

โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ
รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ



นางสาวอภาพร อุษณวัศมี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A CAUSAL MODEL OF THAI RETIREES' SUBJECTIVE WELL- BEING: THE EFFECTS OF
PERCEIVED HEALTH, INCOME, AND EDUCATION MEDIATED VIA ACTIVITY LEVEL AND
DECISION CONTROL

Miss Arpaporn Ussanarassamee



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Developmental Psychology
Faculty of Psychology
Chulalongkorn University
Academic Year 2010
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุ
งาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับ
การศึกษาที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการ
ตัดสินใจ

โดย

นางสาวอภาพร อุษณรัศมี

สาขาวิชา

จิตวิทยาพัฒนาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต



..... คณบดีคณะจิตวิทยา

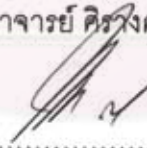
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คัดนางค์ มณีศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ศิริวงศ์ ทับสายทอง)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร)



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร. นงลักษณ์ วิรัชชัย)

อภาพพร อุชนร์คีมี : โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน
: อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม
และการควบคุมการตัดสินใจ. (A CAUSAL MODEL OF THAI RETIREES'
SUBJECTIVE WELL- BEING: THE EFFECTS OF PERCEIVED HEALTH, INCOME,
AND EDUCATION MEDIATED VIA ACTIVITY LEVEL AND DECISION CONTROL)
อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ, 182 หน้า.

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน ในการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ ไปยังสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน โมเดลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยตัวแปรแฝง 6 ตัว และตัวแปรสังเกตได้ 15 ตัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน อายุ 55 ถึง 89 ปี ที่เคยทำงานมาไม่ต่ำกว่า 10 ปีจนถึงวันที่เกษียณอายุงาน จำนวน 440 คน ตรวจสอบความตรงของโมเดลโดยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรมลิสเรล (LISREL 8.8 for students)

ผลการวิเคราะห์โมเดลพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 55.156, $df = 41$, $p = .069$, RMSEA เท่ากับ .028 ค่า Standardized RMR เท่ากับ .033 ค่า GFI เท่ากับ .984 และ ค่า AGFI เท่ากับ .952 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรสุขภาพได้ร้อยละ 52.30 และมีรูปแบบอิทธิพลดังนี้ คือ 1) การรับรู้สุขภาพ ส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพผ่าน ระดับกิจกรรม 2) ระดับการศึกษา ส่งอิทธิพลโดยตรงต่อสุขภาพ 3) รายได้ ส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพโดยผ่านการควบคุมการตัดสินใจ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงานที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะส่งผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพที่ดีของตน และส่งผลทางอ้อมผ่านระดับการทำกิจกรรมที่สูงขึ้น อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงานที่มีการศึกษามากจะมีสุขภาพที่ดี และการมีรายได้หลังเกษียณอายุงานในระดับสูง จะส่งผลโดยตรงให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานมีสุขภาพที่ดี หรือส่งผลทางอ้อมโดยทำให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานรับรู้ว่าคุณภาพดีสามารถควบคุมการตัดสินใจเลือกเกษียณอายุงานได้ด้วยตนเอง และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน

สาขาวิชา.....จิตวิทยาพัฒนาการ.....

ปีการศึกษา.....2553.....

ลายมือชื่อนิสิต.....อภาพพร อุชนร์คีมี.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5178105738: MAJOR DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

KEYWORDS : PERCEIVED HEALTH/ INCOME / EDUCATION/ ACTIVITY LEVEL/
DECISION CONTROL/ SUBJECTIVE WELL-BEING/ RETIREES

ARPAPORN USSANARASSAMEE: A CAUSAL MODEL OF THAI RETIREES' SUBJECTIVE WELL- BEING: THE EFFECTS OF PERCEIVED HEALTH, ACTIVITY LEVEL, EDUCATION, AND INCOME MEDIATED VIA ACTIVITY LEVEL AND DECISION CONTROL. ADVISOR: ASSISTANT PROFESSOR PANRAPEE SUTTIWAN, Ph.D., 182 pp.

The purposes of this study were to develop and validate the causal model of Thai retirees' subjective well-being: the effects of *perceived health*, *income*, and *education* mediated via *activity level* and *decision control*. The developed model consisted of 6 latent variables and 15 observed variables. Participants were 440 Thai retirees, age 55 to 89, who had been continually working for at least ten years up until their retiring date. Structural equation model (LISREL 8.8 for student) was used for statistical analysis.

Structural modeling analyses indicated that the causal model was significantly well consistent with empirical data as indicated by Chi - square = 55.156, $df = 41$, $p = .069$, RMSEA = .028, standardized RMR = .033, GFI = .984, and AGFI = .952. Independent variables in the model accounted for 52.30 percent variance in subjective well-being. The causal model indicated 1) a direct effect of *education* on subjective well-being; 2) *perceived health* had both direct and indirect effects on subjective well-being through activity level and 3) similarly, *Income* had both direct and indirect effects on subjective well-being through decision control.

Results suggested that perceiving oneself as having good health influences subjective well-being both directly and indirectly through retirees' higher activity level. Higher education directly influences retirees' subjective well-being. Having higher income also influences retirees' subjective well-being both directly and indirectly through higher decision control.

Field of Study : Development Psychology

Student's Signature

Arpaporn Usanarassamee

Academic Year : 2010

Advisor's Signature

Panrapee Suttiwan

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณระพี สุทธิวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ถ่ายทอดความรู้ แนะนำและตรวจแก้ชิ้นงานของผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่ ทั้งยังส่งเสริม สนับสนุนผู้วิจัยด้วยความเมตตาตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.นงลักษณ์ วิรัชชัย รองศาสตราจารย์ ศิราภรณ์ ทับสายทอง รองศาสตราจารย์ ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร และ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เตียมสุภาชิต ที่ได้เมตตาให้คำแนะนำที่มีคุณค่าในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์เล่มนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วรณีย์ แกมเกตุ ผู้ซึ่งกรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัยอย่างละเอียดถี่ถ้วน

ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ในคณะจิตวิทยาทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้วิจัย ทั้งยังคอยสอบถาม กระตุ้นเตือนให้เกิดความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ พันเอก(พิเศษ)หญิงพิกุล ไพศาลเวชกรรม ประธานสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำกลุ่มเขตที่ 3 ที่กรุณาเมตตาให้ข้อมูลเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลด้วยความเอ็นดูและปราศจากเงื่อนไขจนทำให้วิทยานิพนธ์ของผู้วิจัยสำเร็จลงได้

ขอบคุณ ดร. สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล คุณสันหัต พรประเสริฐมานิต คุณจิรพัฒน์ รัวีภัทรกุล และคุณนิพัทธ์ พิชญโยธิน รุ่นพี่คณะจิตวิทยาที่สละเวลาอันมีค่าแนะนำและชี้แจงข้อสงสัยของผู้วิจัยด้วยความเต็มใจเสมอมาทุกครั้งแม้ว่าจะ ขอบคุณรุ่นพี่และรุ่นน้องคณะจิตวิทยาทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านวิชาการและทางด้านจิตใจ

ขอบคุณคุณป้าจริย์ หวังรุ่งกิจ และคุณศุภสุตา สุขเจริญผล ที่คอยเป็นธุระช่วยเหลือผู้วิจัย ทั้งเรื่องเล็กและเรื่องใหญ่ นอกจากนี้ยังเป็นกำลังใจและเป็นกัลยาณมิตรของผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอบคุณคุณภาคภูมิ วาณิชกะที่คอยสนับสนุน และดูแลผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอตลอดมา ทั้งยังเป็นกัลยาณมิตรผู้เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้พบกับวิถีทางในการใช้ชีวิตอันมีค่าสูงสุด

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้ชีวิต ดูแล อบรมประคับประคอง และสนับสนุนผู้วิจัยในทุกด้านอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้ผู้วิจัยเติบโตมาอย่างสมบูรณ์พร้อมโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ผู้วิจัยขอยกคุณงามความดีทั้งหมดกราบบูชาบิดา มารดาของผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
สุขภาวะ.....	4
ความหมายของสุขภาวะ.....	5
องค์ประกอบของสุขภาวะ.....	8
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ.....	13
วัยเกษียณอายุงาน	19
พัฒนาการในวัยเกษียณอายุงาน.....	20
ความหมายของการเกษียณอายุงาน.....	30
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในวัยเกษียณอายุงาน.....	32
การรับรู้สุขภาพ.....	32
รายได้และระดับการศึกษา	36
ระดับกิจกรรม	38
การควบคุมการตัดสินใจ.....	42
โมเดลเชิงสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตในผู้สูงอายุ ของ Markides และ Martin (1979).....	46
โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของ การรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษาที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ	47
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	49
สมมติฐานในการวิจัย.....	49
ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย.....	49
ขอบเขตของการวิจัย	50
คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย	50

ประโยชน์ที่ได้รับ	51
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย	52
กลุ่มตัวอย่าง	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	53
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	53
มาตรวัดการรับรู้สุขภาพ.....	53
แบบสอบถามระดับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	60
มาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจ.....	63
มาตรวัดสุขภาวะ	69
การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝง	77
การเก็บรวบรวมข้อมูล	85
การวิเคราะห์ข้อมูล	85
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	87
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	87
ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะ ผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน.....	92
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลัง เกษียณอายุงาน	96
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย.....	106
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	112
รายการอ้างอิง	120
ภาคผนวก	128
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	129
ภาคผนวก ข. ตารางผลการวิเคราะห์ค่าความคงที่ภายในของมาตรวัดที่ใช้การวิจัย	130
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	137
ภาคผนวก ง. รายชื่อผู้ช่วยวิจัย	149
ภาคผนวก จ. สัญลักษณ์ทางสถิติ	150

ภาคผนวก ฉ. รายงานผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุ ไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้และระดับการศึกษาที่ส่งผ่าน ระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจ	153
ภาคผนวก ช. ตารางค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายนอก ที่ส่งอิทธิพลไปยังตัวแปรสังเกตได้ภายใน.....	177
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	182



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1	รายการกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในช่วงวัยเกษียณอายุงาน เรียงลำดับตาม ความถี่ที่พบจากมากที่สุด ไปถึงน้อยที่สุด 13 อันดับ 61
2.2	รายการกิจกรรมแบ่งตามแนวคิดกิจกรรมของ Lemon และคณะ..... 62
2.3	ความถี่ของสาเหตุต่างๆ ในการเกษียณอายุงานก่อนเวลาที่กำหนด (N = 55) 66
2.4	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัว แปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพ ผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และ ระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ 78
2.5	ผลการตรวจสอบความตรงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบการรับรู้สุขภาพ 79
2.6	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัว แปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงระดับกิจกรรมในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพ ผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และ ระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ 81
2.7	ผลการตรวจสอบความตรงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบระดับกิจกรรม 82
2.8	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัว แปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงสุขภาพในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพผู้สูงอายุ ไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับ การศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ 83
2.9	ผลการตรวจสอบความตรงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบสุขภาพ 84
3.1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 87
3.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน จากตัวแปรต่างๆในโมเดล (N = 440)..... 95
3.3	ค่า Factor Loading, Standardized Solution Matrix, Completely Standardized Solution Matrix และ Factor Score Regression ของตัวแปร ภายในโมเดล 100
3.4	เมทริกซ์พหุคูณของตัวแปรแฝง E และ K 104
3.5	ตารางเปรียบเทียบค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณ์ของอิทธิพลรวม กับค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ภายนอกและตัวแปรสังเกตได้ภายใน ... 105

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	โมเดลการวัดสุขภาวะตามแนวคิดของ Diener และคณะ (2009).....	13
1.2	โมเดลการวัดการรับรู้สุขภาพของ Ware (1976)	34
1.3	โมเดลการวัดระดับกิจกรรมของ Lemon และคณะ (1972).....	40
1.4	โมเดลเชิงสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตในผู้สูงอายุ ของ Markides และ Martin (1979) ...	46
1.5	โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษาที่ส่งผ่านโดยระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ.....	48
2.1	โมเดลการวัดองค์ประกอบการรับรู้สุขภาพ	80
2.2	โมเดลการวัดองค์ประกอบระดับกิจกรรม	82
2.3	โมเดลการวัดองค์ประกอบสุขภาวะ	84
3.1	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษาที่มีระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน	97

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประวัติศาสตร์ของมนุษย์นั้น ได้กล่าวถึงความสุข และวิธีการที่จะแสวงหาความสุขมา โดยตลอด ซึ่งในแต่ละยุคแต่ละสมัย สิ่งที่จะนำมาเป็นหลักเกณฑ์อ้างอิงว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด ความสุขนั้นก็แตกต่างกันออกไป เช่น แนวคิดของลัทธิขงจื้อ เชื่อว่าความสุข หรือความเพลิดเพลิน ใจใดๆ ก็ไม่ยิ่งใหญ่ไปกว่าการได้ปฏิบัติตามจารีตประเพณีที่สืบทอดกันมาและการได้เป็นพลเมือง ที่ดีของสังคม ส่วนทฤษฎีของ Abraham Maslow มองว่าความสุขจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับการ เติมเต็มความต้องการขั้นพื้นฐาน

ไม่ว่าความสุขในแต่ละยุคแต่ละสมัยจะอิงอาศัยจากสิ่งใดก็ตาม มนุษย์ก็ยังคงแสวงหาสิ่ง เดียวกันทั้งสิ้น สำหรับในยุคปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่าความสุขของมนุษย์ เกิดจากการมีสุขภาวะ (subjective well-being) ที่ดี นั่นคือการประสบกับความรู้สึกในทางบวก การประเมินเหตุการณ์ ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตในทางที่ดี และการใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย การมีสุขภาวะ ที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคน ล้วนปรารถนาเนื่องจากการมีสุขภาวะที่ดี หมายถึงการได้ประสบกับความน่าพึงพอใจทาง อารมณ์ และการมีความพึงพอใจต่อตนเองและสิ่งต่างๆรอบตัว ซึ่งกล่าวได้ว่า การมีสุขภาวะที่ดี เท่ากับเป็นการประสบกับความสุขทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

งานวิจัยทางด้านจิตวิทยาที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นไปที่วัยเด็ก จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เช่น การเข้าโรงเรียน การเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่ วัยรุ่น หรือ การเปลี่ยนแปลงจากวัยเรียนไปสู่วัยทำงาน โดยงานวิจัยที่ศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุ วัยเกษียณอายุงานยังมีจำนวนที่ค่อนข้างจำกัด ส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อ ว่าผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ มี รากฐานมาจากเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูและตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอ อีกส่วน หนึ่งเกิดจากค่านิยมของสังคมตะวันตก (ซึ่งเป็นแหล่งที่มาส่วนใหญ่ของงานวิจัยทางด้านจิตวิทยา) ที่เน้นความเป็นตัวบุคคล (Individualistic) และผลผลิต (productiveness) จึงมองว่าผู้สูงอายุเป็น กลุ่มบุคคลที่ไร้ค่า ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้กับสังคมได้อีกต่อไป ทำให้ในเวลาที่ผ่านมา ผู้สูงอายุ วัยเกษียณอายุงานค่อนข้างถูกละเลยจากการศึกษาวิจัยมาโดยตลอด

การเกษียณอายุงาน เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Noone, Stephens & Alpass, 2009) เนื่องจากการเกษียณอายุงาน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาท

หน้าที่ทางสังคม การใช้เวลารว่าง กิจกรรมประจำวัน และแง่มุมอื่นๆ ของชีวิต ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานต้องปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับเวลารว่างที่เกิดขึ้นจากการเกษียณอายุงาน การปรับตัวต่อรายได้ที่ลดลง พร้อมกันนั้นเอง ก็จะต้องปรับตัวต่อสุขภาพที่แย่ลงตามวัย ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่ไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ จะใช้ชีวิตด้วยความไม่พึงพอใจ และไม่มีความสุข หมกมุ่นอยู่กับความต้องการของตนเอง ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในวัยเกษียณอายุงานได้ในทางบวก จะเป็นผู้ที่สามารถเผชิญและแก้สิ่งแวดล้อม และสังคม และยังเป็นบุคคลสำคัญ ที่จะทำหน้าที่คอยชี้แนะ สั่งสอน ถ่ายทอดความรู้ต่างๆ ให้แก่บุคคลรุ่นหลังได้เป็นอย่างดี อันจะส่งผลสะท้อนกลับไปสู่การให้ความรู้กับคนรุ่นหลังเพื่อให้เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพต่อไป

นอกจากนี้ ในปัจจุบัน หน่วยงานต่างๆ ได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกเวลาในการเกษียณอายุงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วน เลือกลงเกษียณอายุงานก่อนถึงเวลาจริง ประกอบกับบริการในการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีอายุที่ยืนยาวกว่าเดิม จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุหลายท่านยังคงทำงานได้เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เห็นได้จากกรณีที่ผู้สูงอายุบางท่านยังคงทำงานหลักงานที่สอง หรือทำงานเสริม หลังจากที่เกษียณอายุงานออกจากงานเดิมแล้ว จะเห็นได้ว่า หากแม้จะพิจารณาในแง่ของผลผลิตก็ตามที ด้วยความชำนาญการและประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมา ล้วนทำให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานยังคงสามารถสร้างผลผลิตให้แก่สังคมได้ไม่ด้อยไปกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หรือตอนกลางแต่อย่างใด ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่มีอยู่เดิม

Kim และ Moen (2001) ได้เปรียบเทียบว่า การเปลี่ยนแปลงสู่วัยเกษียณอายุงานอายุนั้น อาจจะถูกถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงในช่วงกลางของชีวิต (midlife transition) เพียงทีเดียว ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลาถึงเกือบครึ่งหนึ่งของชีวิตตนไปกับวัยเกษียณอายุงานที่เหลือ ดังนั้น การศึกษาว่าปัจจัยใดจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในวัยเกษียณอายุงาน ซึ่งครึ่งหนึ่งเคยเป็นกำลังผลิตที่สำคัญให้กับสังคม และจะกลายเป็นผู้ที่ให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์แก่บุคคลรุ่นหลังได้ มีชีวิตอยู่อย่างเปี่ยมสมบูรณ์ไปด้วยสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะวัยเกษียณอายุงาน เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน (transition period) ที่สำคัญอย่างยิ่ง ช่วงหนึ่งของชีวิต ที่ไม่ด้อยค่าไปกว่าในวัยอื่นๆ เลย

ในประเทศไทย ผลการสำรวจประชากรไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งประเทศ จากในปี พ.ศ. 2537 ที่มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ขณะเดียวกันในปี พ.ศ. 2550 ดัชนีผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จนเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็ก ผลการสำรวจนี้

แสดงถึงแนวโน้มของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของสังคมไทยในไม่ช้า เช่นเดียวกับอีกหลายๆ ชาติในโลก เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และญี่ปุ่น ดังนั้นการก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุนี้นี้ ยิ่งเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญที่จะต้องศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ในฐานะที่ประชากรกลุ่มนี้กำลังจะเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่ผ่านมาจากต่างประเทศ ส่วนใหญ่จะเน้นหนักไปในการศึกษาเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพทางกาย (physical health) ของผู้สูงอายุ หรือเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านการเงินให้แก่ผู้สูงอายุที่กำลังเข้าสู่วัยเกษียณอายุงาน มีงานวิจัยจำนวนเล็กน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเกษียณอายุงาน การตัดสินใจเกษียณอายุงาน และการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงาน แต่ก็ยังไม่ใช้การศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานโดยตรง ส่วนในประเทศไทย งานวิจัยเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานส่วนใหญ่ จะเน้นศึกษาความพึงพอใจในการเกษียณอายุงาน และผลกระทบของการเกษียณอายุงานต่อสุขภาพในเชิงสังคมวิทยา และการศึกษาสุขภาพในวัยเกษียณอายุงานเพื่อการพยาบาล โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาเชิงจิตวิทยาเกี่ยวกับโมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพในผู้สูงอายุไทยวัยเกษียณอายุงานเลย

ด้วยเหตุผลในข้างต้นที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ในการวิจัย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน โดยสนใจศึกษาอิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ ซึ่งผลจากการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกัน และส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานของประเทศไทยได้ อันจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ และสังคมต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สุขภาวะ (Subjective well-being)

แม้ว่าความสุขจะเป็นสิ่งที่มนุษย์แสวงหามาตั้งแต่สมัยโบราณ แต่มโนทัศน์ของสุขภาวะในฐานะที่เป็นตัวแทนของความสุขนั้นได้เริ่มต้นขึ้นเพียงเมื่อช่วงปี ค. ศ. 1950 เท่านั้น โดยการเริ่มต้นศึกษาสุขภาวะ เกิดจากความพยายามในการโต้กลับ และสร้างสมดุล ให้แก่แนวคิดการศึกษาสุขภาพจิตของมนุษย์ในสมัยนั้น ที่เน้นการศึกษาความผิดปกติทางจิตแต่เพียงอย่างเดียว ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของงานวิจัยที่ศึกษาคุณลักษณะทางลบ มากกว่าการศึกษาคุณลักษณะในทางบวกของบุคคล ถึง 17 ต่อ 1 ขึ้น (Myers & Diener, 1995) แสดงว่าในช่วงก่อนหน้าปี ค.ศ. 1950 บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี หมายถึงบุคคลที่ “ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทางจิตใจ” ทำให้นักจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychologist เช่น Norman Bradburn, Ed Diener และ Marie Jahoda) ได้ออกมาแสดงความไม่เห็นด้วยโดยกล่าวว่า มุมมองเช่นนี้เป็นมุมมองในแง่ลบ เพราะโดยแท้จริงแล้ว มนุษย์ไม่ได้เพียงแต่ใช้ชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงความทุกข์เท่านั้น แต่ยังแสวงหาความสุขด้วย การไร้ซึ่งโรคภัยไข้เจ็บทางจิตใจเป็นเพียงตัวแทนของการ “ไร้ซึ่ง” ทูพพลภาพทางจิต แต่ไม่ได้แสดงว่าบุคคลนั้น “มี” สุขภาพจิตที่ดี ซึ่งต่อมา งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต (psychological well-being) ของ Bradburn (1969) ได้แสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลปราศจากอารมณ์ในทางลบ ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าเขาผู้นั้นจะต้องมีอารมณ์ในทางบวก เนื่องจากอารมณ์ในทางบวกและทางลบ เป็นสิ่งที่อยู่คนละมิติและเป็นอิสระจากกัน

การศึกษาสุขภาวะ โดยใช้การวัดในเชิงอัตวิสัย (subjective measures) เป็นการแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุค 1950 ที่ได้หันมาให้ความสำคัญแก่การประเมินคุณค่าชีวิตของตนด้วยตนเอง และเป็นช่วงที่นักวิทยาศาสตร์พยายามที่จะก้าวข้ามผ่านตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในเชิงวัตถุวิสัย ไปสู่การวัดที่เป็นอัตวิสัยมากขึ้น โดยมีความเชื่อว่า การวัดในเชิงอัตวิสัยเป็นการวัดที่สามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ชีวิตของบุคคลได้ดีกว่าแบบวัตถุวิสัย (Bowling, 2005) มาตรการสุขภาวะที่นิยมนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ มาตรการ Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) ของ Watson, Clark, และ Tellegen (1988 as cited in Diener & Ryan, 2009) และ มาตรการ Satisfaction with Life Scale ของ Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985 as cited in Diener & Ryan, 2009) โดยในภายหลัง Diener และคณะ (2009) ได้พัฒนามาตรการ The Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) และ มาตรการ Flourishing Scale ขึ้น เพื่อให้สามารถวัดสุขภาวะได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

1.1 ความหมายของสุขภาวะ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาวะของบุคคล มีคำศัพท์ที่ใช้เรียกทดแทนอย่างหลากหลาย เช่น ความสุข (happiness) หรือ คุณภาพชีวิต (quality of life) การศึกษาสุขภาวะในปัจจุบัน มุ่งเน้นไปยังการประเมินตนเองซึ่งเรียกได้ว่าเป็นสุขภาวะตามการประเมินอัตวิสัย (subjective well-being) อย่างไรก็ตาม เพื่อความกระชับในการวิจัย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะใช้คำว่าสุขภาวะ โดยมีความหมายถึงสุขภาวะตามการประเมินอัตวิสัย ซึ่ง Diener (1984) ได้จำแนกการให้ความหมายของสุขภาวะจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1.1 กลุ่มที่นิยามความหมายของสุขภาวะจากกฎเกณฑ์ภายนอก (external criteria) เช่น Ryff (1989; 1995) และ Ryff และ Keyes (1995) ให้ความหมายของสุขภาวะ ว่าเป็นความพึงพอใจในการบรรลุถึงความสำเร็จในช่วงต่างๆ ของชีวิต ส่วน Tatarikiewicz (1976 as cited in Diener, 1984) ได้กล่าวว่า สุขภาวะคือความสำเร็จ เมื่อเทียบกับมาตรฐานต่างๆ เฉพาะเรื่อง

1.1.2 กลุ่มที่นิยามความหมายของสุขภาวะจากการประเมินความพึงพอใจในชีวิต เช่น Shin และ Johnson (1978) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะว่า เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลในภาพรวม โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่บุคคลเลือกเอง และ Chakola (1975 as cited in Diener, 1984) กล่าวว่า สุขภาวะคือความพอใจในความสอดคล้องกลมกลืน ระหว่างความต้องการและเป้าหมายของบุคคล ในแง่ของจิตวิทยาพัฒนาการ Neugarten, Havighurst และ Tobin (1961) ได้ศึกษาสุขภาวะในผู้สูงอายุ และกล่าวว่า สุขภาวะ คือ ความพึงพอใจในชีวิต โดยความพึงพอใจในชีวิต หมายถึงการประเมินชีวิตของบุคคล ทั้งในอดีต และปัจจุบันด้วยกรอบอ้างอิง (frame of reference) ที่อยู่ภายในตัวของแต่ละบุคคลเอง

1.1.3 กลุ่มที่นิยามความหมายของสุขภาวะโดยเน้นไปที่ความพึงพอใจทางอารมณ์ เช่น Bradburn (1969) ที่ได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางจิต หรือ ความสุขว่าหมายถึง การที่บุคคลประสบกับอารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบ ซึ่งอารมณ์ทั้งสองเป็นสิ่งที่อยู่คนละมิติกัน และเป็นอิสระจากกัน

การศึกษาศุขภาวะในปัจจุบัน นิยมที่จะนิยามความหมายของสุขภาวะตามแนวทางในข้อ 1.1.2 และ 1.1.3 เนื่องจากเข้ากับจุดประสงค์ที่จะศึกษาสุขภาวะโดยใช้ตัวบุคคลเป็นหลักในการประเมินสุขภาวะของตนเอง ซึ่งได้มีพัฒนาการในการนิยามความหมายของสุขภาวะตามแนวทางทั้งสองข้อมาตามลำดับ ดังนี้

Campbell (1976 as cited in Ryan & Deci, 2001) ได้นำแนวคิดของ Bradburn (1969) มาเพิ่มเติมการมีความพึงพอใจในชีวิตเข้าไป และได้เปลี่ยนจากคำว่าสุขภาวะทางจิต เป็นสุขภาวะโดยสุขภาวะ หมายถึงการประเมินสถานการณ์ต่างๆในชีวิตของบุคคล ทั้งทางด้านอารมณ์ และ ความพึงพอใจในชีวิต บุคคลที่มีสุขภาวะที่ดีจะเป็นบุคคลที่ประเมินความรู้สึกของตนเองแล้ว มีความรู้สึกดีมากกว่าความรู้สึกที่ไม่ดีตลอดช่วงชีวิต เช่นเดียวกับ Brenner (1975 as cited in Shin & Johnson, 1978), Shin และ Johnson (1978) และ Dupuy (1977 as cited in McDowell, 2006) ที่กล่าวว่า สุขภาวะเกิดจากการประเมินความรู้สึกต่อคุณภาพ และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ด้วยเกณฑ์ที่บุคคลเลือกเอง โดยบุคคลที่ประเมินแล้วพบว่ามีความรู้สึกทางด้านบวกมากกว่าความรู้สึกทางด้านลบจะเป็นบุคคลที่มีสุขภาวะที่ดี ซึ่ง Andrews และ Withey (1976 as cited in Diener, 1984) ก็พบหลักฐานยืนยันในงานวิจัยของเขาว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99 จะประเมินความสุขของตนเองในลักษณะของการประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม (global life satisfaction)

ในเวลาต่อมา Lawton (1983 as cited in Diener, 1984) ได้รวมแนวคิดด้านอารมณ์ และ ความพึงพอใจในชีวิตเข้าด้วยกัน และให้ความหมายแก่สุขภาวะว่า เป็นการพิจารณาทั้งทางด้านอารมณ์และปัญญาต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ของสุขภาวะ ได้แก่ ความรู้สึกทางลบ ความรู้สึก ความรู้สึกทางบวก และความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับความสำเร็จตามเป้าหมาย โดย ต่อมา Diener (1984) Diener, Emmons, Larsen และ Griffin (1985) Pavot และ Diener(1993) ได้รับเอาแนวความคิดจากนักวิจัยทั้งหลายข้างต้น และสรุปว่า สุขภาวะ หมายถึง ผลลัพธ์จากการประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งทางด้านความรู้สึก (affective) และทางด้านปัญญา (cognitive) โดยการประเมินทางอารมณ์ จะเป็นการประเมินว่าตนได้ประสบกับอารมณ์ทางบวกหรือทางลบ ส่วน การประเมินทางปัญญา คือ การประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเองโดยรวม

Diener และคณะ (2009) ได้พัฒนาความหมายของสุขภาวะเพิ่มเติม โดยการรวมเอา ความมั่งคั่งทางสังคมและจิตใจ (social-psychological prosperity) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการนิยามสุขภาวะ โดยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะของ Putnam (2000 as cited in Diener et al., 2009) และ Helliwell และคณะ (2009 as cited in Diener et al., 2009) เรื่องต้นทุนทางสังคม (social capital) โดยมองว่าต้นทุนทางสังคมเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาวะที่ดีในบริบทของสังคม เข้ามาพิจารณาร่วม นอกจากนี้ ยังได้นำแนวคิดของ Csikszentmihalyi (1990 as cited in Diener et al., 2009) ที่ศึกษาในเรื่องของการมีความสนใจ (interest) การมีใจจดจ่อสิ้นไหลไปกับกิจกรรมที่ทำ (flow) และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ (engagement) ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของต้นทุนทางด้านจิตใจ (psychological capital) ของมนุษย์ และแนวคิดเรื่องเป้าหมาย และความหมายใน

ชีวิต (purpose and meaning of life) ของ Seligman (2002 as cited in Diener et al., 2009), Ryff (1989 as cited in Diener et al., 2009), Ryff และ Singer (1998 as cited in Diener et al., 2009) และ Steger และคณะ (2008 as cited in Diener et al., 2009) มาร่วมพิจารณา ซึ่งโดยสรุปแล้ว Diener และคณะ (2009) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะ ว่าเป็นผลลัพธ์จากการประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งทางด้านความรู้สึก และทางด้านปัญญา และการประเมินซึ่งแสดงถึงการมีความงอกงามในตนเองของบุคคล

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของสุขภาวะอื่นๆ เช่น Tatarikiewicz (1976 as cited in Diener, 1984) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะ ว่าเป็นความสำเร็จซึ่งอิงอาศัยอยู่กับมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง Allardt (1996; 2002 as cited in Seitsamo, 2007) กล่าวว่า สุขภาวะ หมายถึง การมีความพึงพอใจ ในมาตรฐานการใช้ชีวิต มีความรู้สึกเป็นสุข และการบรรลุศักยภาพแห่งตน (self-actualization) ตามแนวคิดของ Maslow ส่วน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะไว้ในปี ค.ศ. 2002 อย่างกว้างๆ ว่าเป็น “ทั้งหมดทั้งมวลของชีวิตมนุษย์ ซึ่งประกอบไปด้วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่รวมกันเป็นชีวิตที่ดี” (WHO, 2002 as cited in Seitsamo, 2007)

จากการให้ความหมายสุขภาวะในข้างต้น ผู้วิจัยสรุปว่า สุขภาวะ หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินอารมณ์ที่ตนเองประสบในชีวิตประจำวัน ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมที่ผ่านมา และความงอกงามในตนเอง โดยการอ้างอิงกฎเกณฑ์จากมาตรฐานของตนเองต่อเรื่องราวต่างๆ ที่ทำการประเมิน ซึ่งสุขภาวะที่ดี หมายถึง การมีผลลัพธ์หลังจากการประเมินในทางบวกมากกว่าทางลบ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีชีวิตที่ดี และมีความสุข

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของสุขภาวะ ตามแนวคิดของ Diener และคณะ (2009) ที่ได้ให้ความหมายของสุขภาวะ ว่าเป็นผลลัพธ์จากการประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งทางด้านความรู้สึก และทางด้านปัญญา และการประเมินซึ่งแสดงถึงการมีความงอกงามในตนเองของบุคคล เนื่องจากเป็นความหมายที่ตรงกับจุดประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการวัดสุขภาวะโดยใช้เกณฑ์ในการประเมินของตัวบุคคลเอง (subjective well-being) และเป็นความหมายที่ครอบคลุมแนวคิดทฤษฎีทั้ง 3 แนวคิด ซึ่งร่วมกันมีส่วนช่วยเติมเต็มพื้นที่ในการศึกษาสุขภาวะให้มีขอบเขตกว้างขวางมากขึ้น

1.2 องค์ประกอบของสุขภาวะ

จากความหมายของสุขภาวะในข้างต้น จะพบว่าการจำแนกองค์ประกอบของสุขภาวะ มีแนวทางในการจำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ กลุ่มที่เน้นการประเมินความรู้สึกทางด้านบวกและลบ และความพึงพอใจในชีวิต กับกลุ่มที่ใช้กฎเกณฑ์ความพึงพอใจอื่นๆ

1.2.1 องค์ประกอบของสุขภาวะในกลุ่มที่ใช้ความรู้สึกทางด้านบวกและลบ และความพึงพอใจในชีวิต

Bradburn (1969) ได้จำแนกองค์ประกอบของสุขภาวะเป็นอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ (Positive and negative affects) ซึ่ง Watson, Clark, และ Tellegen (1988 as cited in Diener et al., 2009) ได้รับแนวคิดนี้ในการจำแนกองค์ประกอบ และสร้างมาตรวัดอารมณ์ทางบวกและทางลบ (Positive and Negative Affect Schedule: PANAS) ขึ้น ซึ่งต่อมา Andrew และ Withey (1975 as cited in Diener, 1984) และ Campbell (1976 as cited in Ryan & Deci, 2001) ได้เพิ่มเติมแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะว่าประกอบไปด้วย ความรู้สึกด้านบวก ความรู้สึกด้านลบ และความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกด้านบวกเป็นความรู้สึกที่ตื่นตัว กระตือรือร้น มีการกระทำกิจกรรม และมีพลัง ส่วนความรู้สึกด้านลบ คืออาการกระสับกระส่าย กลัว โกรธ กังวล และความพึงพอใจในชีวิต คือการประเมินสถานการณ์ในปัจจุบัน และผลจากการดำเนินชีวิตจนกระทั่งถึงปัจจุบัน ซึ่งในเวลาต่อมา Lawton (1983 as cited in Diener, 1984) ได้ให้องค์ประกอบของสุขภาวะจากเดิมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกสุข ความรู้สึกทางบวก และความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับความสำเร็จตามเป้าหมาย

Diener (1984) Diener, Emmons, Larsen และ Griffin (1985) Pavot และ Diener (1993) ผู้ซึ่งได้รับแนวคิดจากนักวิจัยต่างๆ เหล่านี้ ได้สรุปและจำแนกองค์ประกอบของสุขภาวะเป็น 2 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ กับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งในเวลาต่อมา Diener และคณะ (2009) ได้รับเอาแนวคิดของกลุ่มที่ใช้กฎเกณฑ์ความพึงพอใจอื่นๆ และปรับปรุงเพิ่มเติมองค์ประกอบของสุขภาวะ เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ ความมั่งคั่ง และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่นิยมนำมาใช้ในการวัดสุขภาวะอย่างมากในปัจจุบัน

1.2.2 องค์ประกอบของสุขภาวะในกลุ่มที่ใช้กฎเกณฑ์ความพึงพอใจอื่นๆ

กลุ่มที่ใช้กฎเกณฑ์ความพึงพอใจอื่นๆ นั้น มักจะวัดสุขภาวะด้วยจำนวนองค์ประกอบที่มากกว่ากลุ่มที่ใช้ความรู้สึกทางด้านบวกและลบ และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งองค์ประกอบที่เป็น

ที่นิยมในกลุ่มนี้ได้แก่องค์ประกอบตามแนวคิดของ Ryff (1995) ซึ่งแบ่งสุขภาวะเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง (self-acceptance) การมีเป้าหมายในชีวิต (purpose of life) การเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การมีความงอกงามส่วนบุคคล (personal growth) การมีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น (positive relations with others) และการมีอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) นอกจากนี้ยังมีสุขภาวะตามแนวคิดของ Neugarten, Havighurst และ Tobin (1968) ที่ประเมินด้วย องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ (mood tone) ความรื่นรมย์ในชีวิต (zest of life) ความสอดคล้องระหว่างความต้องการและเป้าหมาย (congruence between desire and achieved goal) ความตั้งใจและอดทนในชีวิต (resolution and fortitude) และการมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก (positive self concept)

Diener และคณะ (2009) ได้รวบรวมและนำแนวคิดของทั้งสองกลุ่มมาสร้างเป็นแนวคิดในการวัดองค์ประกอบของสุขภาวะและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมและง่ายต่อการวัดองค์ประกอบ นอกจากนี้ยังง่ายต่อการนำไปศึกษาในต่างวัฒนธรรม เนื่องจากข้อบกพร่องในการวัดมีความกระชับ และมีการให้คุณค่าความหมายของคำที่แสดงอารมณ์ต่างๆ ตรงกับความเข้าใจของวัฒนธรรมอื่นๆ (Diener, Oishi, & Lucas, 2003) โดยองค์ประกอบของสุขภาวะของ Diener และคณะ (2009) นั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้สึก (affective) 2) ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction with life) และ 3) ความงอกงามในตนเอง (flourishing) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความรู้สึก (affective) แบ่งเป็นสองส่วน คือ ความรู้สึกทางบวกและทางลบ (Positive and Negative Feeling) เป็นการประมวลความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่างๆ และประเมินว่าบุคคลมีความรู้สึกในทางลบ หรือทางบวกต่อเหตุการณ์นั้น บุคคลที่มีสุขภาวะที่ดีจะเป็นคนที่มีความรู้สึกในทางบวกมากกว่าความรู้สึกในทางลบ

Diener และคณะ (2009) ได้พัฒนามาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ (Scale of Positive and Negative Experience: SPANE) ขึ้นเพื่อวัดองค์ประกอบทางด้านความรู้สึก โดยได้พัฒนาขึ้นจาก มาตรวัดอารมณ์ทางบวกและทางลบ (Positive and Negative Affect Schedule: PANAS) ของ Watson, Clark และ Tellegen (1988 as cited in Diener et al., 2009) โดย Diener และคณะ พบว่ามาตร PANAS มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ และได้ชี้ให้เห็นข้อบกพร่องของมาตรอื่นที่ใช้นั้น เช่น ไม่สามารถที่จะวัดอารมณ์ทางบวกและทางลบที่สำคัญจำนวนหนึ่ง ที่ถือว่าสำคัญต่อการวัดสุขภาวะ (เช่น ภูมิใจ อิจฉาริษยา สนุกสนาน หรือมีความสุข) หรือมีความกำกวมในการตัดสินว่าอารมณ์ที่ปรากฏอยู่จะถูกรับรู้ในอารมณ์ทางบวกหรือทางลบ อีกทั้งยังได้ละเลยคำที่แสดงความรู้สึกบางอย่างที่เป็นความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละ

วัฒนธรรมไป เช่น คำว่า schadenfreude ซึ่งเป็นคำแสดงความรู้สึกที่ชาวเยอรมันมักจะพูดถึง แต่เป็นคำที่ไม่มีคำแปลในภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ คำทางบวกที่แสดงถึงความรู้สึกเข้าอารมณ์ในระดับต่ำ เช่น สงบ หรือ ผ่อนคลาย ก็เป็นความรู้สึกที่น่าพึงปรารถนาในวัฒนธรรมเอเชียตะวันออกมากกว่าในอเมริกา (Tsai, Knutson, & Fund, 2006 as cited in Diener et al., 2009) และหากพิจารณาถึงลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลแล้ว คำทางบวกที่แสดงระดับการเข้าอารมณ์ที่สูงจะสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ดีกว่าเฉพาะในบุคคลที่มีบุคลิกภาพแสวงหาความตื่นเต้น (sensation-seeking) รวมทั้งประเด็นการให้ความสำคัญกับความ “กระตือรือร้น” และ “แข็งแรง” ว่าแสดงถึงลักษณะอารมณ์เชิงบวก โดยไม่ได้พิจารณาความแตกต่างระหว่างวัยของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุน้อยได้คะแนนในคำเหล่านี้สูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้สูงอายุ

โดยสรุปแล้ว Diener และคณะ (2009) ลงความเห็นว่า มาตรฐาน PANAS นั้น สรุปผลการวัดความรู้สึกทางบวกและลบ จากระดับของความกระตือรือร้น และการมีพลังมากกว่าที่จะวัดว่าความรู้สึกนั้นเป็นความรู้สึกที่ผู้ตอบแบบสอบถามพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ และได้สร้างมาตรประสบการณ์ทางบวกและทางลบ (Scale of Positive and Negative Experience: SPANE) ขึ้น โดยแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย 2 ส่วน คือ ส่วนที่วัดประสบการณ์ทางบวก (SPANE-P) และส่วนที่วัดประสบการณ์ทางลบ (SPANE-E) และนำส่วนต่างของประสบการณ์ทางบวกและทางลบ (SPANE-B) มาคิดคะแนน

เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นดังเช่นมาตร PANAS และหลีกเลี่ยงความผิดพลาดอันเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม Diener และคณะ (2009) ได้ใช้คำศัพท์ที่มีความหมายกว้าง ครอบคลุมทั้งคำที่เป็นที่น่าพึงปรารถนา และไม่น่าพึงปรารถนา โดยคำที่น่าพึงปรารถนาจะใช้คำศัพท์ 3 คำ นั่นคือ “ดี” (good) “บวก” (positive) และ “เบิกบาน” (Pleasant) ซึ่งคำศัพท์ทั้งสามคำนี้ เป็นคำที่บุคคลให้คุณค่า และสามารถนำไปใช้ได้กับอารมณ์อื่นๆ ที่เฉพาะเจาะจง ในทางเดียวกัน ศัพท์ในทางลบได้ใช้คำว่า “แย่” (bad) “ลบ” (negative) และ “ไม่เบิกบาน” (Unpleasant) ซึ่งเป็นคำที่บุคคลโดยทั่วไป ไม่ว่าจะในวัฒนธรรมใดจะสามารถเข้าใจตรงกันว่าเป็นคำที่ไม่น่าพึงปรารถนา ข้อดีอีกประการหนึ่งของการใช้คำคุณศัพท์ในลักษณะนี้ คือ ทำให้ไม่เกิดปัญหาในการนิยามว่า คำคุณศัพท์คำใดที่แสดงถึงอารมณ์ (emotion) หรือไม่ใช่อารมณ์ ตัวอย่างเช่น หากบุคคลรู้สึก “สนใจ” แต่ความสนใจนั้น “ไม่น่ายินดี” มาตรวัด SPANE จะสามารถตอบได้อย่างชัดเจน มากกว่าการที่ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คุณค่าด้วยตนเองว่าความรู้สึก “สนใจ” นั้นเป็นความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ

นอกจากคำคุณศัพท์ทั้ง 6 คำแล้ว Diener และคณะ (2009) ยังได้รวมเอาคำศัพท์ที่เกี่ยวกับอารมณ์ที่สำคัญเข้าไปด้วยด้านละ 3 คำ นั่นคือ “พอใจ” (contented) “มีความสุข” (Happy) และ “ปิติยินดี” (joyful) ในส่วนของคำศัพท์ทางบวก และ “เศร้า” (Sad) “กลัว” (Afraid) และ “โกรธ” (Anger) ในส่วนของคำศัพท์ทางลบ Schimmack (2003 as cited in Diener et al., 2009) พบว่าคำศัพท์คำว่า “มีความสุข” สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิต ได้มากกว่าคำศัพท์ทางบวกอื่นๆ เช่น ภูมิใจ รัก หรือ ตื่นเต้น ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อควบคุมคะแนนของ “มีความสุข” ให้คงที่แล้ว พบว่าคำศัพท์เหล่านี้ ไม่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้

2) ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction with life) เป็นการประเมินทางปัญญาของบุคคลต่อชีวิตของตนเองที่ผ่านมามีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด มีสิ่งใดในชีวิตที่ตนเองต้องการเปลี่ยนแปลง หรือคงไว้ตามเดิม

ในการวัดความพึงพอใจในชีวิต Diener และคณะ (2009) ได้พัฒนามาตรวัดความพึงพอใจในชีวิต (Satisfaction With Life Scale: SWLS) ของ Diener, Emmons, Larsen, และ Griffin (1985) โดยมาตรนี้วัดความพึงพอใจในชีวิตในฐานะที่เป็นกระบวนการประเมินทางปัญญาของบุคคล โดยการเปรียบเทียบสถานการณ์ที่ตนเป็นอยู่กับสิ่งที่ควรจะเป็นตามความคิดของตนเอง ซึ่งเป็นการเน้นย้ำแนวคิดของ Diener และคณะ (1984: 1985; 2009) ที่เน้นการประเมินจากอัตวิสัยของผู้ประเมินเป็นหลัก ดังนั้นการประเมินความพึงพอใจในชีวิตจึงต้องประเมินอย่างเป็นภาพรวม มากกว่าที่จะนำแต่ละแง่มุมของชีวิตมารวมกันและตัดลีนจากคะแนนที่ได้ เนื่องจากบุคคลอาจให้คุณค่าแก่แง่มุมต่างๆของชีวิตไม่เท่ากัน

มาตร SWLS ของ Diener และคณะ (1985) ได้รับการทดสอบจากงานวิจัยจำนวนมาก (เช่น Alfonso & Allison, 1992a; Pavot et al., 1991; Blais et al. 1989; Yardley & Rice, 1991; Magnus, Diener, Fujita และ Pavot, 1993; Larsen, 1985; Frisch, 1991 as cited in Pavot & Diener, 1993) โดยพบว่ามาตร SWLS ยังคงมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับมาตรวัดความพึงพอใจในชีวิตอื่นๆ แม้ว่าจะเป็นมาตรที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน และยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะบุคลิกภาพแบบเปิดเผย (Extraversion) และทางลบกับบุคลิกภาพแบบโรคจิตโรคประสาท (Neuroticism) นอกจากนี้ยังพบว่ามาตร SWLS มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสและสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศและอายุ (Arrindell et al., 1991 as cited in Pavot & Diener, 1993)

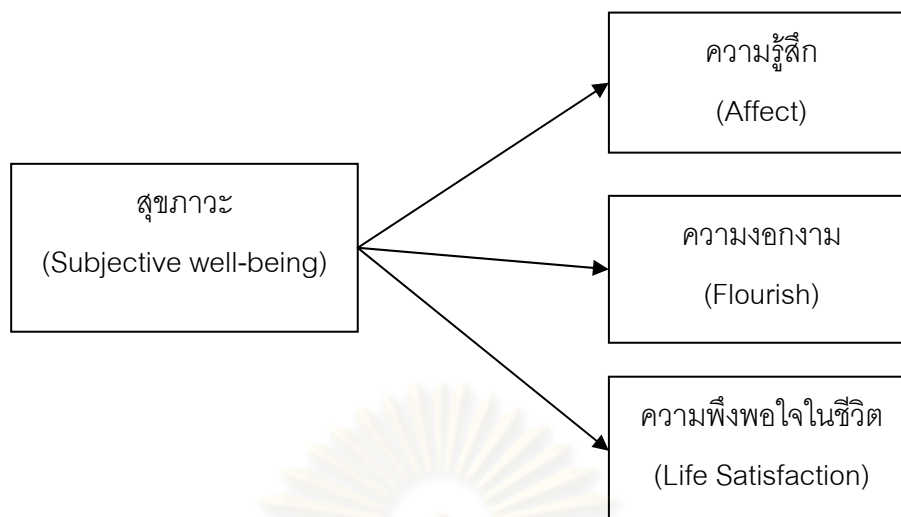
มาตรวัด SWLS ของ Diener และคณะ(1985) ยังถูกนำมาแปลเป็นภาษาต่างๆถึง 24 ภาษา อาทิเช่น ฝรั่งเศส ดัตช์ รัสเซีย และจีน (Blais et al., 1989; Arrindell et al., 1999; Balasty

และ Diener, 1993; Shao & Diener, 1992 ตามลำดับ as cited in Pavot & Diener, 1993) เนื่องจากลักษณะของมาตรวัดมีความกระชับ เหมาะแก่การใช้งาน และมีเนื้อหาในส่วนคำศัพท์ที่สามารถเข้าใจได้ตรงกันในทุกภาษา

3) ความงอกงาม (Flourishing) เป็นการประเมินตัวบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม (social functioning) ได้มากน้อยเพียงใด ได้ไปถึงเป้าหมาย หรือความต้องการในชีวิตต่างๆที่ตั้งใจไว้หรือไม่ ตนได้ใช้ชีวิตอย่างเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความหมาย หรือไม่ บุคคลที่มีสุขภาพที่ดี จะเป็นบุคคลที่สามารถใช้ชีวิตของตนได้อย่างมีคุณค่า มีความสนใจในชีวิต และมีเจตคติที่ดีต่อชีวิตของตนเอง

Diener และคณะ (2009) ได้วัดความงอกงาม โดยการเน้นไปที่การวัดสุขภาพทางจิต อย่างเป็นองค์รวม โดยการรวบรวมแง่มุมต่างๆในการวัดสุขภาพทางจิตทั้งที่มีอยู่เดิม และที่เป็นแนวคิดที่ไม่เคยมีการวัดมาก่อน ได้แก่ “การเข้าร่วมและมีความสนใจในสิ่งต่างๆ” (Engagement and interest) และ “มองโลกในแง่ดี” (optimism) ของ Csikszentmihalyi (1990 as cited in Diener et al., 2009) และของ Peterson และ Seligman (2004 as cited in Diener et al., 2009) แนวคิดการได้รับการยอมรับนับถือ ของ Maslow (1958 as cited in Diener et al., 2009) และการกระทำที่แสดงออกถึงการช่วยเหลือและทำให้ผู้อื่นมีความสุข (Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003 as cited in Diener et al., 2009) โดยใช้ชื่อว่ามาตรวัดสุขภาพทางจิต (Psychological well-being) และในภายหลังได้เปลี่ยนชื่อเป็น มาตรวัดความงอกงาม (Diener et al., 2009) เนื่องจากข้อกระทงมีการวัดความงอกงามด้านสังคม-จิตใจ (social-psychological prosperity) ที่เป็นแง่มุมหลัก โดยข้อกระทงทั้งหมดจะวัด ความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและมีเป้าหมาย การเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนสนใจ ความนับถือตนและการมองตนเองในแง่บวก รวมถึงความรู้สึกว่าตนมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดองค์ประกอบของสุขภาพตามแนวคิดและวิธีการของ Diener และคณะ (2009) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมความหมายส่วนใหญ่ของการศึกษาสุขภาพในปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังมีความสามารถในการวัดในต่างวัฒนธรรม เนื่องจากข้อกระทงที่ใช้ในการวัด มีความหมายเป็นที่เข้าใจตรงกันในประเทศต่างๆ มาตรวัดและยังมีความยาวเหมาะสมกับการวัดในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานอีกด้วย โดยเขียนเป็นโมเดลการวัดได้ตามภาพที่ 1.1 ดังนี้



ภาพที่ 1.1 โมเดลการวัดสุขภาวะ ตามแนวคิดของ Diener และคณะ (2009)

1.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

ทฤษฎีพื้นฐานที่นักจิตวิทยาจากกลุ่มต่างๆ นำมาศึกษาสุขภาวะในเชิงจิตวิทยาในปัจจุบัน สามารถแบ่งได้เป็น 3 จำพวกดังนี้ (Seligman & Royzman, 2003; Shin & Johnson, 1978)

1.3.1 ทฤษฎีของกลุ่มนิยมความสุข (Hedonism)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสุขเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และความรู้สึกส่วนตัวเพียงอย่างเดียว ตามความเชื่อของกลุ่มนิยมความสุขนี้ เป้าหมายสุดท้ายของชีวิต คือ ความสุข ซึ่งชีวิตที่มีความสุข คือ ชีวิตที่มีความรู้สึกน่าพึงพอใจสูงสุด และมีความเจ็บปวดน้อยที่สุด บุคคลจะเป็นผู้ประเมินความสุขของตนเอง ไม่ว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวจะกระทบต่อบุคคลในรูปแบบใดก็ตาม โดยทฤษฎีนี้มีรากฐานมากจากคำสอนของ Aristippus นักปรัชญาในสมัยกรีกโบราณที่เชื่อว่าเป้าหมายของชีวิต คือการมีช่วงเวลาที่น่าเพลิดเพลินใจมากที่สุด และความสุขนั้นเกิดจากผลรวมของช่วงเวลาที่น่าเพลิดเพลินใจเหล่านั้นรวมกัน

Ryan และ Deci (2001) ได้กล่าวไว้ว่า ทฤษฎีของกลุ่มนิยมความสุขนี้ ใกล้เคียงกับคำว่าสุขภาวะ (subjective well-being) ที่ศึกษากันอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการศึกษาโดยเน้นไปที่การรับรู้ ความเพลิดเพลินใจ ความพึงพอใจ และความสุข ในทางกลับกัน ยังศึกษาการรับรู้ความรู้สึกไม่เพลิดเพลินใจ และความไม่พึงพอใจด้วย นักวิจัยที่ศึกษาสุขภาวะในแนวทางของกลุ่มนิยมความสุขนี้ เช่น von Wright (1963 as cited in Shin & Johnson, 1978), Bradburn (1969),

Campbell (1976 as cited in Ryan & Deci, 2001) และ Dupuy (1977 as cited in McDowell, 2006)

1.3.2 ทฤษฎีความต้องการ (Desire Theory)

ทฤษฎีความต้องการ เชื่อว่าความสุข เกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความสมดุลระหว่างความต้องการและความปรารถนา (need and desire) กับความพึงพอใจต่อความต้องการเหล่านั้น (need and desire satisfaction) บุคคลที่สามารถเติมเต็มความต้องการของตนเองหรือได้รับในสิ่งที่ตนปรารถนา จะมีความพึงพอใจ ซึ่งนำไปสู่การมีความสุข (happiness) ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลไม่สามารถเติมเต็มความต้องการของตนเองได้ จะนำไปสู่การไม่มีความสุข (unhappiness) (Wilson, 1967 as cited in Shin & Johnson, 1978) ความต้องการและความปรารถนานั้น อาจจะมีได้ตั้งแต่อารมณ์ที่น่าพึงปรารถนา ไปจนถึงการได้ครอบครองวัตถุบางอย่างที่นำมาซึ่งความพึงพอใจให้แก่ตนเอง ซึ่งนักวิจัยบางส่วนที่เชื่อในแนวทางของทฤษฎีความต้องการ เช่น von Wright, (1963 as cited in Shin & Johnson, 1978) จะมีความเชื่อว่าฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าจะนำไปสู่การมีความสุขมากกว่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ทฤษฎีความต้องการมีความทับซ้อนกับทฤษฎีของกลุ่มนิยมความสุข ในแง่ของการให้ความหมายว่า ความสุข คือการมีอารมณ์ทางบวกและความพึงพอใจ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ทฤษฎีความต้องการมีรากฐานบางส่วนมาจากทฤษฎีของกลุ่มนิยมความสุข และเพิ่มแนวคิดเรื่องวัตถุนิยม (materialism) เข้ามาประกอบ

1.3.3 ทฤษฎีรายการเชิงประจักษ์ (Objective List Theory)

ทฤษฎีรายการเชิงประจักษ์ เชื่อว่าความสุขเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลครอบครองหรือมีคุณสมบัติบางอย่างตามที่กฎเกณฑ์ในสังคมกำหนดไว้ว่าเป็นสิ่งที่น่าพึงมีพึงปรารถนา เช่น การประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน การมีมิตรภาพ การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือ การมีคุณงามความดีต่างๆ ซึ่งกฎเกณฑ์ต่างๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในโลกแห่งความเป็นจริง และมีความหมายเกินกว่าเพียงแค่ความรู้สึกเพลิดเพลินใจจากสิ่งต่างๆ โดยไม่ได้ลงมือทำอะไร (passive pleasure) ดังเช่นทฤษฎีของกลุ่มนิยมความสุข และทฤษฎีความต้องการ

ทฤษฎีรายการเชิงประจักษ์ มีรากฐานแนวคิดมาจาก Eudaimonia หรือความสุขอันสูงสุดของอริสโตเติล (Waterman, 1990) ซึ่งเชื่อว่าความสุขนั้นเกิดจากการที่บุคคลได้ลงมือกระทำสิ่งที่น่าพึงปรารถนา โดย McKean (1941 as cited in Shin & Johnson, 1978) ได้ตีความว่า Eudaimonia ของอริสโตเติล มีความหมายเท่ากับการทำกิจกรรมที่มีความสร้างสรรค์ (creative activity) ส่วน Simpson (1975 as cited in Shin & Johnson, 1978) และ Schaar (1970 as cited in Shin & Johnson, 1978) มองว่า ความสุขตามแนวคิดนี้ คือ ความมั่งคั่งภายในตัวของ

บุคคลซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ (productive activity) ได้สำเร็จ จะเห็นได้ว่านักจิตวิทยาที่รับเอาแนวคิดหลักของทฤษฎีรายการเชิงประจักษ์จะเชื่อว่าความสุขเกิดจากการที่บุคคลได้กระทำในสิ่งที่แสดงออกถึงศักยภาพสูงสุดของตนเอง โดยสิ่งที่กระทำจะเป็นสิ่งที่มีกฎเกณฑ์จากสังคมว่าเป็นสิ่งดีงาม น่าพึงปรารถนา นักจิตวิทยาที่รับเอาแนวคิดของทฤษฎีรายการเชิงประจักษ์ เช่น Tatariewicz (1976 as cited in Diener, 1984) และ Ryff (1989; 1995) และ Ryff และ Keyes (1995)

อย่างไรก็ตาม Diener (1984) ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับ แนวคิดของทฤษฎีรายการเชิงประจักษ์ ว่าเป็นแนวคิดที่ประเมินความสุขของบุคคลจากตัวกฎเกณฑ์ภายนอก หรือกฎเกณฑ์ของผู้ประเมิน ซึ่งไม่ได้พิจารณาถึงสภาพความรู้สึกส่วนตัวของบุคคล ดังนั้น Eudaimonia จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของของคำว่าความสุขตามความหมาย (sense) ในปัจจุบันได้

ในเวลาต่อมา นักจิตวิทยากลุ่มต่างๆ ได้รับเอาแนวคิดพื้นฐานเหล่านี้ และพัฒนาการศึกษาสุขภาวะโดยปรับให้เข้ากับแนวคิดของกลุ่มตน โดยทฤษฎีทางจิตวิทยาที่มีชื่อเสียงในการอธิบายสุขภาวะ มีทั้งหมด 5 กลุ่มทฤษฎี ดังนี้

1) กลุ่มทฤษฎีความสมบูรณ์แบบ (Telic Theory)

กลุ่มทฤษฎีความสมบูรณ์แบบเชื่อว่าบุคคลจะมีสุขภาวะที่ดี เมื่อบุคคลบรรลุถึงจุดสิ้นสุดอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือได้สนองความต้องการของตนเอง ตัวอย่างของทฤษฎีในกลุ่มนี้ เช่น ทฤษฎีความต้องการขั้นพื้นฐาน (Need Theory) ซึ่งนักวิจัยที่ศึกษาสุขภาวะในแง่มุมมองของทฤษฎีนี้ที่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง เช่น Ryff (1989; 1995) และ Ryff และ Singer (1996 as cited in Diener & Ryan, 2009) ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination Theory) ของ Ryan และ Deci (2001) ที่กล่าวว่ามนุษย์พยายามที่จะเติมเต็มมีความต้องการ (need) บางอย่างที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และเมื่อสามารถทำได้แล้ว จะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดี ซึ่งสัมพันธ์กับทฤษฎีเป้าหมาย (Goal Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีในกลุ่มเดียวกัน ที่เสนอว่าบุคคลจะพยายามแสวงหาและเติมเต็มเป้าหมายบางอย่างที่นอกเหนือไปจากความต้องการที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ซึ่งเมื่อสามารถบรรลุเป้าหมายนั้นได้แล้ว จะทำให้เขามีสุขภาวะที่ดี (Emmons, 1986 as cited in Diener & Ryan, 2009; Michalos, 1980 as cited in Diener & Ryan, 2009)

2) กลุ่มทฤษฎีจากบนลงล่าง กับ จากล่างขึ้นบน (Top-down versus Bottom up Theory)

ทฤษฎีทั้งสองนี้ เป็นคู่ทฤษฎีที่ถกเถียงกันว่าสุขภาวะเกิดขึ้นในลักษณะใด โดยทฤษฎีจากบนลงล่าง (Top-down) กล่าวว่า คุณลักษณะบางอย่างที่ติดตัวบุคคลมาแต่กำเนิดเป็นตัว

กำหนดให้บางคนมีสุขภาวะที่ดีกว่าคนอื่น โดยคุณลักษณะเหล่านั้นจะส่งผลต่อวิธีการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ และแปลความหมายสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทฤษฎีที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ ทฤษฎีจุดตั้งต้น (Set-Point Theory) ที่มีความเชื่อว่า มนุษย์จะถูกจัดกระทำจากบางสิ่งบางอย่างให้มีความสุขอยู่ในระดับหนึ่งอยู่แล้วตามปกติ แสดงให้เห็นว่าความสุขเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และอยู่นอกเหนือการควบคุม ซึ่งสิ่งที่เป็นตัวกำหนดการมีความสุข หรือสุขภาวะนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อตามแต่ละแนวคิดของทฤษฎีนี้ เช่น แนวคิดเรื่องพันธุกรรม (genetic disposition view) จะเชื่อว่ามนุษย์จะมีระบบของการให้รางวัลอยู่ในสมอง (reward system) ที่ได้รับมาจากบรรพบุรุษผ่านการถ่ายทอดทางพันธุกรรมซึ่งจะสัมพันธ์กับการมีความรู้สึกทางบวกและทางลบของบุคคล ส่วนแนวคิดเรื่องลักษณะทางบุคลิกภาพ (personality trait view) เชื่อว่ามนุษย์มีลักษณะบุคลิกภาพบางอย่างที่จะกำหนดให้เขารู้สึกชอบ หรือไม่ชอบ และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย (extraversion) มักจะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมด้วยอารมณ์ทางบวกมากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบโรคจิตโรคประสาท (neuroticism) นอกจากนี้ยังมีแนวคิดทางด้านวัฒนธรรม (cultural view) ที่เชื่อว่าวัฒนธรรมจะเป็นเป็นผู้บัญญัติกฎเกณฑ์ทางสังคม และกำหนดว่าบุคคลควรจะรู้สึกดี หรือไม่ดีกับการกระทำใดบ้าง (Veenhoven, 2006)

ในทางกลับกัน ทฤษฎีล่างขึ้นบน (Bottom-up) กล่าวว่าบุคคลจะสะสมขณะเวลาทั้งที่ดีและไม่ดีไว้เรื่อยๆ และประเมินสุขภาวะของตนเองจากการรวบรวมขณะเวลาทั้งหมดเหล่านั้น ดังนั้นบุคคลที่มีจำนวนรวมของขณะเวลาที่ดีมากเท่าใด ก็จะมีสุขภาวะที่ดีมากเท่านั้น ทฤษฎีด้านอารมณ์ (Affective Theory) เป็นทฤษฎีที่ค่อนข้างเด่นชัดในแนวคิดการมองสุขภาวะในลักษณะนี้ ซึ่งโดยหลักแล้วทฤษฎีด้านอารมณ์จะมองว่าสุขภาวะเกิดจากการประเมินของตัวบุคคลว่าโดยรวมแล้วตัวเขามีความสุขมากน้อยเพียงใด นักวิจัยในกลุ่มนี้ เช่น Bradburn (1969), Campbell (1976 as cited in Ryan & Deci, 2001) และ Diener และคณะ (1991 as cited in Veenhoven, 2006) ที่เชื่อว่า สุขภาวะเกิดจากการมีผลรวมของอารมณ์ทางบวกเหนืออารมณ์ทางลบ

3) กลุ่มทฤษฎีปัญญา (Cognitive Theory)

แนวคิดของกลุ่มทฤษฎีปัญญานี้ มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับแนวคิดของทฤษฎีแบบบนลงล่าง (Top-down Theory) โดยที่ทฤษฎีปัญญานี้เชื่อว่ากระบวนการทางปัญญาจะเป็นตัวระบุสุขภาวะของบุคคล ผ่านการให้ความสนใจ (attention) การแปลความหมาย (interpretation) และความจำ (memory) หรือที่เรียกว่าโมเดล AIM (AIM model of well-being) บุคคลที่มีสุขภาวะดีคือบุคคลที่เลือกมุ่งความสนใจไปยังสิ่งเร้าในทางบวก เลือกแปลความหมายของเหตุการณ์ใน

ทางบวก และเรียกคืน (recall) เหตุการณ์ต่างๆในอดีตด้วยความจำแบบมีอคติในทางบวก (positive memory bias) Diener และ Ryan (2009) กล่าวว่า ความสามารถในการมุ่งความสนใจไปยังสิ่งเร้าภายนอกที่นอกเหนือจากตนเอง น่าจะเป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายสุขภาวะที่ดี ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยว่า บุคคลที่มีลักษณะครุ่นคิดคร่ำครวญอยู่กับตัวเอง (ruminate) มีแนวโน้มที่จะวิตกกังวลสูง และมีสุขภาวะในระดับต่ำ นอกจากนี้การมุ่งความสนใจไปยังภายในตนเอง ยังมักจะทำให้บุคคลที่ปรกติมีสุขภาวะในระดับสูงประสบกับการลดระดับของสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Veenhoven (2006) กล่าวว่าทฤษฎีปัญญานั้น ศึกษาสุขภาวะโดยเน้นไปที่กระบวนการคิดของมนุษย์ ซึ่งจะเป็นการคำนวณความแตกต่างระหว่างตำแหน่งที่บุคคลอยู่กับตำแหน่งที่บุคคลต้องการจะไปถึง ซึ่งกล่าวได้ว่ามีความสัมพันธ์ หรือเกิดควบคู่กันไปกับทฤษฎีมาตรฐานโดยเปรียบเทียบ (Relative Standard Theory) ที่จะกล่าวถึงต่อไป

4) กลุ่มทฤษฎีมาตรฐานเชิงเปรียบเทียบ (Relative Standard Theory)

กลุ่มทฤษฎีมาตรฐานเชิงเปรียบเทียบเชื่อว่าสุขภาวะเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่บุคคลเป็นอยู่ และสภาพที่บุคคลคิดว่าควรเกิดขึ้น โดยแนวคิดในแต่ละทฤษฎีย่อยก็จะระบุมาตรฐานที่บุคคลนำมาใช้ในการเปรียบเทียบต่างกันไป เช่น แนวคิดการเปรียบเทียบทางสังคม (Social Comparison Theory) เชื่อว่าบุคคลจะใช้ผู้อื่นเป็นมาตรฐานในการประเมินสุขภาวะของตน ซึ่งหมายความว่า บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีระดับสุขภาวะที่สูง หากเขาทำบางสิ่งบางอย่างได้ดีกว่าบุคคลอื่น (Carp & Carp, 1982; Michalos, 1980 as cited in Diener & Ryan, 2009) ตัวอย่างเช่น Easterlin (1974 as cited in Diener & Ryan, 2009) เสนอว่าความพึงพอใจในรายได้ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งจะขึ้นอยู่กับรายได้ของบุคคลอื่นที่อยู่แวดล้อมบุคคลนั้นในสังคม และ Emmons, Larson, Levine, และ Diener (1983 as cited in Diener & Ryan, 2009) พบว่า การเปรียบเทียบทางสังคมเป็นตัวแปรทำนายที่แข็งแกร่งที่สุดในการทำนายความพึงพอใจในด้านต่างๆ ขณะที่ทฤษฎีการเปรียบเทียบตลอดช่วงชีวิต (Life-time Comparison Theory) และทฤษฎีการปรับตัว (Adaptation Theory) ของ Coates และ Janoff-Bulman (1978 as cited in Diener & Ryan, 2009) เชื่อว่าบุคคลจะใช้ตัวเปรียบเทียบจากมาตรฐานของความสำเร็จในอดีตของตนเอง โดยบุคคลจะมีระดับสุขภาวะที่สูงขึ้น หากประเมินว่าตนเองทำสิ่งต่างๆได้ดีกว่าในอดีต (Veenhoven, 2006)

แนวคิดหนึ่งในทฤษฎีการปรับตัวที่ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันมาก คือ ระดับสุขภาวะของบุคคลเป็นสิ่งที่ค่อนข้างคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากเมื่อบุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้

สำเร็จแล้ว ความสำเร็จนั้นจะกลายเป็นมาตรฐานใหม่ และความสำเร็จในลักษณะเดิมจะไม่สามารถทำให้เกิดระดับสุขภาวะที่เข้มข้นเท่าเดิมได้อีกต่อไป ซึ่งแนวคิดนี้เป็นที่รู้จักกันในชื่อของ “ความสุขบนลู่วิ่ง” (hedonic treadmill) ซึ่งหมายความว่าสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวบุคคลมีความหมายเพียงแค่ว่าในระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น ส่วนสิ่งที่เป็นตัวกำหนดสุขภาวะของบุคคลที่แท้จริง คือลักษณะอารมณ์ที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (temperament) ที่ติดตัวมาแต่กำเนิด งานวิจัยจำนวนหนึ่งสนับสนุนทฤษฎีนี้ โดย Wortman และ Silver (1982 as cited in Diener & Ryan, 2009) พบว่าบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่ประสาทไขสันหลัง จะมีระดับสุขภาวะลดลงอย่างมาก หลังจากเกิดอุบัติเหตุ และตามด้วยการเพิ่มขึ้นของระดับสุขภาวะอย่างรวดเร็วจนถึงระดับที่เคยมีอยู่ก่อนหน้าที่จะเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากลักษณะอารมณ์ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดจะเป็นสิ่งที่คอยควบคุมให้ระดับสุขภาวะของบุคคลคงที่ ถึงแม้ว่าจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้ระดับสุขภาวะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมแต่การเปลี่ยนแปลงนั้นจะเกิดขึ้นแค่ระยะสั้นๆ และจะกลับมาอยู่ในระดับเดิมอย่างรวดเร็ว งานวิจัยของ Diener, Lucas & Scollon (2006) พบว่าระดับความสุขของประชากรในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งในด้านความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกทางบวกและทางลบ เนื่องจากพื้นฐานลักษณะอารมณ์ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

5) กลุ่มทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionary Theory)

แนวคิดของกลุ่มทฤษฎีวิวัฒนาการ เชื่อว่าสุขภาวะเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ โดยการศึกษาทางด้านวิวัฒนาการที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงความจำเป็นของอารมณ์ทางลบต่อการดำรงเผ่าพันธุ์ไว้จำนวนมาก เช่น ความกลัว ทำให้มนุษย์ระแวดระวังภัยแวดล้อม และรักษาชีวิตให้คงอยู่ได้จนถึงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งจะทำให้สามารถเลี้ยงดูทายาทรุ่นต่อไปเพื่อให้เผ่าพันธุ์ดำรงอยู่ได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงประโยชน์ของอารมณ์ทางบวกนั้น เพิ่งจะได้รับการศึกษาไม่นานมานี้ โดยทฤษฎีแผ่ขยายและสรรสร้าง (Broaden and Build Theory) ของ Fredrickson (1998 as cited in Diener & Ryan, 2009) ที่อธิบายว่าอารมณ์ทางบวกของมนุษย์นั้นทำให้บุคคลแผ่ขยายความคิด ความรู้ และส่งผลให้มนุษย์สามารถสรรสร้างทรัพยากรใหม่ๆ ทั้งทางด้านปัญญา จิตใจ สังคม และกายภาพได้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ไม่ได้รับความนิยมในการนำมาศึกษาสุขภาวะมากนัก เนื่องจากเป็นการอธิบายถึงสุขภาวะในแง่ที่สามารถทดสอบสมมติฐานได้ยาก และมีข้อจำกัดในการนำมาปรับใช้ในชีวิตจริง

จะเห็นได้ว่า แม้จะมีการจำแนกทฤษฎีที่ศึกษาสุขภาวะออกเป็นกลุ่มๆ แล้วก็ตาม แต่บางส่วนของแนวคิดทฤษฎีข้างต้น ยังมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เด็ดขาด Veenhoven (2006) ได้เสนอแนะว่า แม้บุคคลจะทำการเปรียบเทียบโดยใช้มาตรฐานต่างๆ แต่พวกเขาก็ยังต้องอาศัยกระบวนการทางปัญญาในการเลือกประเมินระยะห่างระหว่างเหตุการณ์นั้นกับมาตรฐานของตนเอง ในทางกลับกัน เมื่อบุคคลเลือกที่จะเก็บจำและประมวลข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมา พวกเขาจะต้องประเมินเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านั้นจากมาตรฐานอย่างไรก็ตาม อย่างหนึ่ง นอกจากนี้บุคคลยังต้องอาศัยความรู้สึก (affect) ต่างๆ ที่เข้ามากระทบ จึงจะทำการประเมินได้ว่าเป้าหมายที่ตนทำได้นั้น น่าพึงพอใจหรือไม่ ดังนั้นจึงมีนักวิจัยนำข้อดีของทฤษฎีต่างๆ มาเลือกใช้ในการอธิบาย และศึกษาสุขภาวะ โดยลักษณะของงานวิจัยแต่ละชิ้น จะแสดงออกในลักษณะของการได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีหนึ่งๆ มากกว่าทฤษฎีอื่น เช่น งานวิจัยของ Ryff (1989; 1995) ที่มีความโน้มเอียงไปในทฤษฎีรายการเชิงประจักษ์ และทฤษฎีความสมบูรณ์แบบมากแต่ก็ ยังได้รับเอาแนวคิดของทฤษฎีความต้องการ และการเปรียบเทียบทางสังคมไว้ด้วย โดยเห็นได้จากกรณีที่ Ryff ได้วัดสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยประมวลคุณลักษณะต่างๆ ของบุคคล ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่น่าพึงปรารถนา ขณะเดียวกันยังได้ให้บุคคลประเมินตามความรู้สึกของตนเองว่า ตนมีลักษณะดังกล่าวมากหรือน้อยเพียงใดเมื่อเปรียบเทียบกับชีวิตโดยรวม นอกจากนี้ Ryan และ Deci (2001) ได้กล่าวถึงในงานของเขาว่า สุขภาวะทั้งตามแนวคิดแบบนิยมความสุข (Hedonic well-being) และ สุขภาวะแบบ Eudaimonia (Eudaimonic well-being) นั้น เป็นแนวคิดที่แตกต่างกัน แต่สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ร่วมกันอธิบายสุขภาวะโดยรวมได้

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นศึกษาสุขภาวะจากการประเมินความรู้สึก ตามแนวคิดของความรู้สึกในกลุ่มทฤษฎีบนลงล่าง ศึกษาการประเมินความพึงพอใจในชีวิตตามแนวคิดทฤษฎีปัญญาและทฤษฎีมาตรฐานเชิงเปรียบเทียบ และศึกษาการประเมินความมั่งคั่งในชีวิต ตามแนวคิดทฤษฎีความสมบูรณ์แบบ ทั้งนี้ เนื่องจากเพื่อให้การวิจัยมีความครอบคลุมทั้งในเชิงทฤษฎี และเหมาะสมกับความหมายของสุขภาวะที่ได้รับการศึกษากันอย่างกว้างขวางในปัจจุบันมากที่สุด ตามแนวคิดของ Diener และคณะ (2009)

2. วัยเกษียณอายุงาน

ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานเป็นบุคคลที่ต้องประสบกับความท้าทายต่างๆ ในชีวิต เช่นเดียวกับในวัยอื่นๆ วัยเกษียณอายุงานเป็นวัยที่ผู้สูงอายุจะต้องทำการประเมินความสำเร็จและความล้มเหลวในอดีตของตนเอง ในขณะที่เดียวกัน ก็จะต้องรับมือกับปัจจุบัน และวางแผนสำหรับ

อนาคต นอกจากนั้นการเกษียณอายุงานก็ยังเป็นการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ อันนำไปสู่การมีกิจกรรมหรือประสบการณ์ใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมอีกด้วย

2.1 พัฒนาการในวัยเกษียณอายุงาน

วัยเกษียณอายุงาน จะอยู่ในช่วงระหว่างปลายวัยผู้ใหญ่ตอนกลางจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย นั่นคือช่วงอายุตั้งแต่ประมาณ 55 ปีขึ้นไป (Boyd & Bee, 2006) ซึ่งพัฒนาการที่เด่นชัดในวัยนี้ ได้แก่ พัฒนาการทางด้านร่างกาย และพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพและสังคม ดังต่อไปนี้

2.1.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย

พัฒนาการทางร่างกายในวัยเกษียณอายุงานที่เห็นได้ชัด คือความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ และความเสื่อมถอยในการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ความเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในวัยเกษียณอายุงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุดปัจจัยหนึ่งในการกำหนดสภาวะทางจิตของทั้งผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน (Boyd & Bee, 2006) ซึ่งความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุในวัยนี้ที่เห็นได้ชัด ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปลักษณ์ภายนอก

ผู้สูงอายุในวัยนี้จะมีผิวหนังหยาบกระด้าง เหี่ยวย่น เนื่องจากร่างกายไม่สามารถผลิตสารคั่งน้ำภายในผิวได้มากเท่ากับในวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันยังทำงานลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังแห้งตึง เกิดริ้วรอย และเกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนังได้ง่ายเมื่อผิวหนังได้รับการเสียดสีแม้เพียงเล็กน้อย กระทั่งการเจริญเติบโตของเล็บและเส้นผมยังลดลงจากเดิม เล็บมือและเล็บเท้าจะหนาและแข็งขึ้น แต่เปราะเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดลดลง ผมที่แต่เดิมเป็นสีดำกลับเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาวเนื่องจากเซลล์ที่ผลิตเม็ดสีหยุดทำงาน (Boyd & Bee, 2006)

2) การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานภายในร่างกาย

2.1) ระบบประสาท

การเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบประสาทของผู้สูงอายุในวัยเกษียณอายุงานจะอยู่ในรูปของความเสื่อมถอยของเซลล์ประสาท และความเสื่อมถอยของการทำงานของระบบประสาท เช่น การทำงานของสมองที่มีประสิทธิภาพน้อยลงเพราะเซลล์ประสาทที่ลดลง ปฏิกริยาตอบสนองช้าลงเพราะความสามารถในการประมวลข้อมูลช้าลง เป็นต้น โดยที่

การเสื่อมถอยของระบบประสาท อาจก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง 3 ด้านใหญ่ๆ (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ, 2536) ดังนี้

2.1.1) ความเปลี่ยนแปลงทางปัญญา ผลจากความเสื่อมถอยทางระบบประสาท ทำให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน มีความจำลดลง มีพฤติกรรมซ้หลังซ้ลี้ม สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ช้าลง ผู้สูงอายุที่ต้องทำงานที่ใช้ความเร็วจะไม่สามารถทำได้ดีเท่ากับคนหนุ่มสาว อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานสามารถทำงานที่ต้องใช้ประสบการณ์ได้ดีกว่าคนหนุ่มสาว เนื่องจากผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน มีความรู้ที่ตนสั่งสมมาจากประสบการณ์ตลอดชีวิตมากกว่าคนหนุ่มสาว(Boyd & Bee, 2006)

2.1.2) ความเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ ความสามารถทางปัญญาที่ลดลงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าสมัยที่เป็นหนุ่มสาว และอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า แยกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นอยู่กับตนเอง บางท่านอาจเกิดอาการเครียด และซึมเศร้า อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่ฝึกฝนความสามารถทางปัญญาอยู่เสมอ (เช่น การเล่นไพ่บริดจ์ และการเล่นหมากรุก) จะช่วยให้ความเสื่อมถอยเกิดขึ้นช้าลง และส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นรู้สึกดีกับตนเองได้เช่นกัน (Clarksom-Smith & Hartley, 1990 as cited in Boyd & Bee, 2006)

2.1.3) ความเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบประสาทสัมผัส ประสาทตาของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานจะเสื่อมหน้าที่ลงเนื่องจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงที่จอประสาทตาลดลง ทำให้เซลล์ประสาทตาที่เรตินาลดจำนวนและก่อให้เกิดจุดบอด (blind spot) ภายในเรตินามากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมองเห็นภาพได้แย่ง นอกจากนี้ความสามารถในการได้ยินยังลดลง เนื่องจากปลายประสาทภายในช่องหูเสื่อมลง อีกทั้งความสามารถในการรับรสและการดมกลิ่นยังลดลงเนื่องจากการเสื่อมของเยื่อหูในโพรงจมูก และการลดลงของต่อมรับรส (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ, 2536) และการสูญเสียเซลล์ประสาทในสมองน้อย (cerebellum) ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการทรงตัวได้แย่ง หรือทำของตกหล่นบ่อยขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น (Boyd & Bee, 2006)

2.2) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผู้สูงอายุในปลายวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีความสูงลดลงเนื่องจากความเสื่อมของกระดูก หรือเนื่องจากการที่ร่างกายงุ่มง่ามเข้าหากกลางลำตัว ผู้สูงอายุในวัยนี้หลายท่านอาจเกิดโรคกระดูกพรุน หรืออาการกระดูกเสื่อมและทับเส้นประสาทที่ไข

สันหลังซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวดที่อวัยวะอื่นๆ ได้ ทั้งยังเกิดความเสื่อมของกล้ามเนื้อ และข้อต่อในร่างกายทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ช้าลงกว่าในวัยหนุ่มสาว หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Boyd & Bee, 2006)

2.3) ระบบไหลเวียนโลหิต

นอกจากนี้ระบบหมุนเวียนโลหิตยังเสื่อมการทำงานลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของผนังเซลล์ที่เกี่ยวข้องในการสูบฉีดโลหิตลดลงไปจากเดิม (Boyd & Bee, 2006) หรืออาจเกิดจากการที่มีแคลเซียมไปจับตามผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแคบลง และทำให้การไหลเวียนของโลหิตไม่สะดวก ซึ่งส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ทำให้อวัยวะเหล่านั้น เช่น สมอง ไต และหัวใจเสื่อมสมรรถภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุมักจะมีอาการของโรคความดันโลหิตสูง ความจำเสื่อม หรือเป็นลมง่าย (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ, 2536)

2.4) ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบภูมิคุ้มกันจะทำหน้าที่ลดลง ทำให้เกิดโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ทำให้ดูเหมือนว่าผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานเจ็บป่วยบ่อย นอกจากนี้สิ่งที่เห็นได้ชัดเจน คือความเปลี่ยนแปลงของระบบฮอร์โมน ซึ่งความเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้เกิดอาการทางร่างกาย เช่น รู้สึกร้อนๆ หนาวๆ ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล ในเพศหญิงอาจมีอาการ ช่องคลอดแห้ง ซึ่งทำให้เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ที่ลดลง (Boyd & Bee, 2006)

2.1.2 พัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพและทางสังคม

พัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพและทางสังคมในวัยเกษียณอายุงานแตกต่างจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย โดยที่ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีได้ทั้งในทางเสื่อมถอยและทางเพิ่มพูน โดยทฤษฎีที่พยายามอธิบายพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพและทางสังคมของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานส่วนใหญ่จะแบ่งผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานออกเป็นสองประเภท ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่สามารถปรับตัว หรือรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ และผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่ไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น มีทั้งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากตนเอง เช่น ความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย สติปัญญา ความสามารถ หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากผู้อื่น เช่น การตายของผู้เป็นที่รัก หรือการสูญเสียความเคารพจากผู้ร่วมงาน โดยผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุ

งานกลุ่มที่สามารถปรับตัว หรือรับมือกับความเปลี่ยนแปลงได้ จะมีพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และทางสังคมในทางบวก นั่นคือ เป็นผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพอันเป็นที่รักของคนรอบข้าง และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข ส่วนผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานในกลุ่มที่ไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงได้ จะมีพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพและทางสังคมในทางลบ นั่นคือเป็นผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่มีบุคลิกภาพเก็บตัว ครุ่นคิดคร่ำครวญ เห็นแก่ตัว ไม่เป็นที่รักของบุคคลรอบข้าง และไม่มีความสุข เช่น ทฤษฎีการปรับตัวในวัยชราของ Harvighurst ที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้จะเป็น ผู้สูงอายุที่สามารถข้ามผ่านงานพัฒนาการในวัยชราไปได้อย่างดี (เพ็ญพิไล ฤทธาคุณานนท์, 2550)

1) ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Development Theory)

ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson กล่าวถึงพัฒนาการในขั้นนี้ว่าเป็นขั้นสุดท้ายของชีวิตซึ่งที่ผู้สูงอายุจะคิดถึงชีวิตที่ผ่านมาผ่านความจำและความฝัน และพยายามที่จะให้คุณค่าความหมาย แก่ชีวิตที่ผ่านมาของตนเองและพยายามปรับตัวเพื่อเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึง บุคคลที่ ย้อนคิดไปถึงอดีตของตนและสรุปว่าตนได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหมายจะสามารถยอมรับ ความตายที่เข้ามาถึงได้อย่างองอาจ (Ego Integrity) ส่วนผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ตนเองล้มเหลวในการ ใช้ชีวิตจะรู้สึกสิ้นหวัง เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขอดีตได้และไม่มีเวลาเหลือพอสำหรับการ สร้างอนาคตใหม่ตามที่ตนต้องการ (Despair) บุคคลที่ผ่านพัฒนาการขั้นนี้ไปได้ด้วยดี จะเป็น บุคคลที่มี wisdom หรือปัญญา ที่จะเข้าใจชีวิตที่ผ่านมาและต้องการที่จะเผื่อแผ่ความรู้ที่ตนเองมี ต่อโลกให้แก่บุคคลรุ่นหลัง บุคคลที่ผ่านพัฒนาการขั้นนี้ได้อย่างสมบูรณ์จึงเป็นผู้สูงอายุที่ อื่อเพื่อเผื่อแผ่ ไม่เห็นแก่ตัว และมีความสัมพันธ์อันดีกับสิ่งแวดล้อม (Shaffer, 2005)

Erikson (1968) มองว่าการที่ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานจะมีพัฒนาการในทางบวกได้ ผู้สูงอายุจะต้องมองชีวิตที่ผ่านมาของตนด้วยความพึงพอใจ ซึ่งจะต้องอาศัยสุขภาพทางกายที่ แข็งแรง การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคม และการมีชีวิตที่ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น เพื่อไปให้ถึง เป้าหมายนั้น หากไม่สามารถแก้ปัญหาพัฒนาการในขั้นนี้ได้ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง หวาดกลัวความตายที่จะมาถึง รู้สึกว่าเวลาที่ตนเองมีอยู่ค่อยๆหมดไป และสายไปที่จะเริ่มกระทำ สิ่งใหม่ๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่จะมีสุขภาพที่ดีจะต้องมีความพึงพอใจกับชีวิตของตนเองที่ผ่านมา มี อารมณ์ทางบวก มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง รวมทั้งการเผื่อแผ่แก่สังคม ด้วย

Peck (1968 as cited in Turner, 1979) เสนอว่างานพัฒนาการของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน คือการที่ผู้สูงอายุ จะต้องปรับสภาพจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3 ด้าน นั้นคือ

1. ด้านการมีคุณค่าในตนเอง (Ego Differentiation vs. Work-Role Preoccupation) ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุงานจะเกิดคำถามขึ้นในใจว่า ตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่าเพราะสามารถทำงานเต็มเวลาได้ หรือว่าตนมีคุณค่าในแง่มุมอื่นๆของชีวิตด้วย การมองเห็นคุณค่าในตนเองจากการทำกิจกรรมภายหลังเกษียณอายุงาน จะทำให้บุคคลดำเนินชีวิตไปอย่างต่อเนื่องและมีความหมาย แทนที่จะใช้ชีวิตอย่างหมดหวังและไม่เห็นความหมายในชีวิต
2. ด้านการให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ ในชีวิต (Body transcendence vs. Body preoccupation) ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพ และเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่มีหมกมุ่นอยู่กับร่างกายของตน จะรู้สึกเป็นทุกข์กับความเสื่อมถอยที่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีแก่นของความพร้อมใจชีวิตอยู่ที่สังคมภายนอกและภายในจิตใจของตน จะมีความสุขกับชีวิต และมีความเคารพตนเอง
3. ด้านการเผื่อแผ่ให้กับบุคคลรอบข้างและสังคม (Ego transcendence vs. Ego preoccupation) เป็นขั้นที่ Peck ถือว่าเป็นขั้นพัฒนาการที่สำคัญที่สุดในวัยสูงอายุ นั่นคือผู้สูงอายุจะต้องตระหนักว่าตนจะต้องจบชีวิตลงสักวันหนึ่ง และปรับตัวต่อความตายที่จะมาถึงโดยการลงมือทำสิ่งต่างๆเพื่อให้ชีวิตของบุคคลที่อยู่เบื้องหลัง มีความมั่นคงปลอดภัย มีความหมาย และมีความสุข บุคคลที่สามารถปรับตัวต่อความตายที่จะเข้ามาได้เป็นอย่างดี จะเป็นผู้ที่สามารถข้ามผ่านความเป็นตัวตน (Ego transcendence) และสามารถแบ่งปันสิ่งต่างๆให้แก่ครอบครัวและสังคมได้

จะเห็นได้ว่าทั้งในทฤษฎีของ Erikson และ Peck ต่างก็เน้นว่าผู้สูงอายุจะต้องประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายทางพัฒนาการ ซึ่งเป้าหมายหลักของพัฒนาการในวัยนี้คือการพัฒนาตนเอง ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างในสังคม การทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดการยอมรับในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นด้วยความเข้มแข็ง บุคคลที่สามารถผ่านขั้นพัฒนาการไปได้เป็นอย่างดี จะเป็นบุคคลที่เป็นที่รักในสังคม มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีประโยชน์ต่อผู้อื่น ใช้ชีวิตประจำวันอยู่ได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นการแสดงออกซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี

2) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

ทฤษฎีความต่อเนื่องของ Atchley และ Barusch (2004) ได้ให้ความหมายของการเกษียณอายุงานว่า เป็นการที่บุคคลได้แยกตัวเองออกจากตำแหน่งทางหน้าที่การงานแม่เพียงเล็กน้อย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางด้านการทำงาน จากที่ทำงานเต็มเวลา มาเป็นบุคคลที่ทำงานไม่เต็มเวลา (การเกษียณอายุงานบางส่วน) หรือไม่ทำงานเลย (การเกษียณอายุงานอย่างเต็มรูปแบบ) บุคคลจะถือว่าเป็นผู้เกษียณอายุงานได้นั้น จะต้องมีการเปลี่ยนผ่านเอกลักษณ์ทางด้านการทำงานของตนจากการเป็นบุคคลที่ได้รับการว่าจ้าง มาเป็นบุคคลที่เกษียณอายุงานแล้ว ซึ่งคำนิยามนี้ทำให้ผู้เกษียณอายุงาน แตกต่างจากบุคคลที่ไม่มีงานทำเพราะไม่ถูกว่าจ้าง

ทฤษฎีความต่อเนื่องพัฒนาขึ้น เพื่ออธิบายผลลัพธ์ของงานวิจัยจำนวนมากที่พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมาก ยังคงแสดงความคิดที่ในรูปแบบวิถีคิด ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ การจัดการรูปแบบการใช้ชีวิต เป้าหมายในชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคมของตนได้อยู่ในลักษณะเดิม แม้ว่าจะมีความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในด้านสุขภาพ ความสามารถในการทำงาน และสถานการณ์ทางสังคมรอบตัวก็ตาม Atchley (1999) ได้สังเกตจากงานวิจัยของเขาว่าผู้สูงอายุบางท่าน ยังคงนำเอกลักษณ์ด้านอาชีพของตนติดตัวไปพร้อมกับการเกษียณอายุงานด้วย ดังจะเห็นได้จากคนที่ผู้เกษียณอายุงานทำงานบริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายให้แก่ชุมชน หรือองค์กร ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกับมุมมองของทฤษฎีบทบาท (Role theory) ที่เสนอว่า การเกษียณอายุงานเป็นการพรากเอาเอกลักษณ์ทางด้านอาชีพของบุคคลไป ดังนั้นทฤษฎีความต่อเนื่องจึงมองว่าการมีบุคลิกภาพที่ประสานกันอย่างสอดคล้องกลมกลืน (well-integrated) จึงจำเป็นต่อการที่บุคคลจะมีชีวิตในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายได้อย่างเป็นมีสุขภาวะที่ดี

Atchley (1999) เสนอว่า ความต่อเนื่องทางด้านบุคลิกภาพ และ ค่านิยมหลักของบุคคล เป็นสิ่งสำคัญในการทำความเข้าใจในการปรับตัวต่อการเข้าสู่วัยชราของผู้สูงอายุ โดยทั้งบุคลิกภาพ และค่านิยมหลักของบุคคลจะเข้มข้นขึ้นตามอายุ ความพึงพอใจในความชราของตนนั้นจะขึ้นอยู่กับว่าบุคคลได้สร้าง continuity ในลักษณะบุคลิกภาพของตนได้มากเท่าใด มากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตให้เข้ากับบรรทัดฐานของสังคมตามที่สังคมรับรู้ได้หรือไม่ ซึ่งองค์ประกอบที่จะประกอบขึ้นเป็นบุคคลที่มีความต่อเนื่องในวิถีชีวิตและบุคลิกภาพ ตามแนวคิดของ Atchley (1999) นั้น มีอยู่ 4 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ ความต่อเนื่องภายใน ความต่อเนื่องภายนอก เป้าหมายในพัฒนาการ และความสามารถในการปรับตัว อันมีรายละเอียดดังนี้

1. *ความต่อเนื่องภายใน (รูปแบบของความคิด)* คือ การคงไว้ซึ่งรูปแบบกรอบแนวคิดเดิมๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับ ตัวตน (self) และปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในโลก (phenomenal world) กรอบแนวคิดเหล่านี้ เช่น อัตมโนทัศน์ (self-concept) เป้าหมายชีวิต ปรัชญาการใช้ชีวิต กรอบแนวคิดทางด้านศีลธรรม เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ทักษะ อารมณ์ (temperament) ความพึงพอใจ และวิธีการรับมือกับปัญหา เป็นโครงสร้างทางตัวตนของผู้สูงอายุแต่ละคน ที่ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกันตามกรอบแนวคิดที่ตนเองยึดถือ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตขั้นผู้สูงอายุจะถูกกระตุ้นให้เลือก หรือปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงในแบบที่จะรักษาโครงสร้างทางของกรอบความคิดภายในจิตใจของตนเองเอาไว้ เนื่องจากโครงสร้างของความเป็นตัวตนนี้ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ลงทุนมาตลอดชีวิต ดังนั้นการมีความต่อเนื่องในรูปแบบกรอบความคิดจึงถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

Atchley (1982c, 1991 as cited in Atchley, 1999) และ Markus และ Herzog (1991 as cited in Atchley, 1999) เห็นตรงกันว่าบุคคลมีความกระตือรือร้นในการสร้างพัฒนา และคงไว้ ซึ่งโครงสร้างและพลวัตรของความเป็นตัวตน (self) โดยโครงสร้างเกี่ยวกับตนเองเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากโครงสร้างทางสังคมต่างๆได้ เช่น อาชีพ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ เพศ เหตุการณ์ในชีวิต การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ โดย Markus และ Herzog ยังเสนอว่า สุขภาวะทางจิต และรูปแบบของพฤติกรรมที่แสดงออกมา ยังเป็นผลมาจากโครงสร้างและพลวัตรของความเป็นตัวตนนี้อีกด้วย

2. *ความต่อเนื่องภายนอก (ลักษณะการใช้ชีวิต)* คือความต่อเนื่องในบทบาททางสังคม กิจกรรมที่ทำ และการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล Atchley มองว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีวิถีชีวิต และแผนภาพของสถานการณ์ภายนอกรอบๆตัวที่ค่อนข้างแน่นอน ซึ่งแผนภาพเหล่านี้ จะเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งเอกลักษณ์เหล่านี้มักจะอยู่ในรูปของการมุ่งลงทุนไปกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้ตัวเองเกิดความพึงพอใจที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ภายในขอบเขตข้อจำกัดที่มีอยู่ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจึงมองว่าความต่อเนื่องในการจัดระบบระเบียบในการดำเนินชีวิตและวิถีชีวิตของตนเป็นแหล่งที่มาของความมั่นคงทางสังคมที่สำคัญ

Atchley เก็บข้อมูลรูปแบบการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเดิมในปี ค.ศ. 1975 1977 1979 1981 1991 และ 1995 และพบว่า ระดับการทำกิจกรรมในช่วงปีต้นๆ จะมีอิทธิพลต่อระดับการทำกิจกรรมในช่วงปีหลังอย่างมาก และมีความคงที่อีกด้วย โดยระดับ

กิจกรรมที่ทำในปี ค.ศ. 1975 มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อระดับกิจกรรมในปี ค.ศ. 1995 Atchley พบว่าผู้ร่วมการทดลองมากกว่าร้อยละ 51 เป็นกลุ่มที่ยังรักษาเสถียรภาพของรูปแบบการทำกิจกรรมไว้ ตั้งแต่ปี 1975 จนถึง ปี 1995 มีเพียงร้อยละ 3 ที่เพิ่มระดับการทำกิจกรรม และมีจำนวน ร้อยละ 38 ที่ลดระดับการทำกิจกรรมลง นอกจากนี้ ผู้ร่วมการทดลองร้อยละ 4 ที่ลดระดับการทำกิจกรรมลงแต่ก็ได้กลับมาทำกิจกรรมในระดับเดิมในที่สุด และอีกร้อยละ 4 ที่เพิ่มระดับกิจกรรมขึ้น แต่ก็ได้ลดระดับกิจกรรมลงมาเท่ากับระดับเดิมในที่สุด ทำให้ Atchley สรุปในท้ายที่สุดว่า ความต่อเนื่องในระดับการทำกิจกรรมนั้นก็เป็นบรรทัดฐานในการใช้ชีวิตอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ

3. เป้าหมายของพัฒนาการ (เป้าหมายชีวิตส่วนตัว) คือ สภาพการณ์ที่ผู้สูงอายุให้คุณค่า และต้องการจะไปถึง ทฤษฎีความต่อเนื่องมีสมมติฐานว่า บุคคลจะมีทิศทางสำหรับพัฒนาการของตนเองที่ค่อนข้างแน่นอนและต่อเนื่องไปจนถึงวัยชรา เป้าหมายเหล่านั้นหมายรวมถึงอุดมคติ เกี่ยวกับตัวตน กิจกรรม ความสัมพันธ์ และสิ่งแวดล้อมที่ตนพึงพอใจ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ให้ความสำคัญกับความเจริญของงานทางจิตวิญญาณของตนเอง ส่วนผู้สูงอายุบางคนก็มีเป้าหมายคือการรักษาหรือพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัวของตน Atchley (1999) ให้ข้อสังเกตว่าความพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมายส่วนตัวเหล่านี้ แท้จริงแล้วก็คือคือ พยายามอย่างยิ่งที่จะได้มาซึ่งความเป็นตัวตนของผู้สูงอายุนั่นเอง

Atchley ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของพัฒนาการของแต่ละบุคคลว่า มีส่วนในการหล่อหลอมแนวทางการกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินการตัดสินใจเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยผู้สูงอายุจะเลือกทิศทางที่ไปสู่เป้าหมายที่ตนเองปรารถนา Atchley ได้เปรียบเทียบผลการให้ผู้ร่วมการทดลองประเมินเป้าหมายที่สำคัญ 17 ชนิด ในปี ค.ศ. 1975 กับในปี 1995 โดยเขาได้พบว่าผู้ร่วมการทดลองร้อยละ 90 มีความคงที่ในการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับตนเอง เช่น การพึ่งพาตนเอง หรือ ทำสิ่งต่างๆ ให้แก่ผู้อื่น โดยเป้าหมายร้อยละ 80 เป็นเป้าหมายที่เกี่ยวกับการทำเพื่อผู้อื่นหรือทำกิจกรรมทางศาสนา และผู้สูงอายুর้อยละ 50 มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การมีงานที่น่าพึงพอใจ หรือ เป็นที่รู้จักในชุมชน

ทั้งตัวเป้าหมาย และการมีหรือไม่มีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในพัฒนาการของตนเอง จะได้รับอิทธิพลมาจากทั้งการขัดเกลาทางสังคม และตำแหน่งของบุคคลบนโครงสร้างทางสังคม เช่น โครงสร้างของครอบครัว เพศ ชนชั้นทางสังคม สิ่งแวดล้อมในองค์กร และอื่นๆ แต่เป้าหมายเหล่านี้ก็สามารถได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในชีวิตได้

อย่างมากเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุจะใช้ประสบการณ์ชีวิตมาประกอบการตัดสินใจเลือก ลงทุนไปกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยคิดว่าแง่มุมใดของชีวิตที่ตนน่าจะมุ่งเน้นความสนใจไป มากกว่าส่วนอื่น ตนควรจะเข้าร่วมกิจกรรมใด ตนน่าจะทำอาชีพใด เข้ากลุ่มใด และเป็น สมาชิกของสังคมใด

ทั้งนี้ทฤษฎีความต่อเนื่อง มีสมมติฐานว่าเป้าหมายหลักของพัฒนาการในวัย สูงอายุ คือ การปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม (adaptive change) มากกว่าจะเป็น การคงไว้ซึ่งสถานภาพแบบเดิมๆ (homeostatic equilibrium) เป้าหมายของการ ปรับเปลี่ยน จึงไม่ได้เป็นไปเพื่อให้ตนสามารถคงอยู่ในสังคมได้เช่นเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แต่ เป็นเพื่อปรับให้เกิดค่านิยม และความพึงพอใจแก่สถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่าง ยั่งยืนต่างหาก (Kaufman, 1986 อ้างถึงใน Atchley, 1999)

4. ความสามารถในการปรับตัว คือการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับมือกับ ความไม่ต่อเนื่องที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ก็จะมีแนวคิดที่ชัดเจนขึ้น เกี่ยวกับการตัดสินใจว่าการตัดสินใจอย่างไรที่ก่อให้เกิดผลดี และอะไรที่ก่อให้เกิดความ พึงพอใจในชีวิตแก่เขาเหล่านั้น เมื่อบุคคลคิดได้เช่นนี้แล้ว พวกเขาจะเลือก และปรับแต่ง สถานการณ์ชีวิตภายนอกที่จะช่วยเติมเต็มโครงสร้างภายในของตน และช่วยทำให้เกิด ความพึงพอใจสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ในสถานการณ์นั้นๆ ผู้ใหญ่ที่ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะ พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างต่อเนื่องมาจากการ เรียนรู้ การปรับตัวในอดีต พัฒนาการส่วนบุคคล และจากทรัพยากรทางจิตใจที่ตนเอง เลือกลงทุนไป ซึ่งอาจเกิดขึ้นในรูปแบบการมีความสัมพันธ์ หรือขัดแย้งกับสิ่งแวดล้อมและ สังคมภายนอกก็ได้

Atchley (1999) พบว่า ผู้สูงอายุสามารถตอบได้อย่างค่อนข้างชัดเจนว่า ทรัพยากรรูปแบบใดที่ช่วยให้ตนสามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือ ทำให้ตนยังคง ดำเนินชีวิตต่อไปได้ (เช่น ชีวิตสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว เจตคติทางบวก การมี ศาสนา หรือเจตคติต่อการพึ่งพาตนเอง) จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจว่าผู้สูงอายุจะถูกระตุ้น ให้ใช้รูปแบบภายใน (รูปแบบการคิด) และภายนอก (วิถีชีวิต) ของตนอย่างต่อเนื่องในการ ปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

การเข้าสู่วัยสูงอายุจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น Atchley จึงเน้นความหมายของคำว่า “ต่อเนื่อง” ในแง่ที่แสดงว่าผู้สูงอายุยังคงมีรูปแบบ วิถีชีวิตโดยทั่วไปในลักษณะเดิม ไม่ใช่ในแง่การทำสิ่งเดียวกันๆอยู่อย่างเดิมโดยไม่

เปลี่ยนแปลง เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีความต่อเนื่องในรูปแบบของงานอดิเรก จึงหมายถึงผู้สูงอายุที่ใช้เวลากับการทำงานอดิเรกในลักษณะเดิม เช่นการทำงานศิลปะ หรือการเล่นกีฬา มากกว่าที่จะหมายถึงแค่บุคคลที่ทำงานอดิเรกชนิดเดิม (เช่น วาดภาพ หรือ ตกปลา) เท่านั้นโดยไม่ทำอย่างอื่น

จะเห็นได้ว่าการเสนอแนวคิดเรื่องความคงที่ภายในของบุคคล สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ของตนเอง โดยมีแรงสนับสนุนจากภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจะใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งกลยุทธ์เหล่านั้นจะเกิดขึ้นจากความพยายามในการคงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของตนเอง และความพยายามที่จะทำให้เอกลักษณ์ของตนเองเป็นสิ่งที่มีความหมาย

3) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

ทฤษฎีเชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญต่อมนุษย์ทุกคน เนื่องจากมนุษย์ไม่ได้อาศัยอยู่ตัวคนเดียว แต่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบข้าง ดังนั้นผู้สูงอายุทั่วไป จึงต้องรักษาระดับกิจกรรม และบทบาทต่างๆ ไว้ให้นานที่สุด Havighurst (1963 as cited in Asla, William, & Mills, 2006) แสดงความคิดเห็นว่า แม้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่หากผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถทั้งทางร่างกายและสติปัญญาที่จะรักษาหรือพัฒนาระดับกิจกรรมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เหมาะสมกับตนเองไว้ได้อยู่ดังนั้น ผู้สูงอายุก็ควรจะปฏิบัติกิจกรรมต่อไป Havighurst เชื่อว่า การทำกิจกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเข้าสู่วัยชราอย่างสง่างาม (successful aging) และมองว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการเข้าสู่วัยชรา คือบุคคลที่พึงพอใจกับทางเลือกในชีวิตที่ผ่านมา มีความพึงพอใจในสถานการณ์ปัจจุบันของตนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีอายุเท่ากัน และมีเจตคติทางบวกต่อการมีชีวิตอยู่อนาคต Havighurst ได้ทำการสัมภาษณ์บุคคลในเมืองแคนซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 300 คน ในช่วงเวลา 6 ปี และสรุปผลว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการเข้าสู่วัยชรา จะต้องรักษาความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมที่เคยทำในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไว้ให้ได้มากที่สุด หรือการมีกิจกรรมอื่น ๆ ขึ้นมาทดแทนกิจกรรมที่ตนเสียไปจากการสูญเสียบทบาท เช่นการเกษียณอายุงาน หรือการเป็นหม้าย จะเป็นการรักษาระดับกิจกรรมไว้ไม่ให้ลดลง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลทางบวกต่อการใช้ชีวิตในช่วงของวัยชราได้ Havighurst ยังมองว่าผู้สูงอายุควรมีวิถีชีวิตที่คล่องแคล่วอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมากกว่าที่จะยอมรับว่าตนเข้าสู่วัยชราแล้ว และใช้ชีวิตอย่างเฉื่อยชา ซึ่งอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยชรา เช่น การสูญเสียบทบาทและความรับผิดชอบ การมีรายได้ที่ลดลง และการมีเพื่อนลดลงนั้น เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องเอาชนะให้ได้

2.2 ความหมายของการเกษียณอายุงาน

Epstein และ Murray (1968 as cited in Turner, 1982) และ Perlmutter และคณะ (1985 อ้างถึงใน ศิรางค์ ทับสายทอง, 2530) กล่าวว่า การเกษียณอายุงานเป็นเรื่องที่สามารถมองได้จากหลายมุม และสามารถนิยามได้หลายวิธี ซึ่งนิยามที่ครอบคลุมที่สุด คือการให้ความหมายแก่การเกษียณอายุงานว่า เป็นการที่บุคคลไม่ได้รับการว่าจ้างอย่างสม่ำเสมอเต็มเวลาตลอดปี และได้รับเงินบำนาญ หรือบำนาญจากการทำงานในอดีต อย่างไรก็ตาม Atchley (1976 as cited in Turner, 1982) ได้กล่าวว่า บุคคลบางคนก็ได้รับเงินบำนาญจากการทำงานในหน่วยงานด้านการทหารหลังจากจบสัญญาว่าจ้างแบบชั่วคราว และไปเริ่มทำงานแบบเต็มเวลางานใหม่ บุคคลเช่นนี้ไม่สามารถเรียกว่าเป็นบุคคลที่เกษียณอายุงานได้ หรือการที่คนงานสูงอายุบางคนถูกบอกเลิกการว่าจ้าง และต้องรอจนกว่าจะถึงอายุที่กำหนดจึงจะสามารถได้รับเงินบำนาญนั้น ไม่ถือว่าเป็นการเกษียณอายุงานแต่เรียกว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีงานทำ ซึ่งการมองในมุมมองนี้ เป็นการมองโดยเน้นลักษณะของการทำงาน และ ลักษณะของการออกจากงานเป็นหลัก

อย่างไรก็ตามในงานวิจัยชิ้นนี้ มองการเกษียณอายุงานในฐานะที่เป็นการหยุดทำงาน ซึ่งแฝงนัยของการมีความเคยชินที่จะทำงานในชีวิตประจำวันเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและทางสังคมของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดให้การเกษียณอายุงาน หมายถึงการที่บุคคลเคยทำงานอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นงานประจำ หรือทำกิจการส่วนตัว และในปัจจุบันได้หยุดการทำงานประจำอย่างสมบูรณ์ หรือยังทำงานอยู่บ้างแต่ไม่เต็มเวลา โดยที่อาจจะได้หรือไม่ได้เงินบำนาญหรือบำนาญจากองค์กร หรือสถานที่ทำงานเดิม

Atchley (1983 as cited in Hoyer & Roodin, 2009) แบ่งระยะในการเกษียณอายุงานออกเป็น 7 ระยะย่อยๆ ได้แก่

1. *ระยะห่างไกล (Remote phase)* ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเกษียณอายุงานเป็นเรื่องที่ยังอยู่ห่างไกล จึงทำให้ไม่มีการเตรียมตัวใดๆ ต่อการเกษียณอายุงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. *ระยะใกล้ (Near phase)* ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเกษียณอายุงานเป็นสิ่งที่ใกล้เข้ามากว่าเดิม ทำให้เกิดการวางแผนการเกษียณอายุงานบ้างเป็นครั้งคราว

3. *ระยะดีมีน้ำผึ้งพระจันทร์ (Honeymoon phase)* เป็นระยะหลังจากที่ผู้สูงอายุเกษียณอายุงานใหม่ๆ ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานจะรู้สึกว่าตนมีอิสระ มีความสุขกับการทำงาน

อดิเรกและสิ่งที่ยากทำแต่ไม่มีเวลาทำเมื่อครั้งยังคงทำงานประจำอยู่ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่ถูกบังคับให้เกษียณอายุงาน หรือต้องออกจากงานด้วยความรู้สึกไม่พึงพอใจในงาน มักจะประสบกับอารมณ์ในทางบวกน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่เกษียณอายุงานด้วยความเต็มใจ ในระยะนี้กิจกรรมที่ทำอาจก่อตัวเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานมักจะสามารถปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานได้สำเร็จ

4. *ระยะเผชิญหน้ากับความเป็นจริง (Disenchantment phase)* แม้ว่าผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานจะรู้สึกดีกับการเกษียณอายุงานในระยะตื่นน้ำผึ้งพระจันทร์ แต่ในเวลาต่อมาผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานบางท่านอาจจะรู้สึกเศร้าหมองและซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ในการเกษียณอายุงานที่เกิดขึ้นจริงไม่ตรงกับสิ่งที่เคยจินตนาการไว้ก่อนหน้านี้ บางท่านอาจรู้สึกว่าคุณเองหมดอำนาจ มีสถานภาพต่ำลง มีรายได้ลดลง และไม่มีเป้าหมายในชีวิต บางท่านอาจรู้สึกว่าตนสูญเสียบทบาทสำคัญในชีวิตไป

5. *ระยะตั้งต้นใหม่ (Reorientation phase)* เป็นระยะที่ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานจะปรับเจตคติที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เผชิญ และพยายามค้นหา ประเมิน และตัดสินใจจากการปรับเจตคติครั้งใหม่ เพื่อลงมือปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิต ให้การเกษียณอายุงานที่เกิดขึ้นแล้วเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจและความสุขได้จริง

6. *ระยะทรงตัว (Stability phase)* เป็นระยะที่ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ลงตัวขึ้นสำหรับการใช้ชีวิตหลังเกษียณอายุงาน โดยผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานจะตัดสินใจว่ากฎเกณฑ์ใดที่ตนจะใช้และก่อให้เกิดความพึงพอใจและความสุขในการใช้ชีวิตหลังเกษียณอายุงานได้จริง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานบางท่านอาจผ่านระยะตื่นน้ำผึ้งพระจันทร์และเข้าสู่ระยะทรงตัวเลย โดยไม่ผ่านระยะเผชิญหน้ากับความเป็นจริงและระยะตั้งต้นใหม่ก็ได้

7. *ระยะสิ้นสุดการเกษียณอายุงาน (Termination phase)* เป็นระยะที่แสดงถึงการสิ้นสุดลงของการเกษียณอายุงาน ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานบางท่านอาจรู้สึกว่าการเกษียณอายุงานมีความสำคัญในชีวิตของตนน้อยลง จึงหยุดบทบาทของการเป็นผู้เกษียณอายุงานด้วยการทำงานประจำอีกครั้งหนึ่ง หรือสำหรับบางท่าน การเสียชีวิตสามารถถือได้ว่าเป็นการสิ้นสุดลงของการเกษียณอายุงานได้เช่นกัน

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในวัยเกษียณอายุงาน

ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อสุขภาวะในวัยเกษียณอายุงานมีอยู่จำนวนมาก ทั้งปัจจัยภายในบุคคล เช่น เศรษฐฐานะ สุขภาพ บุคลิกภาพ ความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายนอกเช่น ความสัมพันธ์ทางสังคม ลักษณะของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจการรับรู้สุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และระดับกิจกรรม เนื่องจากเป็นตัวแปรที่ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางและได้รับผลลัพธ์ค่อนข้างจะคงที่ว่ามีอิทธิพลกับสุขภาวะในต่างประเทศ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสนใจตัวแปรการควบคุมการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่ได้รับความสำคัญในการศึกษาเมื่อเน้นพิจารณาไปที่การเกษียณอายุงาน

3.1 การรับรู้สุขภาพ

สุขภาพ เป็นมโนทัศน์ที่มองได้จากหลากหลายมุมมอง ทั้งจากทางด้านจิตใจที่ส่งผลไปทางด้านร่างกายเป็นหลัก หรือสุขภาพทางร่างกายเป็นหลัก การมีสุขภาพดี ไม่ได้เป็นเพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่การมีสุขภาพดี เป็นการสะท้อนถึงความสามารถในการจัดการกับกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันอีกด้วย

Albrecht และ Levy (1984 as cited in Seitsamo, 2007) ให้แนวคิดของสุขภาพในเชิงจิตวิทยาว่า คือการรับรู้สุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเอง นั่นคือการประเมินสุขภาพ อาการเจ็บป่วย และ สภาพการณ์ทางจิตของตนเองนั่นเอง มีงานวิจัยจำนวนมากที่วัดสุขภาพจากการประเมินด้วยตนเองของผู้ตอบ (Seitsamo, 2007) ซึ่งการประเมินตนเองนี้ จะหมายรวมถึง ความรู้สึก ประสบการณ์ การสังเกตการณ์ภายนอกและภายในตนเองทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน

3.1.1 องค์ประกอบของการรับรู้สุขภาพ

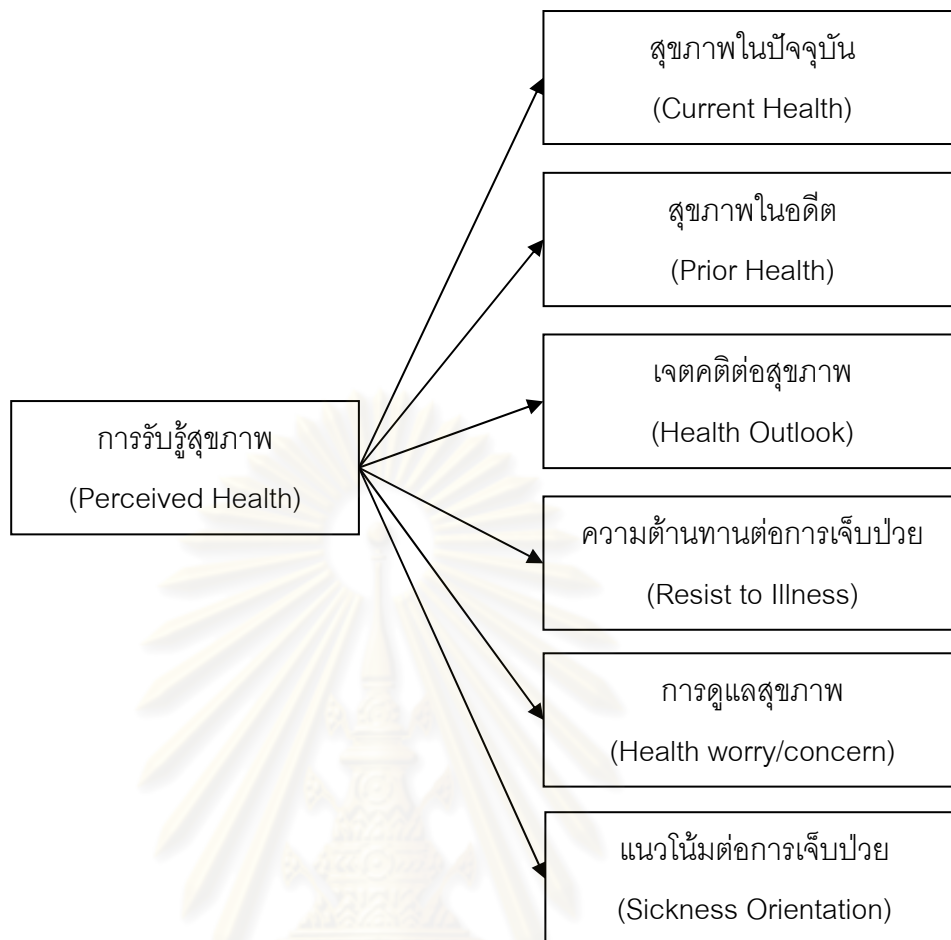
การวัดสุขภาพในงานวิจัยทั่วไป มักจะใช้ข้อคำถามที่แสดงอาการทางกาย เช่น The General Health Questionnaire (GHQ), The Duke Health Profile (DUKE), The McMaster และ Health Index Questionnaire (McDowell, 2006) ส่วนการวัดองค์ประกอบของการรับรู้สุขภาพในการวิจัยเรื่องสุขภาวะในผู้สูงอายุที่ผ่านมา มักจะวัดด้วยข้อคำถามจำนวน 1-3 ข้อว่า “ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองเป็นอย่างไร” (เช่น Markide และ Martin (1979) เป็นต้น) ในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยใช้การวัดองค์ประกอบของการรับรู้สุขภาพตามแนวคิดของ The Health Perception Questionnaire ของ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) ที่สามารถวัด

สุขภาพตามการรับรู้ของผู้ตอบได้ตรงกับความต้องการของงานวิจัย และมีจำนวนข้อคำถามที่ไม่น้อยจนเกินไป อย่างเช่นงานวิจัยที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) กล่าวถึงการรับรู้สุขภาพของบุคคลว่า เป็นความเชื่อ และการประเมินสุขภาพในแง่ต่างๆไป และยังเป็นการแสดงถึงเจตคติต่อสุขภาพของตนเองว่า บุคคลคนนั้น มองสุขภาพของตนเองว่าดีหรือไม่ดี Ware ยังกล่าวว่า การวัดการรับรู้สุขภาพนั้น แตกต่างจากการวัดสุขภาพโดยทั่วไปตรงที่การวัดการรับรู้สุขภาพไม่ได้เจาะจงองค์ประกอบทางด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง แต่เป็นการประเมินสุขภาพโดยรวม Ware ได้จำแนกองค์ประกอบของการรับรู้สุขภาพไว้เป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) สุขภาพในปัจจุบัน (current health) เป็นการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบันว่า ตนคิดว่าสุขภาพของตนเองในช่วงเวลาขณะที่ตอบดีหรือไม่ดีอย่างไร
- 2) สุขภาพในอดีต (prior health) เป็น การรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม เมื่อให้นึกย้อนไปในอดีต ว่าในอดีตที่ผ่านมาตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่ดีอย่างไร
- 3) เจตคติต่อสุขภาพ (health outlook) เป็นการรับรู้สุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม เมื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามคิดไปในอนาคตว่า สุขภาพของตนเองในอนาคตน่าจะดีหรือไม่ดีอย่างไร
- 4) ความต้านทานต่อการเจ็บป่วย (resistance to illness) เป็นความรู้สึกรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ต้านทานความเจ็บป่วยและโรคร้ายทั้งที่จะเกิดขึ้นและที่เกิดไปแล้วได้มากหรือน้อยเพียงใด
- 5) การดูแลสุขภาพ (health worry/concern) เป็นความรู้สึกรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามว่าตนเองนั้นมีความวิตกกังวล หรือเป็นห่วงเกี่ยวกับสุขภาพของตน หรือกล่าวได้ว่าดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีมากน้อยเพียงใด
- 6) แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย (sickness orientation) เป็นความรู้สึกรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามว่าตนเองนั้นมีเจตคติต่อความเจ็บป่วยของตนเองอย่างไร ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าปรารถนา หรือเป็นสิ่งที่ตนไม่สามารถยอมรับได้ หรือพยายามหลีกเลี่ยง

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยวัดองค์ประกอบของสุขภาพะตามการวัดของ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) ดังโมเดลการวัดในภาพที่ 1.2



ภาพที่ 1.2 โมเดลการวัดการรับรู้สุขภาพ ของ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006)

3.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Markides และคณะ (1979) พบว่าสุขภาพนั้นส่งอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมากทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านระดับกิจกรรม ซึ่ง Diener (1984) เสนอว่างานวิจัยที่ผ่านมาจำนวนมากพบว่าการประเมินสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและอิทธิพลของสุขภาพก็ยังคงอยู่หลังจากที่ได้ควบคุมตัวแปรต่างๆ เช่น เศรษฐฐานะ และอายุแล้ว งานวิจัยของ Mancini และ Orthner (1980 as cited in Diener, 1984) ยังสนับสนุนโมเดลของ Markides และคณะ (1979) โดยพบว่า เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรสุขภาพ ร่วมกับการมีกิจกรรมอดิเรกแล้ว พบว่าสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ในเวลาต่อมา Vaughan, Kashner, Stock และ Richards (1985) ได้ทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างชาวเอเชีย

จำนวน 142 คน ชาวผิวดำจำนวน 338 คน ชาวละตินอเมริกา จำนวน 188 และชาวผิวขาวจำนวน 188 คน พบว่าการรับรู้สุขภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ต่อสุขภาวะ และการรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญในระดับ .001 ต่อการทำกิจกรรมทางกายในกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างชาวเอเชีย รวมทั้งงานวิจัยที่ผ่านมาไม่นานนี้ เช่น งานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของ Bye และ Pushkar (2009) และ Burr, Santo และ Pushkar (2009) ก็ได้พบว่าสุขภาพมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางด้านอารมณ์ โดยสุขภาพที่ดีสามารถทำนายอารมณ์ทางบวก และการมีโรคภัยไข้เจ็บสามารถทำนายอารมณ์ทางลบ ในผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ สุขภาพยังส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อความรู้สึกทางบวกและทางลบโดยมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆในชีวิต (perceived control) เป็นตัวแปรส่งผ่านอีกด้วย

ในเอเชีย การวิจัยโดย Chou and Chi (1999) ที่ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในฮ่องกง ก็ได้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่ประเมินสุขภาพของตนเองในทางบวกจะมีความพึงพอใจในชีวิตในทางบวกตามไปด้วย โดยความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพกับความพึงพอใจในชีวิตอยู่ที่ .23 ในเพศหญิง และ .27 ในเพศชาย การวิจัยในประเทศไทยของ มรุรส จันทรแสงศรี (2540) ไสภิดา เมธาวิ (2535 อ้างถึงใน ปัญญาภัทร กัณฑกุล , 2544) และ นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550) ก็สนับสนุนการค้นพบนี้เช่นกัน โดยพบว่าการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว และสุขภาพแข็งแรง จะกระทำกิจกรรมต่างๆมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ

นอกจากการรับรู้สุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาวะโดยตรงแล้ว ยังส่งผลต่อการเกษียณอายุงานอีกด้วย การศึกษาความพึงพอใจในการเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุที่เพิ่งจะเกษียณอายุงานได้ไม่นาน จำนวน 1,686 คน ในประเทศสหภาพยุโรปจำนวน 6 ประเทศ (โปรตุเกส สเปน ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส อังกฤษ และเบลเยียม) ของ Fouquereau, Fernandez, Fonseca, Paul และ Uotinen (2005) พบว่าการมีความพึงพอใจกับสุขภาพของตนเองเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจในการเกษียณอายุงานของกลุ่มตัวอย่างในทุกประเทศได้ดีที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (β) อยู่ในช่วง .44 ถึง .26 และในปีเดียวกัน Szinocacz และ Davey (2005) ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,160 คน จากการวิจัย Health and Retirement Study (HRS) ซึ่งเป็นงานวิจัยขนาดใหญ่ของอเมริกา ที่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุชาวอเมริกันไว้จำนวนมาก และพบว่าผู้เกษียณอายุงานเพศชาย (จำนวน 572 คน) ที่มีปัญหาสุขภาพมาก จะรู้ว่าตนเองต้องเกษียณอายุงานอย่างไม่เต็มใจ

(forced retirement) Jang, Kim และ Chiriboga (2006) ยังชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ (sense of control) กับสุขภาพทางกาย ในผู้อพยพสูงอายุชาวเกาหลีซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในรัฐฟลอริดาว่าสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็นตัวทำนายความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ ในทางบวก และ Van Solinge และHenkens (2008) พบว่าบุคคลที่เกษียณอายุงานด้วยปัญหาทางด้านสุขภาพนั้นจะมีปัญหาในการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานและมีความพึงใจในการเกษียณอายุงานในระดับต่ำ เพราะการเกษียณอายุงานเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพแสดงให้เห็นถึงการขาดความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจเกษียณอายุงานของตนเอง ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อการมีสุขภาพที่ดีในอีกทางหนึ่ง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับสุขภาพะของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมผ่านความสามารถในการทำกิจกรรมและการมีความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานเองก็ตาม

3.2 รายได้และระดับการศึกษา

รายได้และระดับการศึกษา เป็นตัวแปรสองตัวในตัวแปรเศรษฐกิจฐานะที่ได้รับความนิยมในการศึกษาเป็นอย่างมากเนื่องจากทั้งรายได้และการศึกษาเป็นตัวแปรที่ชัดเจน และถูกมองว่าเป็นที่มาของแหล่งความพึงพอใจในชีวิตอื่นๆ และยังเป็นตัวแปรที่ได้รับความนิยมจากทุกสาขาวิชาอีกด้วย

3.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในภาพรวมระดับประเทศ Diener และ Biswas-Diener (2002) ได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรายได้และสุขภาพะของบุคคลจากประเทศต่างๆ พบว่า รายได้และสถานภาพทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพะของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ที่บุคคลต้องการรายได้เพื่อแลกกับสิ่งอุปโภคบริโภคต่างๆ ที่ใช้ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และเมื่อเปรียบเทียบในขณะทีระบบเศรษฐกิจฟื้นตัวขึ้น ประชาชนในประเทศที่ยากจนจะมีระดับสุขภาพะเพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีอยู่แล้ว Schyns (2000 as cited in Diener & Biswas-Diener, 2002) ทำการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่าน พบว่าความพึงพอใจในสถานภาพทางการเงินของตนเอง เป็นตัวแปรส่งผ่านจากรายได้ไปสู่การมีสุขภาพะของบุคคลในประเทศเยอรมันนี แต่ในกรณีของประเทศรัสเซีย รายได้ส่งอิทธิพลโดยตรงไปสู่สุขภาพะของบุคคล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของรายได้จะส่งผลต่อสุขภาพะของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม การค้นพบของ Schyns นั้น สอดคล้องกับการให้ความเห็นต่อผลการวิจัยของ Kim และ Moen (1999)

ที่พบว่ารายได้ในระดับที่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงาน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรายได้เกิดขึ้น VanSolinge และ Henkens (2008) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 1,312 คน มีสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง เมื่อมีรายได้ลดลง ซึ่งความสัมพันธ์นี้ยังคงพบในงานวิจัยของ Lucas, Clark, Georgellis และ Diener (2004 as cited in Lyubomirsky, King, & Diener, 2005) ที่พบว่ารายได้นั้นมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตเท่ากับ .20 ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05 นอกจากนี้ รายได้ที่ลดลงยังส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะโดยไปขัดขวางทั้งความสามารถในการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการเกษียณอายุงานของผู้เกษียณอายุงานอีกด้วย (van Solinge & Henkens, 2008) และเมื่อไม่นานมานี้ Burr, Santo และ Pushkar (2009) ก็ได้พบว่าสถานภาพทางการเงินสามารถทำนายสุขภาวะทางด้านอารมณ์ได้อีกด้วย โดยรายได้ในระดับสูงจะสามารถทำนายอารมณ์ทางบวกได้ และในทางกลับกันรายได้ในระดับต่ำก็สามารถทำนายอารมณ์ในทางลบได้เช่นกัน

นอกจากนี้ Quinn, Burkhouse, และ Myers (1990 as cited in Wong & Earl, 2009) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงสามารถปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานได้ในทางบวก และมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ซึ่ง Wong และ Earl (2009) ก็พบเช่นเดียวกันว่ารายได้มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงาน ในผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน จำนวน 394 คน เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งของความพึงพอใจต่างๆ ได้

นอกจากนี้ รายได้ยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ (sense of control) ของผู้สูงอายุอีกด้วย Jang, Kim, และ Chiriboga (2006) ศึกษาความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ ในผู้สูงอายุเชื้อชาติเกาหลีที่อพยพมายังอเมริกาซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยในรัฐฟลอริดา และพบว่านอกจากการมีสุขภาพทางกายที่ไม่ดีแล้ว รายได้ในระดับต่ำก็สามารถทำนายความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ ของผู้สูงอายุที่ต่ำตามไปด้วย

Markides และ Martin (1979) พบว่าทั้งรายได้ และการศึกษา มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโดยรายได้จะส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยผ่านระดับกิจกรรม ส่วนการศึกษานั้นมีเพียงอิทธิพลทางตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะในเพศชาย โดยทั้งรายได้และระดับการศึกษามีค่าอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตในทางบวก

Campbell และคณะ (1976 as cited in Diener, Eumkook, Richard, Lucas, & Smith, 1999) พบระดับความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย แต่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการศึกษากับ

สุขภาพะ ในการศึกษาวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์แบบ meta analysis โดย Haring, Okun, และ Stock (1984) พบว่าขนาดอิทธิพลของการศึกษา ต่อสุขภาพะมีเท่ากับ .13

Chou และ Chi (1999) พบความสัมพันธ์ทั้งระหว่างการศึกษา และรายได้ กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเกาะฮ่องกง โดยพบว่าจำนวนปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความพึงพอใจในชีวิต และความตึงเครียดทางการเงิน (financial strain) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ Pinguart และ Sorensen (2000) ที่ศึกษาตัวแปรเศรษฐกิจฐานะ (Socioeconomical status: SES) ของบุคคล โดยศึกษาทั้งรายได้ ระดับการศึกษา และสถานทางสังคม พบว่า รายได้เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาพะได้ดีที่สุดในตัวแปรเศรษฐกิจฐานะทั้ง 3 ตัว ซึ่งในงานวิจัยนี้ Pinguart และ Sorensen พบว่า รายได้สามารถทำนายสุขภาพะ (ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสุข) ได้ร้อยละ 3.2 - 4.4 ส่วนระดับการศึกษาสามารถทำนายสุขภาพะได้ร้อยละ 16 - 19

ดังนั้น รายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งอิทธิพลต่อสุขภาพะของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานอย่างมาก เนื่องจากรายได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณสามารถเข้าถึงแหล่งของความพึงพอใจต่างๆได้ และยังทำให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานรับรู้ว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมของตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดสุขภาพะที่ดีได้ต่อไป

3.3 ระดับกิจกรรม

กิจกรรมยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อสุขภาพะของผู้เกษียณอายุงาน จากทฤษฎีเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานในข้างต้นจะพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าสู่วัยเกษียณอายุงาน จำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลที่ข้ามผ่านช่วงของการเกษียณอายุงานได้ด้วยดี จะมีความสามารถในการใช้ชีวิตที่เหลือของตนได้อย่างดี มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งยังเป็นการสะท้อนถึงการมีสุขภาพะที่ดี Friedman และ Orbach (1994) และ Fiske และ Chiriboga (1990 as cited in Floyd et al., 1992) พบว่าในช่วงที่ผู้เกษียณอายุงานจะต้องปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่และกิจวัตรต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่จะเข้ามาช่วยให้ผู้เกษียณอายุงานปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงนั้น คือ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ และพึงพอใจว่าแม้ตนเองเป็นผู้สูงอายุตนเองยังสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มที่ ไม่เป็นบุคคลที่ไร้ซึ่งคุณค่าและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งสิ่งนี้ Fiske and Chiriboga กล่าวว่าเป้าหมายทางพัฒนาการ(developmental goals) อย่างหนึ่งของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน จะเห็นได้ว่ากิจกรรมจะเข้ามาเป็นเป้าหมายในชีวิตใหม่ทดแทนการทำงานที่สูญเสียไป รางวัลที่ได้รับจากการทำกิจกรรม จะมาทดแทนรางวัลที่เคยได้รับ

จากการทำงาน ทำให้แรงเสริมที่เคยได้รับจากก่อนและหลังเกษียณอายุงานอยู่ในปริมาณที่ไม่แตกต่างกันมากนักทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกคับข้องใจและนำไปสู่สุขภาพที่ไม่ดีในที่สุด

Atchley (1997) กล่าวว่า ความหมายของกิจกรรมมีมากมายขึ้นอยู่กับเจตคติของบุคคล ต่อกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งกิจกรรมจะเป็นตัวแสดงออกซึ่งบุคลิกภาพ พัฒนาการ ประสบการณ์ และเป้าหมายในชีวิตของบุคคล Lemon, Bengtson, และ Peterson (1972 as cited in Markides & Martin, 1979) ให้ความหมายของกิจกรรมว่า หมายถึงรูปแบบของการกระทำหรืองานต่างๆ ที่บุคคลสนใจนอกเหนือจากงานเพื่อดำรงชีวิต เป็นพฤติกรรมที่ทำอย่างเป็นรูปแบบ หรือทำเป็นประจำ โดยเป็นพฤติกรรมที่อยู่นอกเหนือจากดูแลรักษาตนเองในชีวิตประจำวัน

3.3.1 องค์ประกอบของกิจกรรม

ในประเทศไทย เขมิกา ยามะรัต (2527 อ้างถึงใน ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล, 2544) ได้แบ่งกิจกรรมของผู้สูงอายุเป็น 3 ประเภท คือ

1) การมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation) หมายถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับองค์กรที่ตนเป็นสมาชิก ซึ่งแบ่งเป็น การมีส่วนร่วมทางสังคมภายในครอบครัว ได้แก่ การมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการมีส่วนร่วมทางสังคมภายนอกครอบครัว เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมชมรม กิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนบ้าน หรือกิจกรรมทางศาสนา

2) การมีงานอดิเรก (hobby) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมของตนในเวลาว่าง หรือเป็นการพักผ่อน เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้เองโดยลำพัง

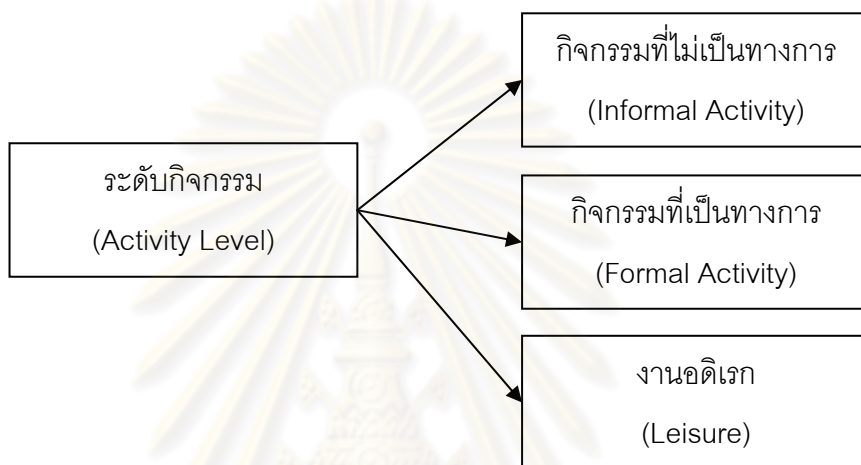
3) การทำงานเพื่อรายได้เสริม (work) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้ อาจเป็นงานพิเศษ งานประจำ หรืองานชั่วคราวก็ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดองค์ประกอบของกิจกรรมตามแนวคิดของ Lemon, Bengtson, และ Peterson (1972 as cited in Markides & Martin, 1979) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมในการนำไปวิจัย เพราะมีความครอบคลุม กระชับ และง่ายต่อการนำไปปรับใช้ในการสำรวจกิจกรรมในคนทุกกลุ่ม โดย Lemon และคณะ ได้แบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (informal activity) ได้แก่ การพบปะ สังสรรค์กับเพื่อน หรือญาติ การมีส่วนร่วมใจกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว การช่วยเหลืองานในครอบครัว

2. กิจกรรมที่มีรูปแบบ (formal activity) ได้แก่ การเข้าร่วมในชมรมต่างๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเข้ากลุ่มทางการเมือง การทัศนศึกษาและการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว

3. กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (solitary or leisure activity and hobby) ได้แก่ การทำงานเบาๆในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมนันทนาการ การทำสวน การปรับปรุงตกแต่งบ้าน



ภาพที่ 1.3 โมเดลการวัดระดับกิจกรรม ของLemon และคณะ (1972 as cited in Markides & Martin,1979)

3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทำวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta analysis) งานวิจัยจำนวน 506 ชิ้นที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและสุขภาวะ Okun, Stock, Haring, และ Witter (1984) พบว่ากิจกรรมทางสังคมมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพโดยมีระดับอิทธิพลอยู่ในช่วง .13 ถึง .19 และในปีต่อมา Vaughan, Kashner, Stock, และ Richards (1985) ได้ทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างชาวเอเชียจำนวน 142 คน คนผิวดำจำนวน 338 คน ชาวละตินอเมริกา จำนวน 188 และชาวผิวขาวจำนวน 188 คน พบว่าเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างชาวเอเชีย ที่กิจกรรมส่งอิทธิพลทางอ้อมสู่สุขภาวะ โดยกิจกรรมจะส่งอิทธิพลทางอ้อมผ่านความผูกพันทางสังคม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งที่สามารถทำนายสุขภาวะในวัยเกษียณอายุงานได้

Hooyman และ Kiyak (1988 as cited in Kart, 1990) แสดงความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุงานส่วนใหญ่จะหวนคำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับอดีตผู้ร่วมงาน และระดับกิจกรรมที่ตนเคยทำ จากการรวบรวมงานวิจัยต่างๆของ Veenhoven และคณะ (2006) พบว่าความพึงพอใจในการทำกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะถึง .40 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ ความพึงพอใจในงานอดิเรกก็ยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะถึง .20 Silverstein และ Parker (2002) ทำการวิจัยในผู้สูงอายุชาวสวีเดน พบว่าผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่ยังคงมีงานอดิเรกอยู่จะมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่ต้องเอาชนะความทุพพลภาพของตนเองเมื่อต้องใช้ชีวิตอยู่ในสังคม หรือใช้ชีวิตประจำวันของตน และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับสุขภาพแย่งแต่มีระดับกิจกรรมเพิ่มขึ้น จะทำให้มีสุขภาวะเพิ่มขึ้นได้ และผู้สูงอายุทำกิจกรรมในหลายๆรูปแบบจะประเมินชีวิตของตนเองดีกว่าคนที่ทำกิจกรรมน้อย นอกจากนี้กิจกรรมยังช่วยเพิ่มระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้พบกับครอบครัวอีกของตนเองด้วย ส่วน Warr, Butcher, และ Robertson (2004) พบว่ากิจกรรมสามารถทำนายสุขภาวะในด้านอารมณ์ (affective well-being) ได้ถึงร้อยละ 33 และยังทำนายสุขภาวะในด้านความพึงพอใจในชีวิตได้ถึงร้อยละ 24

van Solinge และ Henkens (2008) ยังพบความสำคัญของกิจกรรม โดยนอกจากในงานวิจัยชิ้นก่อนที่พบว่าการมีงานอดิเรกและการทำงานอาสาสมัครจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการเกษียณอายุงานแล้ว (Butrica & Schaner, 2005; Morrow-Howel, Hinterlone, Rozario, & Tang, 2003 as cited in van Solinge and Henkens, 2008) การทำงานอาสาสมัครอยู่ก่อนตั้งแต่ยังไม่เกษียณอายุงานจะส่งอิทธิพลทางบวกแก่การปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานได้ด้วยอีกทางหนึ่ง

ในประเทศไทย ปัญญภัทร กัณทากุล (2544) ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ที่มีอายุในช่วง 60-69 ปี พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะในระดับปานกลาง ($r = .553$) ที่ระดับนัยสำคัญ.01 และพนิตนันท์ โชติกเจริญกุล (2545) ได้ศึกษาการทำกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป จำนวน 197 คน และพบว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะ ($r = .242$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 ส่วนนารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550) พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะ ($r = .411$) ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05

จะเห็นได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลอย่างมากต่อระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน เนื่องจากกิจกรรมจะเข้ามาช่วยเติมเต็มเวลาว่างที่เกิดขึ้นจากการเกษียณอายุงานและช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุได้

3.4 การควบคุมการตัดสินใจ (Decision control)

การรู้สึกว่าตนมีความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆรอบตัวได้ (sense of mastery) เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่นักวิจัยให้ความสนใจในการศึกษาผู้สูงอายุเนื่องจากความสามารถในการควบคุมเป็นตัวแปรที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในฟื้นคืนได้ (Resilience) แม้ว่าจะเกิดความเปลี่ยนแปลงในทางลบขึ้นแก่ผู้สูงอายุก็ตาม การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆได้ จะสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และปัจจัยทางบวกอื่นๆ เช่น Rodin และ Timko (1991 as cited in Jang, Chiriboga, Lee & Cho, 2009) พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนสามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้มาก จะมีภูมิคุ้มกันทางร่างกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ หรือ DeSocio, Kitzman และ Cole (2003 as cited in Jang, Chiriboga, Lee & Cho, 2009) พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนมีความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆได้ จะมีอาการตอบสนองต่อการรักษาสุขภาพ (health interventions) สูงตามไปด้วย ในงานวิจัยของ Jang, Chiriboga และ Small (2008) พบว่าความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ จะช่วยเป็นตัวแปรกำกับและส่งผลผ่านให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองถูกเลือกปฏิบัติมีความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบ โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนได้รับการเลือกปฏิบัติ แต่มีความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆสูง จะมีอารมณ์ในทางบวกสูง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนได้รับการเลือกปฏิบัติจากผู้อื่น แต่มีความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆต่ำ จะมีอารมณ์ในทางลบสูง

จากตัวแปรจำนวนมากในกลุ่มความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆรอบตัว (sense of mastery) ตัวแปรที่ผู้ศึกษาการเกษียณอายุงานให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก คือ ความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจเกษียณอายุงาน เนื่องจากเงื่อนไขในการเกษียณอายุงานถูกมองว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ตนเองของผู้สูงอายุกัยเกษียณอายุงานอย่างยิ่งและส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุกัยเกษียณอายุงานในเวลาต่อมา

การควบคุมการตัดสินใจของผู้เกษียณอายุงาน คือ การที่ผู้สูงอายุกัยเกษียณอายุงานรับรู้ว่ามีความสามารถที่จะเลือกเกษียณอายุงาน หรือไม่เกษียณอายุงานได้ตามความต้องการของตนเองหรือไม่ หากผู้สูงอายุกัยเกษียณอายุงานรู้สึกว่าตนสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หมายความว่าผู้สูงอายุกัยนั้นมีความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจ แต่หากบุคคลอื่นเข้ามาแทรกแซงหรือตัดสินใจแทน ทำให้ต้องเลือกเกษียณอายุงานทั้งที่ไม่เต็มใจก็จะหมายความว่าผู้สูงอายุกัยนั้นไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจได้

3.4.1 องค์ประกอบของการควบคุมการตัดสินใจ

มาตรวัดความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆรอบตัว ที่เป็นที่ยอมรับมากที่สุด คือมาตรวัดการควบคุมตนเอง (Personal Mastery Scale) ของPearlin และ Schooler (1978 as cited in Jang Chiriboga, Lee and Cho, 2009) ซึ่งผู้ตอบจะต้องตอบข้อกระทงที่เป็นข้อความ 7 ข้อ (เช่น “ฉันสามารถแก้ปัญหาของตัวเองได้”)บนมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไปถึง 4 เห็นด้วยมากที่สุด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าใจความของความสามารถในการควบคุมจะสามารถอธิบายสภาวะของผู้สูงอายุได้ แต่ก็ไม่เฉพาะเจาะจงพอที่จะวัดความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุได้

จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมจากงานที่ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจอายุงานโดยตรง และพบว่างานวิจัยที่ศึกษาการตัดสินใจเลือกเกษียณของผู้สูงอายุที่พบ ล้วนแต่วัดความรู้สึกของผู้เกษียณโดยใช้คำถามเพียงข้อเดียว โดยข้อคำถามมีลักษณะในการถามว่าการเกษียณอายุงานที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ผู้เกษียณอายุงานต้องการหรือไม่ต้องการ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่ายังไม่เพียงพอสำหรับการวัดการควบคุมการตัดสินใจ ผู้วิจัยจึงวัดการควบคุมการตัดสินใจตามแนวคิด Choice Measures ของ Quine, Wells, DeVaus, และ Kending (2007) ซึ่งได้ทำการศึกษาทางเลือกในการตัดสินใจเกษียณอายุงานที่ส่งผลต่อสภาวะในเวลาต่อมาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

Quine และคณะได้วิเคราะห์องค์ประกอบของการวัดทางเลือกในการเกษียณอายุงาน ออกมาได้จำนวน 1 องค์ประกอบ ประกอบไปด้วย 5 ข้อคำถาม คือ ปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงานและปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน อิสระในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานของตน การรับรู้เวลาในการเกษียณอายุงาน ความสุขจากการเกษียณอายุงาน และระยะเวลาในการได้รับแจ้งล่วงหน้าให้เกษียณอายุงานจนถึงวันที่เกษียณอายุงานจริง

3.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมการตัดสินใจเกษียณอายุงาน เป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ภายหลังจากเกษียณอายุงาน หรือความพึงพอใจในการเกษียณอายุงาน Wrosch และ Freund (2001 as cited in van Solinge & Henkens, 2008) พบว่าการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้นั้นจะขัดขวางไม่ให้ผู้เกษียณอายุงานมีการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานเป็นไปในทางบวก นอกจากนี้ Herzog, House, และ Morgan (1991) ยังพบว่าการที่ผู้สูงอายุต้องเกษียณอายุงานโดยไม่เต็มใจจะมีอิทธิพลทางลบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย ผลการวิจัยส่วน

ใหญ่ขึ้นไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้เกษียณอายุงานที่รับรู้ว่าจะสามารถควบคุม และเลือกการเกษียณอายุงานของตนเอง จะมีสุขภาวะที่ดีกว่าผู้เกษียณอายุงานที่รับรู้ว่าจะไม่มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน ไม่ว่าจะการเกษียณอายุงานนั้นจะเป็นไปอย่างทันทีทันใด หรืออย่างค่อยเป็นค่อยไปก็ตาม เช่น Floyd และคณะ (1992) พบว่าการเกษียณอายุงานด้วยความเต็มใจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดต่ำ มีอารมณ์ทางบวก และเป็นโอกาสในการที่ตนจะได้ทำกิจกรรมที่ตนสนใจ

Beehr, Glazer, Nielson, และ Farmer (2000) และ Shultz, Morton, และ Weckerle (1998) ได้พูดถึงปัจจัยสองตัวที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่วงของการตัดสินใจเกษียณอายุงาน นั่นคือ ปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงาน (push factor) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เหนี่ยวนำให้บุคคลเกษียณอายุงานเร็วกว่ากำหนด หรือเกษียณอายุงานด้วยความไม่เต็มใจ เช่น การมีสุขภาพที่ไม่ดี การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขององค์กร หรือการเหนื่อยหน่ายงานที่ทำ และปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน (pull factor) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความต้องการ หรือสนใจที่จะเกษียณอายุงาน เช่น การมีเวลากับให้ครอบครัวมากขึ้น การได้ออกมาทำในสิ่งที่ตนเองรัก

นอกจากนี้ การรับรู้เวลาในการเกษียณอายุงานยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการตัดสินใจเกษียณอายุงาน Dreyer (1989) และ Schultz และคณะ (1998 as cited in Seitsamo, 2007) พบว่า ผู้เกษียณอายุงานที่เกษียณอายุงานตรงเวลา (on time) คือ ในช่วงอายุ 62 - 65 ปีจะมีปัญหาทางจิตน้อยกว่าบุคคลที่เกษียณอายุงานไม่ตรงเวลา (off-time) และหากการเกษียณอายุงานนั้นเป็นการถูกบังคับให้ต้องเกษียณอายุงานแล้ว ผู้เกษียณอายุงานจะมีความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำ

การศึกษาของ Fouquereau, Fernandez, Fonseca, Paul, และ Uotinen (2005) ที่การศึกษาความพึงพอใจในการเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุที่เพิ่งจะเกษียณอายุงาน จำนวน 1,686 คน ในประเทศสหภาพยุโรปจำนวน 6 ประเทศ ยังพบว่าอิสระภาพและความสามารถในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ นั้น ยังเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจในการเกษียณอายุงานในกลุ่มตัวอย่างทุกประเทศได้ดีเป็นอันดับที่ 3 จากตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (β) อยู่ในช่วง .20 ถึง .01

งานวิจัยของ Quine และคณะ (2007) พบผลสอดคล้องกัน จากทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยพบว่า การมี การควบคุมการตัดสินใจนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการทำ ความเข้าใจ การปรับตัวของบุคคลในช่วงเปลี่ยนผ่านของการเกษียณอายุงาน และในการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า

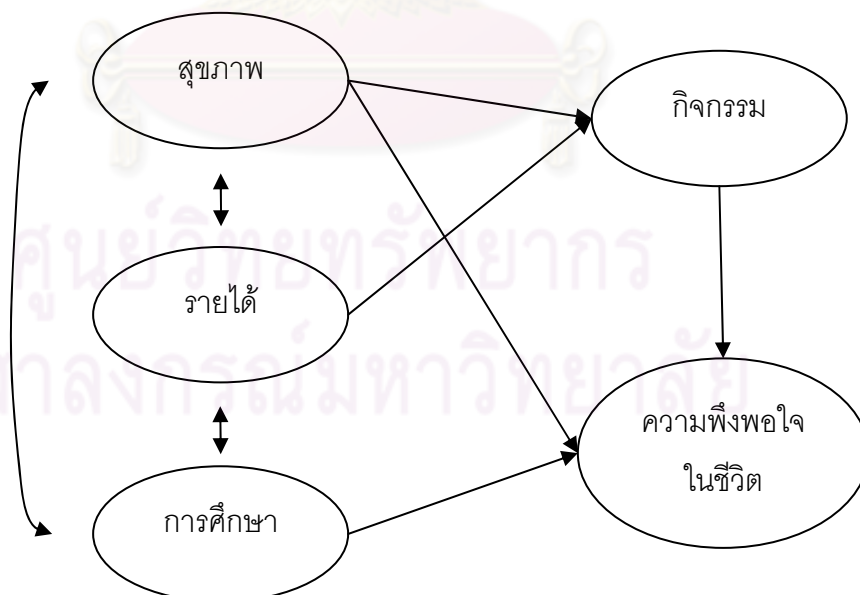
การมีทางเลือกในการเกษียณอายุงานของตนเองเป็นตัวทำนายที่สำคัญในการทำนายสุขภาพและ
และสุขภาพของบุคคล

Calvo, Haverstick, และ Sass (2007; 2009) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัย Health and Retirement Study (HRS) จำนวน 2,389 คน โดยเป็นผู้สูงอายุที่เกิดระหว่างปี 1931 ถึง 1941 ที่ร่วมการวิจัยในปี 1992 พบว่าการเกษียณอายุงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือการเกษียณอายุงานอย่างทันทีทันใด ไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาพทางจิตของบุคคลเท่ากับการที่บุคคลมีความสามารถในการควบคุมเวลาในการเกษียณอายุงานของตนเอง ซึ่งความสามารถในการควบคุมเวลาในการเกษียณอายุงาน มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวชี้วัดสุขภาพทางจิตเกือบทั้งหมด นั่นคือ ดัชนีความสุขที่วัดในช่วงเริ่มต้นของการทำงาน ความรู้สึกเหงา ความซึมเศร้า และความเศร้า ยกเว้นการมีความสุขสนุกสนานในชีวิต (enjoyment of life) แสดงให้เห็นว่าลักษณะของการเกษียณอายุงานไม่ได้มีความสำคัญเท่ากับความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมการเกษียณอายุงานของตนเอง ซึ่ง van Solinge และ Henkens (2008) ก็พบว่าความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรหลักในการทำนายความสามารถในปรับตัวต่อการเกษียณอายุงาน การที่ต้องเกษียณอายุงานอย่างไม่เต็มใจไม่ว่าจะด้วยเหตุผลด้านสุขภาพ ด้านองค์กร จะไปขัดขวางทั้งการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานของผู้เกษียณอายุงาน และความพึงพอใจในการเกษียณอายุงานของผู้เกษียณอายุงาน ซึ่ง Wong และ Earl (2009) ได้ยืนยันการค้นพบนี้ โดยพบว่าการรับรู้ที่ตนเองมีทางเลือกในการเกษียณอายุงานจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานอย่างมีนัยสำคัญที่ค่านัยสำคัญน้อยกว่า .001

จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาผู้สูงอายุในแง่มุมของการเกษียณอายุงานแล้ว ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากอีกปัจจัยหนึ่ง คือความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจ เนื่องจากความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถ และการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงานที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน และส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานต่อไป

3.6 โมเดลเชิงสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตในผู้สูงอายุ ของ Markides และ Martin (1979)

Markides และ Martin (1979) ยืนยันแนวคิดของทฤษฎีกิจกรรม ว่าสุขภาพและกิจกรรมมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยได้แสดงความคิดเห็นว่าสุขภาพที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการทำกิจกรรมต่างๆที่มีคุณค่ากับตนเองมากขึ้นและส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดโมเดลเชิงสาเหตุของ Markides และ Martin ที่ทำการศึกษาเส้นอิทธิพลจากสุขภาพ รายได้ และการศึกษา ต่อความพึงพอใจในชีวิต โดยมีกิจกรรมเป็นตัวส่งผ่าน โดย Markides และ Martin ได้พบอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของสุขภาพ รายได้ และ ระดับการศึกษาต่อ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าทั้งสุขภาพและระดับกิจกรรมนั้น เป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิต โมเดลเชิงสาเหตุของ Markides และ Martin แสดงให้เห็นอิทธิพลทางตรงที่สำคัญจากสุขภาพไปยังความพึงพอใจในชีวิต และอิทธิพลทางอ้อม โดยมีกิจกรรมเป็นตัวแปรส่งผ่านที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างมาก ส่วนรายได้มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตผ่านระดับกิจกรรมเท่านั้น และระดับการศึกษามีแค่อิทธิพลทางตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะในเพศชาย โดยทั้งรายได้และระดับการศึกษามีค่าอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตในระดับต่ำ ทางบวก ตามภาพที่ 1.4



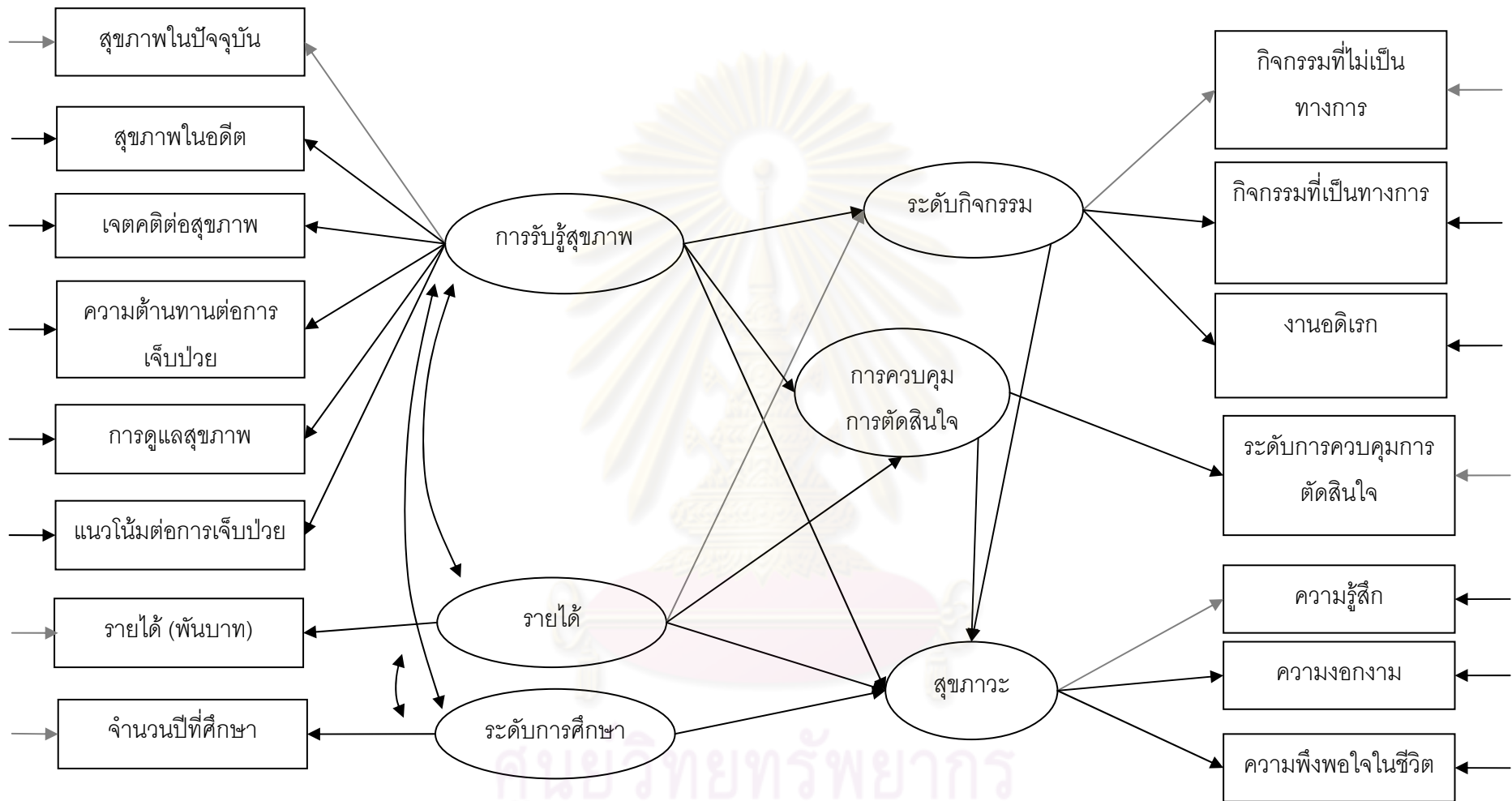
ภาพที่ 1.4 โมเดลเชิงสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตในผู้สูงอายุ ของ Markides และ Martin (1979)

3.7 โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษาที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น จะเห็นได้ว่า โมเดลของการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตในผู้สูงอายุของ Markides และ Martin (1979) นั้นอาจไม่เพียงพอที่จะทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัยเกษียณอายุงานได้ เนื่องจากผู้สูงอายุในวัยเกษียณอายุงาน จะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมที่ตนเองทำ ผู้วิจัยจึงได้ได้รวมเอาการควบคุมการตัดสินใจ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายสุขภาวะของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานเข้ามาพิจารณา และเนื่องจากความพึงพอใจในชีวิตนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาวะ ตามแนวคิดของ Diener (2009) ผู้วิจัยจึงได้นำ ตัวแปรด้านอารมณ์ และ ความมั่งคั่ง มาร่วมพิจารณา โดยต้องการทราบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายสุขภาวะ ตามแนวคิดของ Diener (2009) ได้หรือไม่ อันจะเป็นการขยายขอบเขตของการศึกษาของ Markides และ Martin (1979) ให้กว้างขึ้น ดังโมเดลสมการโครงสร้างต่อไปนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1.5 โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน: อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษาที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน ในการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ ไปยังสุขภาวะของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุงาน

สมมติฐานในการวิจัย

1. การรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ
2. รายได้มีอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ
3. ระดับการศึกษามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะ

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

1. การรับรู้สุขภาพ ได้แก่
 - 1.1 การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน
 - 1.2 การรับรู้สุขภาพในอดีต
 - 1.3 เจตคติต่อสุขภาพ
 - 1.4 การต้านทานต่อความเจ็บป่วย
 - 1.5 ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย
 - 1.6 แนวโน้มของการเจ็บป่วย
2. รายได้
3. การศึกษา
4. ระดับกิจกรรม
5. การควบคุมการตัดสินใจ

ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะ อันได้แก่ ความรู้สึก ความมองงาม และความพึงพอใจในชีวิต

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงวัยไทยหลังเกษียณอายุงาน: อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้และระดับการศึกษาที่ส่งผ่านระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจ โดยศึกษาในผู้สูงอายุกวัยเกษียณอายุงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และอำเภอเมืองในจังหวัดต่างๆ โดยความหมายของการเกษียณอายุงาน จะได้เสนอต่อไปในคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

1. **ผู้สูงอายุกวัยเกษียณอายุงาน** หมายถึงผู้สูงอายุไทย ที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ที่เคยทำงานต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นงานประจำ หรือทำกิจการส่วนตัว เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี จนถึงวันเกษียณอายุงาน คือ ในปัจจุบันได้หยุดการทำงานประจำอย่างสมบูรณ์ หรือยังทำงานอยู่บ้างแต่ไม่เต็มเวลา และเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยได้จากข้อมูลส่วนบุคคลโดยข้อมูลในส่วนนี้ได้มาจากการตอบข้อมูลส่วนบุคคลในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ค. ตอนที่1)

2. **การรับรู้สุขภาพ** หมายถึง การรับรู้และประเมินสุขภาพของตนเอง ของผู้สูงอายุกวัยเกษียณอายุงาน ตามมาตรวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากแนวคิดของมาตรวัดการรับรู้สุขภาพ (The Health Perceptions Questionnaire) ของ Ware (1976)

3. **รายได้** หมายถึง จำนวนรายได้ที่ผู้สูงอายุกวัยเกษียณอายุงานได้รับหลังจากที่เกษียณอายุงานแล้ว เป็นหน่วยพันบาท ต่อเดือน โดยได้จากข้อมูลส่วนบุคคลโดยข้อมูลในส่วนนี้ได้มาจากการตอบข้อมูลส่วนบุคคลในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ค. ตอนที่1)

4. **การศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุกวัยเกษียณอายุงานจบการศึกษา โดยนับเป็นจำนวนปีที่ศึกษาอยู่ในระบบการศึกษา โดยได้จากข้อมูลส่วนบุคคลโดยข้อมูลในส่วนนี้ได้มาจากการตอบข้อมูลส่วนบุคคลในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ค. ตอนที่1)

5. **ระดับกิจกรรม** หมายถึง ระยะเวลาเป็นชั่วโมง ต่อสัปดาห์ในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน โดยวัดจากแบบสอบถามระดับการทำกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของ Lemon และคณะ (1972)

6. **การควบคุมการตัดสินใจ** หมายถึง การรับรู้ความสามารถของผู้เกษียณอายุงานในการเลือกที่จะเกษียณอายุงานด้วยตนเอง หรือมีบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่นเป็นตัวกำหนดเวลาในการเกษียณอายุงาน เมื่อให้ย้อนคิดไปถึง ณ เวลาที่ตนเกษียณอายุงาน โดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ มาตรการวัดทางเลือกที่ใช้ในงานวิจัยของ Quine, Wells, DeVaus, และ คณะ (2007)

6. **สุขภาวะ** หมายถึง สุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่เป็นการรับรู้เชิงอัตวิสัย ซึ่งวัดได้จากมาตรวัดที่ผู้วิจัยพัฒนา ตามแนวคิดของมาตรวัดสุขภาวะของ Diener และคณะ (2009)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. การรับรู้สุขภาพ รายได้ การศึกษา ระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน
2. นำผลการวิจัยที่ได้ ไปปรับใช้ในการช่วยเหลือ และส่งเสริมผู้สูงอายุในวัยเกษียณอายุงานเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีในการดำรงชีวิต

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2 วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจ และเพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน ซึ่งมีขั้นตอนและรายละเอียดในการทำวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ที่มีประสบการณ์การทำงาน อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นงานประจำ หรือทำกิจการส่วนตัว เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี จนถึงวันเกษียณอายุงาน คือ ในปัจจุบันได้หยุดการทำงานประจำอย่างสมบูรณ์ หรือยังทำงานอยู่บ้าง แต่ทำงานไม่เต็มเวลา และเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 440 คน (หญิง 231คน ชาย 209 คน) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Hair และคณะ (2006) มากำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดย Hair และคณะ ได้เสนอว่า การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้น สามารถใช้เกณฑ์ได้หลายเกณฑ์ที่ไม่มีกำหนดตายตัว เกณฑ์หนึ่งที่ใช้ในการพิจารณา คือ ขนาดของโมเดล โดยทั่วไปมักใช้ผู้ตอบ 10 - 20 คน ต่อพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่า 1 เส้นทาง เนื่องจากโมเดลการวิจัยนี้มีพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่า 29 เส้นทาง ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยใช้อัตราส่วน 1 ต่อ 15 จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 435 คน แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาทั้งหมด 440 ชุด กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 440 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 5 ตอน ดังนี้ (ภาคผนวก ค.)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 มาตรการวัดการรับรู้สุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงจากมาตรการวัดการรับรู้สุขภาพของ Ware (1976)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามระดับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของ Lemon และคณะ (1972)

ตอนที่ 4 มาตราวัดการควบคุมการตัดสินใจที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงขึ้นจากแนวคิดของ Quine และคณะ (2007)

ตอนที่ 5 มาตราวัดสุขภาวะที่ผู้วิจัยพัฒนาจากมาตราวัดสุขภาวะของ Diener และคณะ (2009)

การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา บุคคลที่อาศัยอยู่ภายใต้ครอบครัวเดียวกัน ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุงาน สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน ระยะเวลาตั้งแต่เกษียณอายุงานจนถึงปัจจุบัน จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างจะตอบคำถามโดยการเลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง ตามแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามตอนที่ 1 ในภาคผนวก ค.

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก.) ตรวจสอบและพิจารณาว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และใช้ในการคัดกรองคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างไร ซึ่งมีรายละเอียดในการปรับปรุงดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งในสามท่านได้พิจารณาแก้ไขเรื่องภาษาและเพิ่มเติมรายละเอียดในข้อ 6 (สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน) จากเดิมที่ตัวเลือกที่ใช้ตอบ มีเพียงข้อความที่ระบุสถานภาพการทำงานในปัจจุบันอย่างเดียว (“ทำงานเต็มเวลา” และ “ทำงานแต่ไม่เต็มเวลา”) เป็นข้อความคู่กับระยะเวลาที่ทำงานนั้นๆ มาแล้ว ซึ่งจะทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบเป็นจำนวน ปีและเดือน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิท่านอื่นๆ อีก 2 ท่าน ก็เห็นสมควรให้แก้ไขได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน

2. มาตราวัดการรับรู้สุขภาพ

ผู้วิจัยได้พัฒนามาตราวัดการรับรู้สุขภาพ มีทั้งหมด 6 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารายด้านระหว่าง .489 - .831 และ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารวมทั้งฉบับเท่ากับ .871 โดยมีขั้นตอนการพัฒนามาตร ดังต่อไปนี้

2.1 การศึกษาแนวคิดของ The Health Perceptions Questionnaire ของ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006)

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดของมาตรวัด The Health Perceptions Questionnaire ของ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนามาตรในงานวิจัย The Health Perceptions Questionnaire ประกอบไปด้วยข้อกระทงทั้งหมดจำนวน 33 ข้อ ที่แบ่งเป็นสองส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง จำนวน 32 ข้อ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) แบ่งเป็นข้อกระทงที่นำมาคิดคะแนน จำนวน 27 ข้อ และข้อกระทงที่ไม่นำมาคิดคะแนน จำนวน 5 ข้อ โดยข้อกระทงที่นำมาคิดคะแนน สามารถแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

- 1) การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน (Current Health) มีข้อกระทงทางบวก 5 ข้อ และข้อกระทงทางลบ 4 ข้อ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 9 ข้อ
 - 2) การรับรู้สุขภาพในอดีต (Prior Health) มีข้อกระทงทางบวก 2 ข้อ และข้อกระทงทางลบ 1 ข้อ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 3 ข้อ
 - 3) เจตคติต่อสุขภาพ (Health Outlook) มีข้อกระทงทางบวก 2 ข้อ และข้อกระทงทางลบ 2 ข้อ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 4 ข้อ
 - 4) ความต้านทานต่อการเจ็บป่วย (Resistance to Illness) มีข้อกระทงทางบวก 2 ข้อ และข้อกระทงทางลบ 2 ข้อ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 4 ข้อ
 - 5) การดูแลสุขภาพ (Health Worry/Concern) มีข้อกระทงทางบวก 2 ข้อ และข้อกระทงทางลบ 2 ข้อ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 4 ข้อ
 - 6) แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย (Sickness Orientation) มีข้อกระทงทางบวก 2 ข้อ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 2 ข้อ
- ข้อกระทงที่นำมาคิดคะแนนทั้ง 26 ข้อ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) ได้นำรวมกันเป็นข้อบ่งชี้การประเมินสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Rating Index; GHRI) ส่วนข้อกระทงที่ไม่นำมาคิดคะแนน อีก 7 ข้อกระทงที่เหลือ คือ ข้อกระทงที่เกี่ยวกับการปฏิบัติความเจ็บป่วย และเจตคติต่อการเข้าพบแพทย์ ซึ่งใช้ในการพิจารณาประกอบ ในการประเมินผู้ป่วยของแพทย์

ส่วนที่สอง คือ คำถามเรื่องความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปจำนวน 1 ข้อ ซึ่ง Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) ไม่นำมาคิดคะแนน เนื่องจากเป็นข้อที่ใช้พิจารณาประกอบเช่นเดียวกับข้อกระทงเกี่ยวกับการปฏิเสธความเจ็บป่วย และเจตคติต่อการเข้าพบแพทย์

ผู้ตอบมาตรวัดการรับรู้สุขภาพ ของ Ware (1976) ต้องประเมินสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพที่ดีหรือไม่ในระดับใด และมีความคิดกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระดับใด และสำหรับข้อกระทงในส่วนที่ 1 ทั้ง 32 ข้อ ผู้ตอบต้องประเมินว่าข้อกระทงแต่ละข้อนั้นตรงกับตัวผู้ตอบในระดับใด บนมาตราประเมิน 5 ระดับ ตามลักษณะการวัดแบบประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก 1 (ไม่เห็นด้วยเลย) – 5 (เห็นด้วยมากที่สุด)

นอกจากนี้ ยังมีส่วนที่สอง ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปจำนวน 1 ข้อ ผู้ตอบจะตอบคำถามที่ถามว่า “ในช่วงที่ผ่านมา 3 เดือน ท่านรู้สึกกังวล หรือเป็นห่วงสุขภาพของท่านมากน้อยเท่าใด” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก 1 (ไม่กังวลเลย) – 4 (กังวลมากที่สุด)

Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) ได้นำมาตรวัดการรับรู้สุขภาพ มาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรก มีจำนวน 4,700 คน และกลุ่มที่สองซึ่งทำการทดสอบในอีก 1 ปีถัดมา จำนวน 1,200 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงตามวิธีการวัดความเที่ยงแบบครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .89 และ .67 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ข้อบ่งชี้ในการใช้มาตรกล่าวหาว่าหากต้องการวัดสุขภาพโดยทั่วไปแต่ไม่สามารถวัดได้ทั้ง 26 ข้อโดยอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านพื้นที่ ก็สามารถใช้การวัดแบบใช้ ข้อกระทง 9 ข้อ หรือ 4 ข้อ ที่วัดสุขภาพในปัจจุบัน ได้ ซึ่ง มาตรวัดแบบ 9 ข้อกระทง และ 4 ข้อกระทงมาทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4,700 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงตามวิธีการวัดความเที่ยงแบบครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .88 และ .81 ตามลำดับ เมื่อนำมาตรแบบ 9 ข้อกระทง มาวัดซ้ำ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,200 คน ในระยะเวลาที่ห่างกัน 1 ปี พบว่ามีค่าความเที่ยง (test-retest reliability) เท่ากับ .58

2.2 ขั้นตอนการพัฒนามาตรวัดการรับรู้สุขภาพ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาตรวัดการรับรู้สุขภาพขึ้นจากแนวคิดการวัดสุขภาพของ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาดังต่อไปนี้

2.2.1 ผู้วิจัยนำข้อกระทงในมาตรฐานการรับรู้สุขภาพของ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006) เฉพาะข้อที่มาตรฐานกำหนดให้นำมาคิดคะแนนได้ จากทั้งหมด 6 ด้าน รวม 26 ข้อ มาแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และดัดแปลงเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย จากนั้นจึงเพิ่มข้อกระทงเข้าไปในด้านที่มีจำนวนข้อกระทงไม่ถึง 4 ข้อ ได้แก่ เพิ่มข้อกระทงทางบวกในด้านสุขภาพในอดีตจำนวน 2 ข้อ และ เพิ่มข้อกระทงทางลบในด้านแนวโน้มต่อความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ

2.2.2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก.) ตรวจสอบและพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อแปลเป็นภาษาไทยได้ถูกต้องหรือไม่ และข้อกระทงที่เพิ่มเข้ามาใหม่ มีเนื้อหาสอดคล้องกับข้อกระทงที่มีอยู่เดิมในแต่ละด้านหรือไม่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านได้มีความเห็นให้พิจารณาและแก้ไขในส่วนต่างๆ ดังนี้

- 1) พิจารณาแก้ไข และปรับปรุงทั้งภาษา และลักษณะคำถามที่ใช้ในมาตรฐานให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้ง่ายขึ้น
- 2) พิจารณาให้แก้ไขข้อความในข้อ 17 และ 18 ให้กระชับ และเป็นทางการมากขึ้น โดยในข้อ 17 แก้ไขคำว่า “พอๆ กับ” เป็น “เช่นเดียวกับ” และ ในข้อ 18 แก้ไขคำว่า “แยกลง” เป็น “ไม่ดีเท่าเดิม”
- 3) พิจารณาให้แก้ไขข้อความที่กำกับระดับในการตอบจาก 4 (ค่อนข้างเห็นด้วย) และ 2 (ค่อนข้างไม่เห็นด้วย) เป็น 4 (เห็นด้วย) และ 2 (ไม่เห็นด้วย) เพื่อความชัดเจนในการตอบเนื่องจากข้อความก่อนแก้ไขทั้งสองข้อความมีความหมายเหมือนกัน คือ “เห็นด้วยส่วนหนึ่งและไม่เห็นด้วยส่วนหนึ่ง”

ผู้วิจัยปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ จนผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้สามารถนำมาตรวัดการรับรู้สุขภาพไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

2.2.3 นำมาตรฐานการรับรู้สุขภาพ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 คน

2.2.4 นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ (CITC) ในแต่ละด้าน รวมทั้งหมด 6 ด้าน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคำนวณค่า α โดยทำการวิเคราะห์แยกรายด้าน ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1) **ด้านสุขภาพในปัจจุบัน** 9 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ โดยเทียบค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ในมาตร ต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก พบว่าข้อกระทงทั้งหมดได้แก่ข้อ 1, 3, 7, 11, 15, 19, 24, 28, 29 ผ่านเกณฑ์ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้เท่ากับ .876 แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องการมาตรวัดที่มีความกระชับ จึงได้คัดข้อกระทงที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนออกอย่างละ 1 ข้อ คือ ข้อ 3 ซ้ำซ้อนกับข้อ 29 และข้อ 7 ซ้ำซ้อนกับ 11 โดยเลือกข้อที่มีค่า CITC น้อยกว่าออก จากนั้นก็ได้เลือกข้อกระทงที่เหลือที่มีค่า CITC สูงที่สุดไว้จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 24, 28, 29 และนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .831

2) **ด้านสุขภาพในอดีต** 5 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ ใน โดยเทียบค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] ข้อกระทงใดที่มีค่า CITC ต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 5 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้เท่ากับ .741 จากนั้นเพื่อความกระชับของมาตรวัด ผู้วิจัยคัดข้อกระทงที่มีค่า CITC สูงสุดไว้ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 9, 10, 20, 31 จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .737

3) **ด้านเจตคติต่อสุขภาพ** 4 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ โดยเทียบค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] ข้อกระทงใดที่มีค่า CITC ต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 8, 16, 21 เมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .489

4) **ด้านความต้านทานต่อการเจ็บป่วย** 4 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ โดยเทียบค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] ข้อกระทงใดที่มีค่า CITC ต่ำ

กว่า r วิฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 6, 13, 27 เมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .733

5) **ด้านการดูแลสุขภาพ** 4 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ โดยเทียบค่า r วิฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] ข้อกระทงใดที่มีค่า CITC ต่ำกว่า r วิฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 12, 18, 22 เมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .654

6) **ด้านแนวโน้มต่อการเจ็บป่วย** 6 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ โดยเทียบค่า r วิฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] ข้อกระทงใดที่มีค่า CITC ต่ำกว่า r วิฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 5 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้เท่ากับ .560 จากนั้นเพื่อความกระชับของมาตรวัด ผู้วิจัยคัดข้อกระทงที่มีค่า CITC สูงสุดไว้ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 25, 26, 30, 32 จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .612

โดยสรุปแล้ว มาตรวัดการรับรู้สุขภาพทั้งฉบับ มีทั้งหมด 6 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารายด้านระหว่าง .489-.831 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารวมทั้งฉบับเท่ากับ .871

2.3 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการรับรู้สุขภาพ

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการรับรู้สุขภาพ แบ่งเป็นเกณฑ์สำหรับข้อกระทงทางบวก และเกณฑ์สำหรับข้อกระทงทางลบ ดังนี้

ระดับความรู้สึกเห็นด้วยกับ ข้อความที่เสนอ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	เห็นด้วย และไม่เห็น ด้วย พอๆกัน	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย เลย
คะแนนสำหรับการตอบข้อ กระทงในทางบวก	5	4	3	2	1
คะแนนสำหรับการตอบข้อ กระทงในทางลบ	1	2	3	4	5

ผู้วิจัยคำนวณคะแนนรวมรายด้าน ซึ่งได้มาจากการรวมคะแนนของทุกข้อกระทงในแต่ละรายด้านนั้นๆ เข้าด้วยกัน คะแนนรวมในแต่ละรายด้านจะมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน โดยการได้คะแนนสูงหรือต่ำในแต่ละรายด้าน มีความหมายดังนี้

2.3.1 **ด้านสุขภาพในปัจจุบัน** คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ระบุว่าตนเองมีสุขภาพในปัจจุบันดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ระบุว่าตนเองมีสุขภาพในปัจจุบันไม่ดี

2.3.2 **ด้านสุขภาพในอดีต** คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ระบุว่าตนเองมีสุขภาพในอดีตที่ผ่านมาดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ระบุว่าตนเองมีสุขภาพในอดีตที่ผ่านมาไม่ดี

2.3.3 **ด้านเจตคติต่อสุขภาพ** คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน มีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพในอนาคตของตน คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน มีเจตคติที่ไม่ดีต่อสุขภาพในอนาคตของตน

2.3.4 **ด้านความต้านทานต่อการเจ็บป่วย** คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ระบุว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงเจ็บป่วยได้ยาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ระบุว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วยได้ง่าย

2.3.5 **ด้านการดูแลสุขภาพ** คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ระบุว่าตนเองให้ความสนใจ และดูแลสุขภาพของตนเองในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน ระบุว่าตนเองสนใจดูแลสุขภาพของตนเองในระดับต่ำ

2.3.6 ด้านแนวโน้มต่อการเจ็บป่วย คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุวัย

เกษียณอายุงานมีเจตคติในทางบวกต่อธรรมชาติของการเจ็บป่วย และสามารถรับมือกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิตได้มาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานมีเจตคติในทางลบต่อธรรมชาติการเจ็บป่วย และสามารถรับมือกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิตได้น้อย

สำหรับคะแนนรวมของทั้งมาตรวัดนั้นได้มาจากการรวมคะแนนในแต่ละรายด้านเข้าด้วยกัน คะแนนรวมที่สูงที่สุดของมาตรวัดการรับรู้สุขภาพเท่ากับ 120 คะแนน และคะแนนรวมที่ต่ำที่สุดของมาตรวัดการรับรู้สุขภาพเท่ากับ 24 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานมีการรับรู้สุขภาพของตนในทางบวกสูง ส่วนคะแนนต่ำหมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานมีการรับรู้สุขภาพของตนในทางบวกต่ำ

3. แบบสอบถามระดับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามระดับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยอิงจากแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของ Lemon และคณะ (1972 as cited in Markides et al. 1979) โดยมีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

3.1 จัดการระดมความคิดเห็นเฉพาะกลุ่ม (focus group) โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน คณะเพศชายและหญิง โดยในแต่ละกลุ่มประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่ยังทำงานไม่เต็มเวลาแบบต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่ยังทำงานไม่เต็มเวลาแบบไม่ต่อเนื่อง และผู้สูงอายุที่หยุดทำงานแล้ว เพื่อหาคำตอบว่า กิจกรรมใดบ้างที่เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมักจะเข้าร่วมในช่วงวัยเกษียณอายุงาน ผู้วิจัยสรุปลำดับความถี่ของกิจกรรมต่างๆ ที่ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาในกลุ่มการสัมภาษณ์ เรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2.1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.1 รายการกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในช่วงวัยเกษียณอายุงาน เรียงลำดับตามความถี่ที่พบจากมากที่สุด ไปถึงน้อยที่สุด 13 อันดับ

อันดับ	กิจกรรม
1.	ออกกำลังกาย
2.	อ่านหนังสือ
3.	พบปะสังสรรค์กับเพื่อน
4.	ทำงานบ้าน
5.	ปลูกต้นไม้
6.	ทำกิจกรรมทางศาสนา
7.	เดินเล่น
8.	ทำกิจกรรมและดูแลบุคคลในครอบครัว
9.	เล่นไพ่ หมากรุก ดูมวย
10.	ทำอาหาร ทำขนม
11.	เรียนทักษะพิเศษเพิ่มเติม
12.	เลี้ยงสัตว์
13.	ทำงานอาสาสมัคร

3.2 ผู้วิจัยนำรายการกิจกรรมที่ได้มาแบ่งหมวด ตามแนวคิดกิจกรรมของ Lemon และคณะ (1972 as cited in Markides et al. 1979) ได้ดังตารางที่ 2.2

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.2 รายการกิจกรรมแบ่งตามแนวคิดกิจกรรมของ Lemon และคณะ (1972 as cited in Markides et al. 1979)

กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ	
1.	พบปะสังสรรค์หรือทำกิจกรรมกับเพื่อน
2.	พบปะสังสรรค์หรือทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว
3.	ช่วยเหลืองานต่างๆในครอบครัว
กิจกรรมที่เป็นทางการ	
1.	ร่วมกิจกรรมทางศาสนา (เช่นเข้าวัด ทำบุญ)
2.	ร่วมกิจกรรมของชมรมต่างๆ ที่เป็นสมาชิก
3.	ทำงานอาสาสมัคร
งานอดิเรก	
1.	ออกกำลังกาย
2.	อ่านหนังสือ
3.	ทำสวน ปลูกต้นไม้
4.	เดินเล่น
5.	เรียนทักษะเพิ่มเติม (เช่นเรียนภาษา งานฝีมือ)
6.	เลี้ยงสัตว์
7.	ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์

3.3 ผู้วิจัยนำรายการกิจกรรมที่จัดแยกเป็นหมวดหมู่แล้ว ไปเป็นข้อคำถามในแบบสอบถามระดับกิจกรรม โดยเพิ่มข้อกระทง “อื่นๆ (โปรดระบุ)” เข้าในทุกหมวดกิจกรรม จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก.) ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เห็นชอบตรงกันโดยไม่ต้องแก้ไขตั้งแต่ครั้งแรก ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบและเก็บข้อมูลต่อไป

4. มาตรการควบคุมการตัดสินใจ

ผู้วิจัยได้พัฒนามาตรการควบคุมการตัดสินใจ มีทั้งหมด 1 ด้าน จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารวมทั้งฉบับเท่ากับ .697 โดยมีขั้นตอนการพัฒนามาตร ดังต่อไปนี้

4.1 การศึกษาแนวคิดของ Choice Measures ของ Quine และคณะ (2007)

ผู้วิจัยพัฒนามาตรการควบคุมการตัดสินใจจากมาตรวัดทางเลือก (Choice Measures) ที่ใช้ในงานวิจัยของ Quine และคณะ (2007) ซึ่งในงานของ Quine และคณะ ได้ระดมความคิดเห็นเฉพาะกลุ่ม (focus group) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 คน และนำคำตอบที่ได้มาทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าวิเคราะห์ออกมาได้องค์ประกอบ 1 องค์ประกอบ ที่มีค่าไอเกน (eigen value) เกิน 1 ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม คือ 1) ปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงานและปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน 2) อิสระในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานของตน 3) ความเหมาะสมของเวลาที่ตนเกษียณอายุงาน 4) ความสุขจากการเกษียณอายุงาน และ 5) ระยะเวลา นับแต่ได้รับการแจ้งว่าต้องเกษียณอายุงานจนถึงเวลาเกษียณอายุงานจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงานและปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน

ปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงาน คือ ปัจจัยกดดันให้บุคคลรู้สึกไม่มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน เช่น การลดพนักงาน สุขภาพไม่ดี ไม่ชอบงานที่ทำ แรงกดดันจากหัวหน้างานหรือ คู่ชีวิต หรือ หมอต้องการให้เกษียณอายุงาน

ปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน คือ ปัจจัยที่เสริมให้บุคคลรู้สึกมีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน เช่น ต้องการที่จะทำสิ่งอื่น หรือใช้ให้เวลากับครอบครัวมากขึ้น มีเงินเก็บเพียงพอแล้ว หรือมีเงินบำนาญ

ในงานวิจัยของ Quine และคณะ (2007) พิสัยของคะแนนการตอบคำถามในข้อนี้ จะมีตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน แต่ความหมายต่างกันสำหรับปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงานและปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน ถ้ามีปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงานจะได้ 0 คะแนน แต่ถ้ามีปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงานจะได้ 1 คะแนน)

2) อิสระในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานของตน

ข้อกระทงนี้ Quine และคณะ (2007) ถามว่า “ท่านได้แสดงความคิดเห็นในเวลาที่ท่านเกษียณอายุงานหรือออกจากงานมาน้อยเพียงใด” เป็นการวัดว่าผู้ตอบมีการแสดงความคิดเห็นของตนเองก่อนที่จะเกษียณอายุงาน หมายถึง การมีอิสระที่จะได้พูด หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานของตนเองได้อย่างเต็มที่มากหรือน้อยเพียงใด การตอบข้อกระทงจะมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ เกณฑ์ในการตอบคือ 1 (ไม่ได้แสดงความคิดเห็นเลย) จนถึง 4 (ได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่)

3) ความเหมาะสมของเวลาที่ตนเกษียณ

ความเหมาะสมของเวลาที่ตนเกษียณอายุงาน Quine และคณะ (2007) หมายถึง “ความรู้สึกของผู้เกษียณอายุงานว่าตนเองเกษียณอายุงานนั้น เร็วเกินไป กำลังพอดี หรือช้าเกินไป”

พิสัยของคะแนนการตอบคำถามในข้อนี้ในงานวิจัยของ Quine และคณะ (2007) จะมีตั้งแต่ 1 - 2 คือ 1 คะแนนสำหรับการตอบว่า “เร็วเกินไป” / และ 2 คะแนนสำหรับการตอบว่า “กำลังพอดี” หรือ “ช้าเกินไป”

ซึ่ง Yvonne Wells (การสื่อสารส่วนตัว, 19 กรกฎาคม 2553) ให้เหตุผลว่าที่ให้คำตอบ “ช้าเกินไป” ได้ 2 คะแนนเหมือนกับคำตอบ “กำลังพอดี” เป็นเพราะในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยมากที่ตอบคำตอบนี้ จึงทำให้ไม่สามารถจำแนกคำตอบนี้ออกมาเป็นกลุ่มที่อิสระจากกลุ่มอื่นได้ ส่วนสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ช้าเกินไป” มีจำนวนน้อย เป็นเพราะช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเกษียณอายุงาน (ปี 1998-1999) มีการปรับลดคนงานออกจากองค์กรเป็นจำนวนมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากการเกษียณอายุงานก่อนเวลามากกว่าที่จะได้รับผลกระทบจากการเกษียณอายุงานที่ช้าเกินไป

4) ความสุขจากการเกษียณอายุงาน

ข้อกระทงในส่วนนี้ของ Quine และคณะ (2007) มีข้อความว่า “ท่านรู้สึกมีความสุขที่ได้เกษียณอายุงาน หรือออกจากงานที่ทำอยู่” การตอบข้อกระทงจะมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตอบคือ 1 (ไม่เป็นจริงมากที่สุด) จนถึง 5 (เป็นจริงมากที่สุด)

5) ระยะเวลานับแต่ได้รับการแจ้งว่าต้องเกษียณอายุงานจนถึงเวลา เกษียณอายุงานจริง

ระยะเวลานับแต่ได้รับการแจ้งว่าต้องเกษียณอายุงานจนถึงเวลาเกษียณอายุงานจริง Quine และคณะ (2007) จะถามว่า “ท่านได้รับแจ้งเตือนล่วงหน้านานเท่าใดก่อนที่จะเกษียณอายุงาน หรือออกจากงาน” การตอบข้อกระทงจะมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตอบคือ 1 (น้อยกว่าหนึ่งอาทิตย์) จนถึง 4 (เป็นปี)

Quine และคณะ (2007) พบว่า ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตามลำดับดังนี้ คือ .765 .727 .718 .631 และ .485 โดยมีค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ตามวิธีการวัดความเที่ยงแบบครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .690 โดยในงานวิจัยของ Quine และคณะ ได้นำคะแนนรวมที่ได้มาจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีคะแนนทางเลือกสูงปานกลาง และต่ำ

4.2 ขั้นตอนการพัฒนามาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนามาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจขึ้นจากมาตรวัดทางเลือก (Choice Measures) ของ Quine และคณะ (2007) โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาดังต่อไปนี้

4.2.1 ผู้วิจัยตัดข้อกระทงข้อที่ 5 ที่วัดระยะเวลานับแต่ได้รับการแจ้งว่าต้องเกษียณอายุงานจนถึงเวลาเกษียณอายุงานจริงออก เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าเป็นข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทยที่ไม่มีการยื่นเอกสารจากหน่วยงานเพื่อแจ้งเวลาในการเกษียณอายุงานอย่างเป็นทางการ

4.2.2 ผู้วิจัยแปลข้อกระทงในมาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจทั้งหมดจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ยกเว้นข้อกระทงที่ได้ตัดทิ้ง และดัดแปลงข้อความให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย

4.2.3 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 55 คน ซึ่งเป็นผู้เกษียณอายุงานที่เลือกเกษียณอายุงานก่อนเวลาที่กำหนด เพื่อให้ได้คำตอบว่า สาเหตุใดบ้างเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะเกษียณอายุงานก่อนเวลาที่กำหนด โดยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้วิจัยสรุปเป็นความถี่ได้ดังตารางที่ 2.3 ดังนี้

ตารางที่ 2.3 ความถี่ของสาเหตุต่างๆ ในการเกษียณอายุงานก่อนเวลาที่กำหนด (N = 55)

สาเหตุในการเกษียณอายุงานก่อนเวลาที่กำหนด	ความถี่ (คน)
1. ปัญหาทางด้านสุขภาพ	23
2. ต้องการให้ลูกหลานรับช่วงกิจการต่อ	10
3. ต้องการพักผ่อน หลังจากที่ทำงานมาเป็นระยะเวลานาน	9
4. มีบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล	5
5. บุคคลในครอบครัวขอร้องให้เกษียณอายุงาน	3
6. อื่นๆ (ไม่ชอบสถานที่ทำงาน, ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ, ต้องการทำสิ่งอื่นนอกจากการทำงาน)	5
รวม	55

จากนั้น ผู้วิจัยได้นำสาเหตุเหล่านี้มาสร้างเป็นตัวเลือกย่อยสำหรับข้อกระทงข้อที่ 1 ที่วัดปัจจัยปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงานและปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงานของมาตรการควบคุมการตัดสินใจ ซึ่งถามว่า “ท่านเกษียณอายุงานในลักษณะใด” กลุ่มตัวอย่างจะเลือกตอบจาก 2 ตัวเลือกหลัก คือ 1) ตัดสินใจเกษียณอายุงานก่อนถึงเวลา และ 2) เกษียณอายุงานเมื่อถึงเวลาตามระเบียบการทำงาน

ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตัวเลือกหลักที่ 1 (ตัดสินใจเกษียณอายุงานก่อนถึงเวลา) แล้ว จะต้องตอบตัวเลือกย่อย คือ สาเหตุที่ตัดสินใจเกษียณอายุงานก่อนถึงเวลาดังกล่าว

4.2.4 ผู้วิจัยเพิ่มข้อกระทง 1 ข้อ ในส่วนของปัจจัยปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงานและปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน เนื่องจากเกณฑ์การแยกว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงาน และปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน เป็นสิ่งที่กำกวมสำหรับแต่ละบุคคล ผู้วิจัยจึงเพิ่มข้อกระทงเข้าไปอีก 1 ข้อ เพื่อยืนยันว่าเหตุผลที่ผู้ตอบตอบมานั้นเป็นปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงาน หรือปัจจัยที่ดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน โดยข้อกระทงนี้มีเนื้อหาว่า “ในเวลาที่ท่านเกษียณอายุงาน ท่านอยากเกษียณอายุงานหรือไม่” โดยผู้ตอบ

จะตอบ บนมาตราประเมิน 5 ระดับ ตามลักษณะการวัดแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) เกณฑ์ในการตอบดังนี้

ระดับความรู้สึกอยาก เกษียณอายุงาน	อยาก เกษียณอายุ งานมาก ที่สุด	อยาก เกษียณอายุ งาน	ทั้งอยาก และไม่ อยาก เกษียณอายุ งานพอๆกัน	ไม่อยาก เกษียณอายุ งาน	ไม่อยาก เกษียณอายุ งานมาก ที่สุด
ตัวเลือก	5	4	3	2	1

4.2.5 ผู้วิจัยนำข้อกระทงทั้งหมดจำนวน 5 ข้อ ไปตรวจความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก.) ตรวจสอบและพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อแปลเป็นภาษาไทยได้ถูกต้องหรือไม่ และข้อกระทงที่เพิ่มเข้ามาใหม่ มีเนื้อหาสอดคล้องกับข้อกระทงที่มีอยู่เดิมในแต่ละด้านหรือไม่

ผู้ทรงคุณวุฒิสองท่านจากทั้งสามท่านพิจารณาให้ปรับปรุงลักษณะการถามในข้อที่ 1 โดยเปลี่ยนจากการถามว่า “เหตุผลที่ท่านเกษียณอายุงานคือ” เป็น “ท่านเกษียณอายุงานในลักษณะใด” และพิจารณาปรับภาษาในการถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้ง่ายขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิอีกท่านหนึ่งเห็นชอบตรงกันกับผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่านผู้วิจัยจึงปรับแก้ตามที่คุณวุฒิแนะนำ จนผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่าน

4.2.6 นำมาตรวจวัดการควบคุมการตัดสินใจ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 คน

4.2.7 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ ในมาตร (CITC) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคำนวณค่า α ซึ่งพบว่าเมื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ โดยเทียบค่า r วิฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] ข้อกระทงทั้งหมดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาทั้งฉบับ .697

4.3 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจ

เกณฑ์ในการให้คะแนนมาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจ มีความแตกต่างกันในแต่ละข้อกระทง ดังที่จะนำเสนอต่อไปนี้

4.3.1 เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับ ปัจจัยผลักดันให้ต้องเกษียณอายุงานและปัจจัยดึงให้มีทางเลือกในการเกษียณอายุงาน

ระดับความรู้สึกอยากเกษียณอายุงาน	อยากเกษียณอายุงานมากที่สุด	อยากเกษียณอายุงาน	ทั้งอยากและไม่อยากเกษียณอายุงานพอๆกัน	ไม่อยากเกษียณอายุงาน	ไม่อยากเกษียณอายุงานมากที่สุด
คะแนน	5	4	3	2	1

4.3.2 เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับอิสระในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานของตน

ระดับความรู้สึกว่าผู้อื่นให้ความสำคัญกับตนเองเกี่ยวกับการเกษียณอายุงาน	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	น้อยที่สุด
คะแนน	5	4	3	2	1

4.3.3 เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับการรับรู้เวลาในการเกษียณอายุงาน

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้คะแนนคำตอบ “ช้าเกินไป” แตกต่างจาก Quine และคณะ (2007) เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ การรับรู้ว่าตนเองเกษียณอายุงานช้าเกินไป เป็นความรู้สึกทางลบ จึงได้ให้คะแนนเท่ากับ การตอบว่า “เร็วเกินไป”

ระดับความรู้สึกว่าเวลาที่ตนเอง เกษียณอายุงานมีความ เหมาะสม	เร็วเกินไป	เหมาะสม	ช้าเกินไป
คะแนน	1	2	1

4.3.4 เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับความสุขจากการเกษียณอายุงาน

ระดับความรู้สึกสุขใน ปัจจุบันที่ตนได้ เกษียณอายุงาน	มีความสุข มาก	ค่อนข้างมี ความสุข	กลางๆ ไม่ สุขไม่ทุกข์	ค่อนข้างไม่ มีความสุข	ไม่มี ความสุข เลย
คะแนน	5	4	3	2	1

คะแนนของมาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจ ได้มาจากการรวมคะแนนทุกข้อ
กระทงเข้าด้วยกัน โดยคะแนนรวมที่สูงที่สุดของมาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจเท่ากับ 17
คะแนน และคะแนนรวมที่ต่ำที่สุดของมาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจ เท่ากับ 4 คะแนน ซึ่ง
คะแนนสูงหมายถึงเมื่อนึกย้อนกลับไป ณ เวลาที่เกษียณอายุงาน ผู้สูงอายุกวัยเกษียณอายุงานรับรู้
ว่าตนมีความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจที่จะเลือกเกษียณอายุงานได้ด้วยตนเองสูง ส่วน
คะแนนต่ำ หมายถึง เมื่อนึกย้อนกลับไป ณ เวลาที่เกษียณอายุงาน ผู้สูงอายุกวัยเกษียณอายุงาน
รับรู้ว่าตนมีความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจที่จะเลือกเกษียณอายุงานได้ด้วยตนเองต่ำ

5. มาตรวัดสุขภาวะ

ผู้วิจัยได้พัฒนามาตรวัดมาตรวัดสุขภาวะมีทั้งหมด 3 มาตรย่อย ได้แก่มาตรวัด
ประสบการณ์ทางบวกและทางลบจำนวน 11 ข้อ มาตรวัดความมั่งคั่ง จำนวน 9 ข้อ และมาตร
วัดความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 25 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .834 .846
และ .823 ตามลำดับ

5.1 การศึกษาแนวคิดการวัดสุขภาวะ ของ Diener และคณะ (2009)

ผู้วิจัยพัฒนามาตรวัดสุขภาวะจากแนวคิดในการวัดสุขภาวะของ Diener และคณะ (2009) ที่วัดสุขภาวะจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบ่งมาตรการวัดออกเป็น 3 มาตรวัดคุณลักษณะ 3 องค์ประกอบ คือ

1) *ความรู้สึกรู้สึก* (Affect) วัดโดยใช้ มาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ (Scale of Positive and Negative Experience: SPANE) จำนวน 12 ข้อ โดยแต่ละข้อกระทงที่ใช้วัดประกอบไปด้วย คำคุณศัพท์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกจำนวนทั้งสิ้น 12 คำ แบ่งเป็นคำที่แสดงความรู้สึกทางบวก 6 คำ และแสดงความรู้สึกทางลบ 6 คำ ผู้ตอบมาตรนี้จะต้องตอบว่า ภายในระยะเวลาที่ผ่านมา (ผู้วิจัยจะเป็นผู้กำหนดระยะเวลา) ตนได้ประสบกับอารมณ์ในแต่ละข้อกระทงบ่อยครั้งเพียงใด โดยผู้ตอบจะต้องเลือกตอบบนมาตรประเมิน 5 ระดับ ตามลักษณะการวัดแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก 1 (รู้สึกน้อยมากหรือไม่เคยรู้สึกเลย) - 5 (รู้สึกบ่อยมากหรือรู้สึกตลอดเวลา)

ค่าคะแนนที่ได้จากการหักลบคะแนนที่ได้จากความรู้สึกทางบวก (SPANE-P) ออกจากคะแนนทางลบ (SPANE-B) จะมีพิสัยตั้งแต่ -24 จนถึง 24 คะแนน ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนสูงมาก (24 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามนั้นไม่เคยหรือประสบกับความรู้สึกทางลบน้อยมาก และมักจะประสบกับอารมณ์ทางบวก ในทางกลับกันผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนต่ำมาก (-24 คะแนน) หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามนั้น ประสบกับความรู้สึกทางลบบ่อยมาก และมักจะไม่ค่อย หรือไม่เคยประสบกับอารมณ์ทางบวกเลย

Diener และคณะ (2009) ได้นำมาตรวัด SPANE ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา 5 สถาบัน จำนวนทั้งหมด 586 คน พบว่าคะแนนจาก SPANE-P, SPANE-N และ SPANE-B มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ .84, .80 และ .88 ตามลำดับ และเมื่อนำมาวัดกับกลุ่มตัวอย่างเดิมอีกครั้งหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน พบว่า มีความเที่ยงตามวิธีการวัดความเที่ยงแบบครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .62 .62 และ .68 ตามลำดับ ที่ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .001

2) *ความมั่งคั่ง* (Flourishing) วัดโดยใช้ มาตรวัดความมั่งคั่ง (Flourishing Scale) จำนวน 8 ข้อ มาตรวัดนี้ เกิดจากการที่ Diener และคณะ (2009) ได้นำแนวคิดการวัดสุขภาวะทางจิตของ Ryff (1989) แนวคิดการเข้าร่วมและสนใจในสิ่งต่างๆ ของ และการ

มองโลกในแง่ดีของ Csikszentmihalyi (1990) Peterson และ Seligman (2004) แนวคิด การได้รับการยอมรับนับถือของ Maslow (1958) และ การกระทำที่แสดงออกถึงการ ช่วยเหลือและทำให้ผู้อื่นมีความสุข ของ Brown และคณะ (2003 as cited in Diener, 2009) มาสร้างเป็น ข้อกระทงที่เป็นประโยคทั้งหมด 8 ข้อ ผู้ตอบจะต้องตอบว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความในแต่ละข้อกระทง ตามลักษณะการวัดแบบประมาณค่าของลิ เคิร์ท (Likert Scale) 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) ไป จนถึง 7 (เห็นด้วยมากที่สุด)

มาตรวัดความมองงาม มีค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 8 ถึง 56 บุคคลที่ได้ คะแนนสูงในมาตรวัดนี้จะแสดงถึงการมีทรัพยากรด้านสุขภาวะทางจิตที่ดีและเข้มแข็ง เมื่อนำมาเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา 5 สถาบัน จำนวนทั้งหมด 586 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการวัดความเที่ยงแบบครอชบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ ค่าความเที่ยงในการวัดซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ .71

3) *ความพึงพอใจในชีวิต* (Life Satisfaction) วัดโดยใช้มาตรวัดความพึงพอใจใน ชีวิต (Satisfaction With Life Scale: SWLS) จำนวน 5 ข้อ ที่ประกอบไปด้วยข้อกระทงซึ่ง เป็นประโยค ผู้ตอบจะต้องตอบว่าตนเห็นด้วยกับประโยคในแต่ละข้อกระทงมากน้อย เพียงใด ตามลักษณะการวัดแบบประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale) 7 ระดับ โดยมี เกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับมาตรวัดความมองงาม

Diener และคณะ (2009) ได้อ้างถึงการวัดความพึงพอใจในชีวิตโดย โดยใช้มาตร SWLS ที่พัฒนาโดย Diener และคณะ (1985) ซึ่งในช่วงแรกของการสร้างมาตร SWLS ของ Diener และคณะ (1985) มาตรวัดประกอบด้วยข้อกระทงจำนวน 48 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ เมื่อทำการวิเคราะห์ องค์ประกอบ (factor analysis) ผลการวิเคราะห์ได้เผยให้เห็นว่าข้อกระทงทั้ง 48 ข้อ นั้น สามารถจำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือองค์ประกอบด้านอารมณ์ทางบวก องค์ประกอบด้านอารมณ์ทางลบ และองค์ประกอบด้านความพึงพอใจในชีวิต Diener และคณะ (1985) จึงตัดสององค์ประกอบแรกออก และตัดข้อกระทงบางข้อใน องค์ประกอบที่สามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า .60 ออก ทำให้เหลือองค์ประกอบ ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมด จำนวน 10 ข้อกระทง และได้ตัดข้อกระทงที่มีความ คล้ายคลึงทางด้านความหมายออกจำนวน 5 ข้อกระทง เหลือเป็นข้อกระทงที่เกี่ยวกับ ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมด 5 ข้อกระทง เมื่อนำข้อกระทงไปใช้กับนักศึกษาระดับ

ปริญญาตรีทั้งหมด 176 คน และได้นำมาตรวัดนี้ให้นักศึกษาทำซ้ำอีกครั้งจำนวน 76 คน พบว่ามาตรวัดมีความเที่ยงตามวิธีการวัดความเที่ยงแบบครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .87 และมีค่าความเที่ยงในการวัดซ้ำ (test-retest reliability) อยู่ที่ .82

5.2 ขั้นตอนการพัฒนามาตรวัดสุขภาวะ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนามาตรวัดสุขภาวะจากแนวคิดในการวัดสุขภาวะของ Diener และคณะ (2009) โดยจะเสนอการพัฒนามาตรย่อย ทั้ง 3 มาตร ได้แก่ มาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ มาตรวัดความมั่งคั่ง และมาตรวัดความพึงพอใจในชีวิต ดังนี้

5.2.1 มาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ

ผู้วิจัยพัฒนามาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ จากมาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบของ Diener และคณะ (2009) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1) ผู้วิจัยได้แปลมาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ ของ Diener และคณะ (2009) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย

2) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก.) ตรวจสอบและพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อแปลเป็นภาษาไทยได้ถูกต้องหรือไม่ และมีเนื้อหาเข้ากับบริบทของสังคมไทยหรือไม่

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งจากสามท่าน พิจารณาให้ปรับปรุงข้อกระทงข้อ 6 และ 9 ซึ่งเป็นข้อที่มีค่าแสดงความรู้สึกสองคำในข้อเดียวกัน เป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน แต่ไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้ (ได้แก่ หดหู่-เศร้าหมอง และ โกรธ-หงุดหงิด) โดยพิจารณาให้แยกแต่ละคำออกเป็นข้อกระทงใหม่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการวัด ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิอีก 2 ท่าน เห็นชอบตรงกันให้มีการปรับปรุงข้อกระทงทั้งสองข้อนี้ ผู้วิจัยจึงนำข้อคำถามในข้อกระทงเหล่านี้มาแยกออกเป็นข้อกระทงใหม่ข้อละ 1 คำ ทำให้มีข้อกระทงเพิ่มขึ้นจากเดิมจำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้นเป็น 12 ข้อ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหาอีกครั้งจนผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เห็นชอบให้นำมาตรวจวัดประสพการณ์ทางบวกและทางลบไปทดลองใช้ได้

3) นำมาตรวจวัดประสพการณ์ทางบวกและทางลบ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานานกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 คน

4) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ ในมาตร (CITC) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ ในมาตร โดยเทียบค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] พบว่าข้อกระทงทั้ง 12 ข้อผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาทั้งหมดได้เท่ากับ .827 แต่เนื่องจากข้อกระทงข้อที่ 6 มีค่า CITC อยู่ในระดับพอดีกับค่า r วิกฤติ และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเมื่อตัดข้อกระทงข้อนี้ออกพบว่ามาตรวัดประสพการณ์ทางบวกและทางลบจะมีความเที่ยงเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงตัดข้อกระทงข้อนี้ออก ได้ข้อกระทงที่นำไปใช้ทั้งหมด 11 ข้อได้แก่ข้อ 1-5 และ 7-12 จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารวมทั้งฉบับอีกครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .834

5.2.2 มาตราวัดความมั่งอกงาม

ผู้วิจัยพัฒนามาตราวัดความมั่งอกงาม จากมาตราวัดความมั่งอกงามของ Diener และคณะ (2009) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1) ผู้วิจัยได้แปลมาตราวัดความมั่งอกงามของ Diener และคณะ (2009) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย

2) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก.) ตรวจสอบและพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อแปลเป็นภาษาไทยได้ถูกต้องหรือไม่ และมีเนื้อหาเข้ากับบริบทของสังคมไทยหรือไม่

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่หนึ่ง พิจารณาให้ปรับปรุงภาษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น และปรับปรุงข้อกระทง ข้อที่ 2 และ 3 ที่มีข้อความกำกวมเนื่องจากมีสองใจความในข้อเดียว (ได้แก่ ข้อ 2 “ฉันและคนในครอบครัวคอยดูแลและห่วงใยกันเสมอ” และ ข้อ 3 “ฉันและเพื่อนฝูงคอยดูแลและห่วงใยกันเสมอ” โดยให้เขียนแยกเป็นข้อกระทงใหม่ข้อละ 1 ใจความ คือ “ฉันและคนในครอบครัวคอยดูแลกันเสมอ” และ “ฉันและคนในครอบครัวห่วงใยกันเสมอ” และทำเช่นเดียวกันในข้อกระทงข้อที่ 3 ผู้วิจัยจึงปรับปรุงตามที่ได้รับคำแนะนำทำให้มีข้อกระทง เพิ่มขึ้นอีก 4 ข้อ จากเดิม 8 ข้อ รวมเป็น 12 ข้อ

หลังจากปรับปรุงแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่สองพิจารณาให้ตัดข้อกระทง ข้อที่ 4 และ 5 (“ฉันและเพื่อนฝูงคอยดูแลกันเสมอ” และ “ฉันและเพื่อนฝูงห่วงใยกันเสมอ”) ออก เนื่องจากมีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับข้ออื่นๆ ในมาตร ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิอีก 2 ท่าน เห็นชอบตรงกันให้ปรับปรุงเนื้อหาในส่วนนี้ ผู้วิจัยจึงตัดข้อกระทงทั้ง 2 ข้อ ออก ทำให้มีข้อกระทงที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ

3) ผู้วิจัยได้ปรับตัวเลือกจากลักษณะการวัดแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 7 ระดับ เป็น 5 ระดับทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้อย่างสะดวก โดยใช้เกณฑ์ในการตอบเดียวกันตลอดทุกมาตร

4) นำมาตรวัดความงอกงาม ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 คน

5) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ ในมาตร (CITC) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ ในมาตร โดยเทียบค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ในมาตร ต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก มีข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 9 ข้อ และข้อกระทงที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 1 ข้อ คือ ข้อ 7 (ฉันเป็นคนดี) ผู้วิจัยจึงตัดข้อกระทงข้อนี้ออก ทำให้มีข้อกระทงที่สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 9 ข้อ เมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารวมทั้งฉบับเท่ากับ .846

5.2.3 มาตรฐานวัดความพึงพอใจในชีวิต

ผู้วิจัยพัฒนามาตรฐานวัดความพึงพอใจในชีวิต จากมาตรฐานวัดความพึงพอใจในชีวิต ของ Diener และคณะ (2009) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1) ผู้วิจัยได้แปลมาตรฐานวัดความพึงพอใจในชีวิตทั้ง 5 ข้อกระทง ของ Diener และคณะ (2009) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยด้วยและดัดแปลงเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย

2) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก.) ตรวจสอบและพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อแปลเป็นภาษาไทยได้ถูกต้องหรือไม่และมีเนื้อหาเข้ากับบริบทของสังคมไทยหรือไม่

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านพิจารณาให้ปรับปรุงภาษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น ผู้วิจัยจึงปรับปรุงและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พิจารณาอีกครั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเห็นชอบตรงกันให้สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

3) นำมาตรฐานวัดความพึงพอใจในชีวิต ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 คน

4) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ ในมาตร โดยเทียบค่า r วิฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(100) = .168$] พบว่าข้อกระทงทั้งหมด 5 ข้อ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .752

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.3 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรฐานวัดสุขภาวะ

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรฐานวัดสุขภาวะ เป็นการให้คะแนนตามการประเมินบนมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็นสองประเภท คือ ตามระดับความถี่ และตามระดับความรู้สึกเห็นด้วย ดังที่จะนำเสนอต่อไปนี้

5.3.1 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ แบ่งเป็นเกณฑ์ สำหรับข้อกระทงทางบวกและเกณฑ์สำหรับข้อกระทงทางลบ ดังนี้

ระดับความถี่พบว่าตนรู้สึก ดังข้อความในแต่ละข้อ	บ่อยมาก ที่สุด	ค่อนข้าง บ่อย	ปานกลาง	บางครั้ง	ไม่เคยรู้สึก เลย
คะแนนสำหรับการตอบข้อ กระทงในทางบวก	5	4	3	2	1
คะแนนสำหรับการตอบข้อ กระทงในทางลบ	1	2	3	4	5

คะแนนของมาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและทางลบ ได้มาจากการรวมคะแนน ทุกข้อกระทงเข้าด้วยกัน โดยคะแนนรวมที่สูงที่สุดของมาตรวัดประสบการณ์ทางบวกและ ทางลบเท่ากับ 55 คะแนน และคะแนนรวมที่ต่ำที่สุดของมาตรวัดประสบการณ์ทางบวก และทางลบ เท่ากับ 11 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานประสพ กับความรู้สึกในทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบ ส่วนคะแนนต่ำหมายถึง หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานประสพกับความรู้สึกในทางลบมากกว่าความรู้สึกในทางบวก

5.3.2 เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับมาตรวัดความมอกงาม และมาตรวัดความพึงพอใจในชีวิต

ระดับความรู้สึกเห็น ด้วยกับข้อความในแต่ละ ข้อ	เห็นด้วย มากที่สุด	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย และไม่เห็น ด้วยพอๆ กัน	ค่อนข้างไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย เลย
คะแนน	5	4	3	2	1

คะแนนของมาตรวัดความมอกงาม ได้มาจากการรวมคะแนนทุกข้อกระทงเข้า ด้วยกัน โดยคะแนนรวมที่สูงที่สุดของมาตรวัดความมอกงามเท่ากับ 45 คะแนน และ คะแนนรวมที่ต่ำที่สุดของมาตรวัดความมอกงาม เท่ากับ 9 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึง

ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานมีความมั่งคั่งทางจิตใจในระดับสูงและมีเจตคติในทางบวกต่อชีวิตของตนเองในระดับสูง ส่วนคะแนนต่ำหมายถึง หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานมีความมั่งคั่งทางจิตใจในระดับต่ำ และมีเจตคติในทางบวกต่อชีวิตของตนเองในระดับต่ำ

คะแนนของมาตรวัดความพึงพอใจในชีวิต ได้มาจากการรวมคะแนนทุกข้อกระทงเข้าด้วยกัน โดยคะแนนรวมที่สูงที่สุดของมาตรวัดความพึงพอใจในชีวิตเท่ากับ 25 คะแนน และคะแนนรวมที่ต่ำที่สุดของมาตรวัดความพึงพอใจในชีวิต เท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองในระดับสูง ส่วนคะแนนต่ำหมายถึง หมายถึง ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองในระดับต่ำ

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝง

การตรวจสอบความตรงของตัวแปรแฝงในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ ใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปรในเส้นทางอิทธิพล

1. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพ

ตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพ (Perceived Health: HEALTH) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัว ได้แก่

- 1) สุขภาพในปัจจุบัน (Current Health: HCURRENT)
- 2) สุขภาพในอดีต (Prior Health: HPRIOR)
- 3) เจตคติต่อสุขภาพ (Health Outlook: HOUTLOOK)
- 4) ความต้านทานต่อการเจ็บป่วย (Resistance to Illness: HRESIST)
- 5) การดูแลสุขภาพ (Health Worry/Concern: HCONCERN) และ
- 6) แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย (Sickness Orientation: HSICORI)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 6 ตัว พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพในปัจจุบัน กับการต้านทานความเจ็บป่วย มีขนาดสูงที่สุด เท่ากับ .567 เมื่อนำค่าความสัมพันธ์มายกกำลังสองเพื่อดูความสามารถในการอธิบายค่าความแปรปรวน พบว่าได้เท่ากับ 32.149% และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพในอดีต กับการดูแลสุขภาพมีขนาดต่ำที่สุด เท่ากับ .143 เมื่อนำค่าความสัมพันธ์มายกกำลังสองเพื่อดูความสามารถในการอธิบายค่าความแปรปรวน พบว่าได้เท่ากับ 2.045 % ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้ง 6 ค่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	M	SD
1. Current Health	1.000						13.882	3.000
2. Prior Health	.399**	1.000					16.648	3.205
3. Health Outlook	.533**	.343**	1.000				14.443	3.124
4. Resist to illness	.567**	.471**	.555**	1.000			15.927	2.807
5. Health Worry/Concern	.192**	.143**	.245**	.300**	1.000		16.420	2.669
6. Sickness orientation	.398**	.473**	.316**	.408**	.171**	1.000	15.830	2.887

** $p < .01$, KMO's MSA = .818, Bartlett's Test = 697.818, $df = 15$, $p < .001$

จากการตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 6 ตัว พบว่ามีค่าการทดสอบ Bartlett's test ที่เป็นการทดสอบเมทริกซ์เอกลักษณ์ (identity matrix) ค่า Chi-Square ของดีเทอร์มิแนนท์ของเมทริกซ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 697.818 ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .001 ซึ่งแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นค่า KMO's MSA เท่ากับ .818 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีมากและเหมาะสมจะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้

การวิเคราะห์ความตรงเชิงองค์ประกอบ พบว่าโมเดลการวัดองค์ประกอบการรับรู้สุขภาพในภาพที่ 2.1 มีค่าไค-สแควร์ (Chi-square) = 13.114, $df = 8$, $p = .108$ มีค่า RMSEA เท่ากับ .0382 ค่า GFI เท่ากับ .990 ค่า AGFI เท่ากับ .974 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับ

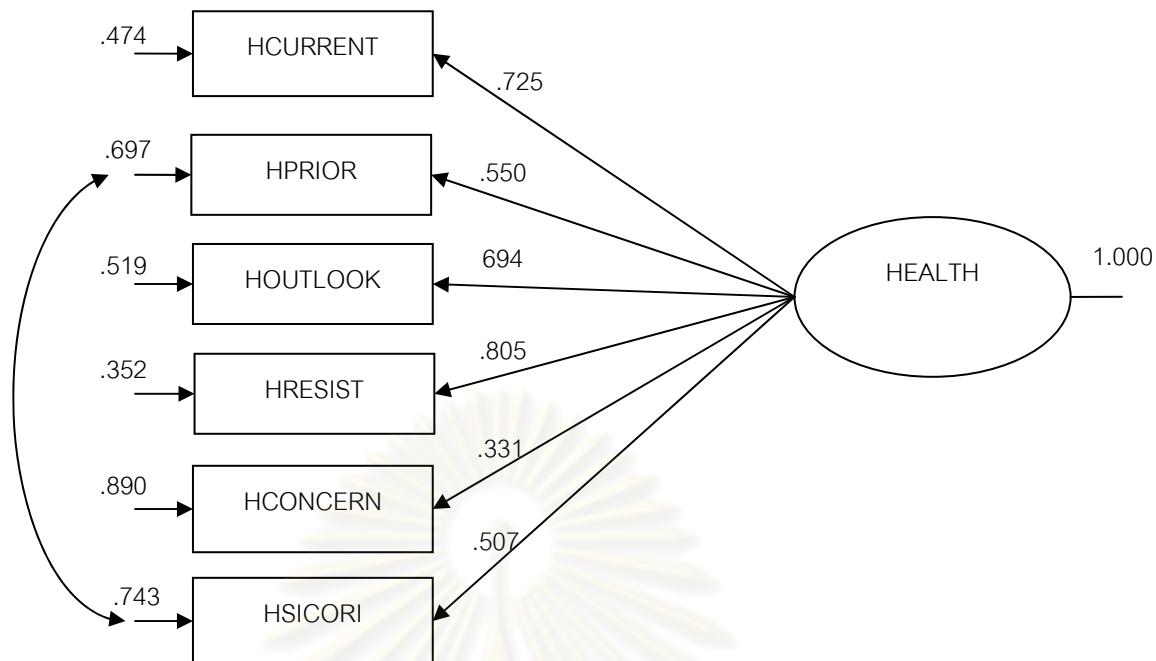
ข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ตามตารางที่ 2.5 พบว่า น้ำหนักองค์ประกอบของการรับรู้สุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ มีค่าเป็นบวก และแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรการรับรู้สุขภาพด้านความต้านทานต่อการเจ็บป่วย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด และ ด้านการดูแลสุขภาพมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้ นำมาสร้างสมการองค์ประกอบการรับรู้สุขภาพได้ดังนี้

$$\text{HEALTH} = .197(\text{HCURRENT}) + .078(\text{HPRIOR}) + .166(\text{HOUTLOOK}) + .316(\text{HRESIST}) \\ + .054(\text{HCONCERN}) + .069(\text{HSICORI})$$

ตารางที่ 2.5 ผลการตรวจสอบความตรงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบการรับรู้สุขภาพ

ตัวแปร	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ				R^2	เมทริกซ์
	สปส.คะแนนองค์ประกอบ (COEFF)	SE	t	std. COEFF		
Current health	1.000	-	-	.725	0.526	0.197
Prior health	.810	-.080	10.189**	.550	0.303	0.078
Health outlook	.996	-.079	12.648**	.694	0.481	0.166
Resist to illness	1.039	-.075	13.834**	.805	0.648	0.316
Health concern	.406	-.065	6.246**	.331	0.110	0.054
Sickness orientation	.673	-.072	9.405**	.507	0.257	0.069

** $p < .01$, Chi-square = 13.114, $df = 8$, $p = .108$, RMSEA = .0382, GFI = .990, AGFI = .974



Chi-square = 13.114, $df = 8$, $p = .108$, RMSEA = .0382, GFI = .990, AGFI = .974

ภาพที่ 2.1 โมเดลการวัดองค์ประกอบการรับรู้สุขภาพ

2. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงระดับกิจกรรม

ตัวแปรแฝงระดับกิจกรรม (Activity: ACT) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว ได้แก่ 1) กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ (Informal Activity: INFAC) (2) กิจกรรมที่เป็นทางการ (Formal Activity: FORACT) และ 3) งานอดิเรก (Leisure: LEISURE) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 3 ตัว พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้ง 3 ค่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .388 .174 และ .114 ตามลำดับ เมื่อนำค่าความสัมพันธ์มายกกำลังสองเพื่อดูความสามารถในการอธิบายค่าความแปรปรวน พบว่าได้ประมาณ 1.30% – 15.05% และพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ กับกิจกรรมที่เป็นทางการ มีขนาดสูงที่สุด อธิบายค่าความแปรปรวนได้เท่ากับ 15.05% และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่เป็นทางการ กับงานอดิเรกมีขนาดต่ำที่สุด อธิบายค่าความแปรปรวนได้เท่ากับ 1.30% ดังตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร
สังเกตได้ของตัวแปรแฝงระดับกิจกรรมในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลัง
เกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับ
กิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ

ตัวแปร	1	2	3	M	SD
1. INFACT	1.000			26.181	23.137
2. FORACT	.388**	1.000		10.230	8.540
3. LEISURE	.174**	.114*	1.000	36.956	15.677

** $p < .01$, * $p < .05$ KMO's MSA = .541, Bartlett's Test = 85.910, $df = 3$, $p < .001$

จากการทดสอบตัวแปรทั้ง 3 ตัว พบว่ามีค่าการทดสอบ Bartlett's test ที่เป็นการทดสอบเมทริกซ์เอกลักษณ์ (identity matrix) ค่า Chi-Square ของดีเทอร์มิแนนท์ของเมทริกซ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 85.910 ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .001 ซึ่งแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญ ดัชนีค่า KMO's MSA เท่ากับ .541 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีมากและเหมาะสมจะนำไปวิเคราะห์หองค์ประกอบได้

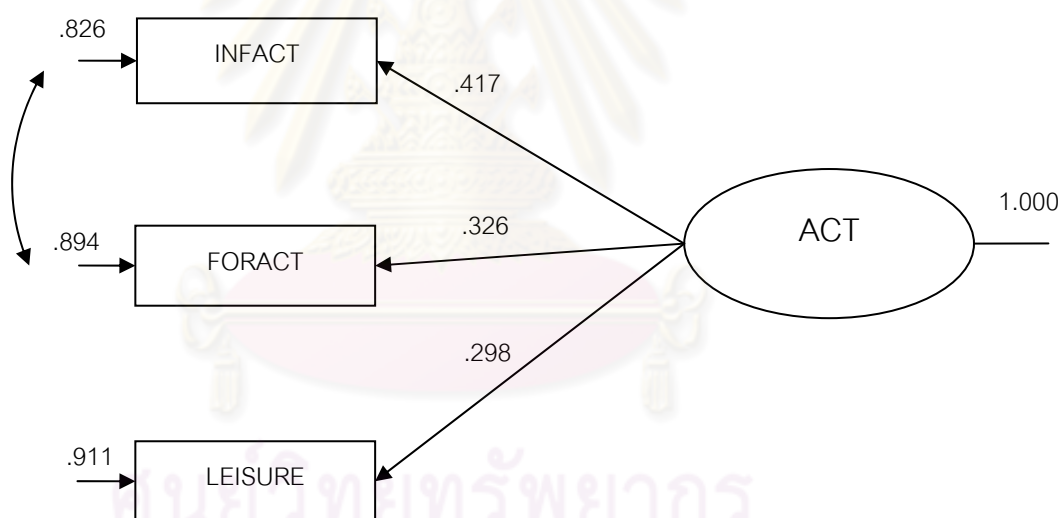
การวิเคราะห์ความตรงเชิงองค์ประกอบ พบว่าโมเดลการวัดองค์ประกอบระดับกิจกรรมในภาพที่ 2.2 มีค่าไค-สแควร์ (Chi-square) = 2.352, $df = 1$, $p = .125$ มีค่า RMSEA เท่ากับ .055 ค่า GFI เท่ากับ .996 ค่า AGFI เท่ากับ .977 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ตามตารางที่ 2.7 พบว่า น้ำหนักองค์ประกอบของระดับกิจกรรม ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีค่าเป็นบวก และแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรระดับกิจกรรมด้านกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด และ ด้านงานอดิเรกมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้ นำมาสร้างสมการองค์ประกอบการรับรู้สุขภาพได้ดังนี้

$$ACT = .126 (\text{INFACT}) + .195 (\text{FORACT}) + .139 (\text{LEISURE})$$

ตารางที่ 2.7 ผลการตรวจสอบความตรงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบระดับกิจกรรม

ตัวแปร	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ				R^2	เมทริกซ์
	สปส.คะแนน องค์ประกอบ (COEFF)	SE	t	std. COEFF		
INFACT	1.050	-	-	.417	.174	.126
FORACT	.300	.142	2.115*	.326	.106	.195
LEISURE	.519	.198	2.623*	.298	.089	.139

* $p < .05$, Chi-square = 2.352, $df = 1$, $p = .125$, RMSEA = .055, GFI = .996, AGFI = .977



Chi-square = 2.352, $df = 1$, $p = .125$ RMSEA = .055 ค่า GFI = .996 AGFI = .977

ภาพที่ 2.2 โมเดลการวัดองค์ประกอบระดับกิจกรรม

3. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงสุขภาวะ

ตัวแปรแฝงสุขภาวะ (Subjective well-being: SWB) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว ได้แก่ 1) อารมณ์ (Affect: AFFECT) 2) ความมั่งคั่ง (Flourishing: FLOUR) และ 3) ความพึง

พอใจในชีวิต (Life Satisfaction: LIFSAT) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 3 ตัว พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้ง 3 ค่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .755 .430 .418 ตามลำดับ เมื่อนำค่าความสัมพันธ์มายกกำลังสองเพื่อดูความสามารถในการอธิบายค่าความแปรปรวน พบว่าได้ประมาณ 17.47% – 57.00% และพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความมั่งคั่งกับความพึงพอใจในชีวิต มีขนาดสูงที่สุด อธิบายค่าความแปรปรวนได้เท่ากับ 57.00% และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกกับความมั่งคั่งมีขนาดต่ำที่สุด อธิบายค่าความแปรปรวนได้เท่ากับ 17.47% ดังตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.8 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงสุขภาพในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ

ตัวแปร	1	2	3	M	SD
1. AFFECT	1.000			41.484	4.316
2.FLOUR	.418**	1.000		37.536	4.602
3. LIFSAT	.430**	.755**	1.000	19.452	3.349

** $p < .01$, KMO's MSA = .627, Bartlett's Test = 468.913, $df = 3$, $p < .001$

จากการทดสอบตัวแปรทั้ง 3 ตัว พบว่ามีค่าการทดสอบ Bartlett's test ที่เป็นการทดสอบเมทริกซ์เอกลักษณ์ (identity matrix) ค่า Chi-Square ของดีเทอร์มิแนนท์ของเมทริกซ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 468.913 ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .001 ซึ่งแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นค่า KMO's MSA เท่ากับ .627 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีมากและเหมาะสมจะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้

การวิเคราะห์ความตรงเชิงองค์ประกอบ พบว่าโมเดลการวัดองค์ประกอบสุขภาพในภาพที่ 2.3 มีค่าไค-สแควร์ (Chi-square) = 4.504, $df = 2$, $p = .105$ มีค่า RMSEA เท่ากับ .053 ค่า GFI เท่ากับ .993 ค่า AGFI เท่ากับ .978 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ตามตารางที่ 2.9 พบว่า น้ำหนักองค์ประกอบของระดับกิจกรรม ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีค่าเป็นบวก และแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

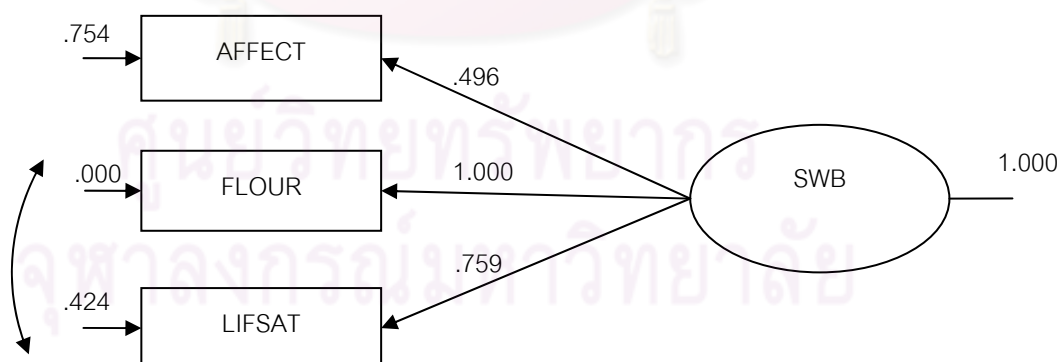
ระดับ .001 โดยน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสุขภาวะด้านความงอกงาม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด และ ด้านความรู้สึกรู้สึกมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบที่ได้ นำมาสร้างสมการองค์ประกอบการรับรู้สุขภาพได้ดังนี้

$$SWB = .134 (AFFECT) + .969 (FLOUR) - .035(LIFSAT)$$

ตารางที่ 2.9 ผลการตรวจสอบความตรงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบสุขภาวะ

ตัวแปร	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ				R^2	เมทริกซ์
	สปส.คะแนนองค์ประกอบ (COEFF)	SE	t	std. COEFF		
AFFECT	.486	.043	11.273***	.496	0.246	.134
FLOUR	1.000	-	-	1.000	1.000	.969
LIFSAT	.552	.022	24.592***	.759	0.576	-.035

*** $p < .001$, Chi-square = 4.504, $df = 2$, $p = .105$, RMSEA = .0534, GFI = .993, AGFI = .978



Chi-square = 4.504, $df = 2$, $p = .105$ RMSEA = .053 GFI = .993 AGFI = .978

ภาพที่ 2.3 โมเดลการวัดองค์ประกอบสุขภาวะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจากชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของมาตรวัด

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ในการเข้าไปเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ

ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (ภาคผนวก ง.) ที่มีความรู้ทางด้านจิตวิทยา เป็นอย่างดีเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เพื่อขอความร่วมมือจากประธานกลุ่มชมรม พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังตัวต่อตัวครั้งละหนึ่งคน และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบด้วยตนเองทั้งหมด ได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ทั้งหมด จำนวน 440 ชุด มาใช้ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows และโปรแกรมลิสเรล (LISREL 8.8 for students) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ใช้โปรแกรม SPSS for Windows วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรต่างๆที่ใช้ในการวิจัย ปรับเปลี่ยนค่าของตัวแปรรายได้จากหน่วยบาท ให้อยู่ในหน่วยพันบาท และปรับค่าของระดับการศึกษาจากหน่วยการวัดแบบเรียงอันดับ (ordinal scale) เป็นหน่วยการวัดแบบช่วง (interval scale) โดยการแทนค่าด้วยจำนวนปีในการศึกษา ดังนี้

ระดับการศึกษา	จำนวนปีที่ศึกษา
ไม่ได้ศึกษา	0
ประถมต้น	3
ประถมปลาย	6
มัธยมต้น	9
มัธยมปลาย	12
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16
ปริญญาโท	19
ปริญญาเอก	23

2. วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ซึ่งเป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝง การรับรู้สุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับกิจกรรม การควบคุมการตัดสินใจ และ สุขภาวะ รวมทั้งสิ้น 15 ตัว โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

3. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของโมเดลการวัดการรับรู้สุขภาพ ระดับกิจกรรม และสุขภาวะ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรมลิสเรล

4. ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมการโครงสร้าง ตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้โปรแกรมลิสเรล ประมาณค่าพารามิเตอร์โดยวิธีไลค์ลิฮูดสูงสุด (Maximum likelihood estimation)

โมเดลที่ใช้วิเคราะห์ คือ โมเดลตามกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์คือ ค่าสถิติ Chi-square ดัชนี GFI (Goodness of fit index) ดัชนี AGFI (Adjusted goodness of fit index)

บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ตอน ตอนที่ 1 คือ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 คือ ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน ตอนที่ 3 คือ ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน มีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศชาย ($n = 209$) และเพศหญิง ($n = 231$) ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 49.77 และ 52.50 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66 ปี 6 เดือน 14 วัน ($SD = 5.46$) มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ($n = 281$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($n = 252$) และบุตร ($n = 217$) โดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ($M = 11.95$ $SD = 4.57$) อาชีพที่กลุ่มตัวอย่างทำก่อนที่จะเกษียณอายุงานส่วนใหญ่ คือ ประกอบธุรกิจส่วนตัวและค้าขาย ($n = 127$) โดยในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ($n = 383$) ไม่ได้ทำงานหลังจากเกษียณอายุงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกษียณอายุงานมาแล้ว 4 ปี (48 เดือน) แต่ระยะเวลาเฉลี่ยสำหรับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 9 ปี 1 เดือน ($M = 119.97$ $SD = 478.298$) รายได้เฉลี่ยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ 13,737.92 บาท ($SD = 22381.60$) โดยที่แหล่งรายได้ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มาจากบุตรหลาน ($n = 266$)

ตารางที่ 3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	ชาย (209 คน)		หญิง (231 คน)		รวม (440 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($N = 440$)						
55 - 60	12	5.74	26	11.26	38	8.64
61 - 65	74	35.41	100	43.29	174	39.55
66 - 70	70	33.49	66	28.57	136	30.91

ข้อมูล	ชาย (209 คน)		หญิง (231 คน)		รวม (440 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	71 - 75	36	17.22	27	11.69	63
76 - 80	12	5.74	8	3.46	20	4.55
81 - 85	4	1.91	4	1.73	8	1.82
86 - 89	1	0.48	0	0.00	1	0.23
สถานภาพสมรส (N = 440)						
โสด	10	4.76	12	5.22	22	5.00
สมรส	141	67.14	140	60.87	281	63.86
หม้าย / หย่าร้าง	59	27.62	78	34.35	137	31.14
ระดับการศึกษา (N = 440)						
ไม่ได้ศึกษา	3	1.44	3	1.30	6	1.36
ประถมศึกษาตอนต้น	6	2.87	19	8.23	25	5.68
ประถมศึกษาตอนปลาย	21	10.05	36	15.58	57	12.95
มัธยมศึกษาตอนต้น	36	17.22	36	15.58	72	16.36
มัธยมศึกษาตอนปลาย	36	17.22	45	19.48	81	18.41
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	0.96	4	1.73	6	1.36
ปริญญาโท	86	41.15	82	35.50	168	38.18
ปริญญาเอก	19	9.09	6	2.60	25	5.68
อาชีพสุดท้ายก่อนเกษียณอายุงาน (N = 440)						
ข้าราชการ	45	21.53	63	27.27	108	24.55
ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	98	46.89	29	12.55	127	28.86
พนักงานบริษัทเอกชน	52	24.88	71	30.74	123	27.95
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	3.35	28	12.12	35	7.95
รับจ้าง	7	3.35	40	17.32	47	10.68
รูปแบบในการเกษียณอายุงาน (N = 440)						
เกษียณอายุงานก่อนกำหนดเวลา	72	34.45	77	33.33	149	33.86

ข้อมูล	ชาย (209 คน)		หญิง (231 คน)		รวม (440 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เกษียณอายุงานตามกำหนดเวลา	137	65.55	154	66.67	291
เหตุผลในการเกษียณอายุงานก่อนกำหนดเวลา (N = 149)						
ต้องการพักผ่อน	21	29.17	20	25.97	41	27.52
ต้องการให้ลูกหลานทำหน้าที่แทน						
ตนเอง	19	26.39	19	24.68	38	25.50
ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว	7	9.72	5	6.49	12	8.05
บุคคลในครอบครัวขอร้องให้						
เกษียณอายุงาน	12	16.67	14	18.18	26	17.45
มีปัญหาเกี่ยวกับที่ทำงาน	1	1.39	0	0.00	1	0.67
มีปัญหาด้านสุขภาพ	11	15.28	15	19.48	26	17.45
อื่นๆ	1	1.39	4	5.19	5	3.36
สถานะภาพการทำงานในปัจจุบัน (N = 440)						
เกษียณอายุงานแต่ทำงานไม่เต็ม						
เวลา	35	16.75	22	9.52	57	12.95
เกษียณอายุงานและไม่ได้ทำงาน	174	83.25	209	90.48	383	87.05
ระยะเวลาที่เกษียณอายุงาน (เดือน) (N = 440)						
1 - 36	43	20.57	64	27.71	107	24.32
37 - 72	57	27.27	45	19.48	102	23.18
73 - 108	39	18.66	41	17.75	80	18.18
109 - 144	28	13.40	36	15.58	64	14.55
145 - 180	19	9.09	15	6.49	34	7.73
181 - 216	12	5.74	10	4.33	22	5.00
217 - 252	5	2.39	6	2.60	11	2.50
253 ขึ้นไป	6	2.87	14	6.06	20	4.55

ข้อมูล	ชาย		หญิง		รวม	
	(209 คน)		(231 คน)		(440 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ในปัจจุบัน (บาท) (N = 440)						
0 - 5,000	78	37.32	93	40.26	171	38.86
5,001 - 10,000	47	22.49	53	22.94	100	22.73
10,001 - 15,000	18	8.61	28	12.12	46	10.45
15,001 - 20,000	19	9.09	24	10.39	43	9.77
20,001 - 25,000	18	8.61	14	6.06	32	7.27
25,001 - 30,000	11	5.26	7	3.03	18	4.09
30,001 ขึ้นไป	18	8.61	12	5.19	30	6.82
แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบัน (แหล่งที่1) (N = 440)						
เงินออมส่วนตัว	68	32.54	61	26.41	129	29.32
รายได้จากการทำงานในปัจจุบัน	22	10.53	16	6.93	38	8.64
รายได้จากคู่ครอง	1	0.48	12	5.19	13	2.95
รายได้จากบุตรหลาน	79	37.80	101	43.72	180	40.91
บำนาญ/บำเหน็จ	39	18.66	41	17.75	80	18.18
แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบัน (แหล่งที่2) (N = 440)						
ไม่มี	104	49.76	130	56.28	234	53.18
เงินออมส่วนตัว	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รายได้จากการทำงานในปัจจุบัน	13	6.22	3	1.30	16	3.64
รายได้จากคู่ครอง	0	0.00	7	3.03	7	1.59
รายได้จากบุตรหลาน	43	20.57	43	18.61	86	19.55
บำนาญ/บำเหน็จ	49	23.44	48	20.78	97	22.05
แหล่งที่มาของรายได้ปัจจุบัน (แหล่งที่3) (N = 440)						
ไม่มี	204	97.61	225	97.40	429	97.50
เงินออมส่วนตัว	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รายได้จากการทำงานในปัจจุบัน	0	0.00	0	0.00	0	0.00

ข้อมูล	ชาย (209 คน)		หญิง (231 คน)		รวม (440 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	รายได้จากคู่ครอง	0	0.00	0	0.00	0
รายได้จากบุตรหลาน	4	1.91	5	2.16	9	2.05
บำนาญ/บำเหน็จ	1	0.48	1	0.43	2	0.45
บุคคลที่อาศัยร่วมครอบครัว (บุคคลที่1) (N = 440)						
อยู่คนเดียว	9	4.31	7	3.03	16	3.64
คู่สมรส	132	63.16	120	51.95	252	57.27
บิดามารดา	1	0.48	7	3.03	8	1.82
พี่น้อง	9	4.31	8	3.46	17	3.86
ลูก	58	27.75	84	36.36	142	32.27
อื่นๆ	0	0.00	5	2.16	5	1.14
บุคคลที่อาศัยร่วมครอบครัว (บุคคลที่2) (N = 440)						
ไม่มี	70	33.49	92	39.83	162	36.82
คู่สมรส	1	0.48	0	0.00	1	0.23
บิดามารดา	2	0.96	3	1.30	5	1.14
พี่น้อง	9	4.31	8	3.46	17	3.86
ลูก	109	52.15	108	46.75	217	49.32
อื่นๆ	18	8.61	20	8.66	38	8.64
บุคคลที่อาศัยร่วมครอบครัว (บุคคลที่3) (N = 440)						
ไม่มี	163	77.99	185	80.09	348	79.09
คู่สมรส	0	0.00	0	0.00	0	0.00
บิดามารดา	0	0.00	0	0.00	0	0.00
พี่น้อง	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ลูก	11	5.26	9	3.90	20	4.55
อื่นๆ	35	16.75	37	16.02	72	16.36

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 15 ตัว ดังตารางที่ 3.2 เมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 15 ตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 ทั้งหมด 59 ค่า มีขนาดต่ำ ถึงสูง ทิศทางบวกและทิศทางลบ สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้ระหว่าง 1.58% - 57.00% มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ทั้งหมด 11 ค่า มีขนาดต่ำ ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้ระหว่าง .88% - 1.46% และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 35 ค่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความมั่งคั่ง และความพึงพอใจในชีวิตมีค่าสูงที่สุด ($r = .755, p < .01$) มีขนาดสูง ทิศทางบวก 11.63 สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 57% และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการควบคุมการตัดสินใจกับอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .094, p < .05$) มีขนาดต่ำ ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ .88%

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่อยู่ในตัวแปรแฝงเดียวกัน พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพ มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .143 ถึง .567 ขนาดต่ำถึงปานกลาง โดยตัวแปรความต้านทานต่อการเจ็บป่วยกับสุขภาพในปัจจุบัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .567, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 32.15% และตัวแปรสุขภาพในอดีตกับการดูแลสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .143, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 2.04%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงระดับกิจกรรม มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .114 ถึง .388 ขนาดต่ำถึงปานกลาง โดยตัวแปรกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการกับกิจกรรมที่เป็นทางการ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .388, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 15.05% และตัวแปรกิจกรรมที่เป็นทางการกับงานอดิเรกมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .114, p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.30%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงสุขภาวะ มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .418 ถึง .755 ขนาดปานกลางถึงสูง โดยตัวแปรความงอกงามและความพึงพอใจในชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .755, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 57.00% และตัวแปรอารมณ์กับความงอกงามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .418, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 17.47%

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของการรับรู้สุขภาพ รายได้ การศึกษา ระดับกิจกรรม การควบคุมการตัดสินใจ กับตัวแปรสังเกตได้ของสุขภาวะ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรการรับรู้สุขภาพ กับสุขภาวะ มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .134 ถึง .455 ขนาดต่ำถึงปานกลาง โดยตัวแปรแนวโน้มต่อการเจ็บป่วยกับอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .455, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 20.70% และตัวแปรการดูแลสุขภาพกับอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .134, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.80%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรรายได้ กับสุขภาวะ มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .098 ถึง .230 ขนาดต่ำ โดยตัวแปรรายได้กับอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .230, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 5.29% รองลงมาคือ ตัวแปรรายได้กับความพึงพอใจในชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .105 ($p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.10% และตัวแปรรายได้กับความงอกงามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .098, p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ .96%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรระดับการศึกษา กับสุขภาวะ ตัวแปรจำนวนปีในการศึกษากับกับอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .134, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.80% และ ตัวแปรจำนวนปีที่ศึกษากับความพึงพอใจในชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .106 ($p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.12%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรการควบคุมการตัดสินใจ กับสุขภาวะ มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .094 ถึง .243 ขนาดต่ำ โดยตัวแปรการควบคุม

การตัดสินใจกับความพึงพอใจในชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .243, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนร่วมกันได้เท่ากับ 5.90% รองลงมาคือ ตัวแปรการควบคุมการตัดสินใจกับความมั่งคั่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .232 ($p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนร่วมกันได้เท่ากับ 5.38% และตัวแปรการควบคุมการตัดสินใจกับอารมณ์มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .094, p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนร่วมกันได้เท่ากับ .88%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรระดับกิจกรรม กับสุขภาวะ มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .101 ถึง .133 ขนาดต่ำ โดยตัวแปรกิจกรรมที่เป็นทางการกับความมั่งคั่ง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .133, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนร่วมกันได้เท่ากับ 10.89% และตัวแปรงานอดิเรกกับความพึงพอใจในชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .101, p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนร่วมกันได้เท่ากับ 1.02%

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำกว่า .80 แสดงว่าตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมดไม่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะร่วมเส้นพหุ (Multicollinearity)

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากตัวแปรต่างๆในโมเดล ($N = 440$)

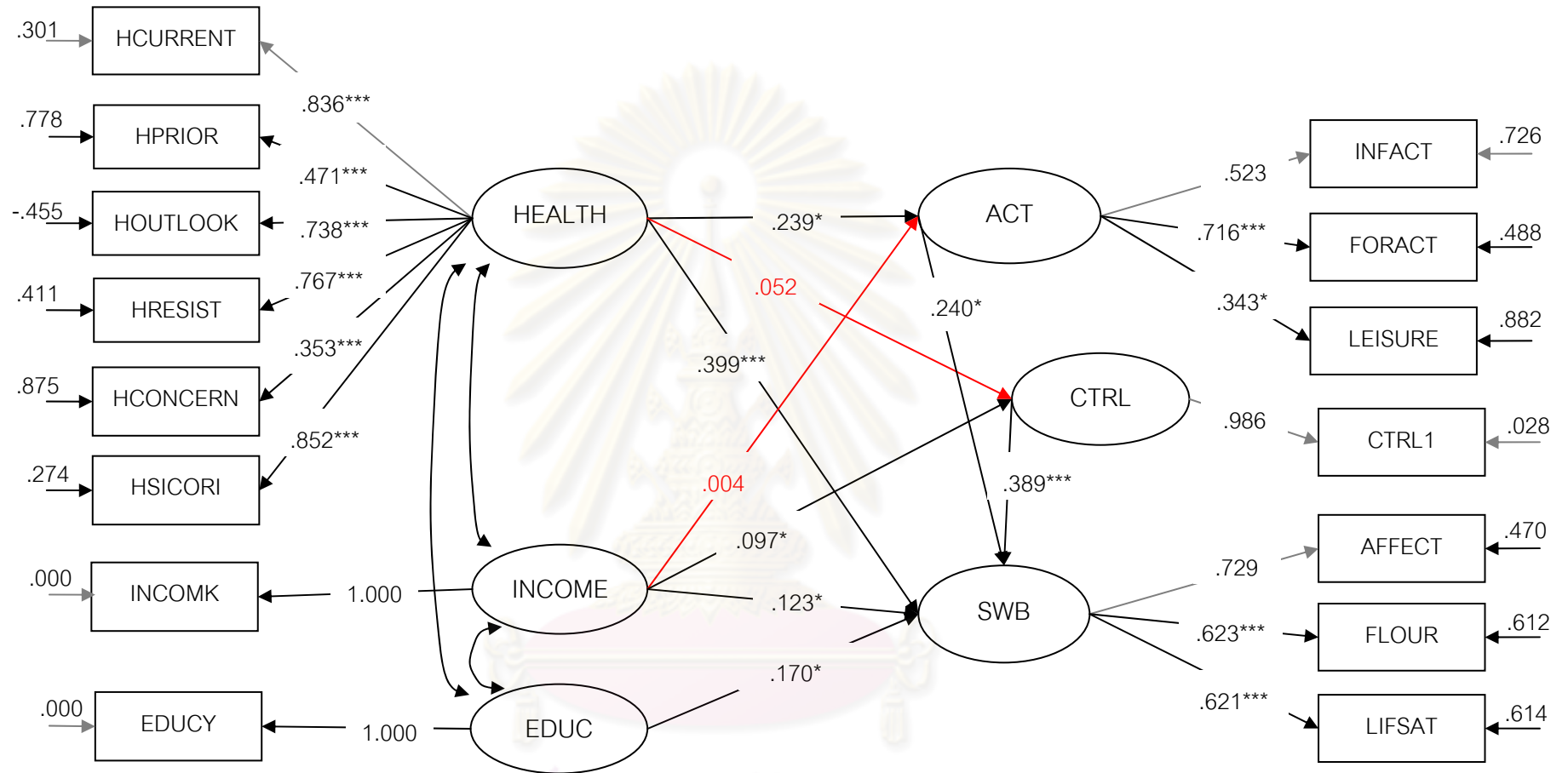
ตัวแปร	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. HCURRENT	1.000														
2. HPRIOR	.399**	1.000													
3. HOUTLOOK	.533**	.343**	1.000												
4. HRESIST	.567**	.471**	.555**	1.000											
5. HCONCERN	.192**	.143**	.245**	.300**	1.000										
6. HSICORI	.398**	.473**	.316**	.408**	.171**	1.000									
7. INCOMK	.180**	.131**	.028	.125**	.005	.140**	1.000								
8. EDUCY	.186**	.150**	.031	.064	.085	.167**	.172**	1.000							
9. INFACT	-.064	.049	.142**	.071	.020	.083	-.064	.068	1.000						
10. FORACT	.006	.067	.246**	.137**	.204**	.121*	-.184**	-.013	.388**	1.000					
11. LEISURE	.047	.163**	.024	.106*	-.021	.113*	.097*	.077	.174**	.114*	1.000				
12. CTRL1	.038	-.034	-.002	.045	.001	.041	.097*	-.126**	-.029	-.090	-.036	1.000			
13. AFFECT	.340**	.250**	.160**	.279**	.134**	.455**	.230**	.134**	.05	.014	.127**	.094*	1.000		
14. FLOURISH	.236**	.052	.303**	.236**	.273**	.251**	.098*	.085	.132**	.133**	.012	.232**	.418**	1.000	
15. LIFSAT	.252**	.065	.279**	.252**	.207**	.223**	.105*	.106*	.101*	.126**	.040	.243**	.430**	.755**	1.000
<i>M</i>	13.88	16.65	14.44	15.93	16.42	15.83	13.74	11.95	26.18	10.23	36.96	12.44	41.48	37.54	19.45
<i>SD</i>	3.00	3.20	3.12	2.81	2.67	2.89	22.31	4.58	23.14	8.54	15.68	2.44	4.32	4.60	3.35

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน

ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน ซึ่งเป็นโมเดลที่มีอิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ และรายได้ส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะ โดยมีระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน และอิทธิพลจากระดับการศึกษาส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะ โดยการรับรู้สุขภาพ รายได้ และการศึกษามีความสัมพันธ์กันตามที่เสนอไว้ในกรอบงานวิจัย พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-square) มีค่าเท่ากับ 55.156, $df = 41$, $p = 0.069$ ค่า RMSEA เท่ากับ .028 ค่า SRMR เท่ากับ .033 GFI เท่ากับ .984 AGFI เท่ากับ .952

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบโดยพิจารณาแยกตามตัวแปรแฝงได้ผลตามตารางที่ 3.3 พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพทั้ง 6 ตัว มีน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว ($p < .001$) โดยการรับรู้สุขภาพในปัจจุบันมีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ 2.508 รองลงมาคือ แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย (2.480) เจตคติต่อสุขภาพ (2.300) ความต้านทานต่อการเจ็บป่วย (2.157) และการดูแลสุขภาพ (.941) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าได้ผลเป็นแบบเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรูปคะแนนมาตรฐานสมบูรณ์ พบว่าเป็นแบบเดียวกัน ยกเว้น แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ในลำดับที่ 1 ($SC = .852$) และ สุขภาพในอดีตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ในลำดับที่ 2 ($SC = .836$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรการรับรู้สุขภาพได้ดังสมการ

$$\text{HEALTH} = .156(\text{HCURRENT}) - .049(\text{HPRIOR}) + .073(\text{HOUTLOOK}) + .069(\text{HRESIST}) \\ + .039(\text{HCONCERN}) + .227(\text{HSICORI})$$



Chi-square = 55.156, $df = 41$, $p = .069$, RMSEA = .028 SRMR = .033, GFI = .984 AGFI = .952

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ภาพที่ 3.1 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน: อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษาที่ส่งผ่านระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจ

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงรายได้ มีน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 22.379 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และในรูปคะแนนมาตรฐานสมบูรณ์ พบว่ามีค่าเท่ากับ 22.379 และ 1.000 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรการรับรู้การตัดสินใจได้ดังสมการ

$$\text{INCOME} = .047(\text{INCOMK})$$

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงระดับการศึกษา มีน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 4.598 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และในรูปคะแนนมาตรฐานสมบูรณ์ พบว่ามีค่าเท่ากับ 4.598 และ 1.000 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรการรับรู้การตัดสินใจได้ดังสมการ

$$\text{EDUC} = .236(\text{EDUCY})$$

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงระดับกิจกรรมทั้ง 3 ตัว มีน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว ($p < .01, p < .05$) โดยตัวแปรกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการมีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ 12.073 รองลงมาคือ กิจกรรมที่เป็นทางการ (6.056) และงานอดิเรก (5.391) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าได้ผลเป็นแบบเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรูปคะแนนมาตรฐานสมบูรณ์ พบว่าตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานสมบูรณ์มากที่สุด คือ กิจกรรมที่เป็นทางการ ($SC = .716$) รองลงมาคือ กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ ($SC = .523$) และ งานอดิเรก (.343) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรระดับกิจกรรมได้ดังสมการ

$$\begin{aligned} \text{ACT} = & .012(\text{INFAC}) + .075(\text{FORACT}) + .013(\text{LEISURE}) + .081(\text{HCURRENT}) - \\ & .017(\text{HPRIOR}) \\ & - .029(\text{HOUTLOOK}) - .006(\text{HRESIST}) - .036(\text{HCONCERN}) - .005(\text{HSICORI}) \\ & + .002(\text{INCOMK}) \end{aligned}$$

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการควบคุมการตัดสินใจ มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .835 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และในรูปคะแนนมาตรฐาน

สมบรูณ์ พบว่ามีค่าเท่ากับ 2.409 และ .986 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรการรับรู้การตัดสินใจได้ดังสมการ

$$\begin{aligned} \text{CTRL} = & 1.173(\text{CTRL1}) - .056(\text{HCURRENT}) - .015(\text{HPRIOR}) \\ & + .054(\text{HOUTLOOK}) - .017(\text{HRESIST}) + .002(\text{HCONCERN}) - .107(\text{HSICORI}) \\ & - .002(\text{INCOMK}) \end{aligned}$$

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงสุขภาวะทั้ง 3 ตัว มีน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว ($p < .001$) โดยตัวแปรความรู้สึกมีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ 3.182 รองลงมาคือ ความมองงาม (2.881) และความพึงพอใจในชีวิต (2.096) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และในรูปคะแนนมาตรฐานสมบรูณ์ พบว่าได้ผลเป็นแบบเดียวกัน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรระดับกิจกรรมได้ดังสมการ

$$\begin{aligned} \text{SWB} = & .001(\text{INFACT}) + .019(\text{FORACT}) + .000(\text{LEISURE}) + .120(\text{CTRL1}) + .119(\text{AFFECT}) \\ & + .032(\text{FLOUR}) + .030(\text{LIFSAT}) + .017 \text{ HCURRENT}) - .031(\text{HPRIOR}) \\ & + .050(\text{HOUTLOOK}) + .025(\text{HRESIST}) - .023(\text{HCONCERN}) + .007(\text{HSICORI}) \\ & + .003\text{INCOMK}) + .018(\text{EDUCY}) \end{aligned}$$

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.3 ค่า Factor Loading, Standardized Solution Matrix, Completely Standardized Solution Matrix และ Factor Score Regression ของตัวแปรภายในโมเดล

ตัวแปร	Factor Loading			Std. Solution Matrix	Completely Std. Solution Matrix	Factor Score Regression			
	สปส.	SE	t	สปส.	สปส.	HEALTH	ACT	CTRL	SWB
ACT									
INFACT	1.000	-	-	14.499	.619	.004	.254	-.003	.009
FORACT	.378	.099	3.829**	5.485	.639	-.066	.808	.004	.042
LEISURE	.339	.119	2.858*	4.920	.313	.022	.147	-.002	.010
CTRL									
CTRL1	1.000	-	-	2.443	1.000	.037	-.170	1.047	.431
SWB									
AFFECT	1.000	-	-	3.150	.729	-.144	.725	.202	.410
FLOURISH	.860	.137	6.265***	2.710	.586	-.138	.009	-.037	.049
LIFSAT	.628	.100	6.254***	1.978	.588	-.067	.018	-.075	.050

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ตารางที่ 3.3 ค่า Factor Loading, Standardized Solution Matrix, Completely Standardized Solution Matrix และ Factor Score Regression ของตัวแปรภายในโมเดล (ต่อ)

ตัวแปร	Factor Loading			Std. Solution Matrix	Completely Std. Solution Matrix	Factor Score Regression					
	สปส.	SE	t			สปส.	สปส.	HEALTH	INCOME	EDUC	ACT
HEALTH											
HCURRENT	2.508	.242	10.379***	2.508	.836	.156	-.034	-.091	.081	-.056	.017
HPRIOR	1.504	.179	8.384***	1.504	.471	-.049	-.023	-.035	-.017	-.015	-.031
HOUTLOOK	2.300	.181	12.712***	2.300	.738	.073	.001	.040	-.029	.054	.050
HRESIST	2.157	.162	13.352***	2.157	.767	.069	.024	.066	-.006	-.017	.025
HCONCERN	.941	.140	6.712***	.941	.353	.039	-.012	-.040	-.036	.002	-.023
HSICORI	2.480	.352	7.047***	2.408	.852	.227	.004	-.048	-.005	-.107	.007
INCOME											
INCOMK	22.379	.754	29.685***	22.379	1.000	-.001	.047	.001	.002	-.002	.003
EDUC											
EDUCY	4.598	.115	29.675***	4.598	1.000	-.031	.007	.236	-.021	-.002	.018

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อสุขภาวะตามตารางที่ 3.4 พบว่า การรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลต่อสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณมีค่าเท่ากับ .399 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของการรับรู้สุขภาพมีขนาดอิทธิพลปานกลาง อิทธิพลทางบวก ซึ่งอิทธิพลของตัวแปรสังเกตได้ภายนอกที่มีขนาดอิทธิพลมากที่สุดคือตัวแปรแนวโน้มต่อการเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อตัวแปรสังเกตได้ภายในความรู้สึก ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .248 นอกจากนี้ การรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านระดับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ .078 แสดงว่าอิทธิพลทางอ้อมของการรับรู้สุขภาพที่มีต่อสุขภาวะมีขนาดอิทธิพลต่ำ อิทธิพลทางบวก ซึ่งตัวแปรสังเกตได้ภายนอกที่มีขนาดอิทธิพลมากที่สุดคือ ตัวแปรแนวโน้มต่อการเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อตัวแปรสังเกตได้ภายในความรู้สึกผ่านตัวแปรสังเกตได้ภายในกิจกรรมที่เป็นทางการ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .026 เพราะฉะนั้น การรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลรวมต่อสุขภาวะเท่ากับ .477

รายได้มีอิทธิพลต่อสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรายได้มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณมีค่าเท่ากับ .123 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของรายได้มีขนาดอิทธิพลต่ำ อิทธิพลทางบวก ซึ่งตัวแปรสังเกตได้ภายนอกรายได้ มีอิทธิพลต่อตัวแปรสังเกตได้ภายในความรู้สึกมากที่สุด น้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .090 และรายได้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านการควบคุมการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ .039 แสดงว่าอิทธิพลทางอ้อมของรายได้ที่มีต่อสุขภาวะมีขนาดอิทธิพลต่ำ อิทธิพลทางบวก ซึ่งตัวแปรสังเกตได้ภายนอกรายได้ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรสังเกตได้ภายในความรู้สึกมากที่สุดผ่านตัวแปรสังเกตได้ภายในการควบคุมการตัดสินใจ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .027 เพราะฉะนั้น รายได้มีอิทธิพลรวมต่อสุขภาวะเท่ากับ .162

อิทธิพลทางตรงของระดับการศึกษาต่อสุขภาวะแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับการศึกษามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณมีค่าเท่ากับ .170 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของรายได้มีขนาดอิทธิพลต่ำ อิทธิพลทางบวก เพราะฉะนั้นอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลรวมเท่ากับ .170 โดยที่ตัวแปรสังเกตได้ภายนอกจำนวนปีที่ศึกษามีอิทธิพลต่อสุขภาวะโดยมีอิทธิพลต่อตัวแปรสังเกตได้ภายในความรู้สึกมากที่สุด ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .124

อิทธิพลทางตรงของระดับกิจกรรมต่อสุขภาวะแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับกิจกรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณมีค่า

เท่ากับ .240 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของระดับกิจกรรมมีขนาดอิทธิพลต่ำ อิทธิพลทางบวก เพราะฉะนั้นอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลรวมเท่ากับ .240

อิทธิพลทางตรงของการควบคุมการตัดสินใจต่อสุขภาวะแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการควบคุมการตัดสินใจมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะ คำนี้นักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณ์มีค่าเท่ากับ .389 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของการควบคุมการตัดสินใจมีขนาดอิทธิพลปานกลาง อิทธิพลทางบวก เพราะฉะนั้นอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลรวมเท่ากับ .389

เมื่อพิจารณาตารางที่ 3.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณ์ของอิทธิพลรวมกับค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ภายนอกและตัวแปรสังเกตได้ภายใน พบว่าค่าอิทธิพลจากรายได้ที่ส่งอิทธิพลไปยังการควบคุมการตัดสินใจ และค่าอิทธิพลจากการควบคุมการตัดสินใจที่ส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะ มีขนาดของความแตกต่างไม่เกิน .05 แสดงว่าค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรทั้งสองคู่นี้ มีความใกล้เคียงกับค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งหมายความว่าในโมเดลนี้การควบคุมการตัดสินใจมีคุณสมบัติเป็นตัวแปรส่งผ่านเพียงตัวเดียวจากรายได้ไปยังสุขภาวะ

เมื่อพิจารณาค่าอิทธิพลจากตัวแปรระดับกิจกรรมที่เป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างการรับรู้สุขภาพกับสุขภาวะ มีขนาดของความแตกต่างระหว่างค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณ์ของอิทธิพลรวมกับค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ภายนอกและตัวแปรสังเกตได้ภายในเกิน .05 แสดงว่าอิทธิพลจากการรับรู้สุขภาพที่ส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะมีตัวแปรอื่นในโมเดลที่สามารถทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านจากการรับรู้สุขภาพไปยังสุขภาวะได้ นอกเหนือจากระดับกิจกรรม

เมื่อพิจารณาค่าอิทธิพลจากระดับการศึกษาที่ส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะ พบว่ามีขนาดของความแตกต่างระหว่างค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณ์ของอิทธิพลรวมกับค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ภายนอกและตัวแปรสังเกตได้ภายในเกิน .05 แสดงว่าอิทธิพลจากระดับการศึกษาที่ส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะไม่ได้มีเพียงอิทธิพลทางตรงเท่านั้น โดยน่าจะมีตัวแปรอื่นในโมเดลที่สามารถทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านจากระดับการศึกษาไปยังสุขภาวะได้

ตารางที่ 3.4 เมทริกซ์พารามิเตอร์ของตัวแปรแฝง E และ K

ตัวแปรอิสระ (IV) →	BE/GA Direct Effect					Indirect Effect					Total Effect				
	ตัวแปรตาม (DV)	b	SE	t	SS	SC	b	SE	t	SS	SC	b	SE	t	SS
HEALTH → SWB	.399	.071	5.627***	.399	.399	.078	.033	2.349*	.078	.078	.477	.083	2.891*	.477	.477
INCOME → SWB	.123	.053	2.336*	.123	.123	.039	.020	1.970*	.039	.039	.162	.053	3.054**	.162	.162
EDUC → SWB	.170	.055	.3093**	.170	.170	-	-	-	-	-	.170	.055	.3093**	.170	.170
ACT → SWB	.240	.099	2.428*	.240	.240	-	-	-	-	-	.240	.099	2.428*	.240	.240
CTRL → SWB	.135	.031	4.327***	.389	.389	-	-	-	-	-	.135	.031	4.327***	.389	.389
HEALTH → ACT	.239	.083	2.891*	.239	.239	-	-	-	-	-	.239	.083	2.891*	.239	.239
HEALTH → CTRL	.151	.129	1.173	.052	.052	-	-	-	-	-	.151	.129	1.173	.052	.052
INCOME → ACT	.004	-	-	.004	.004	-	-	-	-	-	.004	-	-	.004	.004
INCOME → CTRL	.280	.134	2.093*	.097	.097	-	-	-	-	-	.280	.134	2.093*	.097	.097

* $p < .05$, ** $p < .01$, $p < .001$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.5 ตารางเปรียบเทียบค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสมบูรณของอิทธิพลรวมกับค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ภายนอกและตัวแปรสังเกตได้ภายใน

ตัวแปรอิสระ (IV) → ตัวแปรตาม (DV)	Total Effect					Correlation of ETA and KSI	Different Score
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	SS	SC		
HEALTH → SWB	.477	.083	2.891*	.477	.477	.506	.029
INCOME → SWB	.162	.053	3.054**	.162	.162	.252	.090
EDUC → SWB	.170	.055	.3093**	.170	.170	.222	.052
ACT → SWB	.240	.099	2.428*	.240	.240	.348	.108
CTRL → SWB	.135	.031	4.327***	.389	.389	.435	.046
HEALTH → ACT	.239	.083	2.891*	.239	.239	.239	.000
HEALTH → CTRL	.151	.129	1.173	.052	.052	.065	.013
INCOME → ACT	.004	-	-	.004	.004	.034	.030
INCOME → CTRL	.280	.134	2.093*	.097	.097	.104	.007

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ความตรงของโมเดล หรือความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษาที่ส่งผ่านโดยระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจ ตัวแปรภายนอก (exogenous variables) คือ การรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา และตัวแปรภายใน (endogenous variables) คือ ระดับกิจกรรม การควบคุมการตัดสินใจ และสุขภาวะ ในงานวิจัยชิ้นนี้ การรับรู้สุขภาพวัดจากคะแนนรวมจากข้อกระทงในมาตรวัดการรับรู้สุขภาพด้านต่างๆ จำนวน 6 ด้าน คือ สุขภาพในปัจจุบัน สุขภาพในอดีต เจตคติต่อสุขภาพ ความต้านทานต่อการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ และแนวโน้มต่อการเจ็บป่วย รายได้วัดจากจำนวนรายได้ของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบัน หน่วยเป็นพันบาท ระดับการศึกษาวัดจากจำนวนปีที่ศึกษา ระดับกิจกรรมวัดจากคะแนนรวมที่ได้จากแบบสอบถามระดับกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน คือ กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ กิจกรรมที่เป็นทางการ และงานอดิเรก การควบคุมการตัดสินใจวัดจากคะแนนรวมที่ได้จากมาตรวัดการควบคุมการตัดสินใจที่มีข้อกระทงจำนวน 5 ข้อ และสุขภาวะวัดจากคะแนนรวมที่ได้จากมาตรวัดสุขภาวะ ที่แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ ความมั่งคั่ง และความพึงพอใจในชีวิต พบว่าสุขภาวะได้รับอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากการรับรู้สุขภาพผ่านระดับกิจกรรม และจากรายได้ผ่านการควบคุมการตัดสินใจ

ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบ พบว่า ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) มีค่าเท่ากับ 55.156, $df = 41$, $p = .069$ SRMR = .033 GFI = .984, AGFI = .952 RMSEA = .028 โดยสุขภาวะได้รับอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษาในทิศทางบวก และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากการรับรู้สุขภาพ ผ่านระดับกิจกรรมและจากรายได้ผ่านการควบคุมการตัดสินใจในทิศทางบวกเช่นเดียวกัน จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ตัวแปรการรับรู้สุขภาพ มีอิทธิพลทางตรง ทิศทางบวกต่อสุขภาวะ โดยมีอิทธิพลรวมเท่ากับ .239 นอกจากนี้การรับรู้สุขภาพยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านระดับกิจกรรม มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ .078 หมายความว่า ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่รับรู้ว่าคุณภาพดี มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะที่ดีตามไปด้วย อันเป็นผลทางตรงจากการมีสุขภาพดีหรือผลทางอ้อมจาก

การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ขณะเดียวกัน หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จะมีสุขภาพในระดับต่ำ อันเป็นผลทางตรงจากสุขภาพหรือผลทางอ้อมจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมได้ ส่งผลให้มีสุขภาพในระดับต่ำตามไปด้วยในที่สุด ซึ่งการมีแนวโน้มที่จะสามารถยอมรับความเจ็บป่วยได้สูง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานประสบกับอารมณ์ที่ดีได้โดยตรง นอกจากนี้ การมีแนวโน้มที่จะสามารถยอมรับความเจ็บป่วยได้สูงยังส่งผลต่อการทำกิจกรรมแบบที่เป็นทางการ เช่นการเข้าร่วมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ หรือการเป็นอาสาสมัคร และทำให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานประสบกับอารมณ์ที่ดีได้โดยสามารถขยายความผลการวิจัยได้ดังนี้

การมีสุขภาพดี เป็นรางวัลในตัวของมันเอง วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (65 ปีขึ้นไป) จะมีความเสื่อมถอยทางร่างกายเป็นปรกติตามพัฒนาการมนุษย์ ไม่ว่าจะ เป็นทางด้านสติปัญญา และทางด้านร่างกาย (Boyd & Bee, 2006) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมักจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังสามารถรักษาสุขภาพของตนไว้ได้อย่างดี เมื่อเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน ทำให้บุคคลมีอารมณ์ดี และมีความพึงพอใจในชีวิตที่ดีตามมา ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ส่วนผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความเสื่อมถอย ไม่สามารถทำอะไรได้อย่างที่ต้องการเหมือนสมัยที่ตนยังเป็นหนุ่มสาว หรือไม่สามารถทำอะไรต่าง ๆ ได้เท่ากับเพื่อนวัยเดียวกันที่สุขภาพดี ซึ่งส่งผลให้ทั้งอารมณ์ขุ่นมัว รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตต่ำ และมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ เป็นผลให้มีสุขภาพที่ไม่ดีตามมา

การรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมักจะรับรู้ได้ตรงกับสภาพความเป็นจริง (Ware, 1976 as cited in McDowell, 2006) ดังนั้นผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีก็มักจะมีสุขภาพดีจริงตามที่ตนรับรู้ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ก็มักจะมีสุขภาพที่ไม่ดีจริงๆตามที่ตนเองรับรู้ ซึ่งการมีสุขภาพดีในทางหนึ่งแสดงถึงการมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายต่ำ จึงทำให้ปัจจัยที่จะมาขัดขวางความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ นั้นมีน้อย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้ความสามารถทางกายได้มาก เช่นการออกกำลังกาย การทำสวน เลี้ยงสัตว์ และการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิต ก็ยังแสดงถึงความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น (นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน, 2550 Fouquereau et al., 2005) ผู้สูงอายุที่มีระดับการทำกิจกรรมสูง จะได้รับบทบาทใหม่ นอกเหนือจากบทบาทในการทำงาน ซึ่ง Reitzes และ Mutran (2004 as cited in van Solinge & Henkens, 2008) อธิบายว่าเอกลักษณ์ทางด้านบทบาทอื่นๆที่ไม่ใช่ทางด้านการงาน จะเป็นตัวประคับประคองให้ผู้สูงอายุเข้าสู่วัยเกษียณอายุงานได้อย่างมั่นคง เพราะกิจกรรมจะทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างรูปแบบการใช้ชีวิตทั้งก่อนและหลังเกษียณอายุงานให้อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนความสนใจมา

ที่รางวัลที่ตนเองได้รับจากการทำกิจกรรม อันเป็นแห่งความพึงพอใจแหล่งใหม่ จากเดิมที่ผู้สูงอายุเคยได้รับรางวัลจากการทำงาน ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของนักวิจัยหลายกลุ่ม (เช่น Markides & Martin, 1979; Diener, 1984; Vaughan et al., 1985; Chiriboga, 1990 as cited in Floyd et al., 1992; Silverstien & Parker, 2000; Burr et al., 2009) ที่พบว่า การรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลในทิศทางบวกกับสุขภาวะ และสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะในทางบวกผ่านระดับกิจกรรม

2. ตัวแปรรายได้ มีอิทธิพลทางตรง ทิศทางบวกต่อสุขภาวะ โดยมีอิทธิพลรวมเท่ากับ .162 และมีอิทธิพลทางอ้อม ในทิศทางบวกต่อสุขภาวะผ่านทางการควบคุมการตัดสินใจ มีอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .039 หมายความว่า ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่มีรายได้สูงหลังเกษียณอายุงาน มักจะมีสุขภาวะที่ดีอันเป็นผลทางตรงจากการมีรายได้ดี หรืออาจเป็นผลทางอ้อมเนื่องจากการมีรายได้ดีในปัจจุบันจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีกับตนเองเมื่อนึกย้อนกลับไป ณ เวลาเกษียณอายุงานที่ตนสามารถตัดสินใจทำอะไรได้ตามต้องการ ซึ่งรายได้ที่ดีจะส่งอิทธิพลให้ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานประสบกับความรู้สึกที่ดีๆ มากที่สุด ขณะเดียวกันผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่มีรายได้ต่ำหลังเกษียณอายุงาน มักจะมีสุขภาวะที่ไม่ดี ซึ่งเป็นผลทางตรงจากการมีรายได้ต่ำ หรืออาจเป็นผลทางอ้อมเนื่องจากการมีรายได้ต่ำในปัจจุบันทำให้เมื่อผู้สูงอายุนึกย้อนไป ณ เวลาเกษียณอายุงานว่าตนเองไม่สามารถตัดสินใจอะไรเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานของตนเองได้ โดยสามารถขยายความผลการวิจัยได้ดังนี้

รายได้เป็นกุญแจสำคัญอย่างหนึ่งในการเข้าถึงทั้งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และทรัพยากรที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินพอใจ ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่ไม่มีแหล่งรายได้หลักจะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงเพราะปัจจัยที่จะทำให้ตนสามารถมีความเป็นอยู่ที่ดีและมั่นคงที่เคยมีก่อนที่ จะเกษียณอายุงานได้หมดไป หากผู้สูงอายุมีรายได้หลังเกษียณอายุงานสูงไม่ว่าจะมาจากแหล่งใดก็ตาม จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินพอใจต่างๆ ได้ การได้ใช้ชีวิตโดยไม่ขัดสน หรือการได้ใช้ชีวิตโดยปราศจากความตึงเครียดทางการเงิน คือไม่มีปัจจัยมาขัดขวางการเข้าถึงสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีตามมา ส่วนการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอจะส่งผลตรงกันข้าม คือ ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอย่างกระเป๋ยดกระเสียน ไม่สามารถใช้จ่ายเพื่อความพึงพอใจของตนได้อย่างที่ต้องการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาวะที่ไม่ดีตามมา (Diener & Bizwas-Diener, 2000)

การมีรายได้สูงหลังเกษียณอายุงานนั้นจะ ส่งผลดีต่อการปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจกับการเกษียณอายุงานของตน (van Solinge & Henkens, 2008) ความพึงพอใจนั้นเกิดจากความสามารถในการใช้ชีวิตได้อย่างไม่ขัดสน ซึ่งเมื่อ

ผู้สูงอายุมองย้อนกลับไป ณ เวลาที่ตนเองเกษียณอายุงาน จะเกิดความรู้สึกที่ตนตัดสินใจถูกต้องที่เกษียณอายุงาน และรับรู้ว่าการเกษียณอายุงานนั้น เกิดขึ้นจากความต้องการของตนเอง ไม่ใช่มีใครมาบังคับให้เกษียณอายุงาน ส่วนการมีรายได้ต่ำหลังเกษียณอายุงานนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมองย้อนกลับไป ณ เวลาที่ตนเองเกษียณอายุงานและเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังไม่มีความพร้อมทางการเงินเพียงพอที่จะเกษียณอายุงาน ทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองถูกบังคับให้เกษียณอายุงานโดยที่ยังไม่พร้อม ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีทางเลือกในการเกษียณอายุงานนั้นจะส่งผลดีกับสุขภาพ และการรับรู้ที่ตนถูกบังคับให้เกษียณอายุงานจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ตามที่ Wrosch และ Freund (2001 as cited in van Solinge and Henkens, 2008) ได้ย้ำถึงความสำคัญของความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม (mastery over one's environment) ว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพในวัยสูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ตรงกับงานวิจัยของนักวิจัยหลายกลุ่ม (เช่น Markides & Martin, 1979; Herzog, House & Morgan, 1991; Diener & Biswas-Diener, 2000; van Solinge & Henkens, 2008; Burr, Santo & Pushkar, 2009; Wong & Earl, 2009) ที่พบว่ารายได้มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพ ความตึงเครียดทางการเงินมีอิทธิพลทางลบกับสุขภาพ และรายได้ส่งอิทธิพลทางอ้อมทิศทางบวกต่อสุขภาพผ่านการควบคุมการตัดสินใจ

3. ตัวแปรระดับการศึกษามีอิทธิพลทางตรง ทิศทางบวกต่อสุขภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ .170 หมายความว่า ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพที่ดี ขณะที่ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานที่มีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพที่ไม่ดี โดยสามารถขยายความผลการวิจัยได้ดังนี้

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ก่อให้เกิดปัจจัยด้านอื่นๆ ตามมาอีกมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีโอกาสในการทำงานในตำแหน่งที่สูง ส่งผลให้มีความรู้สึกภาคภูมิใจกับตนเอง และยังทำให้มีรายได้ในช่วงก่อนเกษียณอายุงานในระดับที่สูงตามไปด้วย ทั้งตำแหน่งงานที่สูง และรายได้ที่สูงเป็นโอกาสในการเข้าถึงแหล่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินพอใจได้มาก และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำที่ทำให้มีโอกาสนี้ต่ำตามไปด้วย ระดับการศึกษาที่สูงยังเป็นปัจจัยที่ช่วยเปิดโอกาสให้บุคคลมีสังคมที่หลากหลาย ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในระดับสูง นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสนใจว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถทางปัญญาสูงตามไปด้วย (Flavell, Miller & Miller, 1993) ฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะมีแหล่งของความเพลิดเพลินใจที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีความสามารถทางปัญญาสูงนอกจากจะสามารถเพลิดเพลินใจกับปัจจัยที่เป็นรูปธรรม เช่น การมีรายได้ดี การมีวัตถุประสงค์ของแล้ว ก็ยังมีแหล่ง

ความพึงพอใจทางนามธรรมด้วย เช่น ความพึงพอใจที่ได้จากการขบคิดแก้ปัญหาทางวิชาการ การพิจารณาสถานการณ์อย่างละเอียดซับซ้อน หาแง่มุมของสถานการณ์ที่จะสามารถตีความไปในทางบวกได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีสุขภาวะที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ Markide และ Martin (1979) Campbell และคณะ (1976 as cited in Diener et al., 1999) Chou และ Chi (1999) และ Pinquart และ Sorensen (2000) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสุขภาวะ

4. งานวิจัยชิ้นนี้พบว่า การรับรู้สุขภาพไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านการควบคุมการตัดสินใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fouquereau และคณะ (2005) Jang, Kim และ Chiriboga (2006) และ van Solinge และ Henkens (2008) หมายความว่า การรับรู้สุขภาพในปัจจุบันของผู้สูงอายุไม่มีอิทธิพลต่อการหวนนึกถึงความสามารถในการเลือกเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุ ณ เวลาที่เกษียณอายุงาน

ผู้วิจัยอธิบายว่าอาจจะเกิดจากอิทธิพลของระยะเวลาในการเกษียณอายุงานที่ยาวนาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยนำเข้ามาพิจารณาในการวิเคราะห์โมเดลเชิงอิทธิพลในการวิจัยครั้งนี้ เห็นได้จากค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการเกษียณอายุงานเท่ากับ 9 ปี 1 เดือน ระยะเวลาระหว่างนี้อาจจะเป็นตัวลดทอนอิทธิพลของการรับรู้สุขภาพต่อการควบคุมการตัดสินใจได้ และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้สุขภาพไปยังการควบคุมการตัดสินใจก็พบว่าไม่มีอิทธิพลในทางบวก แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นข้อเสนอนี้สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไปที่ควรพิจารณาระยะเวลาในการเกษียณอายุงานเป็นตัวแปรหนึ่งในการวิเคราะห์ด้วย

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ารายได้ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านการทำกิจกรรม ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงหลังเกษียณอายุงานไม่จำเป็นที่จะต้องมีการทำกิจกรรมสูงตามไปด้วย ซึ่งไม่ตรงกับงานวิจัยของ Markide และ Martin (1979) แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของโสภิตา เมธาวิ (2535) ที่พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยอธิบายผลการค้นพบนี้ว่าอาจเกิดจากข้อจำกัดในเรื่องการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุที่มักจะมีกิจกรรมต่างๆอยู่เสมอ ทั้งยังมีความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้อาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของประชากรผู้สูงอายุไทยวัยเกษียณอายุงาน ดังนั้น

งานวิจัยชิ้นนี้ถึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปขยายผลสู่กลุ่มประชากรโดยรวม และเป็นข้อเสนอแนะ
สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไปในการสำรวจอย่างให้ได้หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและตรวจสอบความตรง (validation) ของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ และศึกษารูปแบบอิทธิพลทั้งทางตรง และทางอ้อมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ
2. รายได้มีอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุมการตัดสินใจ
3. ระดับการศึกษามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

1. การรับรู้สุขภาพ ได้แก่
 - 1.1 การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน
 - 1.2 การรับรู้สุขภาพในอดีต
 - 1.3 เจตคติต่อสุขภาพ
 - 1.4 การต้านทานต่อความเจ็บป่วย
 - 1.5 ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย
 - 1.6 แนวโน้มของการเจ็บป่วย

2. รายได้
3. การศึกษา
4. ระดับกิจกรรม
5. การควบคุมการตัดสินใจ

ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะ อันได้แก่ ความรู้สึก ความมองงาม และความพึงพอใจในชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไทยวัยเกษียณอายุงานที่มีอายุตั้งแต่ 55-89 ปี อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และอำเภอเมืองในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศไทย และเคยทำงานต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี นับจนถึงวันที่เกษียณอายุงาน และปัจจุบันหยุดทำงานอย่างสิ้นเชิงหรือยังคงทำงานแต่ไม่เต็มเวลา จำนวน 440 คน (หญิง 231คน ชาย 209 คน) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ (quota sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. มาตรการรับรู้สุขภาพ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ The Health Perceptions Questionnaire ของ Ware (1976 as cited in McDowell, 2006)
3. แบบสอบถามระดับกิจกรรม พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Lemon และคณะ (1972 as cited in Markides & Martin, 1979)
4. มาตรการควบคุมการตัดสินใจ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Choice Measure ของ Quine และคณะ (2007)
5. มาตรการสุขภาพ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Diener และคณะ (2009)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่มีความรู้ทางด้านจิตวิทยาเป็นอย่างดี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตที่ 5 และชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานคร และขอความร่วมมือจากประธานกลุ่มเขต พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่างฟังและบันทึกคำตอบในแบบวัด โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลาที่ตอบแบบสอบถามและมาตรวัดต่าง ๆ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 450 ชุด และคัดเลือกไว้เฉพาะชุดที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดไว้ เหลือแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งหมด 440 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows และโปรแกรมลิสเรล (LISREL 8.8 for students) โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรต่างๆที่ใช้ในการวิจัยด้วยโปรแกรม SPSS for Windows
2. วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 15 ตัว คือ แต่ละองค์ประกอบของการรับรู้สุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับกิจกรรม การควบคุมการตัดสินใจ และสุขภาพะ โดยใช้โปรแกรม SPSS for windows
3. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของโมเดลการวัดการรับรู้สุขภาพ ระดับกิจกรรม และสุขภาพะ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรมลิสเรล
4. ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมการโครงสร้างตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้โปรแกรมลิสเรล ประมาณค่าพารามิเตอร์โดยใช้วิธีไลค์ลิฮูดสูงสุด (Maximum likelihood estimation) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

โมเดลที่ใช้วิเคราะห์ คือ โมเดลตามกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์คือ ค่าสถิติ Chi-square ค่า standardized RMR ดัชนี GFI (Goodness of fit index) ดัชนี AGFI (Adjusted goodness of fit index) ทั้งก่อนปรับและ

หลังปรับโมเดล โมเดลแสดงอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของเพศชาย ($n = 209$) ใกล้เคียงกับเพศหญิง ($n = 231$) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66 ปี 6 เดือน 14 วัน ($SD = 5.46$) มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ($n = 281$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($n = 252$) และบุตร ($n = 217$) โดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ($M = 11.95$ $SD = 4.57$) อาชีพที่กลุ่มตัวอย่างทำก่อนที่จะเกษียณอายุงานส่วนใหญ่ คือ ประกอบธุรกิจส่วนตัวและค้าขาย ($n = 127$) โดยในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ($n = 383$) ไม่ได้ทำงานหลังจากเกษียณอายุงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกษียณอายุงานมาแล้ว 4 ปี (48 เดือน) แต่ระยะเวลาเฉลี่ยสำหรับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 9 ปี 1 เดือน ($M = 119.97$ $SD = 478.298$) รายได้เฉลี่ยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ 13,737.92 บาท ($SD = 22381.60$) โดยที่แหล่งรายได้ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มาจากบุตรหลาน ($n = 266$)

1.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับกิจกรรม การควบคุมการตัดสินใจ และสุขภาวะ พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 6 ตัว ค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรู้สึกรู้สึกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 41.48 ($SD = 4.32$) รองลงมาคือ ความมั่งคั่ง งานอดิเรก กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ ความพึงพอใจในชีวิต สุขภาพในอดีต การดูแลสุขภาพ ความต้านทานต่อการเจ็บป่วย แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย เจตคติต่อสุขภาพ สุขภาพในปัจจุบัน รายได้ (พันบาท) การควบคุมการตัดสินใจ และ จำนวนปีในการศึกษา ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 37.54 36.96 26.18 19.45 16.65 16.42 15.93 15.83 14.44 13.88 13.74 12.44 และ 11.95 ตามลำดับ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.60 15.68 23.14 3.35 3.20 2.67 2.81 2.89 3.12 3.80 22.31 2.44 และ 4.58 ตามลำดับและพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ กิจกรรมที่เป็นทางการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.23 ($SD = 8.54$)

1.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยทางสถิติที่ .01 ตามความสัมพันธ์ของตัวแปรในโมเดลที่ได้เสนอไว้ สรุปได้ดังนี้

1.3.1 ตัวแปรสังเกตได้ของการรับรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับตัวแปรสังเกตได้ของระดับกิจกรรม และสุขภาวะ

1.3.2 ตัวแปรสังเกตได้ของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมที่เป็นทางการ และงานอดิเรก การควบคุมการตัดสินใจ และตัวแปรสังเกตได้ของสุขภาวะ

1.3.3 ตัวแปรสังเกตได้ของระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะ

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำกว่า .80 แสดงว่าตัวแปรไม่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะร่วมเส้นพหุ (Multicollinearity) และพร้อมที่จะตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไป

1.4 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงในการวิจัย พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ หรือตัวแปรบ่งชี้ของตัวแปรแฝงทั้งหมดในงานวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งหมด โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

1.4.1 ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square = 13.114, $df = 8$, $p = .108$ RMSEA = .0382 GFI = .990 AGFI = .974) ตัวบ่งชี้ของการรับรู้สุขภาพที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือความต้านทานต่อการเจ็บป่วย และสุขภาพในปัจจุบัน ที่มีน้ำหนักความสำคัญใกล้เคียงกัน

1.4.2 ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงระดับกิจกรรมมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square = 2.352, $df = 1$, $p = .125$ RMSEA = .055 GFI = .996 AGFI = .977) ตัวบ่งชี้ของระดับกิจกรรมที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ รองลงมาคือ งานอดิเรกและกิจกรรมที่เป็นทางการ ตามลำดับ

1.4.3 ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงสุขภาวะมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square 4.504, $df = 2$, $p = .105$ RMSEA = .053 GFI = .993 AGFI = .978) ตัวบ่งชี้ของระดับกิจกรรมที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือความมั่งคั่ง รองลงมาคือ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึก ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน ซึ่งเป็นโมเดลที่มีอิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ และรายได้ไปยังสุขภาวะ โดยมีระดับกิจกรรม

และการควบคุมการตัดสินใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน และอิทธิพลจากระดับการศึกษาไปยังสุขภาวะ พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-square) มีค่าเท่ากับ 55.156, $df = 41$, $p = 0.069$ ค่า RMSEA เท่ากับ .028 ค่า SRMR เท่ากับ .033 GFI เท่ากับ .984 AGFI เท่ากับ .952

เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อสุขภาวะ พบว่า

1. การรับรู้สุขภาพมีอิทธิพลทางตรง (direct effect) ต่อสุขภาวะสูงที่สุด โดยมีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .399 ($p < .001$) รองลงมาคือ ระดับการศึกษา และรายได้ โดยมีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .170 ($p < .01$) และ .123 ($p < .05$) ตามลำดับ

2. การรับรู้สุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) ต่อสุขภาวะ โดยมีขนาดอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .078 ($p < .05$) ผ่านระดับกิจกรรม

ทั้งนี้ ระดับกิจกรรมได้รับอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้สุขภาพ เท่ากับ .239 ($p < .05$) และการควบคุมการตัดสินใจได้รับอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้สุขภาพเท่ากับ .052 ($p < .05$)

3. รายได้ มีอิทธิพลมีอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) ต่อสุขภาวะ โดยมีขนาดอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .039 ($p < .05$) ผ่านการควบคุมการตัดสินใจ

ทั้งนี้การควบคุมการตัดสินใจได้รับอิทธิพลทางตรงจากรายได้ เท่ากับ .280 ($p < .05$)

4. อิทธิพลรวม (total effect) พบว่า การรับรู้สุขภาพ เป็นตัวแปรที่ส่งอิทธิพลรวมต่อสุขภาวะสูงสุด โดยมีอิทธิพลรวมเท่ากับ .239 ($p < .05$) รองลงมาคือระดับการศึกษา มีอิทธิพลรวมเท่ากับ .170 ($p < .01$) และรายได้ มีอิทธิพลรวมเท่ากับ .004

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน: อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจ ผู้วิจัยขอเสนอแนะผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาและยกระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงานให้ดีขึ้น ดังนี้

1. สุขภาพที่ดีเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นจากตัวผู้สูงอายุเอง หรือ

จากบุคคลที่อยู่แวดล้อม โดยการส่งเสริมทางสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีที่สุดนั้น คือการทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นคนที่มีสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรง มีแนวโน้มที่จะป่วยได้ยาก นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพอาจจะสามารถจัดในรูปแบบของการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเข้ากลุ่มทำกิจกรรมทางกายต่างๆ การจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำในช่วงหลังเกษียณอายุงาน ก็จะสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แก่อายุได้เช่นกัน กิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สุขภาพของผู้สูงอายุที่สุด จะอยู่ในรูปของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อน หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว รองลงมาคือกิจกรรมในรูปแบบของการเข้าชมรมการทำงานอาสาสมัคร หรือการทำกิจกรรมทางศาสนา และสุดท้าย คือการมีงานอดิเรก

2. ควรส่งเสริมทางด้านการศึกษาให้แก่ผู้สูงอายุ ในระยะสั้นอาจส่งเสริมการศึกษาให้แก่ผู้สูงอายุในแง่ของการเพิ่มทักษะพิเศษ หรือความรู้ในด้านที่ผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานให้ความสนใจ และสนองความต้องการทางสติปัญญาของผู้สูงอายุ ส่วนในระยะยาวการส่งเสริมนี้อาจจะต้องเริ่มตั้งแต่การปลูกฝังการศึกษาแต่วัยเด็ก เพื่อก่อให้เกิดสังคมที่มีผู้สูงอายุที่มีความรู้ต่อไป

3. ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือในการวางแผนการเกษียณอายุงานล่วงหน้า ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกเกษียณอายุงานได้อย่างมีความพร้อม และเต็มใจ การวางแผนนี้หมายถึงรวมถึงทั้งความพร้อมทางด้านสุขภาพ และทางการเงิน เพราะแม้ว่าผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงานจะออกจากงานประจำแล้วก็ตาม แต่การมีรายได้ในระดับสูง จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ดังนั้นการส่งเสริมการวางแผนทางการเงินที่ดีตั้งแต่ก่อนวัยเกษียณอายุงาน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอสำหรับใช้ในวัยเกษียณอายุงานต่อไป นอกจากนี้การส่งเสริมทางการเงินอาจอยู่ในรูปของสวัสดิการสังคม หรือการทำงานพิเศษในช่วงหลังเกษียณอายุงาน เพื่อก่อให้เกิดรายได้สำหรับการใช้จ่ายในช่วงวัยเกษียณอายุงานที่เพียงพอ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. งานวิจัยครั้งนี้ยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนต่างๆ ความพึงพอใจในรายได้ ความพึงพอใจในสุขภาพ ระยะเวลาในการเกษียณอายุงาน และประสบการณ์ในการเกษียณอายุงานของผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยแทรกซ้อนเหล่านี้ อาจเป็นตัวแปรที่ทำให้ผลการวิเคราะห์บางส่วนความคลาดเคลื่อนไปจากโมเดลที่เสนอไว้ งานวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาตัวแปรเหล่านี้ในการวิจัยเพื่อให้ผลการผลการวิจัยครอบคลุมและแม่นยำมากขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุที่มักจะมีกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ ทั้งยังมีความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้อาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของประชากรผู้สูงอายุไทยวัยเกษียณอายุงาน ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงอาจมีข้อจำกัดในด้านการนำไปขยายผลสู่กลุ่มประชากรโดยรวม และเป็นข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป ในการสุ่มตัวอย่างให้ได้หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. อาจมีการศึกษาผลย้อนกลับของสุขภาวะต่อตัวแปรต่างๆ เพื่อความสัมพันธ์ทั้งสองทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้
2. จากตารางที่ 3.5 ควรจะมีการศึกษาเส้นอิทธิพลระหว่างการรับรู้สุขภาพที่ส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะ โดยเพิ่มเส้นอิทธิพลจากระดับกิจกรรมที่ส่งไปยังการควบคุมการตัดสินใจในฐานะตัวแปรส่งผ่าน
3. จากตารางที่ 3.5 ควรศึกษาตัวแปรส่งผ่านในเส้นทางอิทธิพลระหว่างระดับการศึกษาที่ส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะ โดยตัวแปรที่ควรศึกษาคือระดับกิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจ
4. ควรศึกษาเส้นทางอิทธิพลที่น่าสนใจอีกเส้นทางหนึ่ง คือ เส้นทางอิทธิพลจากทั้งรายได้และระดับการศึกษาที่ส่งอิทธิพลไปยังการรับรู้สุขภาพ
5. งานวิจัยครั้งศึกษาการรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน และรายได้ในปัจจุบันหลังเกษียณอายุงาน ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะในปัจจุบัน โดยมีการควบคุมการตัดสินใจซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วในอดีตในฐานะตัวแปรส่งผ่าน ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่ชัดเจนในเงื่อนไขที่เกิดขึ้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาอิทธิพลของการควบคุมการตัดสินใจเป็นตัวแปรภายนอก เพื่อให้สามารถตีความผลการวิจัยตามเงื่อนไขได้อย่างเป็นระบบ อีกทางหนึ่งสามารถศึกษาความสามารถในการควบคุมในเวลาปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในเงื่อนไขของตัวแปรทั้งหมด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2547). *โมเดลลิสเวลด : สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3).

กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุน จากครอบครัว กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ปัญญาภัทร กัณฑ์กุล. (2544). *การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

พิชญภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ. (2536). *รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย.*

เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. (2550). *พัฒนาการมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : ธรรมดาเพรส.

มธุรส จันท์แสงศรี. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ศิริรงค์ ทับสายทอง. (2530). *จิตวิทยาผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550) *รายงานสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2550*. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. คัดมาเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2551. จาก

<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pocketBook/older-pb50.pdf>

โสภิตา เมธาวี. (2535). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ
ชมรมผู้สูงอายุเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

Asla, T., Williamson, K., & Mills, J. (2006). The role of information in successful aging:
The case for a research focus on the oldest old. *Library & Information Science
Research*, 28, 49-63.

Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: Creating positive
experiences*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University.

Atchley, R. C., & Barusch, A. S. (2004). *Social forces & aging: An introduction to social
gerontology* (10th ed.). Belmont, USA: Thomson & Wadsworth.

Beehr, T. A., Glazer, S., Nielson, N. L., & Farmer, S. J. (2000). Work and nonwork
predictors of employees' retirement ages. *Journal of Vocational Behavior* 57,
206-225.

Bowling, A. (2005). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*
(3rd ed.). Berkshire, England: Open University.

Boyd, D., & Bee, H. (2006). *Lifespan development* (4th ed.). Boston, USA: Allyn and
Bacon.

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

Burr, A., Santo, J. B., & Pushkar, D. (2009). Affective well-being in retirement: The
influence of value, money, and health across three years. *Journal of Happiness
Study*. DOI 10.1007/s10902-009-9173-2

Bye, D., & Pushkar, D. (2009). How need for cognition and perceived control are
differentially linked to emotional outcomes in the transition to retirement. *Motiv
Emot*. DOI 10.1007/s11031-009-9135-3

- Calvo, E., Haverstick, K., & Sass, S. A. (2007). What makes retirees happier: A gradual or 'cold turkey' retirement? [Electronic Version]. *Center for retirement research*. Retrieved 26 February 2010 from http://crr.bc.edu/images/stories/Working_Papers/wp_2007-18.pdf?phpMyAdmin=43ac483c4de9t51d9eb41
- Chou, K. L., & Chi, I. (1999). Determinants of life satisfaction in Hong Kong Chinese elderly: a longitudinal study. *Aging & Menatl Health, 3*(4), 328-335.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicator Research, 57*, 119-169.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), 391-406.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Diener, E., Lucas, R., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist, 61*, 305-314.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology, 54*, 403-425.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. & Oishi, S. (2009). In E. Diener, W. Glatzer, T. Moum, M. A. G. Sprangers, J. Vogel, & R. Veenhoven (Eds.), *Social Indicators Research Series 39: Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (pp.247-274). NY: Springer.

- Erikson, E. H. (1968). Generativity and ego integrity. In B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology* (pp. 85-87). Chicago: The university of Chicago.
- Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miller, S. A. (1993). *Cognitive development* (3rd ed.). NJ: Prentice-Hall.
- Floyd, F. J., Haynes, S. N., Doll, E. R., Winemilller, D., Lemsky, C., Burgy, T. M., Werle, M., & Heilman, N. (1992). Assessing retirement satisfaction and perceptions of retirement experiences. *Psychology and Aging, 7*(4), 609-621.
- Fouquereau, E., Fernandez, A., Fonseca, A. M., Paul, M. C., & Uotinen, V. (2005). Perceptions of and satisfaction with retirement: A comparison of six European union countries. *Psychology and Aging, 20*(3), 524-528.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). NJ: Pearson Prentice Hall.
- Haring, M. J., Okun, M. A., & Stock, W. A. (1984). A Quantitative synthesis of literature on work status and subjective well-being. *Journal of Vocational Behavior, 25*, 316-324.
- Herzog, A. R., House, J. S., & Morgan, J. N. (1991). Relation of work and retirement to health and well-being in older age. *Psychology and Aging, 6*, 202-221.
- Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2009). *Adult development and aging* (6th ed.). Singapore: McGraw Hill.
- Jang, Y., Chiriboga, D. A., & Small, B. J. (2008). Perceived discrimination and psychological well-being: The mediating and moderating role of sense of control. *The International Journal of Aging and Human Development, 66*(3), 213-227.
- Jang, Y., Chiriboga, D. A., Lee, J., & Cho, S. (2009). Determinants of a sense of mastery in Korean American elders: A longitudinal assessment. *Aging and Mental Health, 13*, 99-105.

- Jang, Y., Kim, G., & Chiriboga, D. A. (2006). Correlates of sense of control among older Korean-American immigrants: Financial status, physical health constraints, and environmental challenges. *The International Journal of Aging and Human Development*, 63(3), 173-186.
- Kart, C. S. (1990). *The realities of aging: An introduction to gerontology* (3rd ed.). Massachusetts, USA: Allyn and Bacon.
- Kim, J. E., & Moen, P. (2001). Is retirement good or bad for subject well-being? *Current Direction in Psychological Science*, 10(3), 83-86.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*. DOI: 10.1037/0033-2909.131.6.803
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed.). NY: Oxford university.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-17.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1968). Personality and patterns of aging. In B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology* (pp. 173-177). Chicago: The university of Chicago.
- Noone, J. H., Stephens, C., & Alpass, F. M. (2009). Preretirement planning and well-being in later life: A prospective study. *Research on Aging*, 31(3), 295-317.
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J. & Witter, R. A. (1984). Social activity and subjective well-being: A meta-analysis. *Research on Aging*, 6, 45-65.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 167-172.

- Phillip, D. R., Cheng, K. H. C., Yeh, A. G. O. & Siu, O. (2008). Informal social support and older persons' psychological well-being in Hong Kong. *Journal of cross-cultural gerontology, 23*(1), 39-55.
- Pinquart, M. & Schindler, I. (2007). Changes of life satisfaction in the transition to retirement: A latent-class approach. *Psychology and aging, 22*(3), 442-455.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15*(2), 187-274.
- Quine, S., Wells, Y., DeVaus, D. & Kendig, H. (2007). When choice in retirement decision is missing: Qualitative and quantitative findings of impact on well-being. *Australasian Journal on Ageing, 26*(4), 173-179.
- Russell, D. W. & Cutrona C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging, 6*(2), 190-201.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on Hedonic and Eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology, 52*, 141-146.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-103.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.
- Seitsamo, J. (2007). Retirement transition and well-being: A 16-year longitudinal study (Research Report No. 76). Retrieved from <http://www.google.co.th/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=1>

&ved=0CAoQFjAA&url=https%3A%2F%2Foa.doria.fi%2Fbitstream%2Fhandle%2F10024%2F3880%2Fretireme.pdf%3Fsequence%3D1&rct=j&q=retirement+transition+and+well-being&ei=noGyS5nUNcjBrAf6sdCMBA&usg=AFQjCNGLWaq8hPcs4vu-iw2nRqW2ST4Awg

Seligman, M. E. P., & Royzman, E. (2003). *Happiness: The three traditional theories*.

Retrieved February 20, 2010, from

<http://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/newsletter.aspx?id=49>

Shaffer, D. R. (2005). *Social and personality development* (5th ed.). Belmont, CA: Thomson & Wadsworth.

Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.

Shultz, K. S., Morton, K. R., & Weckerle, JR. (1998). Influence of push and pull factors on voluntary and involuntary early retirees' retirement decision and adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 53, 45-57.

Silverstein, M., & Parker, M. G. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528-547.

Szinovacz, M., & Davey, A. (2005). Predictors of perception of involuntary retirement. *The Gerontologist*, 45, 36-47.

Turner, J. S. (1979). *Contemporary adulthood*. New York: CBS college.

Turner, J. S. (1982). *Contemporary adulthood* (2nd ed.). NY: CBS College.

Van Solinge, H., & Henkens, K. (2008). Adjustment to and satisfaction with retirement: Two of a kind? *Psychology and Aging*, 23(2), 422-434.

Vaughan, D. A., Kashner, J. B., Stock, W. A., & Richards, M. (1985). A structural model of subjective well-being: A comparison of ethnicity. *Social Indicator Research*, 16, 315-332

- Veenhoven, R. (2006, October). *How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories*. Paper presented at conference on 'New Directions in the Study of Happiness: United States and International Perspectives', University of Notre Dame, USA.
- Warr, P., Butcher, V., & Robertson, L. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health*, 8(2), 172-183.
- Waterman, A. S. (1990). The relevance of Aristotle's conception of Eudaimonia for the psychological study of happiness. *Journal of Theoretical & Philosophical Psychology*, 10(1), 39-44.
- Wong, J. Y., & Earl, J. K. (2009). Towards an integrated model of individual, psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 75, 1-13.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ศีรางค์ ทับสายทอง ผู้อำนวยการหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต คณะกรรมการบริหารหลักสูตรศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ คณะกรรมการบริหารหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
ตารางผลการวิเคราะห์ค่าความคงที่ภายในของมาตรวัดที่ใช้การวิจัย

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์มาตรวัดการรับรู้สุขภาพ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation) (N = 100)

ข้อความ		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ	
		ครั้งที่1	ครั้งที่2
1. สุขภาพในปัจจุบัน			
1.	ครั้งล่าสุดที่ไปหาหมอ หมอบอกว่าฉันมีสุขภาพดีมาก	.552*	-
3.	ในช่วงนี้ ฉันรู้สึกมีสุขภาพดีกว่าแต่ก่อน	.475*	-
7.	ในช่วงนี้ ฉันสุขภาพไม่ค่อยดี	.734*	-
11.	ในช่วงนี้ สุขภาพของฉันไม่ดีเหมือนแต่ก่อน	.735*	.691*
15.	ฉันมีสุขภาพดีเช่นเดียวกับคนอื่นในวัยเดียวกัน	.495*	-
19.	ฉันมีสุขภาพดียอดเยี่ยม	.588*	-
24.	ช่วงนี้ ฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย	.656*	.657*
28.	หมอบอกว่า ในช่วงนี้สุขภาพของฉันไม่ค่อยดี	.641*	.625*
29.	ในช่วงนี้ ฉันรู้สึกสุขภาพแข็งแรงดีเหมือนแต่ก่อน	.678*	.663*
α		.876	.831
2. สุขภาพในอดีต (Prior Health)			
9.	ครั้งหนึ่งในอดีต ฉันเคยป่วยหนักมากจนคิดว่าจะไม่รอด	.600*	.626*
10.	เวลาที่ไม่สบายแต่ละครั้ง ฉันมักจะป่วยครั้งละนานๆ	.536*	.517*
17.	ในชีวิตของฉัน ฉันไม่เคยเจ็บป่วยหรือไม่สบายครั้งละนานๆ	.396*	-
20.	ฉันเคยป่วยหนักมาหลายหน	.460*	.506*
31.	ในชีวิตฉัน ฉันไม่เคยป่วยหรือเจ็บหนัก	.548*	.485*

ข้อความ		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ	
		ครั้งที่1	ครั้งที่2
α		.741	.737
3. เจตคติต่อสุขภาพ (Health Outlook)			
4.	ฉันคิดว่าเมื่ออายุมากขึ้น ฉันน่าจะไม่มีสบายหรือเจ็บป่วยอีกหลายครั้ง	.313*	.313*
8.	ถึงจะอายุมากขึ้น ฉันก็จะยังคงมีสุขภาพดีกว่าคนอื่นในวัยเดียวกันอย่างแน่นอน	.359*	.359*
16.	ฉันเชื่อว่าเมื่อฉันอายุมากขึ้น สุขภาพของฉันน่าจะไม่ได้เท่าเดิม	.250*	.250*
12.	ฉันคาดหวังว่าในอนาคต ฉันจะมีชีวิตที่ดีและสุขภาพแข็งแรง	.225*	.225*
α		.489	.489
4. ความต้านทานต่อการเจ็บป่วย (Resistance to Illness)			
2.	ฉันป่วยหรือไม่สบายง่ายกว่าคนทั่วไป	.587*	.587*
6.	เมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกันแล้ว ฉันไม่ค่อยเจ็บป่วยง่ายเหมือนพวกเขา	.543*	.543*
13.	ฉันมีร่างกายที่แข็งแรง และไม่ป่วยง่าย	.574*	.574*
27.	หากมีการแพร่ระบาดของโรค ฉันจะติดโรคได้ง่ายกว่าคนอื่น	.396*	.396*
α		.733	.733
5. การดูแลสุขภาพ (Health Worry/Concern)			
5.	ฉันไม่เคยสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองเลย	.507*	.507*
12.	ฉันสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองมากกว่าคนทั่วไป	.473*	.473*
19.	ฉันสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองน้อยกว่าคนทั่วไป	.478*	.478*
22.	ฉันคอยระวังและให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ	.288*	.288*
α		.654	.654

ข้อความ		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ	
		ครั้งที่1	ครั้งที่2
6. แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย (Sickness Orientation)			
14.	มันเป็นเรื่องธรรมดาที่ฉันจะเจ็บป่วยในบางครั้ง	.221*	-
23.	มันเป็นเรื่องธรรมดา ที่บางครั้งฉันก็เกิดเจ็บป่วยไม่สบายขึ้นมาเฉยๆ	.139	-
25.	ฉันรู้สึกวิตกกังวลทุกครั้งที่ไม่สบาย ไม่ว่าจะฉันจะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือป่วยมากก็ตาม	.289*	.510*
26.	คนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว มักจะบ่นว่าฉันวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของตัวเองมากเกินไป	.475*	.348*
30.	ทุกครั้งที่ไม่สบาย ฉันจะวิตกกังวลอย่างมาก	.358*	.399*
32.	บางครั้งฉันก็รู้สึกว่า ฉันวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของตัวเองมากเกินไป	.325*	.347*
α		.560	.612

r critical = .168, df = 100, p < .05

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์มาตรวัดการรับรู้การตัดสินใจ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation) (N = 100)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ
1. ในเวลาที่ท่านเกษียณอายุงาน ท่านอยากเกษียณอายุงานหรือไม่	.712*
2. เมื่อท่านพูดคุย หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานของท่าน คนอื่น สนใจฟังหรือให้ความสำคัญกับเรื่องที่ท่านพูดมากน้อยแค่ไหน	.174*
3. ท่านคิดว่าเวลาที่ท่านเกษียณอายุงานเหมาะสมหรือไม่	.597*
4. จากความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ท่านรู้สึกมีความสุขมากน้อยเพียงใดที่ได้เกษียณอายุงาน	.548*
α	.697

r critical = .168, df = 100, p < .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่ามาตรวัดประสพการณ์ทางบวกและทางลบ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด

(Corrected Item-Total Correlation) (N = 100)

ข้อความ		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ	
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1.	รู้สึกดี	.664*	.683*
2.	รู้สึกแย้	.546*	.553*
3.	รู้สึกเบิกบาน แจ่มใส	.480*	.476*
4.	รู้สึกหมองหม่น ไม่แจ่มใส	.557*	.558*
5.	รู้สึกมีความสุข	.481*	.472*
6.	รู้สึกหดหู่	.159	-
7.	เศร้าหมอง	.686*	.712*
8.	รู้สึกกลัว	.547*	.552*
9.	รู้สึกรำเริง	.345*	.359*
10.	รู้สึกโกรธ	.368*	.376*
11.	รู้สึกหงุดหงิด	.362*	.314*
12.	รู้สึกอึดอัดอึดใจ	.535*	.540*
α		.827	.834

r critical = .168, df = 100, p < .05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด (Corrected Item-Total
Correlation) (N = 100)

ข้อความ		ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่าง ข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของ ข้ออื่นๆ	
		ครั้งที่1	ครั้งที่2
1.	ฉันได้ใช้ชีวิตแบบที่ฉันต้องการ	.569*	.587*
2.	ฉันและคนในครอบครัวคอยดูแลฉันเสมอ	.588*	.601*
3.	ฉันและคนในครอบครัวคอยห่วงใยกันเสมอ	.418*	.417*
4.	ฉันสนุกกับการได้ทำเรื่องต่างๆ ในแต่ละวัน	.523*	.530*
5.	ฉันชอบทำให้คนอื่นมีความสุข	.532*	.538*
6.	ฉันทำได้ดี สำหรับเรื่องที่ผมอยากจะทำ	.601*	.605*
7.	ฉันเป็นคนดี	.144	-
8.	ฉันมีชีวิตที่ดี	.640*	.647*
9.	ฉันมีสิ่งดีๆรออยู่ในชีวิต	.616*	.607*
10.	ผู้คนให้ความเคารพนับถือในตัวฉัน	.559*	.553*
α		.831	.846

r critical = .168, $df = 100$, $p < .05$

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์มาตรวัดความพึงพอใจในชีวิต โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation) (N = 100)

ข้อความ		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ
1.	ฉันมีชีวิตที่สมหวังตามที่เคยฝันเอาไว้	.667*
2.	ชีวิตของฉันในตอนนี เรียกว่าเยี่ยมยอด	.723*
3.	ฉันรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต	.553*
4.	สำหรับเรื่องสำคัญในชีวิต ฉันเชื่อว่าฉันได้ครบทุกอย่างที่ต้องการแล้ว	.499*
5.	ถ้าย้อนเวลากลับไปได้ ฉันก็ยังคงเลือกที่จะมีชีวิตแบบนี้ที่เป็นอยู่ โดยไม่เปลี่ยนแปลงอะไร	.653*
α		.823

r critical = .168, df = 100, p < .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 มาตรการรับรู้สุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงจากมาตรการรับรู้สุขภาพของ Ware (1976)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามระดับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของ Lemon และคณะ (1972)

ตอนที่ 4 มาตรการควบคุมการตัดสินใจที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงขึ้นจากแนวคิดของ Quine และคณะ (2007)

ตอนที่ 5 มาตรการสุขภาวะที่ผู้วิจัยพัฒนาจากมาตรการสุขภาวะของ Diener และคณะ (2009)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเรื่องสภาวะของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ประกอบการงานวิจัยเรื่องสภาวะของผู้สูงอายุวัยเกษียณอายุงาน โดยนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามชุดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที **กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ และตอบตรงตามความคิดของท่าน** ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อผู้ตอบ และใช้ในการวิจัยเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์เป็นภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล

นางสาว อภาพร อุษณวัฒน์
นิสิตคณะจิตวิทยา สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรุณาให้ข้อมูลเบื้องต้นของท่าน ดังต่อไปนี้

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|--------|
| 1. ท่านเกษียณอายุงานแล้ว | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 2. ขณะนี้ท่านมีอายุ 55 ปีขึ้นไป | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 3. ท่านเคยทำงานมาอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 ปี | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 4. ขณะนี้ท่านอาศัยอยู่ใน กทม. หรืออำเภอเมือง
ในจังหวัดอื่นๆ | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |

หมายเหตุ

- ก: หากคำตอบ ทุกข้อ ข้างต้นของท่านคือ “ใช่”
กรุณาเปิดหน้าต่อไปเพื่อทำแบบสอบถามต่อจนครบถ้วน
- ข: หากคำตอบข้างต้นของท่านมีคำตอบ “ไม่ใช่” แม้เพียงหนึ่งข้อ
กรุณาหยุดทำและส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้แจก

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านได้สละเวลาเอื้อเฟื้อในการทำแบบสอบถามครั้งนี้

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความด้านล่างโดยละเอียด และทำเครื่องหมาย X หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน หรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย/หย่า
4. บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับท่าน**ในขณะนี้** (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 คู่สมรส พ่อแม่ พี่น้อง ลูก อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. ท่านเกษียณอายุงานมาแล้ว เดือน ปี
6. ตำแหน่งงานสุดท้ายที่ท่านทำ ก่อนเกษียณอายุงาน คือ

7. ปัจจุบัน ท่านทำงานหรือไม่
 ทำงานเต็มเวลา (Full Time) ทำงานมา.....เดือนปี
 ทำงานแต่ไม่เต็มเวลา (Part Time) ทำงานมา.....เดือนปี
 ไม่ได้ทำงาน
8. รายได้ในแต่ละเดือนของท่านในปัจจุบัน..... บาท/ เดือน
9. แหล่งรายได้ของท่านมาจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 เงินออมส่วนตัว รายได้จากการทำงานในปัจจุบัน รายได้จากคู่ครอง
 รายได้จากบุตรหลาน อื่นๆ (โปรดระบุ).....
10. ท่านจบการศึกษาระดับใด
 ประถมต้น ประถมปลาย มัธยมต้น มัธยมปลาย
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ปริญญาโท ปริญญาเอก
 อื่นๆ (โปรดระบุ)
11. ขณะนี้ท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดอำเภอ/เขต.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณานึกถึงสุขภาพของท่านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และตอบว่าท่านเห็นด้วยมากน้อยเพียงใดกับข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย X ในช่องที่ ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

วิธีการตอบ

หากท่าน **เห็นด้วยมากที่สุด**กับข้อความในแต่ละข้อ ให้ใส่เครื่องหมาย X ที่หมายเลข 5

หากท่าน **เห็นด้วย**กับข้อความในแต่ละข้อ ให้ใส่เครื่องหมาย X ที่หมายเลข 4

หากท่าน **ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอกัน**กับข้อความในแต่ละข้อ ให้ใส่เครื่องหมาย X ที่หมายเลข 3

หากท่าน **ไม่เห็นด้วย**กับข้อความในแต่ละข้อ ให้ใส่เครื่องหมาย X ที่หมายเลข 2

หากท่าน **ไม่เห็นด้วยเลย**กับข้อความในแต่ละข้อ ให้ใส่เครื่องหมาย X ที่หมายเลข 1

ข้อความ		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอกัน	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย
		5	4	3	2	1
1.	ในช่วงนี้ สุขภาพของฉันไม่ดีเหมือนแต่ก่อน	5	4	3	2	1
2.	ครั้งหนึ่งในอดีต ฉันเคยป่วยหนักมากจนคิดว่าจะไม่รอด	5	4	3	2	1
3.	ฉันคิดว่าเมื่ออายุมากขึ้น ฉันน่าจะไม่มีสบายหรือเจ็บป่วยอีกหลายครั้ง	5	4	3	2	1
4.	ฉันป่วยหรือไม่สบายง่ายกว่าคนทั่วไป	5	4	3	2	1
5.	ฉันไม่เคยสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองเลย	5	4	3	2	1

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	เห็นด้วย และไม่ เห็นด้วย พอๆกัน	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย เลย
	5	4	3	2	1
6. ฉันรู้สึกวิตกกังวลทุกครั้งที่ไม่สบาย ไม่ว่าจะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือป่วยมากก็ตาม	5	4	3	2	1
7. ช่วงนี้ ฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย	5	4	3	2	1
8. เวลาที่ไม่สบายแต่ละครั้ง ฉันมักจะป่วยครั้งละนานๆ	5	4	3	2	1
9. ถึงจะอายุมากขึ้น ฉันก็จะยังคงมีสุขภาพดีกว่าคนอื่นในวัยเดียวกันอย่างแน่นอน	5	4	3	2	1
10. ฉันมีร่างกายที่แข็งแรง และไม่ป่วยง่าย	5	4	3	2	1
11. ฉันสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองมากกว่าคนทั่วไป	5	4	3	2	1
12. คนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว มักจะบ่นว่าฉันวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของตัวเองมากเกินไป	5	4	3	2	1
13. หมอบอกว่า ในช่วงนี้สุขภาพของฉันไม่ค่อยดี	5	4	3	2	1
14. ฉันเคยป่วยหนักมาหลายหน	5	4	3	2	1
15. ฉันเชื่อว่าเมื่อฉันอายุมากขึ้น สุขภาพของฉันน่าจะไม่มีดีเท่าเดิม	5	4	3	2	1
16. เมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกันแล้ว ฉันไม่ค่อยเจ็บป่วยง่ายเหมือนพวกเขา	5	4	3	2	1

	ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	เห็นด้วย และไม่ เห็นด้วย พอๆกัน	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย เลย
		5	4	3	2	1
17.	ฉันสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองน้อยกว่า คนทั่วไป	5	4	3	2	1
18.	ทุกครั้งที่ไม่สบาย ฉันจะวิตกกังวลอย่าง มาก	5	4	3	2	1
19.	ในช่วงนี้ ฉันรู้สึกสุขภาพแข็งแรงดีเหมือน แต่ก่อน	5	4	3	2	1
20.	ในชีวิตฉัน ฉันไม่เคยป่วยหรือเจ็บหนัก	5	4	3	2	1
21.	ฉันคาดว่าในอนาคต ฉันจะมีชีวิตที่ดีและ สุขภาพแข็งแรง	5	4	3	2	1
22.	หากมีการแพร่ระบาดของโรค ฉันจะติด โรคได้ง่ายกว่าคนอื่น	5	4	3	2	1
23.	ฉันคอยระวังและให้ความสำคัญกับ ปัญหาสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ	5	4	3	2	1
24.	บางครั้งฉันก็รู้สึกว่า ฉันวิตกกังวลกับ ความเจ็บป่วยของตัวเองมากเกินไป	5	4	3	2	1

ตอนที่ 4 การตัดสินใจในการเกษียณอายุงาน

คำชี้แจง กรุณาอ่านคำถามแต่ละข้อให้ละเอียด และตอบตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

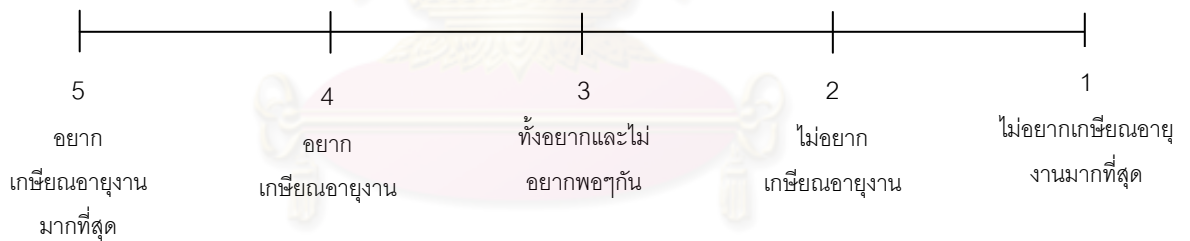
1. ท่านเกษียณอายุงานในลักษณะใด

ตัดสินใจเกษียณอายุงานก่อนถึงเวลา เพราะ (โปรดเลือกตอบตามตัวเลือกด้านล่าง)

- มีปัญหาสุขภาพ
- ต้องการให้ลูกหลานทำหน้าที่แทนตนเอง
- ต้องการพักผ่อนหลังจากทำงานมานาน
- ต้องการดูแลบุคคลในครอบครัว
- บุคคลในครอบครัวขอร้องให้เกษียณอายุงาน
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

เกษียณอายุงานเมื่อถึงเวลาตามระเบียบการทำงาน

2. ในเวลาที่ท่านเกษียณอายุงาน ท่านอยากเกษียณอายุงานหรือไม่



3. เมื่อท่านพูดคุย หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเกษียณอายุงานของท่าน คนอื่นสนใจฟังหรือให้ความสำคัญกับเรื่องที่ท่านพูดมากน้อยแค่ไหน



4. ท่านคิดว่าเวลาที่ท่านเกษียณอายุงานเหมาะสมหรือไม่

เร็วเกินไป เหมาะสมแล้ว ช้าเกินไป

5. จากความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ท่านรู้สึกมีความสุขมากน้อยเพียงใดที่ได้เกษียณอายุงาน



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 มาตรฐานวัดสุขภาพ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึก

คำชี้แจง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกดังข้อความข้างล่างนี้ **บ่อยเพียงใด**

ข้อความ	บ่อยมากที่สุด 5	ค่อนข้างบ่อย 4	ปานกลาง 3	บางครั้ง 2	ไม่เคยรู้สึกเลย 1
1. รู้สึกดี	5	4	3	2	1
2. รู้สึกแย	5	4	3	2	1
3. รู้สึกเบิกบาน แจ่มใส	5	4	3	2	1
4. รู้สึกหมองหม่น ไม่แจ่มใส	5	4	3	2	1
5. รู้สึกมีความสุข	5	4	3	2	1
6. รู้สึกหดหู่	5	4	3	2	1
7. เศร้าหมอง	5	4	3	2	1
8. รู้สึกกลัว	5	4	3	2	1
9. รู้สึกรำเริง	5	4	3	2	1
10. หงุดหงิด	5	4	3	2	1
11. รู้สึกอึดอัดอึดใจ	5	4	3	2	1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 มาตรวัดความงอกงาม

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วตอบว่า ท่านเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย X ในช่องที่ ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย
	5	4	3	2	1
1. ฉันได้ใช้ชีวิตแบบที่ฉันต้องการ	5	4	3	2	1
2. ฉันและคนในครอบครัวคอยดูแลฉันเสมอ	5	4	3	2	1
3. ฉันและคนในครอบครัวคอยห่วงใยกันเสมอ	5	4	3	2	1
4. ฉันสนุกกับการได้ทำเรื่องต่างๆ ในแต่ละวัน	5	4	3	2	1
5. ฉันชอบทำให้คนอื่นมีความสุข	5	4	3	2	1
6. ฉันทำได้ดี สำหรับเรื่องที่ฉันอยากจะทำ	5	4	3	2	1
7. ฉันมีชีวิตที่ดี	5	4	3	2	1
8. ฉันมีสิ่งดีๆ รออยู่ในชีวิต	5	4	3	2	1
9. ผู้คนให้ความเคารพนับถือในตัวฉัน	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 3 มาตรวัดความพึงพอใจในชีวิต

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วตอบว่าท่านเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย X ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ		เห็นด้วยมากที่สุด	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย
		5	4	3	2	1
1.	ฉันมีชีวิตที่สมหวังตามที่เคยฝันเอาไว้	5	4	3	2	1
2.	ชีวิตของฉันในตอนี้ เรียกว่าเยี่ยมยอด	5	4	3	2	1
3.	ฉันรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต	5	4	3	2	1
4.	สำหรับเรื่องสำคัญในชีวิต ฉันเชื่อว่าฉันได้ครบทุกอย่างที่ต้องการแล้ว	5	4	3	2	1
5.	ถ้าย้อนเวลากลับไปได้ ฉันก็ยังคงเลือกที่จะมีชีวิตแบบนี้ที่เป็นอยู่ โดยไม่เปลี่ยนแปลงอะไร	5	4	3	2	1

ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้ช่วยผู้วิจัย

1. นายอิทธิพล พิณีจิรา นิสิตชั้นปีที่ 4 หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

สัญลักษณ์ทางสถิติ

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ทางสถิติแทนความหมายต่างๆ ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนค่าสถิติ

N	หมายถึง	จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
n	หมายถึง	จำนวนตัวอย่างในการวิเคราะห์
M	หมายถึง	ค่ามัธยฐานเลขคณิตหรือค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
α	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน
b	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย
R	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
t	หมายถึง	ค่าสถิติทดสอบที
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
df	หมายถึง	องศาอิสระ
SE	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
SS	หมายถึง	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
SC	หมายถึง	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน สมบูรณ์
K	หมายถึง	เวกเตอร์ตัวแปรภายนอกแฝง K

E	หมายถึง	เวกเตอร์ตัวแปรภายในแฝง E
LY	หมายถึง	เมทริกซ์พารามิเตอร์น้ำหนัก องค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ Y
LX	หมายถึง	เมทริกซ์พารามิเตอร์น้ำหนัก องค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ X
GA	หมายถึง	เมทริกซ์อิทธิพลเชิงสาเหตุทางตรงจาก ตัวแปรภายนอกแฝงไปยังตัวแปรแฝง ภายใน
BE	หมายถึง	เมทริกซ์อิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่าง ตัวแปรแฝงภายใน
SRMR	หมายถึง	ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสอง ของส่วนที่เหลือมาตรฐาน
RMSEA	หมายถึง	Root Mean Square Error of Approximation
GFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน
AGFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ แล้ว

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปรแฝง

HEALTH	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้สุขภาพ
INCOME	หมายถึง	ตัวแปรแฝงรายได้
EDUC	หมายถึง	ตัวแปรแฝงระดับการศึกษา
ACT	หมายถึง	ตัวแปรแฝงระดับกิจกรรม
CTRL	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการควบคุมการตัดสินใจ
SWB	หมายถึง	ตัวแปรแฝงสุขภาวะ

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปรสังเกตได้

HCURRENT	หมายถึง	การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน
HPRIOR	หมายถึง	การรับรู้สุขภาพในอดีต
HOUTLOOK	หมายถึง	เจตคติต่อสุขภาพ
HRESIST	หมายถึง	ความต้านทานต่อการเจ็บป่วย
HCONCERN	หมายถึง	การดูแลสุขภาพ
HSICORI	หมายถึง	แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย
INCOMK	หมายถึง	รายได้ (พันบาท)
EDUCY	หมายถึง	จำนวนปีที่ศึกษา
INFACT	หมายถึง	กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ
FORACT	หมายถึง	กิจกรรมที่เป็นทางการ
LEISURE	หมายถึง	งานอดิเรก
CTRL1	หมายถึง	ระดับการควบคุมการตัดสินใจ
AFFECT	หมายถึง	ความรู้สึก
FLOUR	หมายถึง	ความมั่งคั่ง
LIFSAT	หมายถึง	ความพึงพอใจในชีวิต

ภาคผนวก จ

รายงานผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะผู้สูงอายุไทยหลัง
เกษียณอายุงาน : อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้และระดับการศึกษาที่ส่งผ่านระดับ
กิจกรรมและการควบคุมการตัดสินใจ

DATE: 2/23/2011
TIME: 21:57

LISREL 8.80 (STUDENT EDITION)

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file D:\(B) Study Room\Thesis Chamber\4. SEM\2011-02-23\4.LS8:

TI
DA NI=15 NO=440 MA=CM

ME
13.88 16.65 14.44 15.93 16.42 15.83 13.74 11.95 26.18 10.23 36.96 12.44 41.48 37.54 19.45
SD
3.00 3.20 3.12 2.81 2.67 2.89 22.38 4.58 23.14 8.54 15.68 2.44 4.32 4.60 3.35
KM
1.00
0.40 1.00
0.53 0.34 1.00
0.57 0.47 0.56 1.00
0.19 0.14 0.25 0.30 1.00
0.40 0.47 0.32 0.41 0.17 1.00
0.18 0.13 0.03 0.13 0.01 0.14 1.00
0.19 0.15 0.03 0.06 0.09 0.17 0.17 1.00
-0.06 0.05 0.14 0.07 0.02 0.08 -0.06 0.07 1.00
0.01 0.07 0.25 0.14 0.20 0.12 -0.18 -0.01 0.39 1.00
0.05 0.16 0.02 0.11 -0.02 0.11 0.10 0.08 0.17 0.11 1.00
0.04 -0.03 0.00 0.04 0.00 0.04 0.10 -0.13 -0.03 -0.09 -0.04 1.00
0.34 0.25 0.16 0.28 0.13 0.45 0.23 0.13 0.05 0.01 0.13 0.09 1.00
0.24 0.05 0.30 0.24 0.27 0.25 0.10 0.09 0.13 0.13 0.01 0.23 0.42 1.00
0.25 0.06 0.28 0.25 0.21 0.22 0.11 0.11 0.10 0.13 0.04 0.24 0.43 0.75 1.00

SE
9 10 11 12 13 14 15 1 2 3 4 5 6 7 8 /
MO NX=8 NY=7 NK=3 NE=3 BE=FU,FI GA=FU,FI PS=DI,FR TE=SY,FI TD=SY,FI PH=FU,FI

LE
activity control swb
LK

health income educ
FR LY(2,1) LY(3,1) LY(6,3) LY(7,3) LY(1,1) LY(5,3)

FR TE(1,1) TE(2,2) TE(3,3) TE(5,5) TE(6,6) TE(7,7)
VA .835 LY(4,2)
VA .165 TE(4,4)

FR LX(2,1) LX(3,1) LX(4,1) LX(5,1) LX(6,1)
FR LX(1,1) LX(7,2) LX(8,3)
FR TD(1,1) TD(2,2) TD(3,3) TD(4,4) TD(5,5) TD(6,6)
VA 0 TD(7,7) TD(8,8)
ST 1

FR GA(1,1) GA(2,1) GA(3,1) GA(3,2) GA(3,3) GA(2,2)
VA .05 GA(1,2)
FR BE(3,1) BE(3,2)

FR PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(1,2) PH(2,1) PH(1,3) PH(3,1) PH(2,3) PH(3,2)
FR TD(6,2) TE(5,3) TE(7,6) TD(8,1) TD(7,2) TE(5,2) TD(4,2) TD(5,1) TH(1,2) TH(1,5) TH(3,3) TD(3,1) TD(4,1)
TD(5,2) TD(6,1) TD(6,3) TD(6,4) c
TH(6,5) TH(1,1) TH(7,2) TE(5,4) TE(3,2) TD(7,1) TD(6,5) TE(5,1) TE(6,2) TE(6,3) TE(6,4) TD(8,2) TH(2,5)
TD(8,5) TH(5,2) TH(7,3) TH(2,3) TH(3,2) c
TH(3,5) TD(8,6) TH(5,6) TH(5,7) TH(8,1) TH(8,3)
PD
OU SS SC SE TV EF RS FS MI ND=3 AD=80

TI

Number of Input Variables 15
Number of Y - Variables 7
Number of X - Variables 8
Number of ETA - Variables 3
Number of KSI - Variables 3
Number of Observations 440

TI

Covariance Matrix

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 9	535.460					
VAR 10	77.070	72.932				
VAR 11	61.682	14.730	245.862			
VAR 12	-1.694	-1.875	-1.530	5.954		
VAR 13	4.998	0.369	8.806	0.949	18.662	
VAR 14	13.838	5.107	0.721	2.582	8.346	21.160
VAR 15	7.752	3.719	2.101	1.962	6.223	11.557
VAR 1	-4.165	0.256	2.352	0.293	4.406	3.312
VAR 2	3.702	1.913	8.028	-0.234	3.456	0.736
VAR 3	10.108	6.661	0.978	--	2.157	4.306
VAR 4	4.552	3.360	4.847	0.274	3.399	3.102
VAR 5	1.236	4.560	-0.837	--	1.499	3.316
VAR 6	5.350	2.962	4.985	0.282	5.618	3.323
VAR 7	-31.072	-34.403	35.092	5.461	22.237	10.295
VAR 8	7.419	-0.391	5.745	-1.453	2.572	1.896

Covariance Matrix

	VAR 15	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5
VAR 15	11.223					
VAR 1	2.513	9.000				
VAR 2	0.643	3.840	10.240			
VAR 3	2.927	4.961	3.395	9.734		
VAR 4	2.353	4.805	4.226	4.910	7.896	
VAR 5	1.878	1.522	1.196	2.083	2.251	7.129
VAR 6	2.130	3.468	4.347	2.885	3.330	1.312

VAR 7	8.247	12.085	9.310	2.095	8.175	0.598
VAR 8	1.688	2.611	2.198	0.429	0.772	1.101

Covariance Matrix

	VAR 6	VAR 7	VAR 8
VAR 6	8.352		
VAR 7	9.055	500.864	
VAR 8	2.250	17.425	20.976

TI

Parameter Specifications

LAMBDA-Y

	activity	control	swb
VAR 9	0	0	0
VAR 10	1	0	0
VAR 11	2	0	0
VAR 12	0	0	0
VAR 13	0	0	0
VAR 14	0	0	3
VAR 15	0	0	4

LAMBDA-X

	health	income	educ
VAR 1	5	0	0
VAR 2	6	0	0
VAR 3	7	0	0
VAR 4	8	0	0
VAR 5	9	0	0
VAR 6	10	0	0
VAR 7	0	11	0
VAR 8	0	0	12

BETA

	activity	control	swb
activity	0	0	0
control	0	0	0
swb	13	14	0

GAMMA

	health	income	educ
activity	15	0	0
control	16	17	0
swb	18	19	20

PHI

	health	income	educ
health	0		
income	21	0	
educ	22	23	0

PSI

	activity	control	swb
	24	25	26

THETA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 9	27					
VAR 10	0	28				
VAR 11	0	29	30			
VAR 12	0	0	0	0		
VAR 13	31	32	33	34	35	
VAR 14	0	36	37	38	0	39
VAR 15	0	0	0	0	0	40

THETA-EPS

	VAR 15
VAR 15	41

THETA-DELTA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 1	42	43	0	0	44	0
VAR 2	0	0	46	0	47	0
VAR 3	0	49	50	0	51	0
VAR 4	0	0	0	0	0	0
VAR 5	0	57	0	0	0	58
VAR 6	0	0	0	0	63	0
VAR 7	0	70	71	0	0	0
VAR 8	74	0	75	0	0	0

THETA-DELTA-EPS

	VAR 15
VAR 1	0
VAR 2	0
VAR 3	0
VAR 4	0
VAR 5	59
VAR 6	0
VAR 7	0
VAR 8	0

THETA-DELTA

	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5	VAR 6
VAR 1	45					
VAR 2	0	48				
VAR 3	52	0	53			
VAR 4	54	55	0	56		
VAR 5	60	61	0	0	62	
VAR 6	64	65	66	67	68	69
VAR 7	72	73	0	0	0	0
VAR 8	76	77	0	0	78	79

THETA-DELTA

	VAR 7	VAR 8
VAR 7	0	
VAR 8	0	0

TI

Number of Iterations = 29

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

LAMBDA-Y

	activity	control	swb
VAR 9	12.073	--	--
VAR 10	6.056	--	--
	(1.846)		
	3.280		
VAR 11	5.391	--	--
	(2.009)		
	2.684		
VAR 12	--	0.835	--
VAR 13	--	--	3.182
VAR 14	--	--	2.881
		(0.419)	
		6.869	
VAR 15	--	--	2.096
		(0.306)	
		6.849	

LAMBDA-X

	health	income	educ
VAR 1	2.508	--	--
	(0.242)		
	10.379		
VAR 2	1.504	--	--
	(0.179)		
	8.384		
VAR 3	2.300	--	--
	(0.181)		
	12.712		
VAR 4	2.157	--	--
	(0.162)		
	13.352		
VAR 5	0.941	--	--
	(0.140)		
	6.712		
VAR 6	2.480	--	--
	(0.352)		
	7.047		
VAR 7	--	22.379	--
		(0.754)	
		29.685	
VAR 8	--	--	4.598
		(0.155)	
		29.675	

BETA

	activity	control	swb
activity	--	--	--
control	--	--	--
swb	0.240	0.135	--
	(0.099)	(0.031)	
	2.428	4.327	

GAMMA

	health	income	educ
activity	0.239	0.004	--
	(0.083)		
	2.891		
control	0.151	0.280	--
	(0.129)	(0.134)	
	1.173	2.093	
swb	0.399	0.123	0.170
	(0.071)	(0.053)	(0.055)
	5.627	2.336	3.093

Covariance Matrix of ETA and KSI

	activity	control	swb	health	income	educ
activity	1.000					
control	0.046	8.323				
swb	0.348	1.254	1.000			
health	0.239	0.187	0.506	1.000		
income	0.034	0.299	0.252	0.126	1.000	
educ	0.012	0.057	0.222	0.049	0.175	1.000

PHI

	health	income	educ
health	1.000		
income	0.126 (0.046) 2.722	1.000	
educ	0.049 (0.055) 0.877	0.175 (0.045) 3.893	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	activity	control	swb
activity	0.943 (0.317) 2.977	8.211 (0.570) 14.409	0.477 (0.108) 4.399

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

	activity	control	swb
	0.057	0.013	0.523

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

	activity	control	swb
	0.057	0.013	0.320

Reduced Form

	health	income	educ
activity	0.239 (0.083) 2.891	0.004	--
control	0.151 (0.129) 1.173	0.280 (0.134) 2.093	--
swb	0.477 (0.072) 6.627	0.162 (0.053) 3.054	0.170 (0.055) 3.093

THETA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 9	387.048 (50.578) 7.652					
VAR 10	--	34.952 (11.331) 3.085				
VAR 11	--	-17.118 (11.646) -1.470	217.560 (19.820) 10.977			

VAR 12	--	--	--	0.165	
VAR 13	-5.724	-5.382	2.818	-2.297	8.992
	(4.629)	(1.951)	(2.904)	(0.718)	(1.493)
	-1.236	-2.759	0.970	-3.198	6.021
VAR 14	--	-0.997	-2.009	-0.155	-- 13.087
	(1.159)	(2.183)	(0.407)		(1.438)
	-0.860	-0.921	-0.382		9.101
VAR 15	--	--	--	--	5.709
				(0.952)	
					5.994

THETA-EPS

VAR 15	

VAR 15	6.989
	(0.764)
	9.143

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.274	0.512	0.118	0.972	0.530	0.388

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

VAR 15	

	0.386

THETA-DELTA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
VAR 1	-10.440	-3.221	--	--	0.521	--
	(2.586)	(1.025)			(0.521)	
	-4.037	-3.142			0.999	
VAR 2	--	--	4.831	--	1.584	--
		(1.944)			(0.523)	
		2.485			3.027	
VAR 3	--	2.405	-2.423	--	-1.759	--
		(0.959)	(1.762)		(0.523)	
		2.508	-1.375		-3.366	
VAR 4	--	--	--	--	--	--
VAR 5	--	3.354	--	--	--	1.907
		(0.933)				(0.483)
		3.596				3.946
VAR 6	--	--	--	--	1.883	--
				(0.631)		
				2.986		
VAR 7	--	-28.185	34.765	--	--	--
		(7.959)	(16.109)			
		-3.541	2.158			
VAR 8	8.597	--	6.418	--	--	--
	(4.554)		(3.326)			
	1.888		1.930			

THETA-DELTA-EPS

VAR 15	

VAR 1	--
VAR 2	--
VAR 3	--
VAR 4	--
VAR 5	0.879
	(0.347)
	2.536
VAR 6	--
VAR 7	--
VAR 8	--

THETA-DELTA

	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5	VAR 6
VAR 1	2.705 (1.078) 2.511					
VAR 2	--	7.921 (0.623) 12.713				
VAR 3	-0.758 (0.710) -1.066	--	4.419 (0.665) 6.641			
VAR 4	-0.668 (0.488) -1.369	0.951 (0.428) 2.219	--	3.247 (0.547) 5.934		
VAR 5	-0.831 (0.334) -2.492	-0.084 (0.330) -0.255	--	--	6.209 (0.439) 14.155	
VAR 6	-2.785 (1.051) -2.649	0.701 (0.675) 1.038	-2.855 (0.869) -3.287	-2.012 (0.837) -2.404	-1.018 (0.431) -2.361	2.319 (1.657) 1.399
VAR 7	4.650 (2.491) 1.867	4.418 (2.741) 1.612	--	--	--	--
VAR 8	2.087 (0.558) 3.738	1.928 (0.606) 3.180	--	--	1.012 (0.535) 1.890	1.807 (0.662) 2.730

THETA-DELTA

	VAR 7	VAR 8
VAR 7	--	--
VAR 8	--	--

Squared Multiple Correlations for X - Variables

VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5	VAR 6
0.699	0.222	0.545	0.589	0.125	0.726

Squared Multiple Correlations for X - Variables

VAR 7	VAR 8
1.000	1.000

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 41
 Minimum Fit Function Chi-Square = 54.797 (P = 0.0733)
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 55.156 (P = 0.0688)
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 14.156
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.0 ; 37.648)

Minimum Fit Function Value = 0.125
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.0322
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.0 ; 0.0858)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0280
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0 ; 0.0457)
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.982

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.486
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.453 ; 0.539)
 ECVI for Saturated Model = 0.547
 ECVI for Independence Model = 5.495

Chi-Square for Independence Model with 105 Degrees of Freedom = 2382.190

Independence AIC = 2412.190

Model AIC = 213.156

Saturated AIC = 240.000

Independence CAIC = 2488.491

Model CAIC = 615.011

Saturated CAIC = 850.413

Normed Fit Index (NFI) = 0.977

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.984

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.381

Comparative Fit Index (CFI) = 0.994

Incremental Fit Index (IFI) = 0.994

Relative Fit Index (RFI) = 0.941

Critical N (CN) = 521.345

Root Mean Square Residual (RMR) = 4.067

Standardized RMR = 0.0329

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.984

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.952

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.336

TI

Fitted Covariance Matrix

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 9	532.801					
VAR 10	73.114	71.628				
VAR 11	65.081	15.529	246.620			
VAR 12	0.461	0.231	0.206	5.968		
VAR 13	7.646	1.325	8.788	1.035	19.115	
VAR 14	12.107	5.077	3.397	2.862	9.167	21.387
VAR 15	8.806	4.417	3.932	2.195	6.668	11.746
VAR 1	-3.200	0.411	3.233	0.391	4.556	3.654
VAR 2	4.340	2.177	6.769	0.234	4.003	2.190
VAR 3	6.639	5.736	0.541	0.359	1.941	3.351
VAR 4	6.227	3.124	2.781	0.336	3.471	3.143
VAR 5	2.715	4.716	1.212	0.147	1.513	3.277
VAR 6	7.158	3.590	3.196	0.387	5.872	3.612
VAR 7	9.255	-23.543	38.898	5.596	17.936	16.241
VAR 8	9.281	0.343	6.723	0.217	3.248	2.941

Fitted Covariance Matrix

	VAR 15	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5
VAR 15	11.380					
VAR 1	2.658	8.997				
VAR 2	1.593	3.772	10.182			
VAR 3	2.437	5.012	3.459	9.709		
VAR 4	2.286	4.744	4.195	4.963	7.902	
VAR 5	1.876	1.528	1.330	2.164	2.029	7.094
VAR 6	2.627	3.435	4.430	2.849	3.338	1.314
VAR 7	11.813	11.737	8.666	6.498	6.095	2.657
VAR 8	2.139	2.648	2.264	0.514	0.482	1.222

Fitted Covariance Matrix

	VAR 6	VAR 7	VAR 8
VAR 6	8.468		
VAR 7	7.006	500.806	
VAR 8	2.361	18.049	21.142

Fitted Residuals

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 9	2.658					
VAR 10	3.956	1.303				
VAR 11	-3.399	-0.799	-0.757			
VAR 12	-2.155	-2.107	-1.736	-0.015		
VAR 13	-2.648	-0.956	0.018	-0.086	-0.453	
VAR 14	1.731	0.030	-2.675	-0.281	-0.820	-0.227
VAR 15	-1.054	-0.698	-1.831	-0.233	-0.445	-0.189
VAR 1	-0.965	-0.154	-0.881	-0.098	-0.149	-0.342
VAR 2	-0.638	-0.264	1.259	-0.469	-0.547	-1.454
VAR 3	3.468	0.926	0.437	-0.359	0.215	0.955
VAR 4	-1.676	0.236	2.066	-0.062	-0.072	-0.040
VAR 5	-1.479	-0.155	-2.050	-0.147	-0.014	0.039
VAR 6	-1.808	-0.629	1.789	-0.105	-0.254	-0.289
VAR 7	-40.328	-10.860	-3.806	-0.136	4.301	-5.946
VAR 8	-1.863	-0.734	-0.978	-1.670	-0.676	-1.045

Fitted Residuals

	VAR 15	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5
VAR 15	-0.158					
VAR 1	-0.145	0.003				
VAR 2	-0.950	0.068	0.058			
VAR 3	0.489	-0.051	-0.064	0.025		
VAR 4	0.067	0.061	0.031	-0.053	-0.006	
VAR 5	0.002	-0.006	-0.134	-0.081	0.221	0.035
VAR 6	-0.497	0.033	-0.083	0.036	-0.009	-0.003
VAR 7	-3.566	0.348	0.644	-4.403	2.080	-2.060
VAR 8	-0.451	-0.037	-0.066	-0.086	0.290	-0.121

Fitted Residuals

	VAR 6	VAR 7	VAR 8
VAR 6	-0.116		
VAR 7	2.049	0.058	
VAR 8	-0.111	-0.624	-0.166

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -40.328
 Median Fitted Residual = -0.135
 Largest Fitted Residual = 4.301

Stemleaf Plot

```

-40|3
-38|
-36|
-34|
-32|
-30|
-28|
-26|
-24|
-22|
-20|
-18|
-16|
-14|
-12|
-10|9
-8|
-6|
-4|94
-2|864762110
0|98877755100000988877766655555443333322222211111111111111111000000000+09
0|1111122233456903378
2|01175
4|03
    
```



Standardized Residuals

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 9	1.185					
VAR 10	1.518	2.011				
VAR 11	-0.472	-0.489	-0.988			
VAR 12	-0.808	-2.167	-0.952	-1.815		
VAR 13	-1.899	-1.724	0.011	-0.602	-2.506	
VAR 14	0.581	0.038	-1.194	-2.507	-2.967	-1.558
VAR 15	-0.479	-1.014	-0.852	-3.263	-2.267	-2.033
VAR 1	-0.873	-0.369	-0.448	-0.448	-1.293	-1.093
VAR 2	-0.204	-0.238	1.037	-1.407	-2.156	-2.637
VAR 3	1.383	1.798	0.357	-1.361	1.297	2.309
VAR 4	-0.770	0.323	1.097	-0.271	-0.321	-0.120
VAR 5	-0.538	-0.353	-1.054	-0.501	-0.030	0.164
VAR 6	-0.898	-0.949	0.939	-0.508	-2.084	-1.023
VAR 7	-1.660	-2.767	-0.832	-0.191	2.112	-2.033
VAR 8	-0.874	-0.404	-1.089	-3.183	-1.542	-1.657

Standardized Residuals

	VAR 15	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5
VAR 15	-2.649					
VAR 1	-0.629	0.048				
VAR 2	-2.356	0.576	1.106			
VAR 3	1.610	-0.737	-0.386	0.411		
VAR 4	0.273	0.997	0.559	-0.872	-1.385	
VAR 5	0.014	-0.080	-1.373	-0.481	1.842	1.344
VAR 6	-2.410	0.644	-1.109	0.562	-0.175	-0.024
VAR 7	-1.663	0.389	0.752	-1.974	1.085	-0.782
VAR 8	-0.978	-0.402	-0.456	-0.246	1.054	-0.712

Standardized Residuals

	VAR 6	VAR 7	VAR 8
VAR 6	-2.951		
VAR 7	1.233	0.028	
VAR 8	-0.818	-0.558	-2.133

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -3.263
 Median Standardized Residual = -0.504
 Largest Standardized Residual = 2.309

Stemleaf Plot

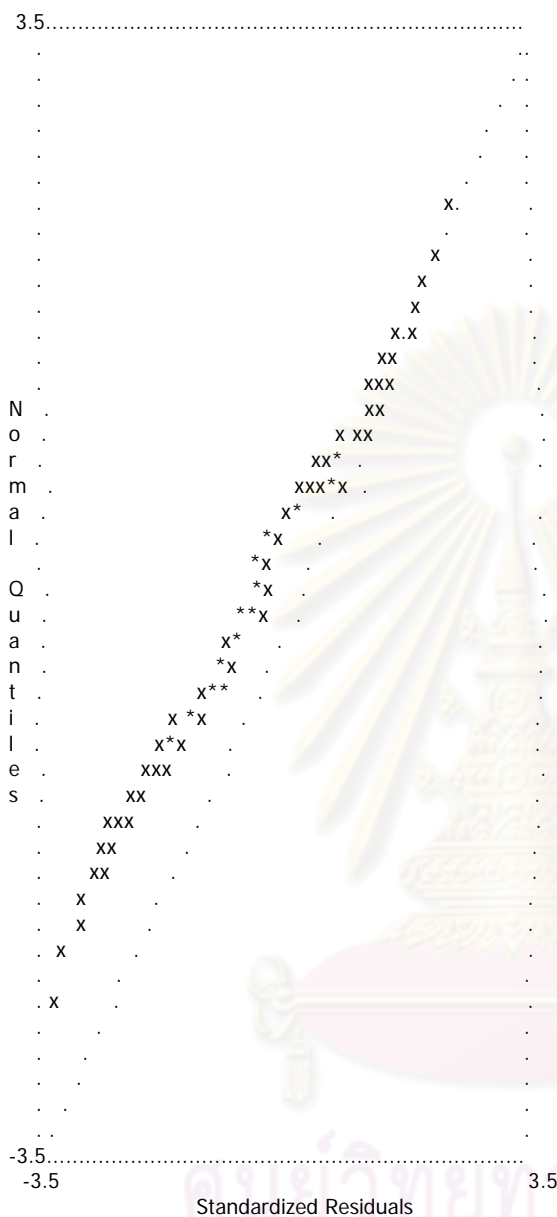
- 3|3200
 - 2|86655
 - 2|4432211000
 - 1|9877765
 - 1|444432111100000
 - 0|999998888776665555555
 - 0|444444332222110000000
 0|233444
 0|6666689
 1|00111122334
 1|5688
 2|013

Largest Negative Standardized Residuals

Residual for VAR 14 and VAR 13 -2.967
 Residual for VAR 15 and VAR 12 -3.263
 Residual for VAR 15 and VAR 15 -2.649
 Residual for VAR 2 and VAR 14 -2.637
 Residual for VAR 6 and VAR 6 -2.951
 Residual for VAR 7 and VAR 10 -2.767
 Residual for VAR 8 and VAR 12 -3.183

TI

Qplot of Standardized Residuals



TI

Modification Indices and Expected Change

Modification Indices for LAMBDA-Y

	activity	control	swb
VAR 9	--	0.152	0.001
VAR 10	--	3.494	3.348
VAR 11	--	0.225	0.001
VAR 12	2.653	--	12.631
VAR 13	0.234	3.411	--
VAR 14	1.511	1.133	--
VAR 15	1.335	0.280	--

Expected Change for LAMBDA-Y

	activity	control	swb
	-----	-----	-----

VAR 9	--	0.137	-0.061
VAR 10	--	-0.236	-1.364
VAR 11	--	-0.121	-0.029
VAR 12	-0.240	--	-1.648
VAR 13	-1.065	1.931	--
VAR 14	0.377	-0.292	--
VAR 15	-0.258	0.106	--

Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	activity	control	swb
VAR 9	--	0.395	-0.061
VAR 10	--	-0.681	-1.364
VAR 11	--	-0.350	-0.029
VAR 12	-0.240	--	-1.648
VAR 13	-1.065	5.572	--
VAR 14	0.377	-0.842	--
VAR 15	-0.258	0.304	--

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	activity	control	swb
VAR 9	--	0.017	-0.003
VAR 10	--	-0.080	-0.161
VAR 11	--	-0.022	-0.002
VAR 12	-0.098	--	-0.675
VAR 13	-0.244	1.274	--
VAR 14	0.082	-0.182	--
VAR 15	-0.077	0.090	--

Modification Indices for LAMBDA-X

	health	income	educ
VAR 1	--	0.090	1.065
VAR 2	--	6.125	6.256
VAR 3	--	3.096	0.172
VAR 4	--	2.847	1.001
VAR 5	--	0.074	0.007
VAR 6	--	0.416	0.295
VAR 7	--	--	10.892
VAR 8	--	--	--

Expected Change for LAMBDA-X

	health	income	educ
VAR 1	--	-0.292	-1.171
VAR 2	--	-2.268	-2.418
VAR 3	--	-0.225	-0.054
VAR 4	--	0.186	0.124
VAR 5	--	-0.033	-0.047
VAR 6	--	0.099	0.556
VAR 7	--	--	35.416
VAR 8	--	--	--

Standardized Expected Change for LAMBDA-X

	health	income	educ
VAR 1	--	-0.292	-1.171
VAR 2	--	-2.268	-2.418
VAR 3	--	-0.225	-0.054
VAR 4	--	0.186	0.124
VAR 5	--	-0.033	-0.047
VAR 6	--	0.099	0.556
VAR 7	--	--	35.416
VAR 8	--	--	--

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-X

	health	income	educ
VAR 1	--	-0.097	-0.390
VAR 2	--	-0.711	-0.758
VAR 3	--	-0.072	-0.017
VAR 4	--	0.066	0.044
VAR 5	--	-0.012	-0.018
VAR 6	--	0.034	0.191
VAR 7	--	--	1.583
VAR 8	--	--	--

Modification Indices for BETA

	activity	control	swb
activity	3.167	2.994	3.794
control	2.653	--	12.631
swb	--	--	--

Expected Change for BETA

	activity	control	swb
activity	-37.924	-0.035	-0.251
control	-0.287	--	-1.974
swb	--	--	--

Standardized Expected Change for BETA

	activity	control	swb
activity	-37.924	-0.012	-0.251
control	-0.099	--	-0.684
swb	--	--	--

Modification Indices for GAMMA

	health	income	educ
activity	--	3.165	0.136
control	--	--	10.873
swb	--	--	--

Expected Change for GAMMA

	health	income	educ
activity	--	-0.157	-0.023
control	--	--	-0.444
swb	--	--	--

Standardized Expected Change for GAMMA

	health	income	educ
activity	--	-0.157	-0.023
control	--	--	-0.154
swb	--	--	--

Modification Indices for PHI

Note: This matrix is diagonal.

	health	income	educ
	--	3.161	--

Expected Change for PHI

Note: This matrix is diagonal.

	health	income	educ
	--	--	--

-- -75.773 --

Standardized Expected Change for PHI

Note: This matrix is diagonal.

health	income	educ
-----	-----	-----
--	-75.773	--

Modification Indices for PSI

	activity	control	swb
	-----	-----	-----
activity	--		
control	2.653	--	
swb	--	--	--

Expected Change for PSI

	activity	control	swb
	-----	-----	-----
activity	--		
control	-0.271	--	
swb	--	--	--

Standardized Expected Change for PSI

	activity	control	swb
	-----	-----	-----
activity	--		
control	-0.094	--	
swb	--	--	--

Modification Indices for THETA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
VAR 9	--					
VAR 10	0.204	--				
VAR 11	0.204	--	--			
VAR 12	0.147	3.045	0.207	--		
VAR 13	--	--	--	--	--	
VAR 14	1.027	--	--	--	0.528	--
VAR 15	0.270	0.301	0.023	--	0.528	--

Modification Indices for THETA-EPS

VAR 15

VAR 15

Expected Change for THETA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
VAR 9	--					
VAR 10	17.992	--				
VAR 11	-16.015	--	--			
VAR 12	0.907	-1.503	-0.782	--		
VAR 13	--	--	--	--	--	
VAR 14	3.432	--	--	--	-0.568	--
VAR 15	-1.217	-0.941	-0.353	--	0.413	--

Expected Change for THETA-EPS

VAR 15

VAR 15

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
-------	--------	--------	--------	--------	--------

VAR 9	--					
VAR 10	0.092	--				
VAR 11	-0.044	--	--			
VAR 12	0.016	-0.073	-0.020	--		
VAR 13	--	--	--	--		
VAR 14	0.032	--	--	--	-0.028	--
VAR 15	-0.016	-0.033	-0.007	--	0.028	--

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

VAR 15

VAR 15 --

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 1	--	--	1.779	0.595	--	0.299
VAR 2	0.256	0.001	--	0.138	--	1.837
VAR 3	2.676	--	--	1.828	--	3.496
VAR 4	1.915	0.438	2.010	0.038	0.651	0.441
VAR 5	0.309	--	1.339	0.112	0.062	--
VAR 6	0.277	0.117	1.136	0.708	--	1.609
VAR 7	2.350	--	--	11.100	3.237	0.480
VAR 8	--	0.023	--	10.873	1.221	0.091

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

VAR 15

VAR 1 0.002
 VAR 2 0.120
 VAR 3 0.083
 VAR 4 0.483
 VAR 5 --
 VAR 6 1.954
 VAR 7 0.297
 VAR 8 1.112

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 1	--	--	-2.464	0.201	--	-0.179
VAR 2	1.358	0.034	--	-0.109	--	-0.518
VAR 3	4.655	--	--	-0.361	--	0.658
VAR 4	-3.065	0.628	2.294	0.044	-0.624	-0.194
VAR 5	-1.501	--	-2.137	0.097	0.130	--
VAR 6	-1.399	-0.357	2.024	0.258	--	0.444
VAR 7	-36.664	--	--	47.206	9.112	-2.180
VAR 8	--	-0.271	--	-1.649	-1.143	-0.193

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

VAR 15

VAR 1 -0.010
 VAR 2 -0.096
 VAR 3 0.075
 VAR 4 0.150
 VAR 5 --
 VAR 6 -0.352
 VAR 7 -1.258
 VAR 8 0.490

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 1	--	--	-0.052	0.027	--	-0.013

VAR 2	0.018	0.001	--	-0.014	--	-0.035
VAR 3	0.065	--	--	-0.047	--	0.046
VAR 4	-0.047	0.026	0.052	0.006	-0.051	-0.015
VAR 5	-0.024	--	-0.051	0.015	0.011	--
VAR 6	-0.021	-0.015	0.044	0.036	--	0.033
VAR 7	-0.071	--	--	0.863	0.093	-0.021
VAR 8	--	-0.007	--	-0.147	-0.057	-0.009

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA-EPS

VAR 15

VAR 1	-0.001
VAR 2	-0.009
VAR 3	0.007
VAR 4	0.016
VAR 5	--
VAR 6	-0.036
VAR 7	-0.017
VAR 8	0.032

Modification Indices for THETA-DELTA

	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5	VAR 6
VAR 1	--					
VAR 2	1.910	--				
VAR 3	--	0.044	--			
VAR 4	--	--	4.858	--		
VAR 5	--	--	2.220	2.486	--	
VAR 6	--	--	--	--	--	--
VAR 7	--	--	3.633	2.423	0.109	0.310
VAR 8	--	--	0.247	0.572	--	--

Modification Indices for THETA-DELTA

	VAR 7	VAR 8
VAR 7	--	
VAR 8	--	--

Expected Change for THETA-DELTA

	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5	VAR 6
VAR 1	--					
VAR 2	0.929	--				
VAR 3	--	0.107	--			
VAR 4	--	--	-2.186	--		
VAR 5	--	--	-0.603	0.578	--	
VAR 6	--	--	--	--	--	--
VAR 7	--	--	-5.227	3.645	-0.863	1.790
VAR 8	--	--	-0.295	0.428	--	--

Expected Change for THETA-DELTA

	VAR 7	VAR 8
VAR 7	--	
VAR 8	--	--

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA

	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5	VAR 6
VAR 1	--					
VAR 2	0.097	--				
VAR 3	--	0.011	--			
VAR 4	--	--	-0.250	--		
VAR 5	--	--	-0.073	0.077	--	
VAR 6	--	--	--	--	--	--
VAR 7	--	--	-0.075	0.058	-0.014	0.027

VAR 8 -- -- -0.021 0.033 -- --

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA

	VAR 7	VAR 8
VAR 7	--	
VAR 8	--	--

Maximum Modification Index is 12.63 for Element (2, 3) of BETA

TI

Factor Scores Regressions

ETA

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
activity	0.012	0.075	0.013	-0.009	0.034	0.014
control	-0.001	0.005	-0.004	1.173	0.233	-0.022
swb	0.001	0.019	0.000	0.120	0.119	0.032

ETA

	VAR 15	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5
activity	-0.012	0.081	-0.017	-0.029	-0.006	-0.036
control	-0.075	-0.056	-0.015	0.054	-0.017	0.002
swb	0.030	0.017	-0.031	0.050	0.025	-0.023

ETA

	VAR 6	VAR 7	VAR 8
activity	-0.005	0.002	-0.021
control	-0.107	-0.002	-0.002
swb	0.007	0.003	0.018

KSI

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
health	0.003	-0.005	0.002	0.002	-0.031	-0.004
income	-0.003	0.023	-0.007	0.000	0.010	-0.001
educ	-0.005	0.007	-0.004	-0.003	0.029	0.005

KSI

	VAR 15	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5
health	0.002	0.156	-0.049	0.073	0.069	0.039
income	-0.006	-0.034	-0.023	0.001	0.024	-0.012
educ	0.000	-0.091	-0.035	0.040	0.066	-0.040

KSI

	VAR 6	VAR 7	VAR 8
health	0.227	-0.001	-0.031
income	0.004	0.047	0.007
educ	-0.048	0.001	0.236

TI

Standardized Solution

LAMBDA-Y

	activity	control	swb
VAR 9	12.073	--	--

VAR 10	6.056	--	--
VAR 11	5.391	--	--
VAR 12	--	2.409	--
VAR 13	--	--	3.182
VAR 14	--	--	2.881
VAR 15	--	--	2.096

LAMBDA-X

	health	income	educ
VAR 1	2.508	--	--
VAR 2	1.504	--	--
VAR 3	2.300	--	--
VAR 4	2.157	--	--
VAR 5	0.941	--	--
VAR 6	2.480	--	--
VAR 7	--	22.379	--
VAR 8	--	--	4.598

BETA

	activity	control	swb
activity	--	--	--
control	--	--	--
swb	0.240	0.389	--

GAMMA

	health	income	educ
activity	0.239	0.004	--
control	0.052	0.097	--
swb	0.399	0.123	0.170

Correlation Matrix of ETA and KSI

	activity	control	swb	health	income	educ
activity	1.000					
control	0.016	1.000				
swb	0.348	0.435	1.000			
health	0.239	0.065	0.506	1.000		
income	0.034	0.104	0.252	0.126	1.000	
educ	0.012	0.020	0.222	0.049	0.175	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	activity	control	swb
	0.943	0.987	0.477

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	health	income	educ
activity	0.239	0.004	--
control	0.052	0.097	--
swb	0.477	0.162	0.170

TI

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y

	activity	control	swb
VAR 9	0.523	--	--
VAR 10	0.716	--	--

VAR 11	0.343	--	--
VAR 12	--	0.986	--
VAR 13	--	--	0.728
VAR 14	--	--	0.623
VAR 15	--	--	0.621

LAMBDA-X

	health	income	educ
VAR 1	0.836	--	--
VAR 2	0.471	--	--
VAR 3	0.738	--	--
VAR 4	0.767	--	--
VAR 5	0.353	--	--
VAR 6	0.852	--	--
VAR 7	--	1.000	--
VAR 8	--	--	1.000

BETA

	activity	control	swb
activity	--	--	--
control	--	--	--
swb	0.240	0.389	--

GAMMA

	health	income	educ
activity	0.239	0.004	--
control	0.052	0.097	--
swb	0.399	0.123	0.170

Correlation Matrix of ETA and KSI

	activity	control	swb	health	income	educ
activity	1.000					
control	0.016	1.000				
swb	0.348	0.435	1.000			
health	0.239	0.065	0.506	1.000		
income	0.034	0.104	0.252	0.126	1.000	
educ	0.012	0.020	0.222	0.049	0.175	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	activity	control	swb
	0.943	0.987	0.477

THETA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 9	0.726					
VAR 10	--	0.488				
VAR 11	--	-0.129	0.882			
VAR 12	--	--	--	0.028		
VAR 13	-0.057	-0.145	0.041	-0.215	0.470	
VAR 14	--	-0.025	-0.028	-0.014	--	0.612
VAR 15	--	--	--	--	--	0.366

THETA-EPS

	VAR 15
VAR 15	0.614

THETA-DELTA-EPS

	VAR 9	VAR 10	VAR 11	VAR 12	VAR 13	VAR 14
VAR 1	-0.151	-0.127	--	--	0.040	--
VAR 2	--	--	0.096	--	0.114	--
VAR 3	--	0.091	-0.050	--	-0.129	--
VAR 4	--	--	--	--	--	--
VAR 5	--	0.149	--	--	--	0.155
VAR 6	--	--	--	0.148	--	--
VAR 7	--	-0.149	0.099	--	--	--
VAR 8	0.081	--	0.089	--	--	--

THETA-DELTA-EPS

	VAR 15
VAR 1	--
VAR 2	--
VAR 3	--
VAR 4	--
VAR 5	0.098
VAR 6	--
VAR 7	--
VAR 8	--

THETA-DELTA

	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5	VAR 6
VAR 1	0.301					
VAR 2	--	0.778				
VAR 3	-0.081	--	0.455			
VAR 4	-0.079	0.106	--	0.411		
VAR 5	-0.104	-0.010	--	--	0.875	
VAR 6	-0.319	0.075	-0.315	-0.246	-0.131	0.274
VAR 7	0.069	0.062	--	--	--	--
VAR 8	0.151	0.131	--	--	0.083	0.135

THETA-DELTA

	VAR 7	VAR 8
VAR 7	--	--
VAR 8	--	--

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	health	income	educ
activity	0.239	0.004	--
control	0.052	0.097	--
swb	0.477	0.162	0.170

TI

Total and Indirect Effects

Total Effects of KSI on ETA

	health	income	educ
activity	0.239	0.004	--
	(0.083)		
	2.891		
control	0.151	0.280	--
	(0.129)	(0.134)	
	1.173	2.093	
swb	0.477	0.162	0.170
	(0.072)	(0.053)	(0.055)
	6.627	3.054	3.093

Indirect Effects of KSI on ETA

	health	income	educ
activity	--	--	--
control	--	--	--
swb	0.078	0.039	--
	(0.033)	(0.020)	
	2.349	1.971	

Total Effects of ETA on ETA

	activity	control	swb
activity	--	--	--
control	--	--	--
swb	0.240	0.135	--
	(0.099)	(0.031)	
	2.428	4.327	

Largest Eigenvalue of B*B' (Stability Index) is 0.076

Total Effects of ETA on Y

	activity	control	swb
VAR 9	12.073	--	--
VAR 10	6.056	--	--
	(1.846)		
	3.280		
VAR 11	5.391	--	--
	(2.009)		
	2.684		
VAR 12	--	0.835	--
VAR 13	0.764	0.429	3.182
	(0.315)	(0.099)	
	2.428	4.327	
VAR 14	0.692	0.389	2.881
	(0.266)	(0.074)	(0.419)
	2.606	5.265	6.869
VAR 15	0.503	0.283	2.096
	(0.192)	(0.051)	(0.306)
	2.622	5.572	6.849

Indirect Effects of ETA on Y

	activity	control	swb
VAR 9	--	--	--
VAR 10	--	--	--
VAR 11	--	--	--
VAR 12	--	--	--
VAR 13	0.764	0.429	--
	(0.315)	(0.099)	
	2.428	4.327	
VAR 14	0.692	0.389	--
	(0.266)	(0.074)	
	2.606	5.265	
VAR 15	0.503	0.283	--
	(0.192)	(0.051)	
	2.622	5.572	

Total Effects of KSI on Y

	health	income	educ
VAR 9	2.880	0.050	--
	(0.996)		
	2.891		
VAR 10	1.445	0.025	--
	(0.391)	(0.008)	
	3.691	3.280	
VAR 11	1.286	0.022	--

	(0.427)	(0.008)	
	3.012	2.684	
VAR 12	0.126	0.234	--
	(0.108)	(0.112)	
	1.173	2.093	
VAR 13	1.517	0.515	0.542
	(0.229)	(0.169)	(0.175)
	6.627	3.054	3.093
VAR 14	1.374	0.466	0.491
	(0.207)	(0.157)	(0.161)
	6.625	2.970	3.054
VAR 15	0.999	0.339	0.357
	(0.151)	(0.114)	(0.117)
	6.630	2.970	3.053

TI

Standardized Total and Indirect Effects

Standardized Total Effects of KSI on ETA

	health	income	educ
activity	0.239	0.004	--
control	0.052	0.097	--
swb	0.477	0.162	0.170

Standardized Indirect Effects of KSI on ETA

	health	income	educ
activity	--	--	--
control	--	--	--
swb	0.078	0.039	--

Standardized Total Effects of ETA on ETA

	activity	control	swb
activity	--	--	--
control	--	--	--
swb	0.240	0.389	--

Standardized Total Effects of ETA on Y

	activity	control	swb
VAR 9	12.073	--	--
VAR 10	6.056	--	--
VAR 11	5.391	--	--
VAR 12	--	2.409	--
VAR 13	0.764	1.238	3.182
VAR 14	0.692	1.121	2.881
VAR 15	0.503	0.815	2.096

Completely Standardized Total Effects of ETA on Y

	activity	control	swb
VAR 9	0.523	--	--
VAR 10	0.716	--	--
VAR 11	0.343	--	--
VAR 12	--	0.986	--
VAR 13	0.175	0.283	0.728
VAR 14	0.150	0.242	0.623
VAR 15	0.149	0.242	0.621

Standardized Indirect Effects of ETA on Y

	activity	control	swb
VAR 9	--	--	--

VAR 10	--	--	--
VAR 11	--	--	--
VAR 12	--	--	--
VAR 13	0.764	1.238	--
VAR 14	0.692	1.121	--
VAR 15	0.503	0.815	--

Completely Standardized Indirect Effects of ETA on Y

	activity	control	swb
VAR 9	--	--	--
VAR 10	--	--	--
VAR 11	--	--	--
VAR 12	--	--	--
VAR 13	0.175	0.283	--
VAR 14	0.150	0.242	--
VAR 15	0.149	0.242	--

Standardized Total Effects of KSI on Y

	health	income	educ
VAR 9	2.880	0.050	--
VAR 10	1.445	0.025	--
VAR 11	1.286	0.022	--
VAR 12	0.126	0.234	--
VAR 13	1.517	0.515	0.542
VAR 14	1.374	0.466	0.491
VAR 15	0.999	0.339	0.357

Completely Standardized Total Effects of KSI on Y

	health	income	educ
VAR 9	0.125	0.002	--
VAR 10	0.171	0.003	--
VAR 11	0.082	0.001	--
VAR 12	0.052	0.096	--
VAR 13	0.347	0.118	0.124
VAR 14	0.297	0.101	0.106
VAR 15	0.296	0.101	0.106

Time used: 0.047 Seconds

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ช
 ตารางค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายนอก
 ที่ส่งอิทธิพลไปยังตัวแปรสังเกตได้ภายใน

ตารางที่ 1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกการรับรู้
 สุขภาพที่ส่งอิทธิพลไปยังตัวแปรสังเกตได้ภายในของตัวแปรแฝงภายในสุขภาพ

ตัวแปรภายนอก → ตัวแปรภายใน	Factor Loading
HEALTH → SWB	
HCURRENT → AFFECT	.243
HCURRENT → FLOUR	.208
HCURRENT → LIFSAT	.207
HPRIOR → AFFECT	.137
HPRIOR → FLOUR	.117
HPRIOR → LIFSAT	.117
HOUTLOOK → AFFECT	.215
HOUTLOOK → FLOUR	.183
HOUTLOOK → LIFSAT	.183
HRESIST → AFFECT	.223
HRESIST → FLOUR	.191
HRESIST → LIFSAT	.190
HCONCERN → AFFECT	.103
HCONCERN → FLOUR	.088
HCONCERN → LIFSAT	.087
HSICORI → AFFECT	.248*
HSICORI → FLOUR	.212
HSICORI → LIFSAT	.211

* ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่าสูงที่สุด

ตารางที่ 2 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกการรับรู้
 สุขภาพที่ส่งอิทธิพลไปยังตัวแปรสังเกตได้ภายในของตัวแปรแฝงภายในสุขภาวะโดยมีตัวแปร
 ระดับกิจกรรมเป็นตัวส่งผ่าน

ตัวแปรภายนอก → ตัวแปรภายใน	Factor Loading
HEALTH → ACT → SWB	
HCURRENT → INFACCT → AFFECT	.018
HCURRENT → INFACCT → FLOUR	.016
HCURRENT → INFACCT → LIFSAT	.016
HCURRENT → FORACT → AFFECT	.025
HCURRENT → FORACT → FLOUR	.021
HCURRENT → FORACT → LIFSAT	.021
HCURRENT → LEISURE → AFFECT	.012
HCURRENT → LEISURE → FLOUR	.010
HCURRENT → LEISURE → LIFSAT	.010
<hr/>	
HPRIOR → INFACCT → AFFECT	.010
HPRIOR → INFACCT → FLOUR	.009
HPRIOR → INFACCT → LIFSAT	.009
HPRIOR → FORACT → AFFECT	.014
HPRIOR → FORACT → FLOUR	.012
HPRIOR → FORACT → LIFSAT	.012
HPRIOR → LEISURE → AFFECT	.007
HPRIOR → LEISURE → FLOUR	.006
HPRIOR → LEISURE → LIFSAT	.006

ตัวแปรภายนอก → ตัวแปรภายใน	Factor Loading
HOUTLOOK → INFACCT → AFFECT	.016
HOUTLOOK → INFACCT → FLOUR	.014
HOUTLOOK → INFACCT → LIFSAT	.014
HOUTLOOK → FORACT → AFFECT	.022
HOUTLOOK → FORACT → FLOUR	.019
HOUTLOOK → FORACT → LIFSAT	.019
HOUTLOOK → LEISURE → AFFECT	.011
HOUTLOOK → LEISURE → FLOUR	.009
HOUTLOOK → LEISURE → LIFSAT	.009
HRESIST → INFACCT → AFFECT	.017
HRESIST → INFACCT → FLOUR	.014
HRESIST → INFACCT → LIFSAT	.014
HRESIST → FORACT → AFFECT	.023
HRESIST → FORACT → FLOUR	.020
HRESIST → FORACT → LIFSAT	.020
HRESIST → LEISURE → AFFECT	.011
HRESIST → LEISURE → FLOUR	.009
HRESIST → LEISURE → LIFSAT	.009
HCONCERN → INFACCT → AFFECT	.008
HCONCERN → INFACCT → FLOUR	.007
HCONCERN → INFACCT → LIFSAT	.007
HCONCERN → FORACT → AFFECT	.011
HCONCERN → FORACT → FLOUR	.009
HCONCERN → FORACT → LIFSAT	.009
HCONCERN → LEISURE → AFFECT	.005
HCONCERN → LEISURE → FLOUR	.004
HCONCERN → LEISURE → LIFSAT	.004

ตัวแปรภายนอก → ตัวแปรภายใน	Factor Loading
HSICORI → INFACCT → AFFECT	.019
HSICORI → INFACCT → FLOUR	.016
HSICORI → INFACCT → LIFSAT	.016
HSICORI → FORACT → AFFECT	.026*
HSICORI → FORACT → FLOUR	.022
HSICORI → FORACT → LIFSAT	.022
HSICORI → LEISURE → AFFECT	.012
HSICORI → LEISURE → FLOUR	.010
HSICORI → LEISURE → LIFSAT	.010

* คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่าสูงที่สุด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกภายใต้ที่
สังเกตอิทธิพลไปยังตัวแปรสังเกตได้ภายในของตัวแปรแฝงภายในสุขภาวะ

ตัวแปรภายนอก → ตัวแปรภายใน	Factor Loading
INCOME → SWB	
INCOMK → AFFECT	.090*
INCOMK → FLOUR	.077
INCOMK → LIFSAT	.076

* ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่าสูงที่สุด

ตารางที่ 4 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกภายใต้ที่
สังเกตอิทธิพลไปยังตัวแปรสังเกตได้ภายในของตัวแปรแฝงภายในสุขภาวะโดยมีตัวแปรการควบคุม
การตัดสินใจเป็นตัวส่งผ่าน

ตัวแปรภายนอก → ตัวแปรภายใน	Factor Loading
INCOME → CTRL → SWB	
INCOMK → CTRL → AFFECT	.027*
INCOMK → CTRL → FLOUR	.023
INCOMK → CTRL → LIFSAT	.023

* ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่าสูงที่สุด

ตารางที่ 5 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกภายใต้ที่
สังเกตอิทธิพลไปยังตัวแปรสังเกตได้ภายในของตัวแปรแฝงภายในสุขภาวะ

ตัวแปรภายนอก → ตัวแปรภายใน	Factor Loading
EDUC → SWB	
EDUCY → AFFECT	.124*
EDUCY → AFFECT	.106
EDUCY → AFFECT	.106

* ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่าสูงที่สุด

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอาภาพร อุษณรัศมี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา
เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2549 และเข้า
ศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปีการศึกษา 2551



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย