งจากตนเองและสิ่งต่างๆ รอบตัว การรับรู้นี้จะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองได้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้องค์ประกอบการเห็นคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) เนื่องจาก ผู้วิจัยมีความเห็นว่าองค์ประกอบของคูเปอร์สมิท มีความครอบคลุมในการประเมินการเห็นคุณค่า ในตนเองของผู้สูงอายุได้ครบทุกด้าน ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ลักษณะ คือ ปัจจัยที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ศักยภาพตนเอง สภาพทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความมุ่งมั่น และ ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้และการศึกษา สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน

### 3.4 แนวทางการสร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง

โรเจอร์ (Rogers, 1961) เชื่อว่าจุดสำคัญแห่งชีวิตมนุษย์ คือ การเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ แบบด้วยการที่แต่ละบุคคลจะพยายามทำพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยอาศัยความเข้าใจ การยอมรับ ประสพการณ์ของตนเองเป็นสิ่งที่นำการกระทำ ในเรื่องของการยอมรับนั้นจะต้องเป็นการยอมรับ โดยไม่คำนึงว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือก่อให้เกิดความคับข้องใจก็ตาม จุดมุ่งหมายที่สำคัญแห่งชีวิตมนุษย์ตามความคิดของโรเจอร์มีส่วนคล้ายของมาสโลว์ แนวความคิดเรื่องการยอมรับตนเองของโรเจอร์ ประกอบด้วย

1. การเปิดใจกว้างรับประสพการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของแต่ละบุคคล ต่อประสพการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับ โดยไม่คำนึงถึงว่าจะจะเป็นประสพการณ์ทางด้านบวกหรือลบก็ตาม
2. ความจำเป็นในการดำรงชีวิต คือ ไม่ต่อต้านหรือขวางประสพการณ์ใดๆ ที่ผ่านเข้ามา แต่สามารถยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิตได้ และมีชีวิตอยู่ด้วยความสุข การยอมรับได้ในระดับนี้จะทำให้บุคคลนั้นสามารถที่จะเผชิญกับสิ่งใหม่ที่สำคัญกว่าอันอาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต
3. ความเชื่อมั่นในตนเอง คือ มีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่ขึ้นกับบุคคลอื่น ยอมรับสภาพความเป็นจริงว่าตนเองพร้อม และเปิดใจกว้างในการที่จะยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและไม่ยอมให้ผู้อื่นมากำหนดทางให้ตนเดิน
4. มีความเป็นอิสระ คือ มีอิสระในการที่จะตัดสินใจด้วยตนเองไม่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น หรือการคาดหวังความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือจากสังคมใด ๆ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองอยู่ตลอดเวลา

5. มีความคิดสร้างสรรค์ คือ มีความคิดริเริ่มในสิ่งที่ยังไม่เคยเจอ รู้จักวิธีการหลีกเลี่ยงหรือสามารถเผชิญกับสิ่งต่างๆ ได้

แซสซี (Sasse, 1978) เสนอการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยวิธีการ ดังนี้

1. สร้างความมั่นใจในตนเอง โดยพยายามนึกถึงความสำเร็จในวันข้างหน้าของชีวิต
2. ระลึกถึงงานที่ตนทำได้สำเร็จแล้วให้รางวัลเป็นสินน้ำใจหรือชมเชยตนเองหรือให้สิ่งที่มีความหมายแก่ตน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่ดีต่องานที่ทำมากขึ้น

3. บันทึกความสำเร็จที่ได้รับ สิ่งที่ทำได้ดีเป็นเวลาติดต่อกันหลายสัปดาห์ หรือหลายๆ เดือน โดยอาจจะประสบความสำเร็จในโครงการต่างๆ ที่มีความสำคัญสำหรับตน

เจอร์ดาโน และอีเวอร์รี่ (Girdano and Every, 1979) ได้เสนอวิธีการ 3 ประการในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างได้ผล ดังนี้

1. การใช้ภาษาเชิงบวก หมายถึง กระบวนการที่บุคคลให้การเสริมแรงภาพลักษณ์ของตน (Self-Image) โดยใช้ให้เห็นถึงลักษณะทางบวกของตนเอง เช่น ลักษณะบุคลิกภาพที่เป็นลักษณะเด่นหรือบุคลิกภาพที่น่าภาคภูมิใจ

2. การยอมรับคำยกย่องชมเชย คือ เมื่อมีบุคคลโดยยกย่องชมเชยก็แสดงการยอมรับโดยปราศจากท่าทีหรือคำตอบที่แสดงการถ่อมตน แต่ควรใช้ประโยคแสดงความยินดีแทน วิธีนี้จะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมอันจะทำให้บุคคลประทับใจและมองตนเองในทางบวกมากขึ้น

3. การฝึกพฤติกรรมการกล้าแสดงออก เป็นวิธีที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในเชิงบวก

บรูโน (Bruno, 1983) กล่าวถึงวิธีการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ ดังนี้

1. ให้ข้อเสนอแนะ หรือข้อคิดโดยตรง ซึ่งการเสนอแนะนี้อาจจะเป็นการเสนอแนะจากผู้อื่น หรือตนเองแนะตนเองก็ได้ วิธีการนี้เป็นการให้ข้อมูลซึ่งมีผลให้บุคคลเกิดกำลังใจและสร้างความภาคภูมิใจได้

2. สร้างความสำเร็จให้กับตนเองให้มากขึ้น การเพียรพยายามสร้างความสำเร็จเป็นวิถีทางที่จะเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง แต่อย่างไรก็ตามการประสบความสำเร็จแต่เพียงอย่างเดียวยังไม่พอเพียง การที่บุคคลมีความสุขกับชีวิตก็เป็นสิ่งสำคัญด้วยเช่นกัน

3. การลดความคาดหวังลงบ้าง การลดความคาดหวังลงโดยยังสามารถคงในสิ่งที่คนต้องการปรารถนาไว้ จะเป็นหนทางที่ช่วยให้บุคคลลดความสูญเสียและเศร้าโศกเสียใจน้อยลงได้

4. เลิกประเมินค่าตนเอง มนุษย์นั้นเพียงแต่มีชีวิตอยู่ก็มีค่าแล้ว จึงไม่มีคำตอบสำหรับคำถามที่ว่า “อะไรคือคุณค่าของฉัน?” นั่นก็หมายความว่า บุคคลควรเลิกประเมินค่าตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้น ถ้าบุคคลเลิกตัดสินค่าของตนเอง

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) กล่าวว่าบุคคลสามารถพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ด้วยวิธีการ ดังต่อไปนี้

1. ได้รับการนับถือ การยอมรับ การได้รับการปฏิบัติตอบจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง

2. ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งมีผลให้บุคคลเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย และมีผลต่อสถานภาพและตำแหน่งในสังคม

3. มีการกระทำที่ได้รับการยอมรับว่าสอดคล้องกับค่านิยม และความปรารถนาของตน

4. ปกป้องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการลดความสนใจต่อสิ่งที่จะทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง เช่น คำวิพากษ์วิจารณ์ การตั้งความหวัง

บรู๊ค (Brooks, 1992) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนี้

1. พัฒนาความรับผิดชอบและการให้ความช่วยเหลือต่อส่วนรวม

2. เปิดโอกาสให้คิดทางเลือกและตัดสินใจแก้ปัญหา

3. ให้การสนับสนุนกำลังใจและให้ข้อมูลย้อนกลับด้านบวก

4. เสริมสร้างวินัยในตนเอง โดยการสร้างแนวปฏิบัติและคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้น

ตามมา

5. ช่วยให้บุคคลรู้สึกยอมรับความล้มเหลวหรือความผิดพลาด

ลินเดอร์ฟิลด์ (Linderfield, 2000) ได้เสนอกลยุทธ์นำไปสู่คุณค่าแห่งตน โดยมีพื้นฐานอยู่บนตัวอักษรของ SELF – ESTEEM ดังนี้

S : Scrutiny การพิจารณาวิเคราะห์ขอบเขตของการสร้างคุณค่าแห่งตน ด้วยการเพิ่มการตระหนักรู้ในรูปแบบชีวิตและความสัมพันธ์ของตน

E : Explanation การอธิบายถึงสิ่งที่คุณยอมรับและรับผิดชอบสิ่งที่คุณสามารถเปลี่ยนแปลงได้

L : Love ความรักที่มีต่อตนเอง อย่างไม่เห็นแก่ตัว และไม่เป็นที่ทำร้ายชีวิตตนเอง

F : Focus เน้นเพียงปัญหาเดียว เมื่อแก้ปัญหาแรกได้แล้วจึงขยายไปสู่ปัญหาอื่น

E : Envisaging	ระบุให้ชัดเจนในสิ่งที่ต้องการจะมี
S : Strategy	กลวิธีที่จะก้าวไปให้ถึงคุณค่าแห่งตน เริ่มจากทักษะง่ายๆ ก่อน
T : Triggers	หยุดนิสัยที่ทำให้คุณค่าแห่งตนลดลง
E : Encouragement	สนับสนุนและให้กำลังใจในการสร้างคุณค่าแห่งตน
E : Experimentation	ลงมือปฏิบัติ
M : Monitoring	เขียนแบบประเมินตนเองเป็นระยะๆ

สามารถสรุปได้ว่าวิธีการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะต้องคำนึงถึงการส่งเสริมที่ตัวบุคคล เช่น การมีความคิดทางบวกกับตนเอง การลดความคาดหวัง การสร้างคุณค่าให้ตัวเอง เป็นต้น และยังต้องให้ความสำคัญแก่การส่งเสริมหรือการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น จัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีความมั่นคง ปลอดภัย มีกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุสำรวจตนเอง ได้แสดงออกอย่างมีอิสระ มีการสนับสนุนจากสังคมที่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น และเพื่อช่วยพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ควรให้ความสำคัญกับทั้งตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมควบคู่กัน ไป

จากแนวคิดทั้งหมดที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมิแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นวัยที่เปราะบาง และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลใดก็ตามที่เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ยอมรับและพอใจในลักษณะการดำเนินชีวิตตามปกติของมนุษย์ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (นิตยา เพ็ญศิริรณภา, 2554) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) ประกอบด้วย ปัจจัยที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ศักยภาพตนเอง สภาพทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความมุ่งหวัง และปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้และการศึกษา สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน



#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุตา ถิ่อมั่น (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลย่านยาว อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) ในตำบลย่านยาว อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัย พบว่า มีกลุ่มตัวแปร 5 กลุ่มหลักที่สามารถจำแนกเป็นปัจจัยร่วมสำหรับการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลย่านยาวได้ ปัจจัยที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เศรษฐกิจ สุขนิสัย ครอบครัว การศึกษา และเพศ ปัจจัยที่ 2 ความรุนแรงจากความสัมพันธ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ปัจจัยที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต และอัตมโนทัศน์ ปัจจัยที่ 4 สภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความแข็งแรงของร่างกาย การปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ และการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยที่ 5 การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ การได้รับการดูแลจากครอบครัว ความมั่นคงทางการเงิน การมีส่วนร่วมในสังคม และการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

วินัส วัชวณะ (2550) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ จำนวน 400 คน พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และที่ระดับ 0.05 เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสภาพจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคุณลักษณะด้านครอบครัว ประกอบด้วย สถานภาพสมรส และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้าน สุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศิรินุช ฉายแสง (2553) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม 5 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยนำ 6 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยเอื้อ 2 ตัวแปร และปัจจัยเสริม 2 ตัวแปร รวม 15 ตัวแปร มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ความเชื่อ ความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อาชีพหลัก และการได้รับ

แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสถานภาพ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดนี้สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.6 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.387

ชุตินเดช เกียนคอน (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 -79 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 475 คน ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจ ร้อยละ 52.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อายุ การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพ และอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ผลการวิจัยยังพบว่า ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การได้รับการอบรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ร้อยละ 22.5

ดวงใจ คำคง (2554) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบ จำนวน 170 คน จากฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ในทะเบียนราษฎร์ ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.2 ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน อยู่ในระดับสูง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีด้านปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยด้านอายุและสถานภาพหม้ายมีผลทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธิพงษ์ บุญผดุง (2554) ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนสุเหร่าลำแขก จำนวน 83 คน ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี และด้านสภาพร่างกายที่ดี ตามลำดับ ในขณะที่

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และด้านการตัดสินใจด้วยตนเองมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าด้านสภาพอารมณ์ที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านความร่าเริง อ่างว้าง และปัจจัยด้านความสุขกาย สบายใจ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว มิตรสหายและเพื่อนบ้าน ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการอุทิศและการได้รับการยอมรับจากชุมชน ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการดำรงชีพ และปัจจัยด้านรายรับและรายจ่าย คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการใส่ใจเรื่องสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริโภคที่ดี และสุดท้ายด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านความเป็นอิสระทางความคิด และปัจจัยการเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ

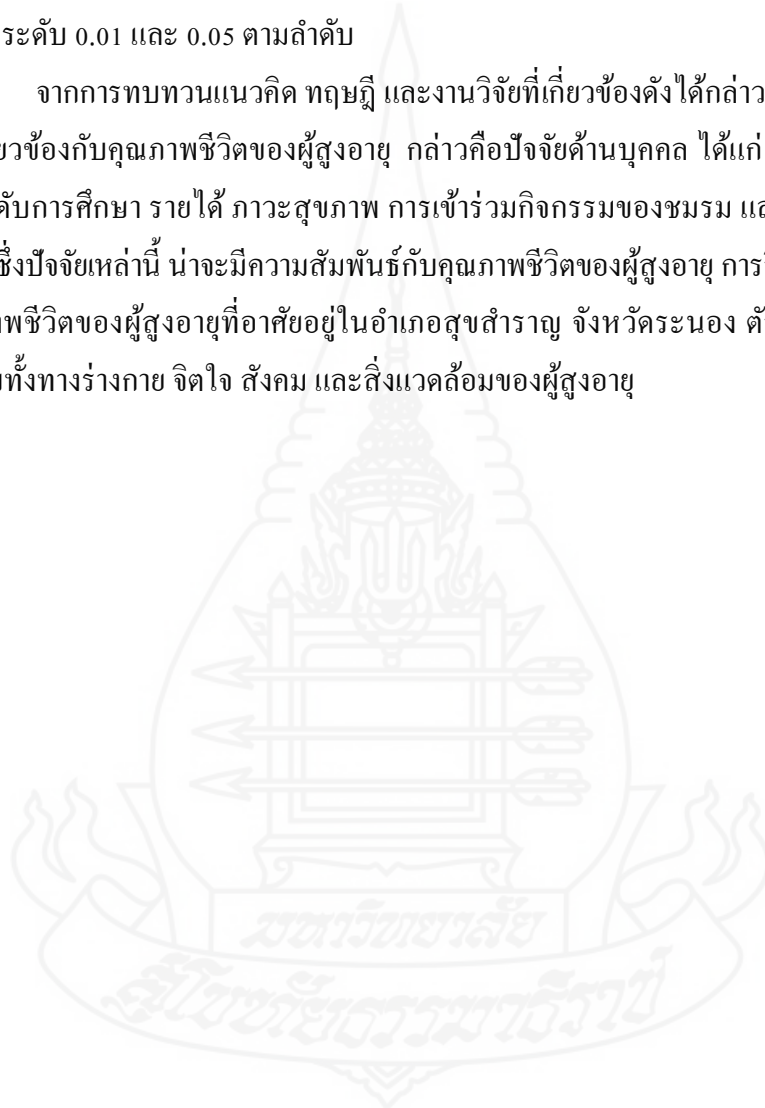
อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้จากการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรคือ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และ 0.05 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุและปัจจัยด้านสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

มาลี ปุยเสาชง (2555) ศึกษาเรื่องการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบ้านไร่ อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านไร่ อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 211 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ตำบลบ้านไร่ อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับมาก และในด้านสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้สูงอายุควรให้ความสนใจและเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในช่วงวัยสูงอายุ หากไม่มีการเตรียมตัวที่ดีพอจะส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตได้

สายโสม วิสุทธยานนท์ (2555) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุทำกิจกรรมในบ้านในระดับมาก และทำกิจกรรมทางสังคม

ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวและบทบาทต่อชุมชนในระดับมาก 2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และด้านรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และยังพบว่าปัจจัยด้านอายุ ด้านสภาพการทำงาน และด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังได้กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ตัวแปรที่นำมาวิจัยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ



# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอบถามข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง จำนวน 1,127 คน โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

##### 1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) พักอาศัยอยู่ในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง อย่างน้อย 6 เดือน
- 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย
- 3) เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้
- 4) ไม่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว สติปัญญา ตาบอด หรือหูหนวก

#### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

##### 1.2.1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการใช้สูตรการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเดเนียล (Daniel, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 287 คน ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{NZ^2 \alpha_2 P(1 - P)}{(N - 1)d^2 + Z^2 \alpha_2 P(1 - P)}$$

เมื่อกำหนด  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 1,127 คน  
 $Z^2_{\alpha/2}$  = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณผิดไปจากค่าจริง

โดยกำหนด  $\alpha$  เท่ากับ 0.05 (ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้ง ปกติมีค่าเท่ากับ 1.96)

$P$  = ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.482 (ดวงใจ คำคง, 2554)

$d$  = ความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนดเท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{(1,127) (1.96)^2 (0.482)(1 - 0.482)}{(1,127 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.482) (1 - 0.482)}$$

$$= 286.41$$

นั่นคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า

287 คน

### 1.2.2 การสุ่มตัวอย่าง

เนื่องด้วยขนาดของประชากรแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน จึงสุ่มตัวอย่าง โดยการหากกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Quota sampling) ตามสูตรดังนี้

$$n_1 = \frac{nN_1}{N}$$

โดย  $n_1$  = จำนวนหน่วยตัวอย่างที่สุ่มออกจากแต่ละกลุ่ม

$n$  = จำนวนของหน่วยตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด

$N_1$  = จำนวนประชากรแต่ละกลุ่ม

$N$  = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 1,127 คน

ตารางที่ 3.1 การคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	การคำนวณ $n_1 = \frac{nN_1}{N}$	จำนวนของกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษา (คน)
นาคา	1. บางมัน	125	$(287 \times 125)/1,127 = 31.8$	32
	2. นาพรุ	122	$(287 \times 122)/1,127 = 31.1$	31
	3. บางกล้วย	95	$(287 \times 95)/1,127 = 24.2$	24
	4. ควนไทรงาม	77	$(287 \times 77)/1,127 = 19.6$	20
	5. ฝ่ายท่า	99	$(287 \times 99)/1,127 = 25.2$	25
	6. แหลมนาว	17	$(287 \times 17)/1,127 = 4.3$	4
	7. ไร่โน	62	$(287 \times 62)/1,127 = 15.8$	16
	8. ทุ้งถั่ว	47	$(287 \times 47)/1,127 = 12.0$	12
กำแพง	1. ทะเลนอก	19	$(287 \times 19)/1,127 = 4.8$	5
	2. บ้านเหนือ	133	$(287 \times 133)/1,127 = 33.9$	34
	3. กำแพง	133	$(287 \times 133)/1,127 = 33.9$	34
	4. ภูเขาทอง	84	$(287 \times 84)/1,127 = 21.4$	21
	5. สุขสำราญ	48	$(287 \times 48)/1,127 = 12.2$	12
	6. โตนกลอย	18	$(287 \times 18)/1,127 = 4.6$	5
	7. หาดทรายขาว	48	$(287 \times 48)/1,127 = 12.2$	12
<b>รวม</b>		<b>1,127</b>	<b>287</b>	<b>287</b>

ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยใช้การเรียงลำดับรายชื่อผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน แล้วดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) คำนวณหาช่วงที่จะใช้ในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Interval)

$$I = \frac{N}{n}$$

เมื่อกำหนด  $I =$  ช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง  
 $N =$  จำนวนประชากรทั้งหมด  
 $n =$  ขนาดตัวอย่าง

$$\text{แทนค่า} \quad I = \frac{1,127}{287} = 3.93$$

2) สุ่มหาตัวเลขตั้งต้น (Random Start) โดยการสุ่มหมายเลขระหว่าง 1 ถึง  $I$  ด้วยวิธีจับฉลากขึ้นมาหมายเลขหนึ่ง ซึ่งได้ค่า  $R$  เท่ากับ 3 จากนั้นหาหมายเลขที่ตกเป็นตัวอย่างถัดไป โดยบวกด้วยค่าของช่วงการสุ่ม ( $I$ ) เรื่อยๆ ไปจนครบจำนวน  $n$  ดังนี้  $R, R+I, R+2I, \dots, R+(n-1)I$  นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ผู้สูงอายุลำดับที่ 3, 7, 11, ..... ไปเรื่อยๆจนครบ 287 ตัวอย่าง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ศักยภาพตนเอง สภาพทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความมุ่งหวัง สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้และการศึกษา สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การตรวจให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 17 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 2 และ ข้อ 6 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 2, 6 ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ระดับความรู้สึกมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
ระดับความรู้สึกมาก	ให้ 2 คะแนน
ระดับความรู้สึกปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ระดับความรู้สึกน้อย	ให้ 4 คะแนน
ระดับความรู้สึกน้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน



กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 17 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ระดับความรู้สึกมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ระดับความรู้สึกมาก	ให้ 4 คะแนน
ระดับความรู้สึกปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ระดับความรู้สึกน้อย	ให้ 2 คะแนน
ระดับความรู้สึกน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

นำผลคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต โดยมีเกณฑ์ในการแปลความ

ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรการหาอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.8 \end{aligned}$$

เกณฑ์ค่าเฉลี่ยในการแปลความ

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับความรู้สึกมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับความรู้สึกมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับความรู้สึกปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับความรู้สึกน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับความรู้สึกน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การตรวจให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้ 2 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้  
(สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2540)

ตารางที่ 3.2 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	คะแนน		
	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>26 – 60</b>	<b>61 – 95</b>	<b>96 - 130</b>

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24
องค์ประกอบด้านจิตใจ	ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ได้แก่ ข้อ 13,14,25
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

**ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต** จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อเสนอแนะด้านสุขภาพกาย ข้อเสนอแนะด้านสุขภาพจิต ข้อเสนอแนะด้านสุขภาพกาย ข้อเสนอแนะด้านสัมพันธภาพทางสังคม และข้อเสนอแนะด้านสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามปลายเปิด

### 3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน โดยส่วนที่เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ชุด 26 ตัวชี้วัด ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2540) และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การเห็นคุณค่าในตนเอง และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

3.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ และการเห็นคุณค่าในตนเอง จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนิยาม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์

3.2 สร้างแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเอง ตรวจสอบเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์หรือไม่ จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.3 นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (รายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะพิจารณาความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

- ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์  
 ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์  
 ให้คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

3.4 นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$\text{IOC} = \frac{\sum R}{n}$$

$$\sum R = \text{ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ}$$

$$n = \text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}$$

โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องปรับปรุงแก้ไข ซึ่งผลการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พบว่า มีข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 จำนวน 26 ข้อ ข้อที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.67 จำนวน 3 ข้อ และข้อที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.33 จำนวน 1 ข้อ

3.5 นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขและเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อประเมินความถูกต้องและเหมาะสม

3.6 นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุตำบลบางหิน อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ ซึ่งใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่าแบบสัมภาษณ์นี้มีความน่าเชื่อถือได้ สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

#### 4. การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ COA\_PHRN 2/2558. 1708 (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

## 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 อบรมพนักงานสัมภาษณ์ จำนวน 6 คน โดยชี้แจงรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ รายชื่อ และให้พนักงานสัมภาษณ์ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์โดยการสอบถามพนักงานสัมภาษณ์ที่เข้ามา อบรม

5.2 มอบหมายให้พนักงานสัมภาษณ์ไปเก็บข้อมูลตามรายชื่อเป้าหมายที่ได้จากการสุ่ม ตัวอย่าง โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 18-30 สิงหาคม 2558

5.3 จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มอบหมายให้พนักงานสัมภาษณ์ไปเก็บข้อมูล จำนวน 287 ชุด และได้รับแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์กลับคืนมา จำนวน 287 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ตอน คือ ปัจจัย ด้านบุคคลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอ สุขสำราญ จังหวัดระนอง โดยใช้วิธีการประมวลผลค่าทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์เพื่อให้สอดคล้องกับ ลักษณะของข้อมูล และตอบวัตถุประสงค์ ดังนี้

### 6.1 สถิติเชิงพรรณนา

6.1.1 **ข้อมูลด้านบุคคล** ได้แก่ ตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะ สุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ส่วนตัวแปรอายุ รายได้ การเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

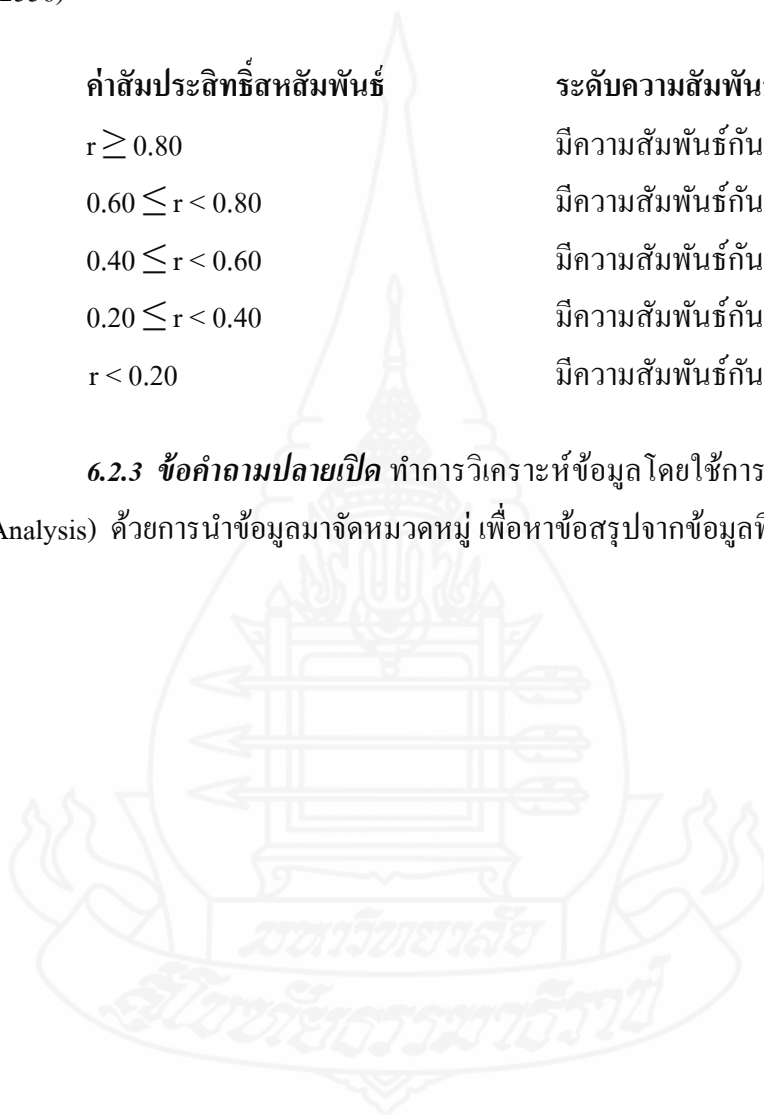
### 6.2 สถิติเชิงวิเคราะห์

6.2.1 **วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล** ได้แก่ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง โดยใช้สถิติการทดสอบความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**6.2.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง** โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในลักษณะระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ (Bartz, 1999 อ้างถึงใน เดชาวูชนิตยสุทธิ, 2556)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
$r \geq 0.80$	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
$0.60 \leq r < 0.80$	มีความสัมพันธ์กันสูง
$0.40 \leq r < 0.60$	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
$0.20 \leq r < 0.40$	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
$r < 0.20$	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

**6.2.3 ข้อคำถามปลายเปิด** ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ เพื่อหาข้อสรุปจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง จำนวน 287 คน ได้ข้อมูลตอบกลับ 287 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 6 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 4.1 ปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุ
- 4.2 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
- 4.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 4.6 ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

#### 1. ปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.07 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.28 รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.83 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.89 อายุน้อยสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 95 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.85 รองลงมาสถานภาพหม้าย ร้อยละ 28.92 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.30 รองลงมาไม่ได้เรียน ร้อยละ 18.47 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001-3,000 บาท ร้อยละ 44.25 รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 35,000 บาท สุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง ร้อยละ 42.16 เป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 16.03 โดยมีความเสี่ยงต่อโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.57 รองลงมาที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม และโรคไขมัน ในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 47.83, 26.09 และ 23.91 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.81 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.50 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคข้อเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 22.50, 17.50 และ 11.67 ตามลำดับ ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 46.69 สาเหตุเพราะไม่ว่างไปเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 19.40 รองลงมาเป็นการเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 9.70 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 10.10 เหตุผลเพราะไม่ว่างไปเข้าร่วมกิจกรรม

ร้อยละ 24.14 รองลงมาไม่มีคนคอยไปรับส่ง/เดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 20.69 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิก และเข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง ร้อยละ 25.09 เหตุผลเพราะไม่ว่างไปเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 19.44 รองลงมาเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 11.11 และมีผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.12 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล (n = 287)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	106	36.93
หญิง	181	63.07
<b>อายุ</b>		
60 – 69 ปี	173	60.28
70 – 79 ปี	77	26.83
80 ปีขึ้นไป	37	12.89
$\bar{x}$ = 69.60 ปี S.D. = 7.94 Min. = 60 ปี Max. = 95 ปี		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	3	1.05
สมรส	189	65.85
หม้าย	83	28.92
หย่า	8	2.79
แยกกันอยู่	4	1.39
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	53	18.47
ประถมศึกษา	219	76.30
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	13	4.53
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1	0.35
อนุปริญญา	1	0.35



ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
≤ 1,000 บาท	53	18.47
1,001 – 3,000 บาท	127	44.25
3,001 – 5,000 บาท	63	21.95
> 5,000 บาท	44	15.33
$\bar{x}$ = 3,788.85 บาท S.D. = 3,833.72 บาท Min. = 600 บาท Max. = 35,000 บาท		
<b>ภาวะสุขภาพ</b>		
สมบูรณ์แข็งแรง	121	42.16
เป็นกลุ่มเสี่ยง	46	16.03
ความเสี่ยงต่อโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- โรคความดันโลหิตสูง	32	69.57
- โรคเบาหวาน	22	47.83
- โรคข้อเสื่อม	12	26.09
- โรคไขมันในเลือดสูง	11	23.91
- โรคไต	2	4.35
- โรคหัวใจ	2	4.35
- โรคต่อมลูกหมากโต	1	2.17
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- โรคความดันโลหิตสูง	93	77.50
- โรคเบาหวาน	27	22.50
- โรคไขมันในเลือดสูง	21	17.50
- โรคข้อเสื่อม	14	11.67
- โรคหัวใจ	13	10.83
- โรคไต	11	9.17
- โรคต่อมลูกหมากโต	3	2.50
- โรคไทรอยด์	1	0.83
- พิการ	1	0.83

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ/เหตุผล</b>		
ไม่ได้เป็นสมาชิก	134	46.69
เหตุผลที่ไม่ได้เป็นสมาชิก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ไม่มีว่างไปเข้าร่วมกิจกรรม	26	19.40
- การเดินทางไม่สะดวก	13	9.70
- สุขภาพไม่แข็งแรง	10	7.46
- จี้เกียด / ไม่ชอบการประชุม	9	6.72
- ไม่ทราบข้อมูลข่าวสาร	5	3.73
เป็นสมาชิกแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม	29	10.10
เหตุผลที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ไม่มีว่างไปร่วมกิจกรรม	7	24.14
- ไม่มีคนคอยไปรับส่ง / เดินทางไม่สะดวก	6	20.69
- ไม่ทราบข้อมูลข่าวสาร	3	10.34
- สุขภาพไม่แข็งแรง	2	6.90
- จี้เกียด / ไม่อยากเข้าร่วมประชุม	2	6.90
เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง	72	25.09
เหตุผลที่เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ไม่มีว่างไปเข้าร่วมกิจกรรม	14	19.44
- เดินทางไม่สะดวก	8	11.11
- ไม่ทราบข้อมูลข่าวสาร	4	5.56
- สุขภาพไม่แข็งแรง	2	2.78
- จี้เกียด / ไม่ชอบไปประชุม	1	1.39
เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง	52	18.12

## 2. การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ภาพรวมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (S.D.= 0.46) ซึ่งเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D.= 0.44) ซึ่งเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาในด้านต่างๆ ของปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล พบว่า ทุกด้านมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก โดยด้านสภาพทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านความมั่งหวัง ด้านค่านิยมส่วนบุคคล ด้านศักยภาพตนเอง และด้านลักษณะทางกายภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (S.D.= 0.75), 3.96 (S.D.= 0.61), 3.85 (S.D.= 0.73), 3.74 (S.D.= 0.65) และ 3.47 (S.D.= 0.56) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.2)

ด้านปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (S.D.= 0.54) ซึ่งเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาในด้านต่างๆ ของปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอกพบว่า ด้านสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ด้านกลุ่มเพื่อน และด้านสถานภาพทางสังคม มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (S.D.= 0.51), 3.67 (S.D.= 0.74), และ 3.62 (S.D.= 0.68) ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้และการศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (S.D.= 0.76) เป็นการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

(n = 287)

การเห็นคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
<b>ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล</b>	<b>3.80</b>	<b>0.44</b>	<b>มาก</b>
1. ลักษณะทางกายภาพ	3.47	0.56	มาก
2. ศักยภาพตนเอง	3.74	0.65	มาก
3. สภาพทางอารมณ์	3.98	0.75	มาก
4. ค่านิยมส่วนบุคคล	3.85	0.73	มาก
5. ความมั่งหวัง	3.96	0.61	มาก

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

การเห็นคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
<b>ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก</b>	<b>3.64</b>	<b>0.54</b>	<b>มาก</b>
1. สัมพันธภาพภายในครอบครัว	3.86	0.51	มาก
2. ความรู้และการศึกษา	3.40	0.77	ปานกลาง
3. สถานภาพทางสังคม	3.62	0.68	มาก
4. กลุ่มเพื่อน	3.67	0.74	มาก
<b>ภาพรวมการเห็นคุณค่าในตนเอง</b>	<b>3.72</b>	<b>0.46</b>	<b>มาก</b>

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาด้านลักษณะทางกายภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพอใจต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือร่างกายที่เสื่อมสภาพไปตามวัย ทำให้ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านศักยภาพตนเอง พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม รองลงมาคือ ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อผู้อื่น ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ข้อ

ด้านสภาพทางอารมณ์ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ลูกหลานได้ รองลงมาคือ ความรู้สึกที่ตัวเองเป็นภาระของคนในครอบครัว อยู่ในระดับมากทั้ง 2 ข้อ

ด้านค่านิยมส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกที่ผ่านมาตนเองประสบความสำเร็จ พอที่จะเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลานได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 (S.D = 0.73) อยู่ในระดับมาก

ด้านความมุ่งหวัง พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความภูมิใจที่มีลูกหลานหรือญาติมิตรมาขอคำปรึกษา รองลงมาคือ ความพอใจต่อการเอาใจใส่จากครอบครัวหรือคนรอบข้าง ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ข้อ

ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้สึกที่คนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับตัวเอง รองลงมาคือความรู้สึกได้รับการเคารพยกย่องจากคนในครอบครัว ความรู้สึกที่คนในครอบครัวยอมรับฟังความคิดเห็นของตัวเอง และตนเองมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระของคนในบ้าน ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับมาก

ด้านความรู้และการศึกษา พบว่า ความรู้สึกมั่นใจที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งต่างๆ ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (S.D = 0.76) อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านสถานภาพทางสังคม พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลใกล้ชิดและคนในชุมชน รองลงมาคือ ความภูมิใจที่สามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ และการเป็นที่ปรึกษาเรื่องต่างๆ ให้แก่คนในชุมชนได้ ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับมาก

ด้านกลุ่มเพื่อน พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเท่าๆ กับเพื่อนคนอื่นๆ ที่อยู่ในช่วงวัยเดียวกัน รองลงมาคือ การได้รับการชื่นชมจากคนในช่วงวัยเดียวกัน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ทั้ง 2 ข้อ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ  
จำแนกรายข้อ (n = 287)

ข้อ	การเห็นคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
<b>ด้านลักษณะทางกายภาพ</b>				
1	ความพอใจต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร เป็นต้น	4.07	0.78	มาก
2	ร่างกายที่เสื่อมสภาพไปตามวัย ทำให้ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง	2.86	0.82	ปานกลาง
<b>ด้านศักยภาพตนเอง</b>				
3	ความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม	3.75	0.74	มาก
4	ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อผู้อื่น	3.72	0.68	มาก
<b>ด้านสภาพทางอารมณ์</b>				
5	ความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ลูกหลานได้	4.07	0.76	มาก
6	ความรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของคนในครอบครัว	3.88	1.06	มาก

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อ	การเห็นคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
<b>ด้านค่านิยมส่วนบุคคล</b>				
7	ความรู้สึกว่าที่ผ่านมาตนเองประสบความสำเร็จพอที่จะเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลานได้	3.85	0.73	มาก
<b>ด้านความมุ่งหวัง</b>				
8	ความภูมิใจที่มีลูกหลานหรือญาติมิตรมาขอคำปรึกษา	4.02	0.75	มาก
9	ความพอใจต่อการเอาใจใส่จากครอบครัวหรือคนรอบข้าง	3.90	0.69	มาก
<b>ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว</b>				
10	ความรู้สึกว่าคนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับตัวเอง	4.10	0.65	มาก
11	ความรู้สึกว่าคนในครอบครัวยอมรับฟังความคิดเห็นของตัวเอง	3.81	0.69	มาก
12	ความรู้สึกได้รับการเคารพยกย่องจากคนในครอบครัว	3.92	0.66	มาก
13	ความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระคนในบ้าน	3.63	0.84	มาก
<b>ด้านความรู้และการศึกษา</b>				
14	ความรู้สึกมั่นใจที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งต่างๆ ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	3.40	0.76	ปานกลาง
<b>ด้านสถานภาพทางสังคม</b>				
15	การเป็นที่ปรึกษาเรื่องต่างๆ ให้แก่คนในชุมชนได้	3.48	0.87	มาก
16	การได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลใกล้ชิดและคนในชุมชน	3.70	0.69	มาก
17	ความภูมิใจที่สามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นได้	3.67	0.87	มาก

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อ	การเห็นคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
<b>ด้านกลุ่มเพื่อน</b>				
18	การได้รับการชื่นชมจากคนในวัยเดียวกัน	3.64	0.79	มาก
19	ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเท่ากับเพื่อน คนอื่นๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน	3.69	0.83	มาก

### 3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 90.85 (S.D.= 9.94) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.00 (S.D.= 2.80) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.93 (S.D.= 3.45), 9.26 (S.D.= 1.81) และ 28.61 (S.D.= 3.68) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 287)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	22.93	3.45	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	23.00	2.80	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.26	1.81	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.61	3.68	ปานกลาง
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>90.85</b>	<b>9.94</b>	<b>ปานกลาง</b>

ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.60 โดยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.48 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 16.38 และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 3.14 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.89 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.11 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.60 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 20.20 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 12.20 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.28 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 39.37 และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 0.35 (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 287)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย	9 (3.14)	231 (80.48)	47 (16.38)
ด้านจิตใจ	0 (0.00)	118 (41.11)	169 (58.89)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	58 (20.20)	194 (67.60)	35 (12.20)
ด้านสิ่งแวดล้อม	1 (0.35)	173 (60.28)	113 (39.37)
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>0 (0.00)</b>	<b>194 (67.60)</b>	<b>93 (32.40)</b>

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกรายข้อ พบว่า ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องความพอใจกับการนอนหลับ ร้อยละ 17.8 รองลงมาในเรื่องความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ร้อยละ 9.1 ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ร้อยละ 32.8 รองลงมาในเรื่องการมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ร้อยละ 23.7 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ร้อยละ 7.0 รองลงมาในเรื่องความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ร้อยละ 6.3 ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องความ



พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ร้อยละ 27.2 รองลงมาในเรื่องการมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ร้อยละ 12.9 (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n = 287)

ข้อ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
<b>ด้านสุขภาพกาย</b>						
1	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการ	18 (6.3)	60 (20.9)	126 (43.9)	75 (26.1)	8 (2.8)
2	การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	0 (0.00)	33 (11.5)	129 (44.9)	111 (38.7)	14 (4.9)
3	ความพอใจกับการนอนหลับของตัวเอง	0 (0.00)	15 (5.2)	100 (34.8)	121 (42.2)	51 (17.8)
4	ความพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ ในแต่ละวัน	2 (0.7)	24 (8.4)	130 (45.3)	118 (41.1)	13 (4.5)
5	ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	7 (2.4)	79 (27.5)	111 (38.7)	85 (29.6)	5 (1.7)
6	ความพอใจกับความสามารถในการทำงาน ได้อย่างที่เคยทำมา	2 (0.7)	54 (18.8)	149 (51.9)	79 (27.5)	3 (1.0)
7	ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	3 (1.0)	49 (17.1)	107 (37.3)	102 (35.5)	26 (9.1)
<b>ด้านจิตใจ</b>						
1	ความพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	0 (0.00)	7 (2.4)	115 (40.1)	137 (47.7)	28 (9.8)
2	การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ	1 (0.3)	11 (3.8)	110 (38.3)	141 (49.1)	24 (8.4)
3	ความพอใจในตนเอง	0 (0.00)	6 (2.1)	85 (29.6)	158 (55.1)	38 (13.2)

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
4	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	0 (0.00)	5 (1.7)	43 (15.0)	145 (50.5)	94 (32.8)
5	การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	1 (0.3)	19 (6.6)	66 (23.0)	133 (46.3)	68 (23.7)
6	ความรู้สึกว่าตนเองมีความหมาย	23 (32.9)	43 (61.4)	4 (5.7)	56 (80.0)	13 (18.6)
<b>ด้านสัมพันธภาพทางสังคม</b>						
1	ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา	1 (0.3)	13 (4.5)	111 (38.7)	144 (50.2)	18 (6.3)
2	ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับ จากเพื่อนๆ	2 (0.7)	11 (3.8)	103 (35.9)	151 (52.6)	20 (7.0)
3	ความพอใจในชีวิตทางเพศ	134 (46.7)	47 (16.4)	66 (23.0)	32 (11.1)	8 (2.8)
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>						
1	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย ในแต่ละวัน	0 (0.00)	2 (0.7)	93 (32.4)	157 (54.7)	35 (12.2)
2	ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	3 (1.0)	3 (1.0)	59 (20.6)	144 (50.2)	78 (27.2)
3	การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3 (1.0)	30 (10.5)	175 (61.0)	59 (20.6)	20 (7.0)
4	ความพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็น	1 (0.3)	13 (4.5)	134 (46.7)	129 (44.9)	10 (3.5)
5	การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต แต่ละวัน	3 (1.0)	23 (8.0)	133 (46.3)	97 (33.8)	31 (10.8)
6	การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	4 (1.4)	12 (4.2)	103 (35.9)	131 (45.6)	37 (12.9)

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ไม่	เล็ก	ปาน	มาก	มาก
		เลย	น้อย	กลาง		ที่สุด
7	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของตัวเอง	0 (0.00)	9 (3.1)	107 (37.3)	139 (48.4)	32 (11.1)
8	ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม)	2 (0.7)	40 (13.9)	120 (41.8)	105 (36.6)	20 (7.0)
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>						
1	ความพอใจกับสุขภาพในตอนนี้	0 (0.00)	25 (8.7)	113 (39.4)	110 (38.3)	39 (13.6)
2	ความคิดเห็นต่อระดับคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)	0 (0.00)	6 (2.1)	154 (53.7)	109 (38.0)	18 (6.3)

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษา และการเป็นสมาชิกชมรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.43 เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.38 (ตารางที่ 4.7)

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.20$ ) โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (ตารางที่ 4.8)

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดี มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.96 ส่วนสถานภาพสมรสอื่นๆ (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.53 (ตารางที่ 4.7)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.47 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาาระดับประถมศึกษาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.33 (ตารางที่ 4.7)

รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.30$ ) โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (ตารางที่ 4.8)

ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.89 ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.61 และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.67 (ตารางที่ 4.7)

การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุทั้งหมดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 70.90 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 72.41 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 62.50 และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ร้อยละ 63.46 (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $n = 287$ )

ปัจจัยด้านบุคคล ของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต				รวม	$\chi^2$	p - value
	ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>						4.54	0.03
- ชาย	63	59.43	43	40.57	106		
- หญิง	131	72.38	50	27.62	181		
<b>สถานภาพสมรส</b>						4.82	0.03
- สมรส	119	62.96	70	37.04	189		
- อื่นๆ	75	76.53	23	23.47	98		

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล ของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต				รวม	$\chi^2$	p - value
	ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ระดับการศึกษา</b>						2.98	0.23
- ไม่ได้เรียน	40	75.47	13	24.53	53		
- ประถมศึกษา	146	66.67	73	33.33	219		
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	8	53.33	7	46.67	15		
<b>ภาวะสุขภาพ</b>						21.18	<0.001
- สมบูรณ์แข็งแรง	64	52.89	57	47.11	121		
- เป็นกลุ่มเสี่ยง	38	82.61	8	17.39	46		
- มีโรคประจำตัว	92	76.67	28	23.33	120		
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม</b>						2.23	0.53
- ไม่ได้เป็นสมาชิก	95	70.90	39	29.10	134		
- เป็นสมาชิกแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม	21	72.41	8	27.59	29		
- เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง	45	62.50	27	37.50	72		
- เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง	33	63.46	19	36.54	52		

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 287)

ปัจจัยด้านบุคคล ของผู้สูงอายุ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	- 0.20	0.001	ต่ำ
รายได้	0.30	< 0.001	ต่ำ

## 5. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.71$ ) โดยทั้งปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก และปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.71$  และ  $0.60$ ) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายด้านในปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล พบว่า ด้านศักยภาพตนเอง ด้านความมุ่งหวัง ด้านสภาพทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.50, 0.47, 0.43$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านลักษณะทางกายภาพ และด้านค่านิยมส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.31$ )

ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอกจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.64$ ) ส่วนด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว ด้านสถานภาพทางสังคม ด้านความรู้และการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.59, 0.57, 0.47$ ) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $n = 287$ )

การเห็นคุณค่าในตนเอง	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
<b>ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล</b>	<b>0.60</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>สูง</b>
ลักษณะทางกายภาพ	0.31	< 0.001	ต่ำ
ศักยภาพตนเอง	0.50	< 0.001	ปานกลาง
สภาพทางอารมณ์	0.43	< 0.001	ปานกลาง
ค่านิยมส่วนบุคคล	0.31	< 0.001	ต่ำ
ความมุ่งหวัง	0.47	< 0.001	ปานกลาง
<b>ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก</b>	<b>0.71</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>สูง</b>
สัมพันธภาพภายในครอบครัว	0.59	< 0.001	ปานกลาง
ความรู้และการศึกษา	0.47	< 0.001	ปานกลาง

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 287)

การเห็นคุณค่าในตนเอง	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		ระดับ
	r	p-value	ความสัมพันธ์
สถานภาพทางสังคม	0.57	< 0.001	ปานกลาง
กลุ่มเพื่อน	0.64	< 0.001	สูง
<b>ภาพรวมการเห็นคุณค่าในตนเอง</b>	<b>0.71</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>สูง</b>

## 6. ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### 6.1 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น ควรให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายเล็กๆ น้อยๆ เช่น การเดิน การทำงานบ้าน การทำสวน เป็นต้น (ร้อยละ 55.75) รองลงมาให้ข้อเสนอแนะว่าผู้สูงอายุควรนอนหลับให้เพียงพอ โดยหากมีอาการนอนไม่หลับก็อาจรับประทานยาตามแพทย์สั่ง หรือการทำสมาธิจะช่วยให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ดีขึ้น (ร้อยละ 31.71) ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น อาหารหลัก 5 หมู่ อาหารปลอดสารพิษ หรือการไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น (ร้อยละ 29.97) และผู้สูงอายุควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 9.76) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (n = 287)

ข้อเสนอแนะด้านสุขภาพกาย	จำนวน	ร้อยละ
ออกกำลังกายเล็กๆ น้อยๆ	160	55.75
นอนหลับให้เพียงพอ	91	31.71
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	86	29.97
ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	28	9.76

## 6.2 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า การปรับปรุงคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุต้องไม่เครียด โดยการไม่คิดเรื่องไร้สาระหรือคิดฟุ้งซ่าน (ร้อยละ 32.06) การทำจิตใจให้เบิกบาน โดยการคิดบวก (ร้อยละ 26.13) การทำใจยอมรับในสิ่งที่เป็น (ร้อยละ 13.94) การพบปะพูดคุยกับเพื่อน (ร้อยละ 13.24) การหากิจกรรมทำยามว่าง เช่น การดูทีวี การฟังเพลง การตกปลา การปลูกผัก การทำงานบ้าน เป็นต้น (ร้อยละ 12.89) การทำสมาธิ เช่น การละหมาด การเข้าวัดทำบุญ (ร้อยละ 9.76) และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ร้อยละ 8.01) ตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต  
(n = 287)

ข้อเสนอแนะด้านสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เครียด	92	32.06
ทำจิตใจให้เบิกบาน	75	26.13
ทำใจยอมรับในสิ่งที่เป็น	40	13.94
พูดคุยกับเพื่อน	38	13.24
หากิจกรรมทำยามว่าง	37	12.89
ทำสมาธิ	28	9.76
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	23	8.01

## 6.3 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า การปรับปรุงคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ได้แก่ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ไม่ทะเลาะเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 27.87) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 24.39) การพบปะพูดคุยกับเพื่อน (ร้อยละ 18.47) การทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การร่วมกิจกรรมตามประเพณี งานบุญต่างๆ การร่วมกิจกรรมของชุมชน (ร้อยละ 11.50) และการทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี การเป็นจิตอาสาและไม่ทำตัวเป็นภาระของผู้อื่น (ร้อยละ 6.97) ดังตารางที่ 4.12



ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสังคม

(n = 287)

ข้อเสนอแนะด้านสังคม	จำนวน	ร้อยละ
มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	80	27.87
ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	70	24.39
พบปะพูดคุยกับเพื่อน	53	18.47
ทำกิจกรรมร่วมกัน	33	11.50
ทำตนเป็นแบบอย่าง	20	6.97

#### 6.4 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม พบว่า การปรับปรุงคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่ มีความปลอดภัย (ร้อยละ 32.06) การใช้ชีวิตแบบพอเพียง เช่น การปลูกผักกินเอง การใช้จ่ายเท่าที่จำเป็น การทำบัญชีครัวเรือน เป็นต้น (ร้อยละ 26.83) การรักษาสีสิ่งแวดล้อมหรือการไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 5.92) การร่วมพัฒนาชุมชน เช่น การปลูกต้นไม้ การเก็บขยะในชุมชน เป็นต้น (ร้อยละ 13.59) และการมีลูกหลานและสังคมให้การช่วยเหลือ เช่น มีเพื่อนบ้านคอยดูแล มีส่วนราชการต่างๆ/ท้องถิ่น คอยให้การสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ (ร้อยละ 3.83) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

(n = 287)

ข้อเสนอแนะด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่	92	32.06
กินอยู่แบบพอเพียง	77	26.83
ร่วมพัฒนาชุมชน	39	13.59
รักษาสีสิ่งแวดล้อม	17	5.92
มีลูกหลานและสังคมให้การช่วยเหลือ	11	3.83

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Study) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอบถามข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง โดยสรุปได้ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

1.1.2 เพื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

1.1.3 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

1.1.4 เพื่อสอบถามข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง จำนวน 287 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน โดยส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไป การเห็นคุณค่าในตนเอง และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ค่าความเชื่อมั่นในส่วนของ การเห็นคุณค่าในตนเองที่มีการให้ค่าคะแนนแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ โดยใช้สูตรของการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ 0.94 สำหรับแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL – BREF – THAI) ชุด 26 ตัวชี้วัด ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2540) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 18-30 สิงหาคม 2558 ได้รับข้อมูลตอบกลับ ร้อยละ 100 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

### 1.3 ผลการวิจัย

**1.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล** จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.07 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.28 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.85 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001-3,000 บาท ร้อยละ 44.25 สุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง ร้อยละ 42.16 เป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 16.03 โดยมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.57 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.81 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.50 ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 46.69 สาเหตุเพราะไม่ว่างไปเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 19.40 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 10.10 เหตุผลเพราะไม่ว่างไปเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 24.14 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง ร้อยละ 25.09 เหตุผลเพราะไม่ว่างไปเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 19.44 และมีผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ร้อยละ 18.12

**1.3.2 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ** จากการวิจัยพบว่า ภาพรวมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (S.D.= 0.46) ซึ่งเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D.= 0.44) ซึ่งเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับมาก และเมื่อพิจารณาด้านต่างๆ ของปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล พบว่า ทุกด้านมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก โดยด้านสภาพทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านความมั่งหวัง ด้านค่านิยมส่วนบุคคล ด้านศักยภาพตนเอง และด้านลักษณะทางกายภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (S.D.= 0.75), 3.96 (S.D.= 0.61), 3.85 (S.D.= 0.73), 3.74 (S.D.= 0.65) และ 3.47 (S.D.= 0.56) ตามลำดับ

ด้านปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (S.D.= 0.54) ซึ่งเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาด้านต่างๆ ของปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก พบว่า ด้านสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ด้านกลุ่มเพื่อน และด้านสถานภาพทางสังคม มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (S.D.= 0.51), 3.67 (S.D.= 0.74) และ 3.62 (S.D.= 0.68) ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้และการศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (S.D.= 0.76) เป็นการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง

**1.3.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** จากการวิจัยพบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 90.85 (S.D.= 9.94) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.00 (S.D.= 2.80) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.93 (S.D.= 3.45), 9.26 (S.D.= 1.81) และ 28.61 (S.D.= 3.68) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกรายข้อ พบว่า ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องความพอใจกับการนอนหลับ ร้อยละ 17.8 ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ร้อยละ 32.8 ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ร้อยละ 7.0 และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ร้อยละ 27.2

**1.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** จากการวิจัย พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับการศึกษา และการเป็นสมาชิกชมรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.20$ ) และรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.30$ )

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.71$ ) โดยทั้งปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก และปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.71$  และ  $0.60$ ) ตามลำดับ

**1.3.5 ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย โดยการให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ น้อยๆ เช่น การเดิน การทำงานบ้าน การทำสวน เป็นต้น ร้อยละ 55.7 ด้านสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุต้องไม่เครียด เช่น การไม่คิดเรื่องไร้สาระหรือคิดฟุ้งซ่าน ร้อยละ 32.1 ด้านสังคม โดยการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ไม่ทะเลาะเพื่อนบ้าน ร้อยละ 27.9 และด้านสิ่งแวดล้อม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่ มีความปลอดภัย ร้อยละ 32.1

## 2. อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ดังนี้

### 2.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 90.85$ , S.D. = 9.94) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 23.00$ , S.D. = 2.80) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.93 (S.D.= 3.45), 9.26 (S.D.= 1.81) และ 28.61 (S.D.= 3.68) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอำเภอสุขสำราญ ลักษณะสังคมเป็นแบบเครือญาติ มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตลอดจนสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้กำหนดเป็นนโยบาย เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552 เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพหรือฝึกอชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ใกล้เคียงกัน

ด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.9 และมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.7 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมสภาพ และจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะเข้าไปในทุกๆ ระบบของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง

ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีความหมายอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 61.4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือการมีโรคประจำตัวซึ่งต้องรับการรักษาที่ใช้ระยะเวลาช้านาน และการไปรับการรักษาแต่ละครั้งต้องอาศัยให้ลูกหลานพาไป อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ที่งานทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลและกระทบกระเทือนใจได้ง่าย

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า แม่ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 46.69 แต่พบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.2 และมีความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเป็นสังคมแบบเครือญาติ มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและการช่วยเหลือที่ดีจากบุคคลรอบข้าง และถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุก็มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันในชุมชน

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจระดับปานกลางเกี่ยวกับการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ร้อยละ 61.0 ความพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น ร้อยละ 46.7 การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ร้อยละ 46.3 และความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม) ร้อยละ 41.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสูญเสียหน้าที่การงานจากข้อจำกัดในการประกอบอาชีพจากควมมีอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยลง การดำรงชีวิตที่จะสนองความต้องการในด้านต่างๆ จึงค่อนข้างจำกัด ไม่สามารถใช้จ่ายได้สะดวกสบายเหมือนที่ผ่านมา

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชูติเดช เจริญคอน (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำปาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจ ร้อยละ 52.7 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิพงษ์ บุญผดุง (2554) ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1) ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และด้านการตัดสินใจด้วยตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ มาลี ปุยเสาชง (2555) ศึกษาเรื่องการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบ้านไร่ อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก และในด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายโสม วิสุทธิยานนท์ (2555) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

## 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### 2.2.1 เพศ

เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.6 เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

ร้อยละ 27.6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสังคมไทย ยังคงให้ความสำคัญกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุตา ถิ่นมั่น (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลย่านยาว อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า เพศเป็นปัจจัยร่วมสำหรับการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลย่านยาวได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วินัส วิวัฒน์นะ (2550) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสภาพจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุตติเดช เจริญคอน (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำดวน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2.2.2 อายุ

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.20$ ) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามเวลาที่ผ่านไป ทำให้เกิดการทรุดโทรมของอวัยวะต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมสภาพจะมากขึ้น โดยลำดับตามอายุที่มากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วินัส วิวัฒน์นะ (2550) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุตติเดช เจริญคอน (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำดวน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ ร้อยละ 30.5

### 2.2.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.04 ส่วนสถานภาพสมรสอื่นๆ (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 23.47 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อมๆ กัน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง

ทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม ผู้สูงอายุ จึงมีความกังวลและกระทบกระเทือนใจได้ง่าย ทำให้รู้สึกว่าเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การมีคู่สมรสจึงมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ทำให้รู้สึกมั่นคงในชีวิต รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากบุตร ที่คอยดูแลช่วยเหลืออีกทางหนึ่ง ในขณะที่คน โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดผู้ปลอบโยนให้กำลังใจ และจะเกิดความซึมเศร้าได้ง่าย รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง หมดหวัง ท้อแท้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วินัส วิวัฒน์นะ (2550) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิรินุช ฉายแสง (2553) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.6 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.387 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุตติเดช เจริญคอน (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ ร้อยละ 30.5 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ คำคง (2554) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำตืนธุ์ อำเภอสรินครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพหม้าย มีผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารดา ธีระเกียรติกำจร (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

#### 2.2.4 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุไม่ว่ามีการศึกษาอยู่ระดับใด ส่วนใหญ่ก็มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน ร้อยละ 75.7 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 53.3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคุณภาพชีวิตมิได้มีผลมาจากการศึกษาในชั้นเรียนเพียงอย่างเดียว แต่คุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย



องค์ประกอบหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านเรื่องราวต่างๆ มามากมาย ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรง นอกจากนี้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพและพึ่งพาตนเองได้ รู้จักการปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วินัส วิวัฒน์นะ (2550) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2.2.5 รายได้

รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.30$ ) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาวะเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลที่จะสนองความต้องการในด้านต่างๆ ทั้งด้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ตนเอง ตลอดจนส่งผลไปถึงการเลือกทำกิจกรรม เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยสำคัญ ปัญหาทางเศรษฐกิจมักเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดในการประกอบอาชีพจากควมมีอายุทำให้มีรายได้ลดลง ซึ่งผู้สูงอายุมีความต้องการทางการเงินเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในสถานะที่ตนเองเจ็บป่วย การช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคม และทำบุญ ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม ดังนั้นรายได้จะเป็นตัวลดปัญหาสุขภาพและยกระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วินัส วิวัฒน์นะ (2550) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายโสม วิสุทธิยานนท์ (2555) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัยพบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2.2.6 ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.11 ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 17.39 และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 23.33 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความต้องการทางด้านสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรงจึงมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือเป็นกลุ่มเสี่ยง จะเกิดการทรุดโทรมของอวัยวะต่างๆ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อร่างกายไม่แข็งแรงย่อมส่งผลต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ค้อยคุณค่า และเป็นภาระของผู้อื่น มีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุตา ถ้อมั่น (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลย่านยาว อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า สภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความแข็งแรงของร่างกาย การปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ และการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยร่วมสำหรับการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลย่านยาวได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุตติเดช เจียนดอน (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ ร้อยละ 30.5 และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ ร้อยละ 22.5

### 2.2.7 การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุทั้งหมดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 70.9 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 72.4 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 62.5 และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ร้อยละ 63.5 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอำเภอสุขสำราญเป็นชุมชนชนบท สังคมแบบเครือญาติ มีบุตรหลานอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียง มีความใกล้ชิดและผูกพันระหว่างญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน อีกทั้งยังได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) เป็นต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้ว่าถูกทอดทิ้ง และแม้ว่าผู้สูงอายุไม่ได้ไปร่วมกิจกรรมในชมรมของผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุก็มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน ส่งผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุตติเดช เจียนดอน (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้าน

ร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ ร้อยละ 30.5 และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ ร้อยละ 22.5

### 2.2.8 การเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.71$ ) โดยทั้งปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก และปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.71$  และ  $0.60$ ) ตามลำดับ โดยพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงได้แก่ ความพอใจต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร เป็นต้น ( $\bar{x} = 4.07$ ) ความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ลูกหลานได้ ( $\bar{x} = 4.07$ ) ความรู้สึกที่คนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับตัวเอง ( $\bar{x} = 4.10$ ) และความภูมิใจที่มีลูกหลานหรือญาติมิตรมาขอคำปรึกษา ( $\bar{x} = 4.02$ ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในอำเภอสุขสำราญยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมถึงบุคคลในครอบครัวและสังคมให้การยอมรับและเคารพนับถือ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุตา ถิ่นมัน (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลย่านยาว อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต และอัตมโนทัศน์ เป็นปัจจัยร่วมสำหรับการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลย่านยาวได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชูติเดช เจริญดอน (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายได้ ร้อยละ 30.5 และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจได้ ร้อยละ 22.5

## 3. ข้อเสนอแนะ

### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

3.1.1 ผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยด้านที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดคือด้านกลุ่มเพื่อน ซึ่งเมื่อพิจารณาประเด็นย่อยของด้านกลุ่มเพื่อนแล้วพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนการชื่นชมจากคนในวัยเดียวกัน เช่น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุไปเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุด้วยกัน เนื่องจากในผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุได้ ส่วนใหญ่เกิดจากไม่มีเวลาว่าง และเดินทางไม่สะดวก

3.1.2 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดีทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 20.20 รองลงมาคือ ด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 3.14 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและแผนงาน โครงการในการดำเนินงานส่งเสริมและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยควรให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และสังคมของผู้สูงอายุ นอกจากนี้หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขควรจัดหน่วยบริการสุขภาพไปช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุถึงชุมชน เพื่อลดภาระการเดินทาง และเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

3.1.3 ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีการเตรียมความพร้อม และวางแผนการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ตามกรอบนโยบายพัฒนาพลัง (Active Ageing) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้กระบวนการที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดีค่อนข้างน้อย และยังพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสุขภาพกาย จึงควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบที่จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3.2.1 ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการศึกษาภาวะพัฒนาพลัง (Active Ageing) ของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เพื่อจะได้มีข้อมูลในการเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ อันจะส่งผลให้เกิดการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อสูงวัยต่อไป



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

## บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2542). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*.  
นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย*.  
กรุงเทพฯ: พี.เอ.ดีฟวิง.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*  
(พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- กุดยา ตันดิผลาชีวะ. (ม.ป.ป.). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เจริญกิจ.
- ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์. (2553). *รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนิน  
ชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร  
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). *การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย*. *บทความวิชาการ*. 3(16),  
2-8.
- ชรินทร์ เจริญกุล และอังสนา บุญธรรม. (2549). *สมรรถนะทางกาย สุขภาพและความพึงพอใจ  
ในชีวิตของผู้สูงอายุไทย*. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 36(2), 22-23.
- ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ และอรุณี บุญอรุณีพิภิญโญ. (2542). *ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ:  
กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข ภาค 2*. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*.  
14(2), 32-35.
- ชุดิเดช เจียนคอน. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา*  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ชุดิไกร ตันดิชยานิช. (2551). *ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2538). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศุภวานิช.
- ดวงใจ คำคง. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์  
จังหวัดพัทลุง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์).  
มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.

- เดชาวุธ นิตยสุทธิ. (2556). การใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ*. หน่วยที่ 14. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2544). การพยาบาลกับพัฒนาการของชีวิต. ใน *ประมวลสาระชุดวิชามโนคติและกระบวนการทางการพยาบาล*. หน่วยที่ 6. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- ชนภัทร สุทธิ. (2550). การดำเนินชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียงกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย. (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2554). การเสริมพลังในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค*. หน่วยที่ 5. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บังอร ธรรมศิริ. (2549). *ผู้สูงอายุในสังคมไทย*. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา, นนทบุรี.
- บัณฑิต เลียงชนสมบัติ. (2547). *การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. (ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.
- พรสวรรค์ จารุพันธ์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 10(3), 223-235.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2548). *คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2546*. กรุงเทพฯ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เพื่อนใจ รัตตากร. (2539). *กิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาลี ปุยเสาชง. (2555). *การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลบ้านไร่ อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา, นนทบุรี.
- รัตนพรชัย โชติวินิช. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง*. 14, 23-31.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญ.
- รัตนา สีนธิรภาพ. (2541). *ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมุทรปราการ*. (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.
- เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ ธนิกานต์ ศักดาพร. (2554). *ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์.
- วรางคณา ผลประเสริฐ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชาชน. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค*. หน่วยที่ 3. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วารี กังใจ. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*. มหาวิทยาลัยบูรพา. 6(1), 13-20.
- วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 5(2), 32-40.
- วินัส วัชวัฒน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2543). *การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: ไทยเกษิซสาร.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- ศรีทับทิม (รัตน โกศล) พานิชพันธ์. (2534). *บริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*. 6, 1-2.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์ และเกื้อ วงศ์บุญสิน. (2549). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน*. *วารสารประชากรและสังคม*, 14(2). 133-152.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.



- สายโสม วิสุทธิยานนท์. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลลำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้น สํารวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- \_\_\_\_\_. (2557). *รายงานสถิติรายปี ประเทศไทย 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- \_\_\_\_\_. (2550). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรที่วราชอาณาจักร ไตรมาส 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2557)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2558). *ข้อมูลประชากรจังหวัดระนอง*. ระนอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (อัดสำเนา).
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง. (2558). *รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ชุมชนผู้สูงอายุ ปี 2558*. ระนอง : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ. (อัดสำเนา).
- สุดา ถิ่นมั่น. (2547). *ปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลย่านยาว อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสุโขทัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- สุทธิพงษ์ บุญผดุง. (2554). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.
- สุพัตรา ธารานุกุล. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวัฒน์ ศรีสรจักร, อรณัฐ ภาชนะ และคณะ. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล*. 23(84), 76-87.

- อรนุช อุคตสมฤดี. (2550). *สัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์*. (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต "ไม่ได้ตีพิมพ์"). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.
- อารดา ธีระเกียรติกำจร. (2554). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต "ไม่ได้ตีพิมพ์"). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อำนาจ วัจจัน และพิมพ์พร ฟองหล้า. (2545). *ดัชนีคุณภาพชีวิตในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารศรีปทุมปริทัศน์*. 2(1), 43-54.
- อัมพร โอตระกุล. (2538). *ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- Babbladelis, G. (1984). *The Study of Personality*. New York: Rinahart and Winston.
- Barry, P.D. (1988). *Mental Health and Mental Illness*. 5<sup>th</sup> ed. Piladelphia: J.B.Lippincott.
- Branden, N. (1981). *The Psychology of Self-Esteem*. 15th ed. New York: Bantam Book's Inc.
- Brooks, R.B. (1992). *Self-Esteem During the School Years*. Pediatric Clinics of North America.
- Bruno, F.J. (1983). *Adjustment and Personal Growth : Seven Pathway*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Calhoun, G.J. and W.C. Morse. (1977) *Self Concept and Self-Esteem : Another Perspective*. *Psychology in the School*. 14 : 318-322 ; July.
- Cambell A. (1976). *Subjective measure of well – being*. American Psychologist.
- Cobb S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Psychosom Med.
- Coopersmith S. (1984). *Self – Esteem inventory*. (2nded). California: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Dalkey N, Rourke D. (1973). *The delphi procedure and rating quality of life factor in the quality of Life concept*. Washington, D.C.: Environment Protection Agency.
- Daniel W W. (2010). *Biostatistics: A foundation for Analysis in the Health Sciences*. Hoboken, New Jersey.
- Ebersole PA, Hess P. (1998). *Toward healthy aging: Human needs and nursing response*. (5 th ed.) ST. Louis: Mosby.
- Elder, H. J. (1965). *Life opportunity and personality: Some consequence of stratified secondary education in Britain*. *Sociology of Education*, 38(2), 173-202.
- Ernest B. (1984). *The Family from Institution to Companionship*. New York: American Book.

- Flanagan JC. (1978). *A research approach to improving our quality of life*. American Psychologist.
- Frank SM. (1988). *Instruments for clinical nursing research*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Friedman MM. (1993). *Social support sources and psychological well-being in older women With heart disease*. Res Nurs Health.
- Girdano, D. and G. Every (1979). *Controlling Stress & Tension : A Holistic*. New Jersey Prentice-Hall Englewood Cliffs.
- Glen Stenhouse. (1994). *Confident children developing your child's self – esteem*. New Zealand : Oxford University Press.
- Harris DK., Cole WE. (1980). *Sociology of Aging*. Boston: Houghton Mifflin company.
- House JS. (1981). *The nature of social support* In M.A. Reading (Ed.). Work stress and social support (pp.13-23). Philadelphia: Addison Wesley.
- Hughes B, Geronto. (1993). *Logical approaches to quality of life* In Johnson, J. & Slaters, R. (Eds). *Aging and Later Life*. London: SAGE Publications.
- Lawrence RM, Lawrence SA. (1987 - 1988). The nurse and job related stress: Responses, Rx, and self – dependency. *Nursing Forum*. 23, 45-51.
- Lindenfield, G. (2000). *Self Esteem*. Great Britain: Caledonian International Book Manufacturing Ltd. Glasgow.
- Liu, B.C. (1975). Quality of Life : Concept, Measure and Result. *The American Journal of Economic and Sociologic*, 34, 1.
- Lovell, R. B. (1980). *Adult Learning*. New York: Haper and Row.
- Maslow AH. (1970). *Motivation and Personality*. (2nd.ed.). New York: Harper & Row Publishers.
- McCroskey, J. C., Richmond, V. P., & Stewart, R. A. (1986). *One-on-one: The foundations of interpersonal communication*. Englwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Meeberg GA. (1993). *Quality of life: a concept analysis*. J Adv Nurs.
- Morrow WR, Wilson RC. (1961). *Family relations of bright high-achieving and under-achieving High school boys*. Child Dev.
- Orem DE. (2001). *Nursing concepts of practice*. St. Louise: Mosby – year book.
- Padilla GV, Grant MM. (1985). *Quality of life as a cancer nursing outcome variable*. ANS Adv Nurs Sci.
- Pender N J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3nded). Connecticut: Appleton & Lange.

- Ragsdale D, Morrow JR. (1990). *Quality of life as a function of HIV classification*. Nurs Res.
- Rogers, C.R. (1961). *Client Center Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg M. (1979). *Conceiving of self*. New York: Basic Books, Inc.
- Sasse, C.R. (1978). *Person to Person*. Peoria Illinois Benefit Publishing.
- Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS (1981). *The health-related functions of social Support*. J Behav Med.
- Sharma R.C. (1975). *Population and Socio – Economic Development*. Population Trends Resourc and Environment; Hand book on Population Education. New Delhi.
- The WHOQOL Group. (1995). *WHOQOL – BREF introduction, administration, scoring and Generic version of assessment, field trial version* Geneva. WHO.
- The WHOQOL Group. (1998). *The development of the world health organization quality of life assessment instrument*.
- In: J Orley, & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspective* (pp.41-57). New York: Springer – verlag.
- UNESCO. (1980). *Evaluation the quality of life in Belgium*. Social Indicators Research 8(September): 312.
- WHO expert committee. (1989). *Health of the elderly*. WHO technical report series.
- World Health Organization: WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- Zhan L. (1992). *Quality of life: conceptual and measurement issues*. J Adv Nurs.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย (แบบสัมภาษณ์)



## ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย (แบบสัมภาษณ์)

1. นายสุเทพ ธนชาติบรรจง ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ  
(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง  
ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการคุณภาพ)  
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ปี 2550
2. นางสาววาสนี วงศ์อินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
P.hd.candidate (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น (อยู่ระหว่างการศึกษา)
3. นางจริยา พิชญ์ชยะนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม  
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)  
มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2543





ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์



## แบบสัมภาษณ์

เลขที่.....

### แบบสัมภาษณ์เพื่อประกอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

#### คำชี้แจง

- แบบสัมภาษณ์ชุดนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวนทั้งหมด 56 ข้อ ดังนี้ คือ
 

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	7 ข้อ
ส่วนที่ 2 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	19 ข้อ
ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน	26 ข้อ
ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต	จำนวน	4 ข้อ
- กรุณาตอบตรงความจริง เพื่อให้แบบสัมภาษณ์มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ให้ได้ผลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของทุกท่าน ผู้วิจัยถือว่ามีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และจะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

นางสาวนัศรียา สือมะ

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** เขียนเครื่องหมาย ลงใน ( ) หรือข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (ถ้ามีเศษเกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี แต่ถ้าเศษน้อยกว่า 6 เดือน ไม่นับเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า ( ) 5. แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า  
( ) 5. อนุปริญญา ( ) 6. อื่นๆ (ระบุ).....

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (จากประกอบอาชีพหรือได้รับสนับสนุนจากลูก/ญาติ/หน่วยงานต่างๆ)

6. สุขภาพกายของท่านตอนนี้

( ) 1. สมบูรณ์แข็งแรง  
( ) 2. เป็นกลุ่มเสี่ยง ระบุ.....(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)  
( ) 1. โรคความดันโลหิตสูง ( ) 2. โรคเบาหวาน ( ) 3. โรคหัวใจ  
( ) 4. โรคไขมันในเลือดสูง ( ) 5. โรคมะเร็ง ( ) 6. โรคไต  
( ) 7. โรคหอบหืด ( ) 8. โรคข้อเสื่อม ( ) 9. โรคต่อมลูกหมากโต  
( ) 9. อื่น ๆ ระบุ.....

( ) 3. มีโรคประจำตัว ระบุ.....(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

( ) 1. โรคความดันโลหิตสูง ( ) 2. โรคเบาหวาน ( ) 3. โรคหัวใจ  
( ) 4. โรคไขมันในเลือดสูง ( ) 5. โรคมะเร็ง ( ) 6. โรคไต  
( ) 7. โรคหอบหืด ( ) 8. โรคข้อเสื่อม ( ) 9. โรคต่อมลูกหมากโต  
( ) 9. อื่น ๆ ระบุ.....

7. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมสร้างสุขภาพ และได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่

- ( ) 1. ไม่ได้เป็นสมาชิก เพราะ.....
- ( ) 2. เป็นสมาชิกแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม เพราะ.....
- ( ) 3. เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง จำนวน.....ครั้ง/ปี  
เพราะ.....
- ( ) 4. เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

## ส่วนที่ 2 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด (ท่านรู้สึกมากน้อยเพียงใดในเรื่องต่อไปนี้)

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ท่านรู้สึกพอใจต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร เป็นต้น					
2. ท่านรู้สึกว่าร่างกายที่เสื่อมสภาพไปตามวัย ทำให้ท่านทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง					
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม					
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อผู้อื่น					
5. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ลูกหลานได้					
6. ท่านรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของคนในครอบครัว					
7. ท่านรู้สึกว่าที่ผ่านมาตนเองประสบความสำเร็จพอที่จะเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลานได้					
8. ท่านภูมิใจที่มีลูกหลานหรือญาติมิตร มาขอคำปรึกษาจากท่าน					

## ส่วนที่ 2 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
9. ท่านรู้สึกพอใจต่อการเอาใจใส่จากครอบครัวหรือคนรอบข้าง					
10. ท่านรู้สึกว่าคนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับท่าน					
11. ท่านรู้สึกว่าคนในครอบครัวยอมรับฟังความคิดเห็นของท่าน					
12. ท่านรู้สึกได้รับการเคารพยกย่องจากคนในครอบครัว					
13. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระของคนในบ้าน					
14. ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งต่างๆ ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น					
15. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ปรึกษาเรื่องต่างๆ ให้แก่คนในชุมชนได้					
16. ท่านรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลใกล้ชิดและคนในชุมชน					
17. ท่านมีความรู้สึกภูมิใจที่ท่านสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นได้					
18. ท่านรู้สึกว่าตนเองได้รับการชื่นชมจากคนในวัยเดียวกัน					
19. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเท่าๆ กับเพื่อนคนอื่นๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน					

### ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

#### (WHOQOL-BREF-THAI)

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น หรือความรู้สึก				
	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการมากนัก้อย่างใด					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนัก้อย่างใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					

ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย  
(WHOQOL-BREF-THAI) (ต่อ)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น หรือความรู้สึก				
	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรู้อยู่ได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคย ทำมากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา แค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					

ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย  
(WHOQOL-BREF-THAI) (ต่อ)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น หรือความรู้สึก				
	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วย ตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ใน ระดับใด					

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง เขียนข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรเพื่อให้ท่านมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น

(สุขภาพกาย ในที่นี้หมายถึง สภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การ  
เจ็บปวดตามร่างกาย พละกำลัง การนอนหลับ ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ความจำเป็น  
ในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการเดินทาง)

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าควรทำอะไรเพื่อให้ท่านมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

(สุขภาพจิต ในที่นี้หมายถึง สภาพจิตใจทั้งทางบวกและทางลบที่ผู้สูงอายุมีต่อตัวเอง ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต สมรรถภาพในการทำงาน ความพอใจในตนเอง การยอมรับรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกไม่ดี ความมีคุณค่า)

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าควรทำอะไรเพื่อให้ท่านอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

(สังคม ในที่นี้หมายถึง ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นในสังคม ได้แก่ การผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น การช่วยเหลือจากเพื่อน ความพอใจในชีวิตทางเพศ)

.....

.....

.....

.....

4. ท่านคิดว่าควรทำอะไรเพื่อให้ท่านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

(สิ่งแวดล้อม ในที่นี้หมายถึง สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต สภาพบ้านเรือน เงินสำหรับใช้จ่ายตามความจำเป็น การไปใช้บริการสาธารณสุข การรับรู้เรื่องราวข่าวสาร การพักผ่อนคลายเครียด การมีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ และการคมนาคม)

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างสูง





ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**  
**โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง**

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA_PHRN 2/2558. 1708
ชื่อโครงการ	:	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุขสำราญจังหวัดระนอง
รหัสโครงการ	:	PHRN 002/2558.0308
ชื่อหัวหน้าโครงการ :	:	นางสาวนัสริยา สือมะ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงานที่สังกัด	:	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย 4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม
วันที่รับรอง	:	17/08/2558
วันที่หมดอายุ	:	17/08/2559

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

ลงนาม.....

(นางประภาพร จอมเทพมาลา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวนัสนิยา สือมะ
วัน เดือน ปีเกิด	25 พฤศจิกายน 2525
สถานที่เกิด	อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา พ.ศ. 2547 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2557
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุขสำราญ อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

