



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้
ผู้วิจัย เสนอสาระสำคัญในหัวข้อดังต่อไปนี้

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ความหมายและแนวคิด เกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต
การวัดระดับของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไว้ว่า เป็นความพิการของหัวใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ซึ่งเกิดเนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือชะงักไปเพราะเกิดโรคชั้นในหลอดเลือดโคโรนารี (อิสรา สุขุมาลจันทร์, ใน สมชาติ โลจายะ, บรรณาธิการ 2524 : 292) โรคนี้มีชื่อที่นิยมเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease) และ โรคหัวใจจากหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease) เป็นต้น

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอแก่ความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) เนื่องจากมีการสะสมของไขมันพวกไลโปโปรตีนเป็นก้อนในหลอดเลือด ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลง

ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้น (Huang, et al. 1983 : 112) นอกจากนี้ อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่เรียกว่า โรคหลอดเลือดโคโรนารีชนิดที่ไม่ได้เกิดจากหลอดเลือดแข็ง เช่น มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจากกรรมพันธุ์ลุกลามถึงหลอดเลือดโคโรนารี ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีภายหลังกำเนิด และหลอดเลือดโคโรนารีบีบเกร็ง เป็นต้น

กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นกล้ามเนื้อที่ใช้พลังงานสูง เมื่อเทียบกับอวัยวะหรือกล้ามเนื้ออื่นทั่วไป พบว่าการใช้ออกซิเจน (Oxygen consumption) ของกล้ามเนื้อหัวใจมากเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้ออื่น ดังนั้นการไหลของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีจึงมีความสำคัญ ปัจจัยที่ควบคุมการไหลของเลือดมีหลายประการ แต่ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุดคือ ความต้องการพลังงานของหัวใจ (Metabolic requirement) พบว่าในระหว่างที่มีการออกกำลังกายอย่างหนักหรือมีภาวะเครียด ซึ่งต้องการพลังงานสูงขึ้น หลอดเลือดโคโรนารีขนาดเล็กจะขยายตัวเพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เพิ่มขึ้น และสกัดเอาออกซิเจนจากเลือดให้ได้ตามต้องการ ซึ่งการสกัดเอาออกซิเจนของหัวใจนั้นจะมีอยู่ในระดับสูงตลอดเวลา เพราะฉะนั้นหากขนาดของหลอดเลือดตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70-80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดจะไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนให้เพียงพอกับความต้องการได้ จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น ซึ่งอาการจะทุเลาเมื่อได้พัก แต่ถ้ามีการอุดตันขึ้นในบริเวณนั้นจนเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตายซึ่งเป็นภาวะรุนแรง เพราะอาจเสียชีวิตได้ง่ายจากภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่าง ๆ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย ภาวะช็อคจากหัวใจ และการแตกหะลุของหัวใจ เป็นต้น ผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายประมาณร้อยละ 60 จะเสียชีวิตทันทีทันใดก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษา อัตราเสียชีวิตจะแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 80 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, ใน สมชาติ โลจายะ, บรรณาธิการ 2524 : 308 - 317)

มีปัจจัยหลายประการที่เชื่อว่าทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่ง
เป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1. อายุ การตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีจะพบได้บ่อยขึ้นตาม
อายุ ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งเชื่อว่าเป็นกระบวนการ
เสื่อมสลายของหลอดเลือด (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2530 : 789)

2. เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ
เมลเซอร์และคณะ (Meltzer, et al. 1977 : 4) พบว่าในระหว่างอายุ
30-40 ปี เพศชายจะเสียชีวิตด้วยโรคนี้เป็น 13 เท่าของเพศหญิง และเมื่อ
อายุ 40-60 ปี การเสียชีวิตของเพศชายเมื่อเทียบกับเพศหญิงแล้วจะลดลง
ประมาณ 2 เท่า และเมื่ออายุ 60 ปีไปแล้ว เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสที่
จะเป็นโรคนี้ได้ใกล้เคียงกัน ความแตกต่างดังกล่าวนี้เชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมน
เช่น เอสโตรเจน (Estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (Progesterone)
ซึ่งสังเคราะห์มาจาก โยลีสเตอรอล ตามปกติฮอร์โมนทั้งสองหลังก่อม
หมวกไต (adrenal cortex) ในปริมาณที่จะไม่ทำให้เกิดโรค หรือความ
ผิดปกติในร่างกาย ซึ่งในช่วงอายุระหว่าง 30-40 ปี เพศหญิงจะมีระดับฮอร์โมน
ทั้งสองมากกว่าเพศชาย จึงทำให้โยลีสเตอรอลถูกนำไปใช้มากกว่า แต่เมื่อ
อายุเลขวัย 30-40 ปีไปแล้วระดับฮอร์โมนทั้งสองจะลดลง โยลีสเตอรอลถูก
นำไปใช้น้อยลง จึงมีโอกาสเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับเพศชาย

3. กรรมพันธุ์ พบว่าผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัวมี
โอกาสที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียประวัติการเป็น
โรคประมาณ 2-7 เท่า นอกจากนี้ยังพบโรคกรรมพันธุ์ที่เห็นได้ชัด เช่น ภาวะ
ไขมันในเลือดสูงในครอบครัว (familial hyperlipoproteinemia) ซึ่ง
มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคนี้

4. ระดับไขมันในเลือด โดยปกติระดับไขมันในเลือดไม่ควรสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะไลโปโปรตีนจะมีความเสี่ยงเป็นโรคนี้มากขึ้น (Gwilt, et al. 1985 : 466 - 472) การที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก หรือรับประทานอาหารไขมันชนิดอิ่มตัวมากเกินไป เช่น ไขมันจากสัตว์และมะพร้าว ไขมันที่สูงในเลือดจะตกตะกอนจับตามผนังหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ประสิทธิภาพในการบีบขยายตัวของหลอดเลือดลดลงน้อยลง ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงมีโอกาสขาดเลือดได้ง่าย

5. ความดันโลหิตสูง จะมีผลทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายเกิด การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเส้นเลือดโคโรนารี กล่าวคือ จะเร่งชบวนการเกิดเส้นเลือดแข็งและมีการลดลงของเลือดที่จะมายังเส้นเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเพิ่มอัตราการตายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Tuban 1987 : 231 - 235)

6. เบาหวาน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีสถิติการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าโรคอื่น และมีอัตราการตายสูงกว่าคนปกติ 1.5-2 เท่า ทั้งที่บริเวณที่เกิดกล้ามเนื้อตายไม่ได้มีขนาดใหญ่กว่าพวกที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่า 80-85% ของผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตเพราะหัวใจวาย (Gwilt, et al. 1985 : 466 - 472)

7. ความอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย ความอ้วนมากเกินไป เช่น มีน้ำหนักตัวสูง 130 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักมาตรฐาน จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ เชื่อว่าคนอ้วนมักมีเมตาบอลิซึมผิดปกติหลายอย่าง อาทิ น้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ไลโปโปรตีนในเลือดสูงผิดปกติ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2530 : 790)

8. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โรเซนเบิร์ก และคณะ (Rosenberg, et al. 1985 : 1511 - 1514) พบว่าคนที่สูบบุหรี่เกิน 20 ปี และสูบบุหรี่ตั้งแต่ 25 มวนขึ้นไปต่อวัน จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 4.1 เท่า และถ้าหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 ปี จะพบว่าอัตราเสี่ยงจะลดลงอย่างมาก การสูบบุหรี่จะเพิ่มความรุนแรงของการตีบของเส้นเลือดหัวใจ มีผลเสียต่อการแข็งตัวของเลือดและการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งผลจะสัมพันธ์กับปริมาณที่สูบบุหรี่ในแต่ละวันมากกว่าระยะเวลาที่สูบบุหรี่มา ถ้าผู้ใดมีเส้นเลือดหัวใจตีบแล้วยังสูบบุหรี่อีก จะพบว่ามีภาวะการเจ็บหน้าอกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 3 เท่าในแต่ละวัน และเจ็บนานกว่า 12 เท่าในผู้สูบบุหรี่ (Berry, et al. 1989 : 398 - 402)

9. ความเครียดมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเชื่อว่าความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) และสารเคทีโกลามีน (Catecholamine) ที่สูงขึ้น เป็นผลให้หลอดเลือดหดเกร็งตัว นอกจากนี้ความเครียดยังอาจสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเกร็ดเลือดด้วย

แนวทางในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาจแบ่งได้เป็น 2 ทางคือ

1. การป้องกันปฐมภูมิ คือป้องกันมิให้เกิดโรค โดยให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และการเกิดโรค
2. การป้องกันทุติยภูมิ คือการป้องกันมิให้เกิดโรคนี้ซ้ำภายหลังที่มีอาการของโรคนี้หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย) แล้ว การป้องกันทุติยภูมิ กระทำได้โดยการควบคุมภาวะปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยเฉพาะเรื่องบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันสูง และเบาหวาน ซึ่งจะช่วยให้โรคราคาเนินต่อไปมากขึ้น

ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นคำที่มีความหมายลึกซึ้ง ผู้ที่มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนับว่าเป็นผู้ที่มีความสุขในชีวิต สำหรับความหมายของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้มีผู้พยายามที่จะอธิบายมโนทัศน์ของคำ ๆ นี้ในทัศนะต่าง ๆ และให้ความหมายไว้ในงานวิจัยหลาย ๆ เรื่อง ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเรื่องนั้น ๆ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

โฮมส์ (Holmes 1985 : 43) กล่าวว่าความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นคำที่มีความหมายคล้ายคำว่าความสุข (Happiness) ปราศจากความเครียด (Stress)

นิวการ์เทินและคณะ (Neugarten, et al. 1961 : 134) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นเรื่องของจิตใจ เป็นความรู้สึกที่ดี บุคคลที่มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นเครื่องหมายของการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยหลายชิ้นที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตถูกกำหนดหรือวัดด้วยระดับความพึงพอใจในชีวิต ด้วยเหตุนี้จึงจะเห็นว่าความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งคำ ๆ นี้เป็นคำที่มีความหมายลึกซึ้ง และซับซ้อนมาก

ดัลคี (Dalky, quoted in Laborde and Power 1980 : 19) กล่าวว่าความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต หมายถึงความรู้สึกของบุคคลถึงการมีความสุข สนุกสนานในการดำเนินชีวิต คำ ๆ นี้เปรียบเสมือนบารอมิเตอร์วัดคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของแจ็คเคิล (Jackle 1974 : 362) ที่ว่าความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นความยินดีมีความสุขกับชีวิตของแต่ละคน เป็นความพอใจที่บุคคลได้รับจากการมีกิจวัตรประจำวันอันเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตของตนเองว่ามีความหมายสามารถทรง

ไว้ซึ่งพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของชีวิต และนั่นก็คือองค์ประกอบที่สำคัญของ
คุณภาพชีวิต นอกจากนี้ คูบอส (Dubos, quoted in Burckhardt
1984 : 11) ยัง ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจในกิจกรรมที่กระทำในชีวิตประจำวัน
จะเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น เช่นเดียวกับที่คัลลิสและแจ็ค เคิลกล่าว

จูรินและคณะ (Gurin, et al., quoted in Burckhardt
1984 : 11) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของประชาชนว่ามีความสุข
มีความพึงพอใจในชีวิตและมีความรู้สึกที่ดี ทั้งสามสิ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ของการมี
คุณภาพชีวิตที่ดี

แคมเบลและคณะ (Campbell, et al., quoted in Burckhardt
1984 : 11) และเฟลนาแกน (Flanagan 1978 : 138 - 147) ได้ออก
แบบสอบถามเกี่ยวกับคำว่าคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน คนเหล่านั้น ได้อธิบาย
คุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับของความพึงพอใจ ซึ่งรวมถึงองค์ประกอบที่สำคัญอีก
5 ด้านคือ ด้านร่างกายและสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต (Physical and
material well being) ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relations with
other people) ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน (Social, Community
and civic activities) ด้านการพัฒนาตนเองและความสมหวังในการ
ทำงาน (personal development and fulfillment) และด้านการมี
สันทนาการ (Recreation)

บอร์โรว์และสมิท (Borrow and Smith 1977 : 56) กล่าว
ถึงความพึงพอใจในทัศนะต่าง ๆ ว่า คนส่วนมากคิดว่าเป็นความสุข บางคนยัง
เชื่อว่าความสุขนั้นต้องประกอบด้วยความสนุกสนาน การมีประสบการณ์ที่ดีใน
เรื่องต่าง ๆ การได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนในการทำกิจกรรมใด ๆ การมี
สัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ๆ นอกจากนั้นก็มีคนจำนวน ไม่น้อยที่เชื่อว่า
การที่ไม่ต้องประสบกับความชอกช้ำ ความเครียด และความไม่พึงปรารถนานั้น
เป็นความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

สำหรับมาสโลว์ (Maslow 1970 : 24 - 25) ได้อธิบายแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้น ๆ ทั้งนี้เพราะในธรรมชาติของมนุษย์นั้น เมื่อความปรารถนาอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วก็จะมีความปรารถนาอย่างอื่นเข้ามาแทนที่และจะเป็นเช่นนี้เรื่อยไป ลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา นั่นคือเมื่อใดมีความปรารถนาเกิดขึ้น ก็จะมีแรงขับและการกระทำที่จะถูกปลุกเร้าแล้วก็จะเกิดความพึงพอใจขึ้นจากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนาซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปรากฏนั้นมักจะขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ ดังนี้คือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต
3. ความต้องการความรักและความรู้สึก เป็นเจ้าของ
4. ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและ ได้รับการยอมรับนับถือ
5. ความต้องการความสำเร็จและรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต

ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ เช่น ความต้องการการพักผ่อน ความต้องการอาหาร น้ำ และอากาศ ฯลฯ เป็นต้น ส่วนความต้องการความปลอดภัยนั้นเป็นการช่วยปกป้องให้ชีวิตรอดพ้นภัยอันตรายทั้งปวงและเป็นอิสระจากความกลัว ความวิตกกังวล และความยุ่งยากสับสน ความต้องการสองขั้นนี้เป็นความต้องการในระดับพื้นฐานของการมีชีวิต ส่วนความต้องการในระดับสูงขึ้นมาเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ บุคคลมีความต้องการที่จะได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ ต้องการสร้างสัมพันธภาพและเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ต้องการเพื่อน ต้องการคนรัก มาสโลว์ เน้นว่าความต้องการความรักนั้นต้องมีทั้งลักษณะของการให้ความรักแก่

ผู้อื่น และการรู้จักได้รับความรักจากผู้อื่นด้วย การได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนั้นบุคคลยังต้องการมีความนับถือในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องการเป็นผู้มีความสามารถ มีความแข็งแกร่ง ไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความสนใจและยกย่องชมเชย และในลำดับสุดท้ายมนุษย์ทุกคนต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต

ความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหากการตอบสนองจนพอใจ ดังนั้นในการประเมินความพึงพอใจของบุคคลจึงสามารถประเมินได้จากสภาวะการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่าง ๆ อย่างไร ซึ่งหากความต้องการ ได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมาก หากความต้องการ ได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อย หรือไม่พึงพอใจในชีวิตได้

ลาซารัสและโคเฮน (Lazarus and Cohen, quoted in Burckhardt 1984 : 12) ได้กล่าวถึง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตว่ามีผลกระทบมาจากตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อมและตัวแปรกลาง ซึ่งเป็นกระบวนการแรกที่บุคคลสามารถค้นหาความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง

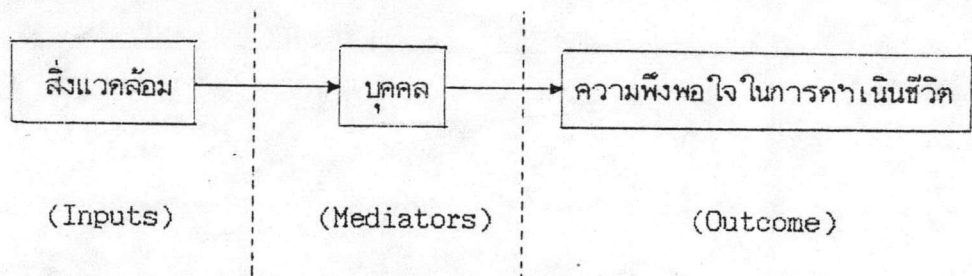
ตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อมหมายถึงสิ่งใดก็ตามที่เข้ามากระทบกับบุคคลก็ได้ ซึ่ง ลาซารัสและโคเฮน ได้แบ่งตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อมนี้ออก เป็น 4 กรณีด้วยกัน คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์
2. สิ่งแวดล้อมทางสังคม
3. ลักษณะของประชากร
4. เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ๆ ในชีวิต เช่น การสูญเสีย การพลัด-



พรากจากของรัก บิตามารดา ญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด เจ็บป่วยหรือถึงแก่กรรม เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สำคัญเป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยซึ่งเกิดขึ้นในแต่ละวัน รวมถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเรื้อรัง เช่นการเจ็บป่วยที่ยาวนาน เป็นต้น

ตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อมนี้จะมีผลกระทบต่อตัวบุคคล ซึ่งเป็นตัวกลางที่แสดงถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งแวดล้อมกับผลลัพธ์ของการปรับตัว ตัวกลางนี้ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม การรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง เป็นต้น ซึ่งตัวกลางนี้จะช่วยให้บุคคลสนใจและเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน ตลอดจนมีส่วนผลักดันให้บุคคลนั้น เลือกและหาหนทางแก้ไขหรือควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคาม ซึ่งสิ่งนี้เองที่จะเป็นส่วนสำคัญต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ผลกระทบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต
(Burekhardt 1985 : 12)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ปัจจุบันมีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่ง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค การสนับสนุนของกลุ่มสมรส อัครมโนทัศน์ เป็นต้น (Crewe 1980 : 586-589; Dimond 1979 : 101-108; Earle, et al. 1979 : 80-81; Levy and Wynbrandt 1975 : 1327-1330; Lewis 1982 : 113-119;

McSweeny, et al. 1982 : 473-478) ลาซาร์สและโคเฮนได้จำแนก บัจฉัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตไว้เป็นตัวแปรหลายด้าน ซึ่งจะแสดงให้เห็นดังนี้

1. ตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อม อันประกอบด้วย

1.1 อายุ ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีการปรับตัว ได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากบัจฉัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพทางร่างกาย บีแลนด์ (Beland 1981 : 757) กล่าวว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถของบุคคลในการควบคุมภาวะความสมดุล (Homeostasis) ทางสรีรวิทยาของร่างกายเมื่อตกอยู่ในความเครียด โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยที่ประสิทธิภาพของร่างกายจะสูงสุดในช่วงอายุประมาณ 20-30 ปี หลังจากนั้น ความสามารถต่าง ๆ ก็จะลดลง ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่จะสนับสนุนว่าคนที่อายุน้อยจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก สำหรับ ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เราพบว่าทุกช่วงของวงจรชีวิตของคนเราจะมีเหตุการณ์ อันไม่พึงปรารถนาเกิดขึ้นเสมอ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นเท่าไรก็ต้องผ่านเหตุการณ์ ในวัยต่าง ๆ มากขึ้น เก็บสะสมภาพเหตุการณ์ในอดีต และความทุกข์ต่าง ๆ ที่ ผ่านมาอย่างมากมาย (ชนาน หัสศิริ และคณะ 2525 : 110) สิ่งเหล่านี้ย่อม เป็นต้นเหตุให้ผู้ที่มีอายุมากขึ้นเกิดความท้อแท้ในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ง่าย และยิ่งถ้าหากมีความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วยยิ่งก่อให้เกิดความเครียดทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายจะต้อง ได้รับความทุกข์ทรมานจาก โรค และความเจ็บป่วย มีความจำกัดของร่างกายมากขึ้น ช่วยตนเองได้น้อยลง ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นมากขึ้น ทางด้านจิตใจก็พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าของ ตนเอง ความมั่นใจและความภาคภูมิใจลดลง เป็นผลให้เกิดความท้อถอยใน การดำเนินชีวิต

1.2 ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญออก งามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุมีผลและใฝ่รู้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับการศึกษา

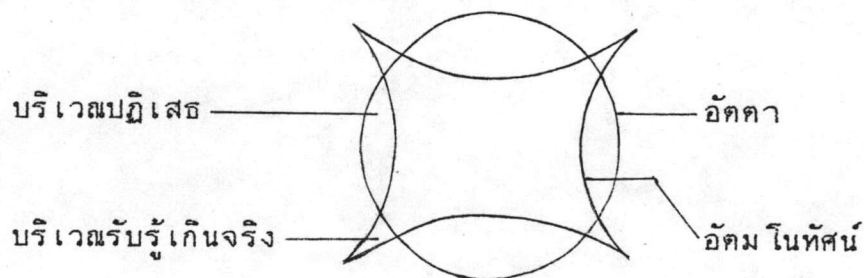
จึงมีความสามารถที่จะตัดสินใจหรือเลือกที่จะดำเนินชีวิต ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โรเจอร์ (Roger 1969 : 157) ได้ให้แนวคิดเรื่องนี้ไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง เมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ก็จะมีคามใคร่รู้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นหาหรือแสวงหาความรู้ เพื่อนำมาตอบคำถามให้แก่ตนเองว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร ซึ่งการแสวงหาความรู้ นั้นก็มีโอกาสที่จะกระทำได้ทั้ง โดยการอ่านเอกสาร และได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านนั้น ๆ ซึ่งต่างกับผู้ที่มีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะผู้ที่อ่านหนังสือ ไม่ออกย่อมใช้เวลาในการศึกษาหาความรู้ และต้องใช้ประสบการณ์ การเรียนรู้ด้วยตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลองผิดลองถูก ทั้งยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการอ่านให้ฟัง ซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ น้อยมาก หรือเกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดได้ นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาน้อยยังเลิกล้ม การค้นหาความรู้หรือการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ามีความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจาก ไม่มีลักษณะใคร่รู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่มากพอและขาดความเข้าใจในประโยชน์ จุดมุ่งหมายหรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนปฏิบัติหรือกระทำอย่างแท้จริง ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจึงมี โอกาสเกิดความเจ็บป่วยและกลับเป็นโรคซ้ำได้อีก จากการศึกษาของเจโลไวส์ และเพาเวอร์ (Jalowise and Power 1980 : 10) พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา เพราะการศึกษาที่คิดว่า จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น ได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้วเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน นอกจากนี้คนที่มีการศึกษาน้อยยังมีความสามารถในการใช้กระบวนการย้อนกลับ (Feedback Process) แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้น้อย และมีข้อจำกัด ในการแก้ไขปัญหาก่อนที่ความตึงเครียดจะทวีความรุนแรงมากขึ้นด้วย

1.3 ระยะเวลาของการเป็นโรค ธรรมชาติของมนุษย์อาศัย ระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ประสบการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้นเช่น การเจ็บป่วย มีอาการ เจ็บหน้าอกย่อมรบกวนจิตใจของผู้ป่วยทำให้ไม่มีความ

มั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง โดยเฉพาะในระยะแรกหลังจากมีอาการ แต่เมื่อได้รับการรักษาและอาการของโรคดีขึ้นซึ่งมักต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งที่จะ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษาและการปฏิบัติตัวดีขึ้นเรื่อย ๆ เซลเซอร์ (Salzer 1975 : 1324) กล่าวว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับข้อมูลของความรู้ อยู่ตลอดเวลาจะทำให้เขาสามารถควบคุมโรคของตนเองได้ดี ปัญหาที่เกิดขึ้นก็ น้อยลง และนอกจากนี้ยังมีความรับผิดชอบที่จะดูแลปัญหาของตน ได้อย่างถูกต้อง ด้วย

2. ตัวแปรกลาง ซึ่งเป็นกระบวนการแรกที่บุคคลประเมินจากผล กระทบของสิ่งแวดล้อมในที่นี้ได้แก่

2.1 อัทมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกนึกคิด หัตสนคติ และการยอมรับ เกี่ยวกับตนเอง รวมถึงการประเมินตนเองด้วย (Beland and Passos 1975 : 363) อัทมโนทัศน์ (Self Concept) และอัตตา (Self) มีความ หมายถึงใกล้เคียงกัน นักจิตวิทยาบางคนได้ใช้ในความหมายเดียวกัน แต่ แมคเดวิด และฮารารี (McDavid and Harari 1969 : 220 - 222) ได้กล่าวถึงความแตกต่างและความเกี่ยวข้องกันระหว่างอัทมโนทัศน์และอัตตา ไว้อย่างชัดเจน โดยใช้แผนภูมิที่เรียกว่า "ซีส เบร์เกอร์"



แผนภูมิที่ 2 ความเกี่ยวข้องกันระหว่างอัทมโนทัศน์และอัตตา ใน ลักษณะที่เรียกว่า "ซีส เบร์เกอร์" (McDavid and Harari 1969 : 220)

อึดาคือส่วนรวมทั้งหมดของร่างกาย พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตามวิถีทางที่บุคคลนั้นเป็น แทนด้วยวงกลมทั้งหมด

อึดมโนทัศน์คือระบบโครงสร้างของการรับรู้ที่บุคคลมีต่ออึดาคา เป็นผลมาจากประสบการณ์ทั้งอดีตและปัจจุบัน แทนด้วยรูปเหลี่ยมที่คลุมทับวงกลม

บริเวณปฏิเสธ เป็นส่วนของอึดาคาที่อึดมโนทัศน์รับรู้ไม่ได้ หรือไม่ยอมรับ อาจเป็นไปได้ทั้งลักษณะที่ดีและไม่ดี

บริเวณรับรู้เกินจริง เป็นส่วนของอึดมโนทัศน์ที่รับรู้ได้เกินที่คนเป็นจริง อาจเป็นได้ทั้งดีและไม่ดี

อึดมโนทัศน์พัฒนาตามวัยและวุฒิภาวะจากประสบการณ์แห่งคน โดยในขณะที่เป็นทารก แม้ยังไม่สามารถใช้ภาษาพูดได้ทารกก็เริ่มรู้จักว่าสิ่งใดคือฉัน สิ่งใดเป็นของฉัน ต่อมาเมื่อเริ่มพูดได้ การใช้ภาษาจะช่วยให้บุคคลเกิดอึดมโนทัศน์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ทารกจะเริ่มแบ่งแยกสิ่งที่ตนชอบหรือไม่ชอบและให้ค่านิยมตามประสบการณ์ที่ได้รับ ประสบการณ์ที่ดีจะให้ค่านิยมในทางบวก ประสบการณ์ที่ไม่ดีจะให้ค่านิยมในทางลบ โดยประสบการณ์ที่สำคัญในวัยทารก ได้แก่ การได้รับความรักจากบิดา มารดา สิ่งนี้จะสร้างความพึงพอใจและมีอิทธิพลต่ออึดมโนทัศน์ เมื่อบุคคลเริ่มรับรู้การประเมินผลเกี่ยวกับพฤติกรรมและคุณลักษณะของคนจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา ทำให้ขยายการรับรู้เกี่ยวกับคนเพิ่มมากขึ้น ต่อมาเมื่อเด็กเติบโตขึ้นมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ประสบการณ์และการประเมินผลทางสังคมที่ได้รับเป็นปรากฏการณ์ที่รับรู้เฉพาะคน (Roger 1951 : 498-501) ในขณะเดียวกันวัฒนธรรมและแบบแผนทางสังคมก็มีผลต่อการพัฒนาอึดมโนทัศน์เช่นเดียวกัน ซึ่งอึดมโนทัศน์นี้สามารถพัฒนาไปได้ทั้งในทางบวกและทางลบ บุคคลที่มีอึดมโนทัศน์ในทางบวกมักเป็นผู้เปิดเผยและน่าเชื่อถือ ทั้งนี้เพราะมีพื้นฐานของประสบการณ์ที่แท้จริง ซึ่งได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จ อึดมโนทัศน์ในทางบวกเป็นผลให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนบุคคลที่มีอึดมโนทัศน์ในทางลบ จะไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง จะมีการรับรู้ที่แคบหรือเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง เนื่องจากรู้สึกถูกคุกคามได้ง่าย มีความ

วิตกกังวลสูง และหมกมุ่นกับการบ่งกันตัวเอง (Stuart and Sundeen 1983 : 244)

อึดมโนทัศน์จะส่งผล ไปถึงการรับรู้ต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต บุคคลจะรับรู้ต่อประสบการณ์ที่สอดคล้องกับอึดมโนทัศน์และปฏิเสธหรือบิดเบือนประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับอึดมโนทัศน์แห่งตน (Roger 1951 : 509-520) การยอมรับหรือปฏิเสธประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันขึ้นอยู่กับความสอดคล้องต่ออึดมโนทัศน์ในปัจจุบันที่ดำรงอยู่ อึดมโนทัศน์จึงมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีอึดมโนทัศน์ในทางบวกจะยอมรับเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ได้ถูกต้อง ทำให้สามารถดำรงบทบาทที่เหมาะสม

ไตรฟเวอร์ (Driever 1976 : 232 - 242) ได้แบ่งอึดมโนทัศน์เป็น 2 ด้านคือ อึดมโนทัศน์ด้านร่างกาย และอึดมโนทัศน์ด้านส่วนตัว

อึดมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองทั้งทางด้านรูปร่างหน้าตา ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และสภาวะสุขภาพที่เกิดตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งก็คือภาพลักษณ์ (body image) นั่นเอง ความเจ็บป่วยมีผลต่ออึดมโนทัศน์ด้านร่างกาย ทำให้เกิดการสูญเสียความเข้มแข็งหรือสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์บางอย่าง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการสูญเสีย ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม (Gruendemann 1976 : 193 - 194)

อึดมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจ และการประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเอง แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 อักมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (The Moral-Ethical Self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความถูกต้องหรือความผิด ความดีหรือความเลวของตนเองที่เกิดจากการประพฤติกี่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาที่ตนเองยอมรับนับถือ ความเจ็บป่วยทำให้การรับรู้ด้านนี้ของผู้ป่วยเปลี่ยนไป จะเกิดความรู้สึกผิดเป็นความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจที่เกิดเนื่องจากการกระทำที่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาของตนเองและคนส่วนมาก ความรู้สึกนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีอาการหอบหืด ซึมเศร้า ร้องไห้ ทาโทษตนเองโดยวิธีการต่าง ๆ ประนามตนเอง เป็นต้น (Perley 1976 : 202 - 209)

ด้านที่ 2 อักมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (Self-Consistency) เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความเป็นตนเอง เพื่อให้ตนเองมีความสมดุลย์อยู่ตลอดเวลา เช่นคนเองรู้จักตนเองเป็นคนใจคอเยือกเย็นหนักแน่น ซึ่งคุณสมบัตินี้ก็มีความมาแล้ว จนกระทั่งขณะนี้ก็ยังยืนยันความรู้สึก เช่นเดิมที่มีต่อตนเองว่า มีลักษณะใจคอเยือกเย็น หนักแน่น หรือเรียกว่าเป็นความสม่ำเสมอแห่งความเป็นตนเอง อะไรก็ตามที่รบกวนอักมโนทัศน์ด้านนี้ เช่น ความรู้สึกไม่สมดุลย์ในด้านต่าง ๆ จะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดได้กับทุกคน พฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวลนั้นยุ่งยากซับซ้อน สามารถพบได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ บทบาทหน้าที่ และทางด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Perley 1976 : 210 - 223)

ด้านที่ 3 อักมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือความคาดหวัง (Self-Ideal/Self Expectancy) เป็นความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น บุคคลจะตั้งปณิธานเอาไว้แล้วจะพยายามเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นอย่างที่ตั้งไว้ ถ้าทำได้ก็จะเกิดอักมโนทัศน์ด้านบวก ถ้าทำไม่ได้จะเกิดความท้อถอยตนเองด้วยในคุณค่า บทบาทในสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่ออักมโนทัศน์ในด้านปณิธานหรือความคาดหวัง ทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมตอบสนองในด้านที่สังคมส่วนใหญ่ยอมรับ (Roy 1976 : 224 -

231) ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความคาดหวัง หรือปณิธานของมนุษย์ เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของเขาเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ปัญหาในด้านนี้คือ ผู้ป่วยจะทอดถอนใจท้อถอยลง ซึ่ง ซีแมน (Seeman, quoted in Roy 1979 : 225) ได้อธิบายถึงภาวะนี้ว่าเป็นภาวะที่ปณิธานหรือความคาดหวังของเขา ไม่ประสบผลสำเร็จ ในสถานการณ์ที่เขาเผชิญอยู่

ด้านที่ 4 อคติโนทัศน์ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง (Self-Esteem) เป็นอคติโนทัศน์ส่วนตัวที่เป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกนึกคิดหลาย ๆ ด้าน ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณค่าของตนเอง การยอมรับในคุณค่าของตนเองนี้พัฒนาจากแหล่งเบื้องต้นสององค์ประกอบ คือตนเองและผู้อื่น อคติโนทัศน์ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง มีความสัมพันธ์กับอคติโนทัศน์ด้านอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและด้านส่วนตัว การสูญเสีย การวิตกกังวล ความรู้สึกผิดและความไม่สมหวัง เหล่านี้มีส่วนเปลี่ยนแปลงการยอมรับในคุณค่าของตนเอง ประกอบกับปฏิกิริยาย้อนกลับจากบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดมีส่วนเสริมสร้างให้อคติโนทัศน์ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเองนี้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Lambert and Lambert 1981: 11 - 14) ความเจ็บป่วยมีผลทำให้อคติโนทัศน์ด้านการยอมรับในคุณค่าน้อยลง ซึ่งเป็นปัญหาเนื่องจาก เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย นักจิตวิทยาหลายท่าน ได้ให้ความเห็นว่า การยอมรับในคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอคติโนทัศน์ บุคคลที่มีการยอมรับในคุณค่าของตนเองสูงจะมองตนเองเป็นผู้ที่มีความสามารถ มีพลัง และมีคุณค่า

ด้วยเหตุนี้จึง เห็นได้ว่า อคติโนทัศน์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปรับตัวของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเจ็บป่วย ถ้าบุคคลมีอคติโนทัศน์ในด้านบวก จะช่วยให้มีการปรับตัว ได้ดีและสามารถรับกับทุกสถานการณ์ได้ (Stuart and Sundeen 1979 : 120) ลักแมนและไซเรนเสน (Luckman and Sarensen 1974: 64 - 69) ได้กล่าวว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนกำหนดพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยคือทัศนคติของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งนี้เพราะความเจ็บ

ป่วย เป็นสาเหตุสำคัญที่รบกวนภาวะปกติสุขของมนุษย์ และรบกวนภาพลักษณ์ (Self image) ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งมีผลต่ออัตมโนทัศน์ของเขา ถ้าบุคคลนั้นมี อัตมโนทัศน์ในด้านบวกพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยก็จะแสดงออกมา ในทางที่ดี คือการป้องกัน ดูแลสุขภาพ ตลอดจนการให้ความร่วมมือรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ในขณะที่เดียวกันถ้าบุคคลนั้นมี อัตมโนทัศน์ในด้านลบ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยก็จะออกมาในทาง ที่ไม่ดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ห่อหอย รู้สึกว่าตนเองด้อยใน คุณค่า มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในระดับต่ำ

2.2 การสนับสนุนของคู่สมรส เป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิด หนึ่ง ซึ่งแคปแลน (Kaplan 1974 : 4 - 7) ได้กล่าวว่า ระบบการสนับสนุน ทางสังคมคือ กลุ่มคนที่ให้ข้อมูลย้อนกลับ ไปยังแต่ละคน ให้ความคาดหวังของ แต่ละคนเป็นจริง และช่วยให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้กับปัญหา ชีวิตของคนให้ดีขึ้น และทำให้คนประเมินความรุนแรงของปัญหาลดลง โดยจะ ช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตหรือทำให้ภาวะวิกฤตนี้ลดความ รุนแรง ซึ่งภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจะเชื่อมโยงถึงการเจ็บป่วยได้ (Gore 1978: 157 - 158) นอกจากนี้เบอร์กแมนและไซม์ (Berkman and Syne 1979: 202) ได้อธิบายความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพอนามัยว่า การที่คนเราแยกตัวจากสังคม ไม่ติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้นมีโอกาสเกิดการเจ็บ ป่วยได้ เพราะเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติคนที่ไม่ดีและทำลายสุขภาพของ ตัวเองได้ ขณะเดียวกันการแยกตัวออกจากสังคมจะมีผลต่อจิตใจ ทำให้เกิด ความเศร้าหมอง มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ และความสามารถที่จะเผชิญ ภาวะวิกฤต อาจเป็นหนทางนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงได้

ด้วยเหตุนี้จึง เห็น ได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นระบบที่จำเป็นต่อ การดำรงชีวิตเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะ เมื่อคนเราเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา ซึ่งคนส่วนใหญ่ในระบบนี้มักมาจากคนในกลุ่มปฐมภูมิ อันได้แก่สมาชิกในครอบครัว

ที่มีความสัมพันธ์กันทางชีวภาพและทางกฎหมาย สมาชิกในกลุ่มนี้จะใช้เวลาร่วมกันมากมีชนิดของกิจกรรมและการปฏิสัมพันธ์กันหลายอย่าง มีความถี่ในการติดต่อกันสูง มีการแลกเปลี่ยนสิ่งของหรือข่าวสารซึ่งกันและกัน ซึ่งคู่สมรสก็เป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลซึ่งใกล้ชิดและผู้ป่วยให้ความไว้วางใจมากที่สุด (Lieberman 1986 : 462) นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยา นั้น จะมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ มีการแบ่งปันและพึ่งพาซึ่งกันและกันเป็นพื้นฐาน กล่าวคือ ในขณะที่ภรรยาเจ็บป่วยเป็นผู้ดูแลนั้น สามีจะรับบทบาทเป็นผู้เสาะหาเงินทอง ข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ ในครอบครัว เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย หรือ ไม่สามารถรับผิดชอบในบทบาทนั้น ได้ อีกฝ่ายหนึ่งจะเป็นผู้รับผิดชอบแทน ครอนเนนเวทและคานส์-วิลสัน (Cronnenwett and Kunst-Wilson 1981 : 198) กล่าวว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสนั้นเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย นอกจากนี้เขายัง เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจาก เครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น (Strong tie) เช่นคู่สมรสเป็นการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะผลด้านจิตใจ จึงพบว่าบุคคลที่แต่งงานจะ ได้เปรียบทางด้านจิตใจและสังคมมากกว่าผู้ที่ยัง ไม่แต่งงาน ฮิลเบิร์ต (Hilbert 1985 : 217 - 220) กล่าวว่าคู่สมรสเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการใช้เวลาอันยาวนานในการแสดงบทบาทการช่วยเหลือผู้ป่วย การสนับสนุนของคู่สมรสนี้รวมถึงการแสดงออกในทางที่ดี เช่น การสวดมนต์ การชักจูงส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง การเป็นแหล่งทรัพยากรบุคคลที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย การช่วยเหลือทางด้านร่างกาย เช่นการแบ่งเบาภาระงานที่ทา การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างใกล้ชิด รวมถึงการแสดงออกซึ่งความรู้สึก เห็นอกเห็นใจพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในบุคคลและสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการ ได้รับอิทธิพลจากจารีตประเพณี นอกจากนี้ยัง ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรสไว้เป็นจำนวนมาก เช่น ลินและคณะ (Lin, et al. 1985 : 249) พบว่าความช่วยเหลือที่ได้รับจากคู่สมรสซึ่งเป็นเครือข่ายทาง

สังคมที่มีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่นนี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสถานการณ์เครียดได้มากกว่าที่ได้รับจากบุคคลอื่น แคปแลนและคณะพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกิดจากผลของการรักษาให้ต่ำลง (Pender 1982 : 357) เป็นต้น

จากการศึกษาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ยืนยันได้ว่า คู่สมรสเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่ง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาทางยาให้หายขาดได้จะมีความต้องการการสนับสนุนในระยะเวลายาวนาน และผู้ที่ทำหน้าที่ได้ดีที่สุดก็คือคู่สมรสนั่นเอง ซึ่งการที่จะเข้าใจเรื่องของการสนับสนุนทางสังคมได้นั้น นอกจากจะเข้าใจในเรื่องของแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมแล้ว ควรที่จะเข้าใจถึงหน้าที่หรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับอีกด้วย ซึ่งปรากฏว่า ได้มีผู้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกันออกไป เช่น คอบบ์ (Cobb 1976 : 300 - 301) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ 1) การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจของแต่ละคน และสามารถสื่อได้ด้วยกรกระทำ เพื่อให้อีกผู้หนึ่งทราบว่ามีความสนใจสุขทุกข์ของเขา และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาซึ่งมักจะได้รับการบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ทำให้บุคคลผู้นั้นเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่น 2) การตอบสนองความต้องการด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า โดยที่มนุษย์เราทุกคนต้องการให้คนเห็นคุณค่าและยอมรับในความสำเร็จหรือความสามารถของตน ซึ่งจะบรรลุผลได้เมื่อความสามารถในพฤติกรรมตามบทบาทของผู้นั้นได้รับการยอมรับ และเชื่อถือจากสมาชิกในกลุ่มสังคม ถ้าขาดการยอมรับและขาดการมีผู้เห็นคุณค่าแล้วจะมีผลทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง 3) การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการนี้มักพบในกลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มสมาคมต่าง ๆ เมื่อ

ความต้องการมีมิตรภาพก็จะเข้าร่วมสังคมนับผู้อื่น การเข้าสังคมจะทำให้คนรู้สึกมีเกียรติเป็นที่ยอมรับในกลุ่ม การมีส่วนร่วมในสังคมจะเกิดได้จากการเข้าร่วมประสบการณ์หรืองานเดียวกันเพื่อจุมุ่งหมายร่วมกัน ถ้าหากการมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้คนมีความรู้สึกว่าคุณออกจากสังคม ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

เฮาส์ (House, quoted in Cronenwett 1984 : 9) ได้เพิ่มเติมชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้อีก 3 ด้านคือ 1) การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น เงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ 2) การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสารเป็นข้อมูล คำแนะนำต่าง ๆ ที่จำเป็นและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ 3) การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้การประเมินตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้จัก เปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม

จากการศึกษาชนิดหรือหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb) และ เฮาส์ (House) นี้ผู้วิจัยพบว่า ครอบคลุมและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ที่ทุกคนต้องการ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับงานวิจัย ซึ่งจะพบว่าชนิดของการสนับสนุนของกลุ่มสมรสที่จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีดังนี้คือ

ด้านที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ จากความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่มั่นใจและไม่ปลอดภัยในการมีชีวิต การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากคู่สมรสนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นด้วย



ด้านที่ 2 การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สามารถตามบทบาทของตน และบทบาทเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากคู่สมรสย่อมก่อให้เกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง

ด้านที่ 3 การสนับสนุนในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หากคู่สมรสช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในสังคม มีการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว หรือถูกแยกออกจากสังคม

ด้านที่ 4 การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร จากการรักษาที่ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลตนเอง และรับผิดชอบในผลของการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งหมายถึงการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจากคู่สมรส ซึ่งจะส่งผลถึงความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การประสบผลสำเร็จในการรักษาและการมีชีวิตรื่นยาวต่อไป

ด้านที่ 5 การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ความเรื้อรังของโรคมีผลต่อการลดลงของสมรรถภาพของร่างกายในการทำงาน ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำงานบางอย่างที่ต้องใช้แรงงานหรือการหักโหมได้ หากคู่สมรสให้การช่วยเหลือเพื่อแบ่งเบาภาระในการทำงานจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงในการประกอบอาชีพจากสภาพที่เสื่อมลง ทำให้รายได้อาจลดลงจากเดิมนั้น การได้รับความช่วยเหลือในด้านเงินทอง หรือสิ่งของนั้นผู้ป่วยจะสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้โดยตรง

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนของคู่สมรสในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับนั้นสามารถที่จะลดภาวะเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะมีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลเป็นปลายคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเอง

การวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ปาล์มอร์และคิเวท (Palmore and Kivett 1967 : 312) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตว่า การวัดความพึงพอใจในชีวิตจะไม่มีผู้ใดผู้หนึ่ง เป็นคนตัดสิน บุคคลแต่ละคนจะเป็นผู้ให้ความสำคัญกับคุณค่าของชีวิตของตนเองนั้นคือ หากจะวัดความพึงพอใจของผู้ใด ควรให้ผู้นั้นเป็นคนประเมินตนเองตามแนวคิดของนักการศึกษาซึ่งมีอยู่หลายแนวคิดด้วยกัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดของ เฟลนาแกน (Flanagan 1973 : 138 - 147) ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1971 ได้มีการประชุมของสถาบันการวิจัยของสหรัฐอเมริกา (The American Institutes for Research) เพื่อทบทวนถึงงานวิจัยที่สำคัญในรอบ 25 ปีที่ผ่านมา ในการประชุมครั้งนี้ได้มีการสนทนากันถึง เป้าหมายและการวางแผนงานวิจัยในอีก 10 ปีข้างหน้าด้วย ซึ่งได้มีการถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง หัวข้อหนึ่งที่ถูกเถียงกันมากคือ การวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน ผู้เข้าร่วมประชุมต่าง เห็นพ้องด้วยกับหัวข้อการวิจัยชิ้นนี้ และได้มีการกำหนดเป็นคำถามของงานวิจัยว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตคืออะไรและเป็นอย่างไร ซึ่ง เฟลนาแกน ได้ค้นหาเหตุการณ์ที่สำคัญซึ่งบ่งบอกถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต จากนั้นจึงรวบรวมเหตุการณ์ 6,500 เหตุการณ์จากตัวอย่างประชากรเกือบ 3,000 คนที่ต่างอายุ เชื้อชาติ และภูมิหลัง เพื่อค้นหาว่า เขาเหล่านั้นคิดว่าอะไรคือความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เหตุการณ์ทั้ง 6,500 เหตุการณ์นี้บาง เหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกันก็จะจัดให้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน ซึ่ง เฟลนาแกน ได้แบ่งความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็น 5 ด้าน และในแต่ละด้านยังมีข้อปลีกย่อยลงไป ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่เฟลนาแกนแบ่งไว้มีดังนี้

1. ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต

1.1 การมีความสุขในชีวิตด้วยความพร้อมทางวัตถุ และการประกันความปลอดภัย ได้แก่ การมีอาหารที่ดี มีที่อยู่อาศัย การได้เป็นเจ้าของ มีความสะดวกสบาย รวมทั้งการคาดหวังสิ่งเหล่านี้ในอนาคต การมีทรัพย์สิน เงินทอง และการประกันความปลอดภัยก็จัดเป็นองค์ประกอบชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญ (ซึ่งคนส่วนมากมีความรู้สึกว่าการเหล่านี้เป็นเพียงพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามของตนเองหรือของคู่สมรส)

1.2 สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล ได้แก่ การมีความสุขปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลีกเลี่ยงจากการประสบอุบัติเหตุ รวมทั้งอันตรายอื่น ๆ หลีกเลี่ยงจากปัญหาเกี่ยวกับการคิดสุรา ยาเสพติด หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความตายและผู้ป่วยสูงอายุ การรักษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก ได้แก่ การแต่งงานหรือการมีคู่รัก สัมพันธภาพนี้รวมถึงการมีความรัก มีมิตรภาพและความเป็นเพื่อนให้แก่กันและกัน มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารที่ดี ให้ความสำคัญของฝ่ายตรงข้าม ขอมสละหรืออุทิศเพื่อคนที่ตนรัก

2.2 การมีและได้เลี้ยงดูบุตรหลาน ได้แก่ การที่ตนได้กลายเป็นบิดามารดา มีบุตรหลาน ความสัมพันธ์นี้รวมไปถึงการได้เฝ้าดูเห็นการเจริญเติบโตของเด็ก ๆ การใช้เวลาในการอยู่และมีความสุขกับบุตรหลาน นอกจากนี้แล้วยังรวมถึงการเป็นรูปแบบ การแนะนำช่วยเหลือและการเรียนรู้จากบุตรหลานพร้อม ๆ ไปด้วย

2.3 สัมพันธภาพกับบิดา มารดา และบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ได้แก่ การมีบิดามารดา รวมทั้งสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว ความสัมพันธ์นี้อย่าง

หนึ่งคือ การติดต่อสื่อสาร การได้ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน การเขียนเขียน การมีความสุขสนุกสนานร่วมกัน ช่วยแบ่งเบาภาระ มีความเข้าใจและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีใครสักคนที่จะสนทนาคำว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิท ในสัมพันธภาพนี้หมายถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยกัน มีความสนใจในสิ่งเดียวกัน ซึ่งรวมถึงการยอมรับการเขียนเขียน การให้ความรัก ความไว้วางใจ การช่วยเหลือสนับสนุน และการเป็นผู้นำที่ดี

3. กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน

3.1 กิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือหรือส่งเสริมบุคคลอื่น ได้แก่ การช่วยเหลือหรือส่งเสริมทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในรูปที่กระทำเป็นการส่วนตัว หรือเป็นสมาชิกขององค์การ กลุ่มอาสาสมัคร และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2 กิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง การมีอิสระในทางการเมือง สังคม และการนับถือศาสนา

4. การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน

4.1 การพัฒนาด้านสติปัญญา ได้แก่ การเรียนรู้ การเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษา การได้รับความรู้และความสามารถทางสมอง มีความสามารถในการแก้ปัญหา เพิ่มความเข้าใจในค่านต่าง ๆ ของชีวิต

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การพัฒนาและการสร้างหลักการ เบื้องต้นสำหรับชีวิต รวมถึงการมีวุฒิภาวะสูงขึ้น การยอมรับในทรัพย์สินและข้อจำกัดของคน การเจริญเติบโตและการพัฒนาตนเอง ความสามารถที่มีอิทธิพลในชีวิตตน การตัดสินใจและวางแผน การทำกิจกรรมในชีวิตตลอดจนบทบาทของตนเอง

4.3 อาชีพ (งาน) ได้แก่ มีความสนใจ ทำหาย และรู้สึกมีคุณค่าในการทำงาน (รวมทั้งการทำงานบ้านด้วย) ความพึงพอใจในหัวข้อนี้ รวมถึงการทำงานได้ดี สามารถใช้ความสามารถที่มีอยู่ เรียนรู้ จดจำ และปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้

4.4 การแสดงความคิดสร้างสรรค์ ได้แก่ การกล้าแสดงออก มีความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ มีพรสวรรค์ในเรื่องดนตรี ศิลปะ การเขียน งานฝีมือ การละคร การถ่ายภาพ หรือการเป็นนักปฏิบัติการหรือนักวิทยาศาสตร์ หรือการทำกิจกรรมประจำวัน

5. การมีสันตนาการ

5.1 การเข้าสังคม ได้แก่ การมีความสุขสนุกสนานทั้งที่บ้านหรือที่อื่น ๆ ก็ตาม ได้ร่วมงานบาร์ดีหรืองานสังคมนอื่น ๆ ได้พบปะกับบุคคลใหม่ ๆ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมในองค์การของสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง ได้แก่ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์หรือคูกีฬา

5.3 การมีสันตนาการโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเล่นกีฬา การล่าสัตว์ ตกปลา เล่นเรือ แคมป์ปิ้ง การเดินป่า เที่ยวดูสถานที่ต่าง ๆ การเล่นเกมส์ ร้องเพลง เดินรำ เป็นต้น

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาของเพลนาแกนนี้ ประกอบด้วยประชาชนที่มีอายุ 30 ปี จำนวน 1,000 คน อายุ 50 ปี จำนวน 600 คน และอายุ 70 ปี จำนวน 600 คน

กลุ่มที่ 2 การวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดของนิวการ์เทน ฮาร์วิก เชิร์ค และโทบิน (Neugarten, Havighurst and Tobin 1961 : 134 - 143) ได้มีบุคคลหลายคนพยายามที่จะกำหนดและวัดการมีความสุขของผู้สูงอายุ นิวการ์เทนและคณะก็ได้สร้างแบบวัดขึ้น โดยมีจุดประสงค์ที่จะวัดการประสบผลสำเร็จของผู้สูงอายุเช่นกัน จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหลาย ๆ ชิ้น ทำให้เราพบว่าการวัดการประสบผลสำเร็จ หรือการมีความสุขของผู้สูงอายุนั้นนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องคือ สังคมและจิตใจ นิวการ์เทนและคณะได้ตั้งวัตถุประสงค์และสร้างขอบเขตอย่างชัดเจนขึ้น เพื่อที่จะสามารถสร้างเครื่องมือที่มีความตรงและสามารถวัดได้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

การวัดประกอบด้วย

1. การให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Ratings) ปัญหาแรกคือ การวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการมีความสุข และหาชีวิตองค์ประกอบเหล่านั้น จากข้อมูลที่สัมภาษณ์ท้ายสุด จึงได้องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้านด้วยกันคือ 1) การมีความสุขในชีวิต (Zest) ซึ่งหมายถึง การรู้สึกยินดีในการมีกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ความตั้งใจและอดทนในการดำเนินชีวิต (Resolution and fortitude) รวมถึงการนับถือชีวิตอย่างมีความหมายและการยอมรับอย่างเต็มใจในการดำเนินชีวิต 3) การรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (Congruence between desired and achieved goals) 4) มีทัศนคติในทางบวก (Positive self concept) 5) อารมณ์แจ่มใสเบิกบาน (Mood tone)

แต่ละองค์ประกอบนี้จะถูกวัดออกมาเป็นคะแนนโดยใช้แบบวัดที่มีลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ช่วงคือ

การมีความสุขในชีวิต การให้คะแนนจะให้ตามการตอบสนองอย่างกระตือรือร้น ซึ่งในกรณีนี้จะรวมถึงการทากิจกรรม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือความคิดด้วยคำถามที่กล่าวไว้ว่า "ก" และบุคคลอื่น ๆ ที่มีการสังคมดี ชอบออกไปนอกบ้าน ชอบนั่งถักไหมพรม เป็นต้น ส่วนการให้คะแนนค่าจะให้ในกรณีที่รู้สึกเบื่อสิ่งต่าง ๆ

5 คะแนน หมายถึง บุคคลนั้นจะผูกเกี่ยวกับกิจกรรมหลาย ๆ อย่างตลอดการมีสัมพันธ์ต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น รู้สึกว่าขณะนี้ เป็นเวลาที่ดีที่สุดของชีวิต รักที่จะทำสิ่งต่าง ๆ แม้กระทั่งการนั่งอยู่ที่บ้าน ทากิจกรรมใหม่ ๆ มีเพื่อนใหม่ ค้นหาและปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงความสนุกในหลาย ๆ ด้านของชีวิต

4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจ มีความสนุกสนาน แต่มีข้อจำกัดว่าเป็นเพียงสิ่งหนึ่งหรือสองสิ่ง เท่านั้นที่สนใจหรือมีข้อจำกัดของเวลาอย่างแน่นอน อาจแสดงความโกรธเมื่อมีสิ่งผิดพลาด จะมีความคิดเกี่ยวกับการวางแผนต่าง ๆ เพียงระยะเวลาสั้น ๆ

3 คะแนน หมายถึง บุคคลที่มีความสุภาพอ่อนโยนในชีวิต ไม่ได้มีความพอใจมากนักจากสิ่งที่เขากระทำ จะค้นหาการพักผ่อนแต่ก็มีข้อจำกัด อาจจะไปพักผ่อนไปอย่างรีบ ๆ จากกลุ่มชนจากกิจกรรมต่าง ๆ

2 คะแนน หมายถึง การมีความคิดว่าชีวิตน่าเบื่อ บางทีจะบ่นว่าเหนื่อย รู้สึกเบื่อทุก ๆ สิ่ง ถ้ามีกิจกรรมก็จะพบว่ามีความสุขเพียงเล็กน้อย

1 คะแนน หมายถึง การมีชีวิตอยู่ไปอย่างนั้น ๆ ไม่ได้คิดว่ามีสิ่งใดมีค่าบ้าง

ความตั้งใจและอดทนในการดำเนินชีวิต เช่น "ก" ยอมรับในชีวิตของเขาซึ่งตรงข้ามกับความรู้สึกที่ตั้งไว้ หรือ "ก" ยอมรับว่าชีวิตถูกกำหนดด้วยตัวเอง รวมไปถึง "ก" ยอมรับว่า ชีวิตเป็นทางสายกลาง หนีไม่พ้น ไม่กลัวความตาย "ก" อาจจะไม่ใช้บุคคลที่มีจุดเริ่มต้นที่สูงส่ง แต่เขาก็มีความตั้งใจในชีวิต "ก" อาจจะรู้สึกว่าการใช้ชีวิตประสบปัญหาต่าง ๆ แต่เขาก็สามารถที่จะยืนอยู่ได้ การให้คะแนนค่าจะมีอยู่ 2 กรณีคือ เมื่อ "ก" ลงโทษตัวเองตามที่ตัวเอง และเมื่อ "ก" ลงโทษผู้อื่น สิ่งอื่น ซึ่งหมายถึงโลกโดยทั่ว ๆ ไปนั้น ล้มเหลวไม่เป็นไปตามที่เขาคิด

- 5 คะแนน หมายถึง แม้ทุกสิ่งไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง แต่เขาก็ค่อยๆ ยืดหยุ่น ไม่ท้อถอย มีความรับผิดชอบส่วนตัว ไม่เปลี่ยนแปลงอดีต
- 4 คะแนน หมายถึง ไม่บ่นว่าชีวิตเป็นผู้ทำเรา มีข้อสมมติฐานว่ามีความรับผิดชอบ ถ้ามองด้านที่ดีของชีวิต ท่านจะพบอะไร ไม่ใส่ใจพูดถึงในสิ่งที่ยากในชีวิต
- 3 คะแนน หมายถึง บุคคลนั้นจะพูดในท่านเองที่ว่า ชีวิตของฉันต้องมีขึ้นมีลง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการดำเนินลงโทษตัวเอง หรือผู้อื่นว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับความยุ่งยากในชีวิต
- 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเขาไม่ได้ทำดี เป็นความรู้สึกที่แตกต่างอย่างมากในชีวิตปัจจุบันกับเมื่ออายุ 45 ปี มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดพลาดเกิดขึ้น มักจะบ่นว่า "ฉันทำงานแต่ไม่เคยได้รับอะไรเลย"
- 1 คะแนน หมายถึง การพูดถึงความผิดพลาดที่ยิ่งใหญ่ ซึ่งเขามีใช้ทันเหตุ รู้สึกว่าต้องการความช่วยเหลือ และดำเนินตัวเองอย่างมาก

การรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ การให้คะแนนสูงสุดจะให้นิยามที่เขารู้สึกว่า เขาประสบความสำเร็จในสิ่งที่เขาตั้งไว้เป็นสิ่งสำคัญ เช่น "ก" อาจจะพูดว่าฉันสามารถถอดครอกตารางมาได้ (คือไม่เคย

หาความผิด) และพูดว่า ฉันสามารถส่งเสียให้ลูกทุกคนได้ เข้ามหาวิทยาลัยได้ ส่วนการให้คะแนนค่าจะให้ในกรณีเมื่อ "ก" รู้สึกว่าเขาผิดพลาดในโอกาสทั้งหมด หรืออาจพูดว่า ฉันไม่เคยได้รับงานที่เหมาะสมเลย ฉันต้องการเป็นหมอ แต่ฉันก็ไม่ได้เป็น หรือแม้กระทั่ง ฉันต้องการความรักแทนที่จะได้รับความเห็นอกเห็นใจ

5 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเขาได้ทำสิ่งที่เขาต้องการทำให้สำเร็จลง เขาได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเสียสยสำหรับความผิดพลาด หรือสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของเขา ซึ่งบางทีเขาน่าจะมีโอกาสทำได้ดีกว่านี้ แต่กระนั้นก็ยังรู้สึกว่ามีความยุติธรรมในการประสบผลสำเร็จในสิ่งที่เขาต้องการทำในชีวิต

3 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่ามีโอกาสที่จะเกิดและผิดพลาดอย่างละเท่า ๆ กัน อาจจะได้ทำในบางสิ่งบางอย่างซึ่งยากถ้าเขารักที่จะทำ อาจจะได้รับการศึกษามากขึ้น

2 คะแนน หมายถึง นำเสียสยที่พลาดโอกาสใหญ่ แต่รู้สึกว่ามันเป็นการดีที่ยังประสบสิ่งที่ต้องการอยู่อย่างน้อยก็ 1 สิ่ง

1 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเขาได้พลาดโอกาสที่ดีทั้งหมดของชีวิต

อัครมโนทัศน์ แนวคิดเกี่ยวกับตัวเองของ "ก" ว่าทางด้านร่างกายดีพอ ๆ กับทางจิตใจและสังคม การให้คะแนนสูง เมื่อ "ก" คิดว่าตนเป็นคนฉลาด สุขุม รู้สึกภูมิใจในสิ่งที่ตนทำสำเร็จ รู้สึกว่าเขาเป็นคนสำคัญคนหนึ่ง ส่วนคะแนนค่าเมื่อ "ก" รู้สึกว่าตนเป็นคนแก่ อ่อนแอ เจ็บป่วย ไร้สมรรถภาพ รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่น่าเบื่อสำหรับคนอื่น ๆ

5 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าตัวเองดี การทำงานในปัจจุบันดีกว่าแต่ก่อน ไม่เคยมีเวลาที่ตีเช่นนี้ คิดเกี่ยวกับตัวเองว่าฉลาด สุขุม มีความสามารถ รู้สึกว่าตัวสำคัญกว่าสิ่งอื่น ๆ

- 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าโดยทั่ว ๆ ไป คนเป็นคนที่โชคคิมี
ความมั่นใจว่าเขาสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ฉุกเฉินของ
ชีวิตหากได้ถูกออกจากกิจกรรมหนึ่งก็รู้สึกว่าคนสามารถ
เป็นตัวแทนของกิจกรรมอื่น ๆ ได้ มีการชดเชยได้เป็น
อย่างดีเมื่อมีความเจ็บป่วย มีความรู้สึกที่ดีเมื่อถูกถาม
ใจ หากต้องการทำบางสิ่งแล้วก็สามารถทำได้โดยไม่
เกินความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าอยู่ในการควบคุม
ของตัวเองซึ่งสัมพันธ์กับสถานการณ์
- 3 คะแนน หมายถึง เห็นว่าตนเองมีความสามารถที่ดีที่สุดในโด
ค่านหนึ่ง ส่วนด้านอื่นยังไม่แน่ใจ มีการสูญเสียความ
รู้สึกว่าตัวเองแข็งแรง แต่ก็ยอมรับว่ามันเป็นไปตาม
ธรรมชาติ รู้สึกว่าตัวเองไม่สำคัญ แต่ก็ไม่ได้ใส่ใจ รู้สึกว่า
เขาได้รับ แต่เขาก็เป็นผู้ให้เช่นกัน รู้สึกสูญเสียสภาพ
เมื่อเป็นผู้สูงอายุ แต่สุขภาพของเขาก็คงดีกว่าคนที่ม
อายุใกล้เคียงกัน
- 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าคนอื่นมองตัวเองอย่างดูถูก รวมไปถึง
การพูดถึงผู้สูงอายุในแง่ลบ
- 1 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนแก่ ไม่มีค่า

อารมณ์แจ่มใสเบิกบาน การให้คะแนนสูง เมื่อ "ก" เป็นผู้ซึ่ง
แสดงว่ามีความสุข มีทัศนคติที่ดี มีอารมณ์ขัน มีความยินดีในชีวิตและการแสดง
ออก ส่วนการให้คะแนนต่ำเมื่อ "ก" รู้สึกเศร้า เหงา ซึมเศร้า และบ่อยครั้งที่ม
สิ่งมากระทบกระเทือนใจทำให้โกรธ

- 5 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกในชีวิตว่าช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ดีที่
สุด มองอะไรไปไหนทางที่ดี มีความสุข รู้สึกยินดีเสมอ
- 4 คะแนน หมายถึง ได้รับความยินดีในชีวิต ซึ่งพร้อมที่จะแสดง
ความยินดีนั้นให้เห็น โดยปกติจะมองโลกในแง่ดี
- 3 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์ซีโมโท อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ และใน

ส่วนหนึ่งก็คืออารมณ์เก็บกด แต่โดยทั่วไปจะมีอารมณ์ดีมากกว่า มีบางครั้งที่แสดงอารมณ์ขุ่นมัวบ้าง

- 2 คะแนน หมายถึง บุคคลนั้นต้องการสิ่งที่เรียบง่ายและสงบ โดยทั่วไปจะเป็นคนที่มองโลกในแง่ลบ บางคนก็เก็บกด
- 1 คะแนน หมายถึง บุคคลที่มองดูโลกในแง่ร้าย ชีบ่น ชมชื่น มักบ่นว่าเหงา รู้สึกเศร้าเกือบตลอดเวลา รู้สึกโกรธเมื่อพบปะกับผู้คน

2. คชนี้ที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Indexes) ในขณะที่การให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิตดูเหมือนจะมีประโยชน์ในการศึกษาอื่น ๆ แต่ก็ยังมีข้อเสียเพราะจะต้องใช้การสัมภาษณ์ในระยะยาว จึงทำให้ยุ่งยากในการวัดพอควร ด้วยเหตุนี้จึงมีการจัดทำคชนี้ที่บ่งชี้ถึงความพึงพอใจในชีวิตขึ้นมา โดยนำกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่มีครบอายุ ทุกอายุ ทุกเพศ ทุกระดับสังคม และมีคะแนนความพึงพอใจที่หาได้ง่าย จำนวน 60 ราย ค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุดของความพึงพอใจจะถูกใช้ เป็นเกณฑ์ นอกจากนี้ยังมีแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1-4 ซึ่งมีทั้งลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์และสร้างเป็นเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 คชนี้บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตชนิด เอ (Life Satisfaction Index A) ประกอบด้วย 25 หัวข้อด้านทัศนคติ ซึ่งมีคำตอบว่าเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

ชุดที่ 2 คชนี้บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตชนิด บี (Life Satisfaction Index B) ประกอบด้วย 17 ข้อเป็นคำถามปลายเปิดและเลือกตอบ 3 คำเลือก

กลุ่มที่ 3 การวัดความพึงพอใจในชีวิตตามแนวคิดของแคมเบล (Campbell 1976 : 117-124) แคมเบลกล่าวว่าคุณภาพชีวิตสามารถอธิบายได้ในความหมายต่าง ๆ กัน ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์ในสหรัฐอเมริกาได้เก็บรวบรวม

ข้อมูลไว้ชุดหนึ่ง และนักสังคมศาสตร์ก็ได้นำข้อมูลทางสถิติชุดนี้มาอธิบายสังคมและประชาชนของเขา นักจิตวิทยาก็ได้ใช้ข้อมูลชุดนี้เป็นเครื่องแสดงถึงความรู้สึกที่ดีมีความสุข อันเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตนั่นเอง แต่อย่างไรก็ตามแคมเบลก็ยังกล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นค่าที่ซับซ้อนยากแก่การให้ค่าจากทัศนคติและการวัด

การศึกษาของแคมเบล (Campbell 1976 : 118) เป็นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของคนอเมริกัน โดยเครื่องมือส่วนหนึ่งของการวิจัยใช้วัดความพึงพอใจในชีวิต จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีความสุข เกิดจากการเปรียบเทียบการรับรู้ในสถานภาพปัจจุบันกับสิ่งที่เขาอยากเป็นสิ่งที่เขาคาดหวัง หรือความรู้สึกว่าเขาสมควรได้ เขาได้รับความที่คาดหวังก็จะเกิดความพึงพอใจถ้าไม่ได้รับความที่คาดหวังก็เกิดความไม่พึงพอใจ และถ้าความพึงพอใจมีมาก ก็เรียกว่า รู้สึกมีความสุข (Sense of well - being) นอกจากนี้แล้ว เครื่องมืออีกสองชนิดที่ใช้ในการวิจัยคือ เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกที่แสดงว่ามีความสุข เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน ซึ่งอาจมีทั้งความรู้สึกในทางบวกหรือลบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต และเครื่องมือที่ใช้ประเมินประสบการณ์โดยใช้กระบวนการทางจิตเวช ตลอดจนการศึกษาถึงภาวะความกดดันทางอารมณ์และจิตใจด้วย

กลุ่มที่ 4 การวัดความพึงพอใจในชีวิตตามแนวคิดของ เฟอร์แลนค์ และเพาเวอร์ (Ferrans and Powers 1985 : 15-21) อันที่จริงแล้วการศึกษาของเฟอร์แลนค์และเพาเวอร์เป็นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิต โดยมีส่วนหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตเช่นเดียวกับ แคมเบล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ดัชนีวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ซึ่งสามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้มีสุขภาพดี และผู้ที่เจ็บป่วย เครื่องมือนี้นับประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ใช้วัดความพึงพอใจเกี่ยวกับด้านสำคัญ ๆ ของชีวิต ส่วนที่สองใช้วัดสิ่งสำคัญในแต่ละด้านของบุคคลนั้น ทั้งสองส่วนนี้มีข้อคำถาม 32 ข้อ ซึ่งจะประเมินเกี่ยวกับ สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ การแต่งงาน การมีครอบครัว การมีเพื่อน ภาวะความกดดันทางด้านจิตใจ มาตรฐานความเป็นอยู่

อาชีพ การศึกษา การใช้เวลาว่าง อนาคต ความสงบในจิตใจ ความไว้วางใจส่วนบุคคล เป้าหมายของชีวิต บุคลิกส่วนตัว การยอมรับตนเอง การมีความสุขและความพึงพอใจโดยทั่ว ๆ ไป

จากการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ทั้ง 4 กลุ่มนี้ เราจะพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะของเฟลนาแกน แคมเบล เพอร์แลนค์และเพาเวอร์และจากการศึกษาแบบวัดของ เฟลนาแกนนี้พบว่า ค่อนข้างจะครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน เนื่องจากจุดเริ่มต้นของการวัดความพึงพอใจนี้ เฟลนาแกน ได้รวบรวมเหตุการณ์ต่าง ๆ กว่า 6500 เหตุการณ์ของประชาชน ถิ่นต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างด้านอายุ เชื้อชาติ และภูมิลำเนา จำนวน 3000 คน โดยสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของคนเหล่านั้นเป็นอย่างไร ทำให้สามารถทราบข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำมาสร้างแบบวัดได้กว้างและแตกต่างกัน ในหลาย ๆ ประสพการณ์จากนั้นเฟลนาแกนจึง ได้จัดข้อมูลเหล่านี้เป็น 5 ด้าน โดยที่ยังสามารถแบ่งย่อยออกเป็นองค์ประกอบย่อยถึง 15 องค์ประกอบนี้แล้ว จะเห็นว่าเป็นตัวบ่งชี้ถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้อย่างชัดเจน โดยแต่ละองค์ประกอบจะสนับสนุนตัวของมันเอง

จากแบบวัดของเฟลนาแกนที่ถึงแม้จะใช้กับคนที่มีสุขภาพดี แต่เราก็สามารถนำมาใช้กับประชากร ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ โดยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสม ทั้งนี้เพราะองค์ประกอบทั้ง 15 ประการของแบบวัดนี้ค่อนข้างจะครอบคลุมสามารถใช้ได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย นอกจากนี้แล้วแบบวัดของเฟลนาแกนยังสามารถใช้กับตัวอย่างประชากรทุกอายุ ดังจะเห็นได้จากการนำแบบวัดของเฟลนาแกนมาใช้กับตัวอย่างประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกที่จะศึกษาประชากรซึ่งป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยตามทฤษฎีและสถิติที่พบจะเกิด ในผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (Digirolamo and Schlant, in Hurst, et al., eds. 1978 : 1103) จึงอาจกล่าวได้ว่าสามารถนำแนวคิดของเฟลนาแกนมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ ส่วนแบบการวัดของนิวการ์เทนและคณะนั้น เหมาะ



สำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นที่การวัดการประสบความสำเร็จ เมื่อผู้นั้นมีอายุมาก
อีกทั้งการวัดความพึงพอใจในผู้สูงอายุหาก ใช้มาตรฐานซึ่ง ใช้ในคนวัยกลางคน
จะไม่เหมาะสม เพราะแบบวัดจะมีพื้นฐานของกิจกรรมและการ เข้าสังคมของคน
วัยกลางคน เป็นแนวทางหลัก ซึ่งการ เข้าสังคมหรือทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ
และคนวัยกลางคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นหากใช้วัดความพึงพอใจของผู้สูง
อายุ ควรใช้แบบวัดที่สร้างสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ แบบวัดของนิวการ์เทน
และคณะจึง ไม่ตรงกับลักษณะตัวอย่างประชากรที่ผู้วิจัยจะศึกษาในครั้งนี้ สำหรับ
แบบวัดของแคมเบลเพอร์แลนซ์และเพาเวอร์ นี้เท่าที่ศึกษาจาก เอกสารมิได้
กล่าวรายละเอียดของแบบวัดให้ชัดเจนเท่าของเฟลนาแกน แต่ก็พอประเมิน
ได้ว่า ยึดหลักคล้ายกับเฟลนาแกน หากแต่ความชัดเจนไม่เพียงพอ ทำให้ผู้วิจัย
ไม่สามารถวิเคราะห์หรือยึดตามแนวความคิดนี้ได้ เพียงแต่ใช้เป็นแนวทางนา
ไปประยุกต์ใช้ เท่านั้น