

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก



ชั้นสูง กิตติสุนทรโรภาศ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

๑

นางสาวชื่นสุข กิตติสุนทรโรภาส

ผู้วิจัย

ผศ.ดร. ภาณุ ใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์,

Ph.D.(Tropical Medicine)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ดร. รุ่ง

รองศาสตราจารย์จรรยาพร สุภาพ,

พ.บ., M.P.H.(Urban Health)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผศ.ดร. ภาณุ ใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์,

ศค.ด.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผศ.ดร. ภาณุ ใจ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร. ภาณุ ใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์,

พ.บ., ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2554

นางสาวชื่นสุข กิตติสุนทรโรภาส
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์จรรยาพร สุภาพ,
พ.บ., M.P.H.(Urban Health)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พลตรี รองศาสตราจารย์คลินิกสาธิต สวัสดิ์ศรี,
พ.บ., ว.ว.(สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์,
ศค.ด.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์,
Ph.D.(Tropical Medicine)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณาจารย์หลายท่าน ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก) ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ เมตตา ห่วงใย และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรรยาพร สุภาพ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม) ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพประโยชน์มากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ พลตรีรองศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์สาธิต สวัสดิ์ศรี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัช กิตติพิชัย ที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขและให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาอนามัยครอบครัวทุกท่านที่ให้ความรู้ ความรู้ ความกรุณา และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนมหาวิทยาลัยมหิดลแห่งนี้ที่เป็นแหล่งความรู้อันทรงเกียรติและมีคุณค่ามาก ผู้วิจัยรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาสเข้ามาศึกษาในสถานที่แห่งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน รวมทั้งพี่ ๆ น้อง ๆ และเพื่อนร่วมงาน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอองครักษ์ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการตอบคำถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคุณสมชาย แสงสว่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ร.๕ และครอบครัวที่คอยให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ น้องชาย และครอบครัวกิตติสุนทโรภาส ที่คอยให้คำปรึกษาด้วยความรัก ความห่วงใย และกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมาทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ชื่นสุข กิตติสุนทโรภาส

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG AGING MALES IN ONGKHARAK DISTRICT
NAKHON NAYOK PROVINCE, THAILAND

ชินสุข กิตติสุนทโรภาส 4937516 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, Ph.D.(TROPICAL MEDICINE),
กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, ศก.ด.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข), จรวยพร สุภาพ, พ.บ., อ.ว.(เวชศาสตร์
ครอบครัว)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ ชายวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปี จำนวน 300 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.0 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 40.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา ปัจจัยที่สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง ได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา และการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ร้อยละ 44.7 ($\text{Adjusted } R^2 = 0.447$, $p\text{-value} < 0.001$)

การศึกษานี้แนะนำให้หน่วยงานสาธารณสุข จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพสำหรับชายวัยทองโดยการประยุกต์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา เพื่อให้ชายวัยทอง ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีคุณภาพชีวิตที่ดีสืบต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต / ชายวัยทอง / ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG AGING MALES IN ONGKHARAK DISTRICT NAKHON NAYOK PROVINCE, THAILAND

CHENSUK KITTISUNTAROPAS 4937516 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN FAMILY HEALTH

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIMSURANG TAECHABOONSERMSAK, Ph.D.(TROPICAL MEDICINE), KANITTHA CHAMROONSAWASDI, Ph.D. (MEDICAL SOCIAL SCIENCE AND PUBLIC HEALTH), JARUEYPORN SUPARP, M.D., DIP. THAI BOARD (FAMILY MED.)

ABSTRACT

This cross-sectional research aims to study the quality of life and its related factors on aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province. The sample comprises 300 aging males aged 40-59 years, and data collection was done from November 1 to December 31, 2009. Frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression analysis were applied for data analysis. The finding shows that 59.0 percent of samples have a moderate level of quality of life followed by 40.7 percent at a good level. Education level, Partial Androgen Deficiency in Aging Males (PADAM), family relationship, community participation, and a Buddhist way of life significantly relate with male menopause ($p\text{-value} < 0.05$). In addition, factors which can predict the quality of life among aging males are PADAM, family relationship, a Buddhist way of life, and education attainment of at least a bachelors degree. These factors can reliably predict the quality of life of aging males by 44.7 percent (Adjusted $R^2 = 0.447$, $p\text{-value} < 0.001$). Findings from this research suggest that Nakhon Nayok provincial health office should distribute knowledge related to PADAM, as well as promote family relationship, community participation, and a Buddhist way of life in order to increase the quality of life among aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE / AGING MALE / PARTIAL ANDROGEN DEFICIENCY IN AGING MALE (PADAM)

181 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	4
วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	4
สมมุติฐานของการวิจัย.....	5
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับชาวยัยทอง และภาวะพร่องฮอร์โมนในชาวยัยทอง.....	12
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	27
2.3 ทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต.....	35
2.4 สัมพันธภาพในครอบครัว.....	37
2.5 การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน.....	40
2.6 วิธีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา.....	54
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตชาวยัยทองและตัวแปรที่ศึกษา.....	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	106
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	116
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย.....	122
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ.....	142
รายการอ้างอิง.....	161
ภาคผนวก.....	169
ประวัติผู้วิจัย.....	181

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 อาการแสดงทางคลินิกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจากภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง.....	15
2 เกณฑ์แปลผล แบ่งคะแนนของคุณภาพชีวิตจำแนกรายองค์ประกอบ เป็น 3 ระดับ	34
3 แสดงจำนวนชายวัยทองทั้งหมดในแต่ละตำบลและกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ.....	75
4 จำนวน ร้อยละของปัจจัยระดับบุคคล.....	83
5 จำนวน ร้อยละของอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายภาพรวมและจำแนกรายด้าน	85
6 ร้อยละของอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย.....	87
7 จำนวน ร้อยละของระดับสัมพันธภาพในครอบครัว.....	88
8 ร้อยละของสัมพันธภาพในครอบครัว.....	89
9 ร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน.....	89
10 ร้อยละของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน.....	90
11 จำนวน ร้อยละของระดับวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา.....	91
12 ร้อยละของวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา.....	92
13 จำนวน ร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมและจำแนกตามองค์ประกอบ.....	94
14 ร้อยละของคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง.....	96
15 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและรายได้กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง.....	98
16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง.....	99
17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และปัจจัยวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนากับคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก.....	100
18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix).....	101

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
19	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวคาดทำนายคุณภาพชีวิตชาวยัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression).....	103
20	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวคาดทำนายคุณภาพชีวิตชาวยัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ตามลำดับการนำเข้าสมการ.....	103
21	สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชาวยัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก.....	104

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	11
2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองตามแนวคิดรูปแบบเชิงนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ (Ecological Model of Health Behavior).....	37

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10(1) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ในด้านของยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคนและสังคมไทยให้ครอบคลุมใน 3 เรื่องหลัก คือ 1) การพัฒนาคนให้มีคุณธรรมนำความรู้ เกิดภูมิคุ้มกัน โดยพัฒนาจิตใจควบคู่กับการพัฒนาการเรียนรู้ของคนทุกกลุ่มทุกวัยตลอดชีวิต 2) การเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ 3) การเสริมสร้างคนไทยให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างสันติสุข

ประชากรวัยทอง คือ ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุในช่วงของวัยทำงานตอนปลาย ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยผู้หญิงอยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี ผู้ชายอยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี สถานการณ์ของประชากรวัยทองในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ.2533 มีร้อยละ 17.9 เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.5 ในปี พ.ศ. 2548 และในปี 2552 มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26 ของประชากรทั้งประเทศ(2) สำหรับข้อมูลชายวัยทองของประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย(3) เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2545 พบว่ามีประชากรชาย วัย 40 ปีขึ้นไป รวม 9.34 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ประชากรวัยทองจัดเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของชาติ เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยที่เป็นกำลังการผลิตและการสะสมประสบการณ์ชีวิตต่าง ๆ มากมาย ประชากรวัยนี้ส่วนใหญ่มิจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานในระดับสูง การส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองจึงเป็นประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญประเด็นหนึ่ง เนื่องจากกลุ่มประชากรวัยนี้ เป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการถดถอยลงของร่างกาย และจิตใจอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ และในขณะเดียวกัน ประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เริ่มมีหรือมีปัญหาสุขภาพ สืบเนื่องมาจากการขาดการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในช่วงวัยต้น ๆ ของชีวิต ปัญหาที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หรือปัญหาที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ และพันธุกรรม จึงทำให้มีปัญหาภาวะสุขภาพ และเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพ บั่นทอนคุณภาพชีวิตของคนวัยนี้

องค์การอนามัยโลก(4) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น สวัสดิการ และบริการในด้านต่าง ๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อยู่อาศัย และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย (objective approach) และด้านจิตวิสัย (subjective approach) คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับต่อสุขภาพอย่างแยกกันไม่ออกเนื่องจากเป็นเป้าหมายและเป็นผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพ เนื่องจากภาวะสุขภาพดีของบุคคลจะครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยนัยนี้การนำกลวิธีการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านมาส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดี ซึ่งหมายรวมถึงภาวะความเป็นอยู่ที่ดีอันจะนำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามอัตภาพ ชีวิตที่มีความสมดุลนั้นประกอบด้วย การงานอาชีพ เรื่องส่วนตัว เรื่องของครอบครัว และสังคมที่ประสานสอดคล้อง สมดุลในชีวิตนั้นประกอบเป็นดุลยภาพ หรือภาพของความสุขในชีวิตของคนเราซึ่งจะต้องลงทุนทั้งในด้านของเวลา และการเรียนรู้วิถีทางแห่งความสมดุลนั้น ๆ

ชายวัยทองส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จในการงานอาชีพเป็นที่นับหน้าถือตาของสังคม โดยพบว่าชายวัยทองส่วนใหญ่มุ่งทุ่มเทให้กับงานหนักเป็นอย่างมาก แต่ไม่เคยมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และอาจพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จนเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น การเรียนรู้ที่จะทำให้ชีวิตมีความสมดุลในทุกมิติจึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ควรจะต้องแสวงหาเป็นอย่างยิ่ง (5) ด้วยเหตุนี้กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดให้บริการสำหรับชายวัยทอง ให้มีการเตรียมตัวและเตรียมใจตั้งแต่แรกทั้งนี้เพื่อการมีชีวิตในวัยทองอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีสืบต่อไป

ปัญหาสุขภาพของผู้ชายวัย 40 ปีขึ้นไป หรือที่เรียกว่าวัยทอง มีสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาหลายประการ สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเพศชาย (Testosterone) Partial Androgen Deficiency in Aging Male หรือ เรียกย่อ ๆ ว่า PADAM ต่อมาเรียกให้สั้นลงว่า Androgen decline in Aging (ADAM) และล่าสุด The International Society for The Study of the Aging Male ได้ให้ชื่อว่า Late-onset hypogonadism in male (LOH)(6) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการลดระดับเทสโทสเตอโรนในชายวัยทอง ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติ ด้านจิตใจและสติปัญญา ด้านเพศ และด้านร่างกาย(7) โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นในชายวัยทองดังกล่าวเป็นการบั่นทอนสุขภาพส่วนตัว และชีวิตครอบครัวตลอดจนประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นการสูญเสียทรัพยากรของชาติ เพราะชายวัยทองจำนวนมากดำรงตำแหน่งหน้าที่สำคัญในการบริหารทั้งภาครัฐ และเอกชน จำเป็นต้อง

เตรียมความพร้อมชายวัยทองตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวัยนี้ และเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพต่อไป

จากผลการศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ชายวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 5,493 คน ใน 27 จังหวัดทั่วประเทศครั้งล่าสุด เมื่อกลางปี 2545 โดยกรมอนามัย(8) พบว่า ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 มีภรรยาและอยู่ด้วยกัน มีฐานะค่อนข้างมั่นคง โดย 2 ใน 3 เป็นเจ้าของกิจการและรับราชการ ผลการศึกษาพบปัญหาหลัก ๆ ได้แก่ การมีอาการของกลุ่มวัยทอง เช่น หงุดหงิดง่าย ร้อนวูบวาบตามตัว เนื่องมาจากการลดลงของฮอร์โมนเพศชื่อแอนโดรเจน (Androgen) มีความเครียด เกือบร้อยละ 50 มีปัญหาต่อมลูกหมากโตร้อยละ 33 การหย่อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 32 มีหุ่นค่อนข้างท้วมร้อยละ 28 และอ้วนอีกร้อยละ 4 หากนำข้อมูลมาประมาณการในผู้ชายที่อยู่ในวัย 40-59 ปี ที่มี 6.7 ล้านคนทั่วประเทศ จะพบว่ามีผู้ชาย ที่ประสบปัญหาอาการวัยทองมากถึง 5.1 ล้านคน มีความเครียด 3 ล้านคน โรคต่อมลูกหมากโต 2.2 ล้านคน ปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ 2.1 ล้านคน และอ้วน 2 แสนกว่าคน

สำหรับรายงานผลการศึกษาคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ของ ศาสตราจารย์ สวัสดิ์ศรีและคณะในปี พ.ศ.2546(4) พบว่า มีสุขภาพดีร้อยละ 65.9 เป็นโรคอ้วนร้อยละ 47.4 กระดูกพรุนร้อยละ 52.3 ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 65.6 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 120 มิลลิกรัม/dl ร้อยละ 13.3 มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศจากการวัดด้วย ADAM Score พบจำนวนร้อยละ 68.3 และต่อมลูกหมากโตระดับรุนแรงเล็กน้อยพบจำนวนร้อยละ 61.3(8)

ชายวัยทองที่มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาด เสียค่าใช้จ่ายมาก คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งมีผลกระทบถึงหน้าที่การงาน ครอบครัวและสังคม จึงเป็นความสำคัญ ที่ประชากรวัยทอง ต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้ วิธีการรักษากลุ่มอาการหรือการป้องกันโรคเรื้อรังในชายวัยทอง โดยการใช้ฮอร์โมนทดแทน จะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ คือทำให้กลุ่มอาการต่าง ๆ ที่พบในผู้ชายลดน้อยลง แต่พบว่าอาการทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในชายวัยทองนั้น มีลักษณะไม่รุนแรง ถึงขนาดที่ทำให้ชายวัยทองเข้ามาปรึกษาหรือรับบริการทางการแพทย์ จึงทำให้ชายวัยทองไม่มารับบริการการส่งเสริมสุขภาพในคลินิกชายวัยทอง

จากการสำรวจข้อมูลประชากรชายวัยทองที่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี ย้อนหลัง 5 ปี ในเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ปีพ.ศ.2547 มีจำนวน 5,982 คน ปีพ.ศ.2548 มีจำนวน 6,280 คน ปีพ.ศ.2549 มีจำนวน 6,625 คน ปีพ.ศ.2550 มีจำนวน 6,903 คนและปีพ.ศ.2551 มีจำนวนชายวัยทองสูงขึ้นถึง 7,182 คน (9) จะเห็นได้ว่าจำนวนชายวัยทองอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในพื้นที่นี้

ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ในด้านทางร่างกายและจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสุขภาพสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทอง เพื่อใช้ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้เป็นแนวทาง ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตชายวัยทอง อันจะส่งผลให้ชายวัยทองสามารถปรับปรุงตนเองและสามารถใช้ชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ ควบคู่ไปกับการดูแลครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ และภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวของชายวัยทองกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนากับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ และ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก
2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก
3. ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก
4. ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับองค์กร มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ มี 3 กลุ่ม คือ
 - 1.1 ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ และภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายในชายวัยทอง
 - 1.2 ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว
 - 1.3 ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา
2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ชายวัยทองที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาในเรื่องการรับรู้และการสื่อสาร สามารถเดินได้ ไม่มีความพิการของแขนขาและไม่

มีโรคประจำตัวร้ายแรง ที่พักอาศัยและมีชื่อในทะเบียนบ้านในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป

นิยามศัพท์

1. ชายวัยทอง หมายถึง ผู้ชายที่มีอายุ ระหว่าง 40-59 ปี และมีกลุ่มอาการทางชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุ และการลดลงของฮอร์โมนเพศชายในเลือด อันอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งการทำงานของอวัยวะหลายส่วน

2. คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของชายวัยทองที่มีต่อองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม โดยแบบประเมินได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทย (WHO-BREF-THAI) แปลและปรับปรุงภาษาโดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ(5) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คุณภาพชีวิตระดับสูง คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

3. ปัจจัยระดับบุคคล หมายถึง ลักษณะภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ และภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายในชายวัยทอง

3.1 อายุ หมายถึง อายุปีเต็มของชายวัยทอง นับถึงวันที่เก็บข้อมูล เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

3.2 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่ชายวัยทองสำเร็จการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ

3.2.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ

3.2.2 ประถมศึกษา

3.2.3 มัธยมศึกษาตอนต้น

3.2.4 มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือ เทียบเท่า

3.2.5 อนุปริญญา ปวส.หรือ เทียบเท่า

3.2.6ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

3.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะของการอยู่ร่วมกันระหว่างชายวัยทองกับคู่สมรส แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ สถานภาพสมรสโสด สถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

3.4 ลักษณะครอบครัว หมายถึง รูปแบบครอบครัวที่ชายวัยทองอาศัยร่วมกับบุคคลในครอบครัวซึ่งแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

3.4.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกอาศัยร่วมกัน ดังต่อไปนี้คือ ชายวัยทองอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรส ชายวัยทองอยู่ร่วมกับคู่สมรส และบุตรที่ยังไม่ได้แต่งงาน ชายวัยทองอยู่ร่วมกับบุตรหรือหลานที่ยังไม่ได้แต่งงาน ชายวัยทองอยู่ร่วมกับพี่น้องที่ยังไม่มีครอบครัว และชายวัยทองอยู่ร่วมกับบุคคลที่ยังไม่มีครอบครัว

3.4.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่กันมากกว่า 2 ช่วงอายุขึ้นไป ได้แก่ ผู้สูงอายุ ตัวชายวัยทอง คู่สมรส บุตร หลาน หรือมีญาติที่แต่งงานแล้วมีบุตรอาศัยอยู่ด้วย

3.5 อาชีพ หมายถึง งานที่ทำเป็นประจำเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ของชายวัยทอง

3.6 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณเป็นบาทโดยเฉลี่ยต่อเดือนที่ชายวัยทองได้รับจากสมาชิกในครอบครัวหรือจากการประกอบอาชีพของชายวัยทองเองที่นำมาเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ภายในครอบครัว

4. ภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง หมายถึง อาการต่าง ๆ จะแสดงออกเมื่อระดับฮอร์โมนเพศชายลดลงกว่าระดับปกติของร่างกายประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งประกอบด้วย

4.1 อาการทางด้านร่างกาย: จะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัวโดยไม่มีสาเหตุ ไม่กระฉับกระเฉง กล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดขนาดลง ไม่มีแรง และ อวัยวะเพศ เริ่มไม่แข็งตัว ในช่วงต้นตอนเช้า

4.2 อาการทางด้านสติปัญญาและอารมณ์: เครียดและหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เฉื่อยชา ขาดสมาธิในการทำงาน ความจำลดลง โดยเฉพาะความจำระยะสั้น

4.3 อาการทางด้านระบบไหลเวียนโลหิต: บางคนอาจมีอาการ ร้อนวูบวาบหรือมีเหงื่อออกในตอนกลางคืน

4.4 อาการทางด้านจิตและเพศ:จะมีอาการนอนไม่หลับ ตื่นตกใจง่าย สมรรถภาพทางเพศ และ ความต้องการทางเพศ ลดลง หรือ ไม่มีอารมณ์เพศ บางคนเกิดอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ด้วย ปัจจุบันพบว่าชายไทยหลังอายุ 40 ปีไปแล้ว มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มขึ้นเพราะไม่มีอารมณ์เพศ เนื่องจากฮอร์โมนเพศชายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เพศเมื่อระดับฮอร์โมนเพศชายลดลง จึงไม่เกิดอารมณ์ที่จะมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งอวัยวะเพศชายเมื่อขาดฮอร์โมนเพศชายไปกระตุ้นแล้วก็จะเสื่อมลงตามไปด้วย โดยประเมินได้จากแบบวัด PADAM score (Partial Androgen Deficiency in Aging Male)(7) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ โดย

ใช้คะแนนที่ได้จากอาการทางคลินิก 4 หัวข้อ ได้แก่ อาการทางร่างกาย อาการทางระบบประสาท และการไหลเวียนโลหิต อาการทางจิตใจ และปัญหาทางเพศ การแปลผลว่าเป็นภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง มีเกณฑ์ ดังนี้

- คะแนนรวมอาการทางกาย + อาการทางระบบไหลเวียน

โลหิต ≥ 5 คะแนน

- คะแนนรวมอาการทางจิต ≥ 4 คะแนน

- คะแนนรวมปัญหาทางเพศ ≥ 8 คะแนน

5. สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่บุคคลในครอบครัวประกอบด้วย สามิ ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกับต่อชายวัยทองในด้านการแสดงความเคารพยกย่องและให้ความสำคัญต่อกัน การแสดงความรักความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความเอาใจใส่ดูแลต่อกัน การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความผูกพันใกล้ชิดกัน มีความปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รวมถึงการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน โดยประเมินได้จากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากมาจากแนวคิดของ ฟรายด์แมน(Friedman)(10) และมอร์โรว์กับวิลสัน (Morrow and Wilson) (11) แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดี ปานกลาง และไม่ดี

6. การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน หมายถึง บทบาทของชายวัยทองในการเข้าไปมีส่วนร่วมหรือเข้าไปกระทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในชุมชนหรือสังคม โดยแบ่งกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนที่ชายวัยทองเข้าไปมีส่วนร่วมออกเป็น 2 รูปแบบ

6.1 กิจกรรมแบบไม่มีรูปแบบ ได้แก่ การร่วมกิจกรรมทางศาสนา การไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน การพูดคุยกับเพื่อน การร่วมงานสังคม กิจกรรมกีฬาและนันทนาการ

6.2 กิจกรรมแบบมีรูปแบบ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน กิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชน กิจกรรมทางการศึกษาและศิลปวัฒนธรรม โดยประเมินได้จากแบบวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ของอรุณศิริ เมฆพัฒน์(12) แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 7 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนในระดับสูง ระดับปานกลาง และ ระดับต่ำ

7. วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา หมายถึง ชายวัยทองเลือกประพฤติปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างสอดคล้องกับหลักคำสอนขั้นพื้นฐานทางพุทธศาสนาโดยหลีกเลี่ยงการใช้ชีวิตอย่างผิดศีล ตั้งแต่การเลือกอาชีพ การคบเพื่อน การใช้เวลาว่าง การเลือกงานอดิเรก และวิธี

พักผ่อนหย่อนใจ โดยประเมินได้จากแบบวัดวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์จากเครื่องมือวัดวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาของดวงเดือน พันธุมนาวิน(13) แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การมีวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวน และรวบรวมเพื่อนำมาอธิบายกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความสามารถในการดำรงชีวิตและดำเนินกิจกรรมทั้งหลาย ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิตด้วยพลังกำลัง ความรู้ และความสามารถทั้งปวงที่ตนมีอยู่ด้วยความราบรื่นทั้งทางร่างกายและจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสุขภาพสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน โดยได้รับการยอมรับนับถือจากสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางชุมชน (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสมบูรณ์ ถ้าเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 องค์ประกอบ แต่เนื่องจากมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน มีวิถีชีวิตที่ไม่เหมือนกัน คุณภาพชีวิตของแต่ละคนจึงไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบและปัจจัยต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล

ผู้วิจัยได้นำโมเดลทางด้านนิเวศสังคม (Social Ecological Model) มาเป็นพื้นฐานในการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษา โดย Mc Leroy(14) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ กล่าวคือ

ระดับที่ 1 ระดับบุคคล (Individual Level) หมายถึง ลักษณะภายในตัวบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลไม่ว่าจะเป็น ลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น และลักษณะทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ทัศนคติ หรือ บุคลิกภาพ เป็นต้น

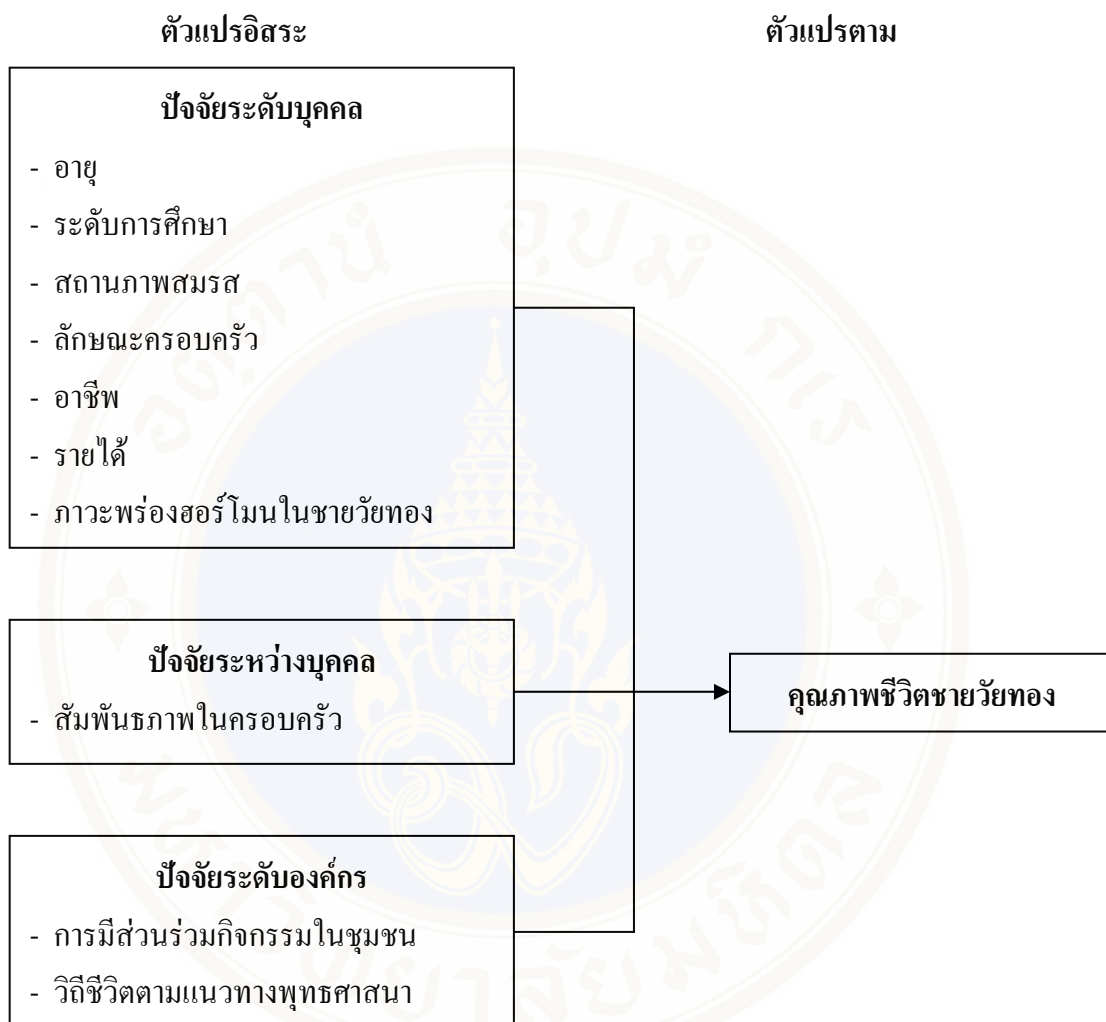
ระดับที่ 2 ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) หมายถึง สภาพแวดล้อมในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท ที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบุคคลได้โดยผ่านทางกระบวนการขัดเกลาทางสังคม

ระดับที่ 3 ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organization/Institution Level) หมายถึง สถานที่ทำงาน หรือสถานการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานหรือแบบอย่าง ในการปฏิบัติให้กับสมาชิกในสถาบันหรือองค์กรนั้น

ระดับที่ 4 ระดับชุมชน (Community Level) หมายถึง เครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้าน หรือชุมชนที่พัวพันด้วยสิ่งแวดล้อมใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

ระดับที่ 5 ระดับสังคม (Social Level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของประชาชนได้แก่ กฎหมาย การวางนโยบาย การรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ หรือมาตรการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมประชากรระดับมหภาค ซึ่งในการวิจัยนี้คัดเลือกมาศึกษาเพียง 3 ระดับเท่านั้น สามารถอธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตของชายวัยทองเกิดขึ้นได้จากปัจจัยดังต่อไปนี้ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ ภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยระดับองค์กรและสถาบัน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา ซึ่งคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ที่เกิดขึ้น เป็นการประเมินโดยใช้องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของคุณภาพชีวิตตามความหมายของคุณภาพชีวิตของการวิจัยครั้งนี้ ดังแผนภูมิต่อไปนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอ
องครักษ์ จังหวัดนครนายก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมี
รายละเอียดดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับชายวัยทอง และภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 2.3 ทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต
- 2.4 สัมพันธภาพในครอบครัว
- 2.5 การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน
- 2.6 วิธีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตชายวัยทองและตัวแปรที่ศึกษา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับชายวัยทอง และภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง

2.1.1 ความหมายของชายวัยทอง

ชายวัยทอง หมายถึง ชายที่มีปัญหาพร่องฮอร์โมนเพศชายเมื่อสูงอายุ ในภาษาอังกฤษ
ยังใช้คำที่แทนภาวะนี้หลายคำ โดยนักวิชาการที่ศึกษาเรื่องชายวัยทองได้ให้คำจำกัดความของชายวัยทอง
ไว้ ดังนี้

เวอร์เนอร์ (Werner)(15) ให้นิยาม Male Climacteric เป็นคนแรก ในปีพ.ศ.2482 โดย
อธิบายว่า กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้นในผู้ชายอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยจะมีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า ความจำเสื่อม
ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ร้อนวูบวาบตามร่างกายเหงื่อออกเป็นครั้งคราว และมีความ
บกพร่องในทางเพศ

หะทัย เทพพิสัย(8) ให้ความหมายชายวัยทอง หมายถึง ผู้ชายที่มีระบบสืบพันธุ์เสื่อม
หน้าที่โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ อันตะในการสังเคราะห์ฮอร์โมนเพศชายที่เรียกว่า แอนโดรเจน
(Androgens) และฮอร์โมนเพศชายที่สำคัญที่สุดคือเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ด้วยเหตุนี้จึง
เรียกภาวะนี้ว่า “Andropause”

คณะแพทย์ของระบบทางเดินปัสสาวะ (The Austrian Urology Society) มีมติจัดการประชุม Andrology Workshop ในปี พ.ศ.2537(16)โดยที่พิจารณาการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะจะค่อยเป็นค่อยไปโดยเริ่มตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป และการลดระดับของฮอร์โมนเพศชายก็ไม่หมดไปจากร่างกายโดยสิ้นเชิงแต่จะค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งแตกต่างจากเพศหญิงที่รังไข่หยุดผลิตฮอร์โมนเพศหญิง คือ เอสโตรเจน (Estrogen) โดยสิ้นเชิงจึงทำให้ผู้หญิงมีอาการแสดงภาวะขาดฮอร์โมนในร่างกายซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล สรุปว่าผู้ชายวัยนี้ควรเป็นผู้ชายที่มีความบกพร่องของฮอร์โมนแอนโดรเจนเท่านั้น ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Partial Androgen Deficiency in Aging Male” หรือ “PADAM” ซึ่งสื่อความหมายได้ถูกต้อง เหมาะสม และรัดกุม ต่อมาภายหลังเรียกให้สั้นลงว่า ADAM ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษคำว่า Androgen Deficiency in Aging Male

อูรูซา เทพพิสัย และคณะ (7) ให้คำอธิบายว่า ชายวัยทอง (andropause) หมายถึง ผู้ชายที่อยู่ในช่วงที่อวัยวะมีการเสื่อมหน้าที่ในการสังเคราะห์ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศชาย (androgens) ที่สำคัญที่สุดของร่างกายโดยการเสื่อมหน้าที่ดังกล่าวจะค่อยเป็นค่อยไปตามอายุที่ผ่านไป แต่ไม่ถึงกับหยุดสร้างฮอร์โมนโดยสิ้นเชิงดังในสตรีวัยทอง ปรากฏการณ์ดังกล่าวจะเริ่มขึ้นเมื่ออายุตั้งแต่ 40 ปีเศษ และเด่นชัดเมื่ออายุ 50 ปี นอกจากนี้จะมีการลดระดับของฮอร์โมนเพศชายอีกชนิดหนึ่งคือ dehydroepiandrosterone (DHEA) ซึ่งสร้างโดยต่อมหมวกไต และการลดระดับของฮอร์โมนทั้งสองชนิดทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของชายวัยทองบางอย่างและมีอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจ

ต่อมา The International Society for The Study of the Aging Male (17) ได้ให้ชื่อว่า Late-onset hypogonadism in male (LOH) ซึ่งมีความหมายว่าเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก และค่าของชีวเคมีที่พบมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น โดยมีลักษณะเฉพาะของอาการในการพร่องของระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

Krause & Happle (18) มีความเห็นว่า LOH สื่อความหมายไม่ค่อยถูกต้อง และแนะนำว่า ควรจะใช้คำว่า HAM (Hypogonadism in Aging Male) แทน

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า ชายวัยทอง หมายถึง ผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี และมีกลุ่มอาการทางชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุ และการลดลงของฮอร์โมนเพศชายในเลือด อันอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งการทำงานของอวัยวะหลายส่วน

2.1.2 พัฒนาการทางกายและทางปัญญา (Physical and Mental Development)

วัยทองเป็นวัยที่มีหลายสิ่งตรงกันข้ามกับความเชื่อของคนทั่วไป เป็นเวลาของความล้มเหลว เป็นเวลาของความสุขและความเศร้า แต่หลายคนก็ยอมรับว่าวัยทองเป็นวัยที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต

เราสามารถพิจารณาความหมายของวัยนี้ได้สองทาง ทางแรก วันนี้ถือได้ว่าเป็นวัยวิกฤตที่เราจะประเมินตนเองและอาจจะพบว่าได้ผลออกมาทางลบ เพราะชีวิตของเราขาดความสุขและเต็มไปด้วยความซึมเศร้า ทางที่สองเราอาจพบว่าวัยแห่งเสรีภาพและเรามีโอกาสหันกลับมาทำในสิ่งที่เราชอบและอยากจะทำ

วัยทองดูเหมือนว่าเป็นวัยที่ค่อย ๆ คืบคลานเข้ามาโดยที่เราไม่รู้ตัว เราพบว่าเราคนอ่อนแอลดลงไม่ได้แล้วหรือทำงานอย่างเร่งรีบแบบหนุ่มสาวไม่ได้ ความจริงแล้วคนที่มียาอายุมากขึ้นไม่จำเป็นต้องอ่อนแอลงมากขึ้น แต่ร่างกายต้องการการพักผ่อนที่สม่ำเสมอมากกว่าวัยหนุ่มสาว

คนวัยทองส่วนใหญ่มักตั้งตัวได้และมีรายได้สูงทำให้ได้รับประทานอาหารดี ๆ บ่อย ๆ และมากจนเกินต้องการ นอกจากนั้นก็ยังขาดการออกกำลังกาย ทำให้มีน้ำหนักเกิน มีไขมันมากในเส้นเลือดซึ่งส่งผลให้อายุขัยต่าง ๆ เช่น ปอด หัวใจ กระเพาะอาหาร ทำงานหนักกว่าปกติและทำให้คนวัยทองไม่สามารถทำงานหนักได้เป็นเวลานาน ๆ และต้องค่อย ๆ ปรับตัวให้เข้ากับเปลี่ยนแปลงนี้

2.1.3 ภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง

ความเชื่อที่มีกันมานานว่า ผู้ชายจะคงความเป็นชายหรือมีการสร้าง ฮอร์โมนเพศชายไปตลอดชีวิต ส่วนผู้หญิงนั้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน แล้ว รั้งไว้ จะหยุดการสร้าง ฮอร์โมนเพศหญิง ทำให้เกิดกลุ่มอาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และอารมณ์ แท้ที่จริงแล้ว เมื่ออายุย่างเข้าวัย 40 ปีขึ้นไป การสร้าง ฮอร์โมนเพศชาย จะลดลงอย่างสม่ำเสมอทุกปี เมื่อระดับของฮอร์โมนเพศชายลดลงถึงระดับหนึ่งจะเกิดภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายไปบางส่วน ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ คล้ายกับผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน(19)

ภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง ดังกล่าว มักจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้ชายย่างเข้าสู่ วัยกลางคน และอาการต่าง ๆ จะแสดงออกเมื่อระดับฮอร์โมนเพศชายลดลงกว่าระดับปกติของร่างกายประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ การพร่องฮอร์โมนเพศชายไปบางส่วนนี้จึงมีชื่อเรียกว่า "พา - ดาม" ตรงกับคำในภาษาอังกฤษคือ PADAM ซึ่งย่อมาจากคำว่า Partial Androgen Deficiency in Aging Male ซึ่งเหมาะสมที่สุดเพราะสื่อถึงความบกพร่องในภาวะฮอร์โมนของเพศชาย กล่าวคืออวัยวะของผู้ชายที่มีอายุมากขึ้นสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในปริมาณน้อยกว่าเดิม แต่ในขณะเดียวกันกลุ่มแพทย์

ที่ The Saint Louis University ให้คำนิยามผู้ชายในวัยนี้ว่า “ADAM” (Androgen Deficiency in Aging Male) ชายวัยทองจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยมีอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับฮอร์โมนในกระแสเลือดอาการต่าง ๆ นี้เป็นอาการแสดงความบกพร่องของฮอร์โมนเพศชาย (andropausal or partial androgen deficiency symptoms) ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน โกรธง่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ วิตกกังวล ตื่นเต้นตกใจง่าย ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากทำอะไร เบื่อหน่ายในชีวิต นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท ร้อนวูบวาบตามร่างกาย (hot flashes) กล้ามเนื้อลีบลงไขมันรวมตัวบริเวณหน้าท้อง (abdominal obesity) ผิวหนังแห้ง คัน ความสนใจและความต้องการทางเพศลดลง และเกิดสภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย มีอาการทางคลินิก 4 ด้าน คือ อาการทางร่างกาย (physical) อาการทางระบบประสาทและไหลเวียนโลหิต (vasomotor) อาการทางจิตใจ (psychological) และปัญหาทางเพศ (sexual)

ตารางที่ 1 อาการแสดงทางคลินิกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจากภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง (6)

ด้าน	อาการแสดง
1. อาการทางระบบประสาทและไหลเวียนโลหิต (Vasomotor and nervous systems)	1. Hot flashes 2. Sweating 3. Insomnia 4. Nervousness
2. อาการทางจิตใจและสติปัญญา (mood disorders and cognitive functions)	1. Irritability and Lethargy 2. Decreasesense of well being 3. Lack of motivation 4. Low mental energy 5. Depressive symptoms 6. Low self-esteem 7. Unusual fright

ตารางที่ 1 อาการแสดงทางคลินิกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจากภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง (6) (ต่อ)

ด้าน	อาการแสดง
3.อาการทางร่างกาย (physical) โดยเฉพาะทางระบบกล้ามเนื้อ (masculinity virinity)	1. Decrease vigor and physical energy 2. Diminished muscle mass and strength 3. Loss of sexual body hair 4. Abdominal obesity
4. ปัญหาทางเพศ (Sexuality)	1. Derdes interest or desire for sex 2. Reduction of sexual activity 3. Poor erectile function 4. Weakness quality of orgasm 5. Reduced volume of ejaculation

ก. อาการที่บ่งบอกถึง ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย

อาการระยะแรก: เมื่อร่างกายเริ่มพร่องฮอร์โมนเพศชาย อวัยวะต่าง ๆ ที่มีส่วนสัมพันธ์กับฮอร์โมนเพศชายจะเริ่มเสื่อมลง ทำงานลดลงและเกิดอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา

อาการทางด้านร่างกาย: จะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัวโดยไม่มีสาเหตุ ไม่กระฉับกระเฉง กล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดขนาดลง ไม่มีแรง และ อวัยวะเพศเริ่มไม่แข็งตัว ในช่วงตื่นตอนเช้า

อาการทางด้านสติปัญญาและอารมณ์: เครียดและหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เฉื่อยชา ขาดสมาธิในการทำงาน ความจำลดลง โดยเฉพาะความจำระยะสั้น อาการทางด้านระบบไหลเวียนโลหิต: บางคนอาจมีอาการ ร้อนวูบวาบหรือมีเหงื่อออกในตอนกลางคืน

อาการทางด้านจิตและเพศ: จะมีอาการนอนไม่หลับ ตื่นตกใจง่าย สมรรถภาพทางเพศ และความต้องการทางเพศ ลดลง หรือไม่มีอารมณ์เพศ บางคนเกิดอาการ หย่อนสมรรถภาพทางเพศด้วย ปัจจุบันพบว่าชายไทยหลังอายุ 40 ปีไปแล้ว มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มขึ้น เพราะไม่มีอารมณ์เพศ เนื่องจากฮอร์โมนเพศชายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เพศเมื่อระดับฮอร์โมนเพศชายลดลง จึงไม่เกิดอารมณ์ที่จะมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งอวัยวะเพศชายเมื่อขาดฮอร์โมนเพศชายไปกระตุ้นแล้วก็จะเสื่อมลงตามไปด้วย

ข. ผลกระทบต่อระบบร่างกายในระยะยาว

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผลของการขาดฮอร์โมนเพศชายจะทำให้กระดูกบางลง เป็นโรคกระดูกพรุน ได้ เช่นเดียวกับผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ทำให้เกิดกระดูกหักในผู้ชายสูงวัยได้ นอกจากนี้กล้ามเนื้อจะค่อย ๆ ลดขนาดลง โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ชอบออกกำลังกาย มีผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง

ระบบหลอดเลือดและหัวใจ สฮอร์โมนเพศชายมีหน้าที่ช่วยการเผาผลาญไขมันในร่างกาย ทำให้กระจายตัวของไขมันเป็นปกติ เมื่อขาดฮอร์โมนเพศชายจะทำให้ไขมันเลือดสูง มีผลทำให้ไขมันไปเกาะที่ผนังของเส้นเลือด ทำให้ขนาดของเส้นผ่านศูนย์กลางเส้นเลือดลดลงและทำให้ผนังเส้นเลือดไม่ยืดหยุ่นเท่าที่ควร ทำให้เลือดไหลผ่านเส้นเลือดได้น้อยลง โดยเฉพาะถ้าเลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยหัวใจน้อยลง เป็นผลให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงสมรรถภาพทางเพศ เมื่อร่างกายขาดฮอร์โมนเพศชายไปนาน ๆ เข้า นอกจากอารมณ์เพศและการตอบสนองทางเพศลดลงแล้ว ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ความถี่ในการถึงจุดสุดยอด รวมทั้งความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ จะลดลงไปตามระดับของฮอร์โมนเพศชายที่ขาดหายไป รวมทั้งระยะเวลาที่ขาดหายไปด้วย

คุณภาพชีวิต ผู้ชายส่วนใหญ่แล้วมักจะนำเอาความสามารถ และสมรรถภาพทางเพศมาเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ดังนั้น เมื่อความสามารถในด้านนี้ลดลงจึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงไปด้วย

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ชายวัยทอง จะเป็นสิ่งที่ซ้ำเติมให้คุณภาพชีวิตลดลงไปอีก

ค. แนวทางการวินิจฉัยภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทอง(6)

การตรวจสอบภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทองโดยเฉพาะฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนทำได้ 2 อย่าง คือ การใช้อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นทางร่างกายและจิตใจ การตรวจหาระดับเทสโทสเตอโรน และฮอร์โมนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระแสเลือด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การใช้อาการแสดงภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ได้แก่ การประเมินกลุ่มอาการ 4 ด้านทางคลินิกคือ อาการทางร่างกาย อาการทางระบบประสาทและไหลเวียนโลหิต อาการทางจิตใจ และ อาการปัญหาทางเพศโดยใช้แบบประเมิน PADAM Score (ซึ่งมีรายละเอียดในแบบสอบถามภาคผนวก ก) พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับ free & total testosterone อย่างไรก็ตาม กลุ่มแพทย์ใน Saint Louis University ได้นิยามชายวัยทองว่าเป็น “ADAM” (Androgen Deficiency in Aging Male) และใช้ ADAM Score ศึกษาแล้วได้ผลไม่ดีเท่า PADAM

Score การตรวจสมรรถภาพทางเพศของผู้ชาย โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งดัดแปลงจาก The International Index of Erectile Function จำนวน 5 ข้อ (IIEF-5)

2) การตรวจระดับฮอร์โมนในกระแสเลือด โดยเจาะเลือดตอนเช้าเวลา 8.00-10.00 น. โดยจะตรวจดังนี้

2.1 ตรวจระดับ free และ total testosterone

2.2 ตรวจระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- Dehydroepiandrosterone (DHEA) พบว่า DHEA ซึ่งถูกสร้างจากต่อมหมวกไตจะลดระดับเมื่ออายุมากขึ้นคล้ายกับระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน Gonadotropins (FSH & LH)

- Dihydrotestosterone (DHT) ได้จากเทสโทสเตอโรน โดยเอนไซม์ 5 α - Reductase ซึ่งมีอยู่ทั่วไปตามร่างกาย และ DHT ซึ่งมีความแรงของการออกฤทธิ์มากกว่าเทสโทสเตอโรน และเชื่อว่าเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นให้ต่อมลูกหมากโต ตามปกติระดับในกระแสเลือดจะไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงแต่ลดลงเล็กน้อยเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากในสภาพการณ์ที่ต่อมลูกหมากโตอาจมีระดับสูงขึ้นเล็กน้อย(8)

- Estradiol (E2)

- Growth Hormone (GH)

- Prolactin (PRL)

จ. ความสัมพันธ์ทางเพศของวัยทอง (Golden Age Sexual Relationships)

ในวัยนี้ ผู้หญิงและผู้ชายส่วนมากจะเริ่มรู้สึกว่าสมรรถภาพทางเพศเสื่อมถอยลง หรือขาดแรงจูงใจทางเพศ ผู้ชายบางคนเพิ่งมารู้จักการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Impotency) เป็นครั้งแรก ดังนั้นเรื่องเพศจึงกลายเป็นเรื่องที่น่าหวง วิตกกังวล และผิดหวังในวัยนี้ ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศในวัยนี้ มีอยู่หลายเรื่อง เช่น

- ความสามารถทางเพศมีจำกัด ถ้าใช้มากในตอนหนุ่ม ๆ ก็จะหมดในวัยกลางคน

- หลังหมดประจำเดือน ผู้หญิงจะหมดความรู้สึกทางเพศ แต่ถ้ามีอยู่แสดงว่าผิดปกติ

- ผู้ชายจะหมดสมรรถภาพทางเพศระหว่างอายุ 40-50 ปี และเป็นความจริงที่ต้องยอมรับ

- การหมดสมรรถภาพทางเพศในวัยกลางคนเป็นเรื่องธรรมดาทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย
- ภายหลังการตัดมดลูกออก ผู้หญิงจะหมดความต้องการหรือไม่มีความสุขทางเพศอีกต่อไป
- ภายหลังการผ่าตัดลูกอัณฑะ ผู้ชายจะหมดสมรรถภาพทางเพศตลอดไป

นักวิจัยเชื่อว่าการที่วัยกลางคนมีการตอบสนองทางเพศน้อยลงนั้น มีสาเหตุทางจิตใจมากกว่าทางร่างกาย เช่น การที่ผู้ชายขาดสมรรถภาพทางเพศอาจเนื่องมาจากความกังวลเกี่ยวกับงาน ความกังวลเกี่ยวกับความสามารถทางเพศ ความเบื่อหรืออึดอัดมากเกินไป มิฉะนั้นผู้ชายควรจะมีความสุขทางเพศจนอายุ 70-80 ปี

ผู้หญิงมีความสามารถทางเพศได้ตลอดชีวิตเช่นเดียวกัน และจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางเพศได้มากกว่าในวัยนี้ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้นจากการมีครรภ์ทำให้บรรจุดูดสุดยอด (orgasm) ได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ทำให้ชีวิตแต่งงานมีความสุขนั้น นอกจากความสัมพันธ์ทางเพศแล้วยังขึ้นอยู่กับความเข้าใจ ความอ่อนโยน ความรัก ความเอาใจใส่ที่ทั้งคู่มีต่อกันด้วย

2.1.4 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชายวัยทอง

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยนี้คือการมีร่างกายอ้วนเกินไป ใครก็ตามที่มีน้ำหนักตัวเกิน 30% โอกาสที่จะตายในวัยกลางคนเพิ่มขึ้นถึง 40% ความผิดปกติที่เกิดจากความอ้วนมีหลายอย่าง เช่น ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เบาหวาน นิ้วในถุงน้ำดี โรคตับ เป็นต้น

นอกจากนั้นคนสูบบุหรี่จัดก็จะมีปัญหาในวัยนี้ เช่น เป็นมะเร็งที่ปาก ลำคอ และปอด โรคหลอดเลือด และโรคหัวใจ ส่วนมากจะเริ่มปรากฏในอายุ 45-55 ปี สถิติแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีปัญหาเพียงครึ่งของผู้สูบบุหรี่ โรคที่ทำให้คนวัยกลางคนตายมากที่สุดคือ โรคหัวใจ

ชายวัยทองมีปัญหาที่พบในอวัยวะต่าง ๆ หลายระบบในประเทศไทยจากการศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ พบปัญหาของชายวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง ดังนี้

1) ไขมันในเลือดสูง (Dyslipiemia) ถือว่าเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ร้อยละ 82 สาเหตุเนื่องจากการลดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) เพราะอวัยวะเสื่อมหน้าที่และอาจร่วมกับการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเช่น ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย

ทำให้ระดับไขมันในกระแสเลือดเปลี่ยนไปในทางที่เป็นโทษต่อร่างกาย ในที่สุดจะมีพยาธิสภาพ ซึ่งมักพบว่าสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ชายคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด

2) กลุ่มอาการภาวะพร่องฮอร์โมนในชายวัยทองพบประมาณร้อยละ 78 โดยได้ข้อมูลจากการสอบถามและการทำแบบประเมิน PADAM Score ซึ่งจะมีอาการคล้ายกับสตรีวัยทองแต่เป็นการลดระดับลงของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

3) หย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction หรือ ED) พบได้ร้อยละ 66 สาเหตุมิได้เกิดจากการบกพร่องของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน อย่างเดียวแต่มีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน รวมทั้งการใช้ยา เช่น ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิตและความเครียด ความกังวลใจ อารมณ์เศร้าหมอง เป็นต้น แต่จากการศึกษาพบว่า โรคเบาหวานและต่อมลูกหมากโตมีความสัมพันธ์กับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อย่างเดียวแต่มีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน รวมทั้งการใช้ยา เช่น ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิตและความเครียด ความกังวลใจ อารมณ์เศร้าหมอง เป็นต้น แต่จากการศึกษาพบว่า โรคเบาหวานและต่อมลูกหมากโตมีความสัมพันธ์กับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

4) ต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia หรือ BPH) พบได้ร้อยละ 65 ซึ่งวินิจฉัยโดยการตรวจต่อมลูกหมากทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ ร่วมกับการประเมินโดยใช้แบบสอบถามความผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายกับการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งปัญหานี้มีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนแอนโดรเจน (androgens) โดยเฉพาะอย่างยิ่งฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ซึ่งจะถูก 5 α - reductase enzyme ภายในต่อมลูกหมากเปลี่ยนเป็น dihydrotestosterone แล้วจึงสามารถออกฤทธิ์กระตุ้นให้ต่อมลูกหมากโตหรือเป็นมะเร็งได้ ฉะนั้น ระดับเทสโทสเตอโรนในกระแสเลือดจึงไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเป็นต่อมลูกหมากโต

5) โรคอ้วน (Obesity) พบได้ร้อยละ 46 วินิจฉัยโดย Body mass index (BMI) และ waist/hip ratio เพราะระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่ำจะเหนี่ยวนำให้เกิดโรคอ้วน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกายหลายประการ

6) ความดันโลหิตสูง พบได้ร้อยละ 39 โดยอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงไขมันในเลือดในทางที่เป็นโทษต่อร่างกาย

7) กรดยูริกในเลือดสูง (Hyperuricemia) พบได้ร้อยละ 36 ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเก๊าต์

8) กระดูกบาง (Osteopenia) พบได้ร้อยละ 32 ทั้งนี้โดยปกติผู้ชายในวัยหนุ่ม พบว่า ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน มีมากพอจะออกฤทธิ์กระตุ้นการเจริญเติบโตของกระดูก โดยอาศัยกลไกสลับซับซ้อน เช่น ออกฤทธิ์โดยตรงต่อเซลล์ของกระดูก ออกฤทธิ์โดยอ้อมผ่านทาง

เอสโตรเจนและโดยกลไกอื่น ๆ เช่น Calcitonin และ Parathyroid hormone เป็นต้น จึงทำให้กระดูกในคนหนุ่มมีความหนาแน่นมากและใหญ่โตกว่าในเพศหญิง เมื่อมีการลดระดับของฮอร์โมนเพศทดสอบโรน จึงทำให้ความหนาแน่นของกระดูกลดลงและเกิดภาวะกระดูกบาง ทำนองเดียวกับสตรีวัยทอง แต่ในผู้ชายยังพอมีระดับฮอร์โมนที่ประคับคองกระดูกได้จึงทำให้พบอุบัติการณ์น้อยกว่าในสตรีวัยทอง

9) เบาหวาน พบได้ร้อยละ 22 ในคลินิกชายวัยทองของโรงพยาบาลรามาริบดี

10) กระดูกพรุน (Osteoporosis) พบได้ร้อยละ 9(8)

2.1.5 เป้าหมายการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้ชายวัยทองของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพของผู้ชายเพื่อให้ผู้ชายอายุประมาณ 40-59 ปี มีความรู้ ตระหนักในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และสร้างเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20(20) โดยมีมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้ชายวัยทอง ดังนี้

2.1.5.1 มีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องในด้าน

- 1) โภชนาการ
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) การพักผ่อนนอนหลับ
- 4) หลีกเลี่ยงสารเสพติด
- 5) การบริหารจัดการ
- 6) มีส่วนร่วมในกิจกรรม (ด้านสุขภาพ) ของครอบครัว และสังคม

2.1.5.2 มีการเฝ้าระวังสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข

1) ด้านร่างกาย ได้แก่

- ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- ได้รับการตรวจหาความผิดปกติของต่อมลูกหมาก อย่าง

น้อย ปีละ 1 ครั้ง

- ได้รับการบริการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง/วัดรอบเอว รอบสะโพกและวัดความดันโลหิตสูง/ตรวจนับชีพจร/การหายใจ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2) ด้านจิตใจ ได้แก่

- ได้รับการประเมินสุขภาพจิต อย่างน้อยละ 1 ครั้ง

ซึ่ง
กลวิธีดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย มีดังนี้

- ส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง
- a. พัฒนานุคลากรทุกระดับในการให้บริการด้าน
- b. ขยายและปรับปรุงบริการการส่งเสริมสุขภาพ
- ประชากรวัยทองให้มีคุณภาพเหมาะสม
- c. พัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริม
- สุขภาพประชากรวัยทอง
- d. เผยแพร่ความรู้ และสร้างเสริมจิตสำนึกประชากร
- วัยทองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
- e. ประสานงานกับภาคเอกชนและหน่วยงานที่
- เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง
- f. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพอนามัยของ
- ประชากรวัยทอง
- g. เสนอแนะให้มีมาตรการทางสังคม และกฎหมาย
- เพื่อคุ้มครองป้องกันและส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทองให้มีโอกาสและสิทธิในการเข้าถึงบริการ
- ส่งเสริมสุขภาพ

2.1.5.3 แนวทางและขั้นตอนการดูแลชายวัยทอง ของสถานบริการ

สาธารณสุขควรดำเนินการดังนี้

- 1) การซักประวัติ ซึ่งจะสอบถามข้อมูลต่อไปนี้ คือ
- ข้อมูลทั่วไป เช่น อาชีพการทำงาน อาหาร การสูบบุหรี่
 - การเจ็บป่วยหรือโรคในอดีต และวิธีการรักษา
 - การเจ็บป่วยหรือโรคในปัจจุบัน
 - แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย
 - แบบสอบถามความผิดปกติเกี่ยวกับอาการถ่ายปัสสาวะ
- 2) การตรวจร่างกาย ได้แก่
- การตรวจร่างกายทั่วไปและสัญญาณชีพ และการหาดัชนีมวลกาย
 - การตรวจร่างกายทุกระบบ

- การตรวจทางทวารหนักเพื่อดูต่อมลูกหมาก และเนื้องอก
ในและนอกลำไส้

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- ตรวจ CBC, UA, ฯลฯ เป็นต้น
- ตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก
- ประเมินภาวะบกพร่องฮอร์โมนเพศชาย
- ตรวจภาวะกระดูกพรุน
- ตรวจเพิ่มเติมในชายวัยหนุ่มที่มีภาวะบกพร่องของ

ฮอร์โมนเพศชาย

4) การให้ฮอร์โมนทดแทน

5) ให้คำแนะนำและสุศึกษา โดยเน้นในเรื่องต่อไปนี้

- ได้รับอากาศบริสุทธิ์
- ออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
- รับประทานอาหารครบ 5 หมู่
- ลดเกลือ
- ใช้อาหารเหมาะสมกับโรค
- รับประทานอาหารที่มีใยเพื่อป้องกันอาการท้องผูก
- พักผ่อน
- การป้องกันอุบัติเหตุ
- งดสิ่งเสพติด
- ควรได้รับแสงสว่าง

2.1.5.4 แนวทางการดูแลสุขภาพสำหรับชายวัยทองการดูแลสุขภาพวัยทอง
เพื่อการมีสุขภาพดี ควรมีแนวทางดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพ โดยการแนะนำให้มียพฤติกรรมที่มีผลดี
ต่อสุขภาพในปัจจุบัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

2) การป้องกันโรค โดยการแนะนำให้มียพฤติกรรมที่ไม่ทำให้เกิด
โรคหรือความไม่สบายใจในอนาคต งดพฤติกรรมก่อให้เกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา งดอาหาร
ไขมัน แล้วเพิ่มพฤติกรรมที่ดี เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหาร เป็นต้น

3) ตรวจคัดกรองโรคที่พบบ่อยในวัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุ
และรักษาโรคในระยะเริ่มต้น เช่น โรคความดันโลหิต เบาหวาน หัวใจ ต่อมลูกหมากโต ฯลฯ เป็นต้น

- 4) รักษาโรคที่ตรวจพบ ทั้งโรคที่ควรตรวจคัดกรองหรือไม่ก็ตาม
- 5) การฟื้นฟู สมรรถภาพ

สำหรับการดูแลรักษาควรมีการประเมินสุขภาพด้วย ซึ่งควรดำเนินการดังนี้

- 1) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่พบบ่อยทางอายุกรรม และความเสี่ยงต่อการลดลงของฮอร์โมนเพศทดสอบเทโรน
- 2) การประเมินโรคที่พบบ่อยทางอายุกรรม
- 3) การประเมินโรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งพบในชายวัยสูงอายุ
- 4) การประเมินอาการพร่องฮอร์โมนเพศทดสอบเทโรน โดยใช้ทั้งแบบสอบถามและเจาะเลือดตรวจฮอร์โมนเพศทดสอบเทโรน ชนิดรวมและอิสระ
- 5) การประเมินข้อบ่งห้ามการให้ฮอร์โมนเพศทดสอบเทโรน

2.1.6 ความชราในวัยทอง (Aging During the Golden Age)

ความชราเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลจากหลายอย่าง ส่วนหนึ่งเป็นพันธุกรรม และอีกส่วนหนึ่งจะเป็นสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเรามีพันธุกรรมต่างกัน อัตราในการแก่จึงไม่เท่ากัน บางคนแก่ช้าและแทบจะสังเกตไม่เห็นในแต่ละปีที่ผ่านมา แต่บางคนก็แก่เร็วต่อหน้าต่อตาเราเลยทีเดียว

สัญญาณที่แสดงถึงความชราจะปรากฏทางร่างกายภายนอก โดยเฉพาะทางผมและผิวหนัง ผมจะไม่ขึ้นเร็วเหมือนก่อน ถ้าเป็นผู้ชายก็จะศีรษะเถิกขึ้น ผมบางลงอย่างชัดเจน สารที่ทำให้ผมเป็นสีดำน้อยลงทำให้ผมหงอกและไม่เป็นเงา ส่วนมากผู้หญิงและผู้ชายจะมีผมหงอกหรือผมขาวทั่วศีรษะ ประมาณอายุ 50 ปี นอกจากนั้นในผู้ชายยังมีขนแข็ง ๆ ขึ้นตามหู จมูก และคิ้ว ส่วนผู้หญิงก็จะมีขนอ่อนขึ้นเหนือริมฝีปากและบริเวณคาง

ผิวหนังจะขาดความเต่งตึง มีรอยย่น และเริ่มหย่อนยาน รอยย่นมักปรากฏตรงตา รอบ ๆ ปากและหน้าผาก มีรอยคล้ำตรงใต้ดวงตา ผิวหนังตกกระ (Brown Age Spot) โดยเฉพาะตามมือ หน้าตาก็เปลี่ยนไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูก กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissues) นอกจากนั้น ฟันก็จะผุและหลุดไปด้วย

สิ่งที่จะช่วยให้ร่างกายสามารถปรับให้เข้ากับกระบวนการเข้าสู่ความชราได้แก่อาหารที่สมดุลและการออกกำลังกายที่เหมาะสม นอกจากนั้นก็อาจจะใช้ครีม น้ำมัน วิตามิน การอบไอน้ำ ตลอดจนการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น

มีคนวัยทองจำนวนไม่น้อยที่หันมาใช้บริการทางศัลยกรรมตกแต่งเพื่อชะลอให้แก่ช้าลงและความนิยมนี้มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกวัน ทั้ง ๆ ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ใช่น้อย ผู้ที่เข้ารับบริการมีทั้งหญิงและชายมากพอ ๆ กัน สมัยก่อนคนที่เข้ารับศัลยกรรมตกแต่งมักจะเก็บเป็นความลับ แต่ในปัจจุบันกลายเป็นสัญลักษณ์ของสถานภาพทางสังคมและเป็นแฟชั่น โดยเฉพาะคนที่มีชื่อเสียงจะมีส่วนในการประชาสัมพันธ์ศัลยกรรมพลาสติกกันมาก ศัลยกรรมพลาสติกนี้สามารถทำได้กับแทบทุกส่วนของร่างกายไม่ว่าจะเป็น จมูก ตา คาง หรือทรวงอก นอกจากนั้นยังมีการดึงหน้าให้ตึง การปลูกผม การผ่าตัดเอาไขมันส่วนเกินออก การลบรอยแผลเป็น รอยย่น และรอยดกกระตามผิวหนัง ตลอดจนการเรียกผิวหนังใหม่ขึ้นมาแทนผิวหนังเก่าที่ถูกไฟไหม้ไป

คนเรามีปฏิกิริยาต่อการเข้าสู่วัยชราได้ 2 ทาง ทางหนึ่งคือยอมรับและสามารถพูดถึงความชราที่คับคานเข้ามาอย่างมีอารมณ์ขัน อีกทางหนึ่งคือการไม่ยอมรับและพยายามต่อสู้เพื่อเอาชนะความชราโดยการแต่งตัวหรือทำตนราวกับว่ายังอยู่ในวัยหนุ่มสาวอยู่

ความสามารถทางประสาทสัมผัสของวัยทอง (Golden Age and Sensory Capacity)

การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสัมผัสปรากฏชัดมากขึ้นในวัยทอง ความสามารถในการรับรู้สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อกระบวนการเข้าสู่วัยชรา เพราะจะมีผลต่อพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอัตมโนทัศน์ของมนุษย์เรา

ผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีมักจะมีสายตาวายขึ้น (Presbyopia) สังกะไดจากการยื่นหนังสือไปสุดแขนเวลาอ่าน นอกจากนั้นก็ต้องเริ่มใช้แว่นตา การปรับตัวให้เข้ากับความมืดและความสว่างต้องใช้เวลามากขึ้นทำให้การขับรถเวลากลางคืนลำบากมากขึ้น

คนส่วนใหญ่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางตาว่าเป็นสัญญาณอย่างแรกของการเข้าสู่วัยชราและมักจะเข้าเหย้ากันว่าต้องยื่นแขนจนสุดแขนในขณะอ่านหนังสือ แต่บางคนก็พยายามปกปิดความชราไว้

งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้รสและกลิ่นยังมีน้อยอยู่ เท่าที่พบความสามารถในการรับรู้รสยังคงที่เหมือนเดิม แต่ความไวต่อรสชาติจะลดลงกว่าเดิมทำให้เขตรสหวาน เปรี้ยว เค็ม และขม ออกได้ยากกว่าเดิมเล็กน้อย

การรับรู้ทางหู เริ่มเสื่อมลงเมื่ออายุประมาณ 40 ปี คนวัยนี้ก็ไม่นิยมสวมเครื่องช่วยฟัง เช่นเดียวกับการใช้แว่น การรับเสียงต่ำยังคงที่อยู่ แต่จะรับฟังเสียงสูงลำบากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ชาย ทั้งนี้เพราะผู้ชายได้รับเสียงต่าง ๆ มากกว่าจากงานที่ทำ เช่น การขับรถบรรทุก การทำเหมือง การทำงานในโรงงาน เป็นต้น คนเรามักไม่รู้ตัวว่าการรับรู้ทางหูเสื่อมลงนอกจากในรายที่ร้ายแรง ดังนั้นจึงไม่สู้มีผลทางด้านจิตใจนัก

2.1.7 การเตรียมตัวเป็นชายวัยทอง

นอกเหนือจากลักษณะพฤติกรรมอื่น ๆ ที่มักจะปรากฏในวัยทอง ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น พฤติกรรมที่สำคัญและจำเป็น ซึ่งคนวัยทองควรสำนึก รับรู้เตรียมตัว ไม่ควรมองข้าม ได้แก่ “การเตรียมตัวเป็นชายวัยทอง”

ได้กล่าวมาแล้วว่า วัยที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตต้องมีการปรับตัวอย่างมากมาย ทั้งภายใน คือวัยรุ่น วัยทอง และวัยสูงอายุ เนื่องจากพอพ้นวัยทองบุคคลก็จะกลายเป็นชายวัยทองที่มีความสุขกายสบายใจนั้น จะเป็นไปได้โดยยาก ถ้าไม่มีการเตรียมตัวเตรียมใจล่วงหน้า ตั้งแต่ยังอยู่ในวัยทอง วิธีการเตรียมตัวมีหลายรูปแบบ จะทำให้การเปลี่ยนแปลงด้านความเสื่อมของร่างกายปรากฏให้เห็นน้อยมาก หรือล่าช้าออกไปอีกหลายปี ด้านจิตใจก็เช่นกัน บางคนยังดูกระฉับกระเฉง สดชื่นอยู่เสมอ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้าสู่วัยชายวัยทองอย่างมีคุณภาพต่อไป การเตรียมตัวเป็นชายวัยทอง(14) ควรปฏิบัติดังนี้

1) สุขภาพกาย การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพและเหมาะสมกับภาวะการมีโรคประจำตัว เช่น โยคะ การวิ่งเหยาะ ๆ การออกกำลังกายเป็นประจำอยู่เสมอจะทำให้กล้ามเนื้อมีการทำงานยืดหยุ่นตัวอยู่เสมอ กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น ถ้าไม่ได้ออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อลีบ เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การพักผ่อน การพักผ่อนอย่างเต็มที่และมีคุณภาพคือ การนอนหลับอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ฝ่าละอองธุลีพระบาทสุขภาพหรือเอาใจใส่สังเกตอาการผิดปกติของโรคประจำตัวปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

2) สุขภาพจิต มีความเข้าใจและมีการเตรียมจิตใจเพื่อยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต มีการเตรียมเรื่องการเงิน ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เรื่องที่อยู่อาศัย และการใช้ชีวิตต่อไปในวัยชายวัยทอง รู้จักการทำจิตใจให้เป็นสุข ปล่อยวางในเรื่องที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้อีกต่อไป เช่น การดำเนินชีวิตของบุตรหลาน เข้าร่วมกิจกรรมของการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่วัยชายวัยทองต่าง ๆ เช่น เข้าฟังบรรยายพิเศษเรื่อง การเตรียมตัวเข้าสู่วัยเกษียณอายุ เข้าร่วมโครงการวัยทอง เป็นต้น

3) เตรียมเรื่องการอยู่อาศัย มีข้อที่ต้องคำนึงหลายประการด้วยกันในด้านนี้ เช่น จะอาศัยที่ไหน บ้านของใคร (ของตนเองหรือของลูกหลาน) ลักษณะบ้านเป็นอย่างไร บ้านนั้นเล็ก ใหญ่ พอกับกำลังสำหรับรักษาดูแลไหม ใครจะอาศัยอยู่ด้วยสถานที่ตั้งบ้านอยู่มีความสงบ สะดวก ปลอดภัยไหม การเตรียมเรื่องการอยู่อาศัยในยามสูงอายุ มีความจำเป็นควรจัดการตั้งแต่วัยทอง เพราะถ้าหากจัดการเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ในหลายรายมีปัญหาบางอย่าง ซึ่งคนสูงอายุเตรียมแก้ไขไม่ทันการณ์ เช่น กำลังวังชาที่จะเป็นภาระเกี่ยวกับการก่อสร้าง การเลือกบุคคลที่จะมาอาศัยอยู่ด้วย ฯลฯ

4) เตรียมเรื่องการเงิน คนวัยทองจะต้องเตรียมทรัพย์สินเงินทองของตนเองสำหรับใช้จ่ายใช้สอยในยามชรา จะเตรียมโดยวิธีใดก็ได้ ตามความเหมาะสมและลักษณะอาชีพ วิถีชีวิตของแต่ละบุคคล (เช่น เงินบำนาญ ดอกเบี้ย ค่าเช่า ฯลฯ) หากไม่ได้เตรียมตัวเรื่องทรัพย์สินเงินทองไว้ตั้งแต่วัยทอง เมื่อล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุทุกคน ย่อมตระหนักรู้กันเป็นธรรมดาว่า เมื่ออายุมากขึ้น เรี่ยวแรงในการทำงานหรือโอกาสในการมีงานทำที่มีรายได้สูงของคนส่วนใหญ่ไม่ค่อยมี ยิ่งในสภาพเศรษฐกิจชุมชนปัจจุบัน การหวังพึ่งพาทรัพย์สินเงินทองจากบุตรหลาน เป็นเรื่องค่อนข้างจะเลือนราง การเตรียมตัวเกี่ยวกับเรื่องนี้แต่เนิ่น ๆ จึงเป็นเรื่องสำคัญมากเรื่องหนึ่ง

5) เตรียมงาน ท่านพุทธทาสกล่าวว่า ชีวิตคืองาน งานคือชีวิต งานคือการปฏิบัติธรรม การเข้าสู่วัยชรามิได้หมายความว่า คนปฏิบัติงานต่าง ๆ ไม่ได้ จากการวิจัยในที่ต่าง ๆ พบสอดคล้องต้องกันว่า คนชราที่ไม่มียานทำงานเลยนั้น เสื่อมโทรมเร่รังทั้งกายและใจ การตั้งต้นงานใหม่โดยไม่มีการเตรียมตัวในยามชราเป็นเรื่องที่ต้องพึงระวังมาก ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยทอง บุคคลต้องคำนึงว่าตนเองมีคุณค่า

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.2.1 ความหมายคุณภาพชีวิต

นักวิชาการให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525(21) ให้ความหมายว่า “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะของความคิด ลักษณะประจำของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วน “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตน่าจะหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและชุมชนเป็นประเด็นสำคัญหลายประเทศเห็นพ้องว่ามนุษย์ทุกคนในชุมชนควรได้รับการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายของตนตามความคาดหวัง โดยอยู่บนรากฐานความเชื่อที่ว่ามนุษย์ประกอบด้วยกาย จิต อารมณ์และชุมชน มีเป้าหมายชีวิตและความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชน วัฒนธรรม จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคุณภาพชีวิตเหมือนกัน การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมักจะศึกษาถึงความสุข ความผาสุก และความพึงพอใจ โดยมีผู้ให้คำนิยามและแนวคิดดังต่อไปนี้

ซาน (Zhan L.)(22) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ของบุคคลเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

ยังและลองแมน (Yong & Longman)(23) ระบุว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน

องค์การอนามัยโลก (WHO)(24) ให้ความสำคัญคุณภาพชีวิต หมายถึงระดับของการมีชีวิตที่ดี สุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของบุคคลในชุมชน

จากคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยสรุปความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของชายวัยทองที่มีต่อองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม

2.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับศาสตร์หลายสาขาและประกอบด้วยหลายมิติ ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่จะศึกษาในเรื่องความพึงพอใจและความต้องการ โดยความพึงพอใจในชีวิตไม่ว่าแนวคิดใดก็ตามจะมีรากฐานมาจากทฤษฎีของมาสโลว์(25) ที่ว่าความพึงพอใจของมนุษย์เกิดขึ้นได้เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic need) ได้รับการตอบสนอง โดยที่ความต้องการขั้นพื้นฐานในระดับต่ำกว่า (Lower need) ต้องได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอก่อนจึงจะเกิดความต้องการระดับสูงขึ้นไป (Higher needs) ประกอบด้วย 5 ขั้น ได้แก่

- 1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอดของมนุษย์ (physical needs)
 - 2) ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย (safety needs)
 - 3) ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ (love and belonging needs)
 - 4) ความต้องการการยอมรับนับถือ (esteem needs)
 - 5) ความต้องการบรรลุความสำเร็จ สมหวังในชีวิต (self actualization needs)
- จากแนวคิดความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์นี้เองจึงเป็นที่มาของแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ดังเช่น

ฟลานาแกน (Flanagan)(26) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่ามี 5 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความสุขสบายร่างกายและวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่านอยู่ การมีเครื่องอำนวยความสะดวกสบาย การได้รับอาหารที่ดี และการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
- 2) ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา สมาชิก ในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น รวมทั้งการมีบุตรและการเลี้ยงดู
- 3) การมีกิจกรรมในชุมชน และชุมชน และการได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

4) ด้านพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ ได้แก่ การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจ และเข้าใจตนเอง รู้จักบกร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ การได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5) มีสันทนการ ได้แก่ อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมในชุมชน

พาดิลลาและแกรนท์(Padilla & Grant)(27) ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษารวมทั้งความรู้ต่อชุมชนรอบตัวของผู้ป่วย

ซ่าน (Zhan)(22) ได้รวบรวมแนวคิดจากนักวิจัยหลายท่าน และสรุปว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้านชุมชนและเศรษฐกิจเป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา รายได้ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจ(28) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของ เบนเน็ต (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีเศรษฐกิจดี และชุมชนดี

2) ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับชุมชนวัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้นมีจุดมุ่งหมายของชีวิต

องค์การอนามัยโลก(29) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่ามี 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้ต่อสภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสุขสบาย การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ชายวัยทองอยู่ในช่วงวัยที่มีพัฒนาการด้านร่างกายไปในทางเสื่อมถอยประสิทธิภาพของอวัยวะและระบบการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยด้านร่างกาย

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้ความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มองตนเอง

ในด้านบวกจะมีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

3) ด้านความสัมพันธ์ทางชุมชน (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในชุมชน การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในชุมชนด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์มนุษย์ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เพียงลำพังยังคงต้องมีปฏิสัมพันธ์และการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ดังนั้นความสัมพันธ์ทางชุมชนจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและชุมชนสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยสภาพแวดล้อมบางอย่างสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของบุคคลได้ แต่ บางอย่างไม่สามารถปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองความต้องการได้ ดังนั้นบุคคลจึงต้องปรับตัวให้ ขอมรับกับสภาพแวดล้อมนั้น ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิตของชายวัยทองเกิดขึ้นได้ จากปัจจัยหรือองค์ประกอบหลาย อย่างที่แตกต่างกัน ที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง ได้ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ด้านภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ด้าน สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธ ศาสนา เป็นต้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก(29) ที่อธิบายถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทาง ชุมชน (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ได้อย่างครอบคลุมลักษณะ ภาพรวมทั้งหมดของชีวิต

2.2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและชุมชนในระดับสาทลนั้น มีจุดเริ่มจากการใช้ เครื่องชี้วัดทางเศรษฐกิจ คือ GNP per capita (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเบื้องต้น) เป็นตัวชี้วัด

การพัฒนา ซึ่งต่อมาได้เกิดคำถามและความรู้สึกรู้ว่า การวัดการพัฒนาตนเพียงด้านเศรษฐกิจด้านเดียว คงไม่เพียงพอ จึงได้มีการสร้างเครื่องมือเพื่อชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตขึ้นมากมาย โดยมีประเด็นเนื้อหาหลักในการพิจารณาแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศหรือองค์กรนั้น ๆ ต้องการจะเน้นหรือกำหนดนโยบาย และจุดมุ่งหมายของการพัฒนาชุมชนไปในแนวทางใดบ้าง เช่น เครื่องชี้วัดบางชุด มีประเด็นเนื้อหาหลักในเรื่องของสุขภาพ โภชนาการ การศึกษา รายได้ การจ้างงาน บางชุดอาจจะเน้นที่ประชากร ที่พักอาศัย ทรัพยากรธรรมชาติ ความเป็นเอกภาพของชาติ ฯลฯ ทำให้เครื่องชี้วัดเหล่านี้ขาดความเป็นสากลไม่สามารถเป็นที่ยอมรับได้ เมื่อนำไปใช้กับภูมิภาคหรือประเทศอื่นที่มีประเด็นเนื้อหาหลักในการพิจารณาแตกต่างกันไป

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพได้มีการเปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างกันระหว่างนักวิชาการแต่ละสาขา แนวคิดเดิมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาเชิงวัตถุ เช่น รายได้ การเป็นเจ้าของสิ่งต่าง ๆ ผลสำเร็จของการประกอบอาชีพ เป็นต้น ไปสู่การเน้นด้านรางวัลทางใจ เช่น ความพึงพอใจ การพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น ซึ่งมีผู้กล่าวถึงแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน เช่น

แฟรงค์ สตรอมเบอร์ก (Stromberg MF.) (30) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ คือ

1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมิน โดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือนุเคราะห์ทีมสุขภาพ ประเมินออกมาเป็นคะแนน

2) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตตนเอง เช่น ความพึงพอใจ และความสุขที่ตนเองได้รับ ประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ในช่วงแรกของการประเมินคุณภาพชีวิตจะศึกษาเฉพาะด้านวัตถุวิสัย ต่อมาจึงสนใจศึกษาด้านจิตวิสัย โดยพิจารณาจากการรับรู้ของบุคคล โดยให้บุคคลประเมินตนเอง

ตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 เป็นต้นมาการพัฒนาในระบกกว้างขึ้นคือ มุ่งที่ “ความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน” โดยมองที่ปัจเจกบุคคลและชุมชนโดยส่วนรวม ความพยายามในการกำหนดกรอบสำหรับการจัดสร้างเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตและชุมชนให้เป็นสากลได้ถูกนำเสนอและพัฒนา

เครื่องชี้วัดขึ้นมาโดยองค์กรระหว่างประเทศหลายองค์กร สำหรับองค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้นมาในปี ค.ศ.1996 มีทั้งหมด 100 ตัวชี้วัดหรือข้อคำถาม สำหรับประเทศไทยได้มีการแปลและนำมาใช้โดย กิติกร มีทรัพย์ ได้แปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้วยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งและถือว่าเป็นภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการและได้มีการนำไปใช้เก็บ ข้อมูลในคนไทยมาแล้ว ในปีเดียวกัน WHO ก็ได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL – BREF) โดยการคัดเลือกจากชุด 100 ตัวชี้วัดด้วยวิธีการทางสถิติ

เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุดย่อ 26 ตัวชี้วัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะนิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบคือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางชุมชนและด้านสิ่งแวดล้อมเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินโดยไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและในแง่กฎหมายซึ่งในแต่ละประเทศก็ยังไม่มียุติบัตรชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สามารถมั่นใจในข้อมูลที่ได้จากการนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ไปใช้จะบอกผลที่วัดได้จริง ๆ และมีความเป็นสากลเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตทั้งสองชนิดคือ ชุด WHOQOL – BREF-100 และWHOQOL – BREF สามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก ใช้หาค่าคะแนนพื้นฐาน (Baseline scores) ในพื้นที่ ๆ ต้องการ และสามารถชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด คุณลักษณะของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก จึงมีความเป็นสากลดังกล่าวแล้ว ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้ศึกษาจะใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลก ในการประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยผู้วิจัยขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะการประเมินคุณภาพชีวิตโดยแบบวัด WHOQOL – BREF ฉบับย่อซึ่งใช้ในการศึกษานี้และได้มีการนำมาใช้ในประเทศไทยแล้วต่อไป

เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF- THAI) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะนิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลด้านสภาพร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย พละกำลัง ความเจ็บปวด เป็นต้น
- 2) ด้านจิตใจ หมายถึง สภาพจิตใจของบุคคล ความเชื่อด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต

3) ความสัมพันธ์ทางชุมชน หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลต่อผู้อื่นในชุมชนการได้รับการช่วยเหลือด้านการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นและการมีวิชีพ และอารมณ์ทางเพศ

4) สภาพสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต และแหล่งประโยชน์ทางการเงิน สถานบริการสุขภาพ และรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นซึ่งในเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยชุดย่อ 26 ข้อ นั้น สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ(5) ได้ศึกษาและนำไปใช้รวมทั้งเผยแพร่ โดยพบว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อมีคุณภาพใช้ได้

แบบวัดคุณภาพชีวิต 26 ข้อนั้น มีการจำแนกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) องค์ประกอบด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 4 ข้อ 11 และข้อ 12
 - 2) องค์ประกอบด้านจิตใจได้แก่ข้อ 5 ข้อ 6 ข้อ 7 ข้อ 8 ข้อ 9 และข้อ 25
 - 3) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางชุมชน ได้แก่ข้อ 14 ข้อ 15 และข้อ 16
 - 4) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ข้อ 17 ข้อ 18 ข้อ 19 ข้อ 20 และข้อ 21
- ส่วนที่ ข้อ 26 และข้อ 1 เป็นตัวชี้วัดอยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม จะไม่ได้รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ข้างต้นนี้

การให้คะแนนเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

การให้คะแนนในแบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ 1-5 ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

หมายเลข 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่

หมายเลข 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง

หมายเลข 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกเช่นนั้นมาก รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

หมายเลข 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกพอสมควร รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การให้คะแนนคุณภาพชีวิต จะให้คะแนนตามข้อที่ผู้ตอบเลือก เช่น ถ้าเลือก หมายเลข 1 ให้ 1 คะแนน เลือกหมายเลข 5 ให้ 5 คะแนน ข้อที่เป็นข้อความทางลบ จะกลับคะแนนก่อนดังนี้ ถ้าเลือกหมายเลข 1 ให้ 5 คะแนน เลือกหมายเลข 2 ให้ 4 คะแนน เลือกหมายเลข 3 ให้ 3 คะแนน เลือกหมายเลข 4 ให้ 2 คะแนน เลือกหมายเลข 5 ให้ 1 คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF – THAI นี้ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 2 ข้อ 9 และข้อ 12 ซึ่งก่อนรวมคะแนนต้องกลับคะแนนเสียก่อน นอกนั้นเป็นข้อความเชิงบวก ส่วนระดับคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ปานกลาง และดี มีคะแนนรวมจากนั้นหมด 26 ข้อคำถาม ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยในการศึกษาของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ(5) แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต จากพิสัย โดยแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เกณฑ์แปลผล แบ่งคะแนนของคุณภาพชีวิตจำแนกรายองค์ประกอบ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางชุมชน	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

เกณฑ์แปลผลรายข้อ ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิต แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยสูตร ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วงชั้น}}$$

ดังนั้นคะแนนระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี
 2.34 – 3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
 3.68 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับดี

สำหรับในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ประเมินคุณภาพชีวิตชายวัยทอง โดยใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยพัฒนาและประยุกต์มาจากแบบวัดการประเมินคุณภาพชีวิตของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ(5) เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด

2.3 ทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต

โมเดลทางด้านนิเวศน์สังคม (Social Ecological Model)(31)เป็นพื้นฐานแนวความคิดของทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ โดยมีผู้เขียนหลายคนนำมาปรับใช้ในแนวความคิดของตนเอง ซึ่งในกลุ่มแรกนักจิตวิทยาเช่น Kurt Lewin (1951) ได้นำมาปรับใช้ในการศึกษาอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อบุคคล นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ต่อมา Urie Bronfenbrenner (1979) ได้นำแนวคิดนี้มาจัดเป็นระบบโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ซึ่งระดับนี้จะหมายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ระดับระหว่างบุคคล เป็นการอธิบายลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน และระดับสังคม อธิบายถึงระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม นโยบาย เป็นต้น ในส่วนของกลุ่มที่สองจะนำรูปแบบแนวคิดเหล่านี้มาปรับใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมแก้ไข ปัญหาหรือดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น ของ Mc Leroy (1988) (14) ซึ่งกลยุทธ์การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของชายวัยทองแนวทางหนึ่ง

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำโมเดลทางด้านนิเวศน์สังคม มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดย Mc Leroy (14) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ กล่าวคือ

ระดับที่ 1 ระดับบุคคล (Individual Level) หมายถึง ลักษณะภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลไม่ว่าจะเป็น ลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น และลักษณะทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ทัศนคติ หรือ บุคลิกภาพ เป็นต้น

ระดับที่ 2 ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) หมายถึง สภาพแวดล้อมในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท ที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบุคคลได้โดยผ่านทางกระบวนการจัดกลาทางสังคม

ระดับที่ 3 ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organization/Institution Level) หมายถึง สถานที่ทำงาน หรือสถานการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานหรือแบบอย่าง ในการปฏิบัติให้กับสมาชิก ในสถาบันหรือองค์กรนั้น

ระดับที่ 4 ระดับชุมชน (Community Level) หมายถึง เครือข่ายทางสังคม อย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้าน หรือชุมชนที่พหุอาศัยละแวกใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลกับชุมชนย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

ระดับที่ 5 ระดับสังคม (Social Level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย สาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของประชาชนได้แก่ กฎหมาย การวางนโยบาย การรณรงค์ผ่านสื่อ ต่าง ๆ หรือมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมประชากรระดับมหภาค

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ ซึ่งสามารถนำมา อธิบาย โดยสรุปดังนี้

1) ปัจจัยระดับบุคคล (Individual Level) หมายถึง ลักษณะภายในตัว บุคคลที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้แก่ ข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ภาวะพร่อง สอร์โมนเพศชาย

2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) หมายถึง สภาพแวดล้อม ในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท ที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพใน ครอบครัว

3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organization/Institution Level) หมายถึง สถานที่ทำงาน หรือสถานการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานหรือแบบอย่าง ในการปฏิบัติให้กับสมาชิก ในสถาบันหรือองค์กร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิธีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา



แผนภูมิที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองตามแนวคิดรูปแบบเชิงนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ (Ecological Model of Health Behavior)

ที่มา: แนวคิดศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม ปรับจากแนวคิด MaLeroy และคณะ(14)

2.4 สัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันชุมชนที่สำคัญที่สุด เป็นหน่วยของชุมชนที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันนี้เนื่องจากเป็นชุมชนหน่วยแรกที่มนุษย์จะต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเติบโตขึ้น ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อชายวัยทองมาก ชายวัยทองเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลและการสนับสนุนด้านต่างๆจากครอบครัว เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ โดยปกติชายวัยทองไทยส่วนใหญ่จะอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีลูก ๆ หลาน ๆ หรือญาติพี่น้อง คนในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกันนี้ หากบุคคลในครอบครัวมีความเอาใจใส่ดูแล ให้ความอบอุ่น ให้ความสำคัญแก่ชายวัยทอง สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพในครอบครัวก็จะมีผลอย่างมากต่อชายวัยทอง

2.4.1 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

มนุษย์เป็นสัตว์ชุมชนที่อยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากมาย เริ่มตั้งแต่ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรก ที่คนเรามีส่วนร่วมเป็นสมาชิก สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ อันเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัว อันได้แก่ พ่อแม่ พี่ น้อง ได้ให้ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม การเอาใจใส่เลี้ยงดูกัน ทำให้เกิดการขัดเกลาทางชุมชน (Socialization) จากการเปลี่ยนแปลงสภาพของชุมชนไทยในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันน้อยลง ทำให้ชายวัยทองได้รับการคำนึงทางร่างกายและจิตใจน้อยลงตามลำดับ เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

แฮร์ริส และ โคล (Harris and Cole)(32) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำของสมาชิกในครอบครัวต่อชายวัยทอง และชายวัยทองต่อสมาชิกในครอบครัว ชายวัยทองเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ถ้าผู้สูงอายุขาดการดูแล หรือขาดความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว จะทำให้ชายวัยทองมีความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำได้

กมลยา แสงสีทอง(33) ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์มีลักษณะเป็นความปรองดอง รักใคร่กลมเกลียวในครอบครัว นับว่าเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้งหรือมีความรู้สึกที่เป็นอริต่อกัน ถือว่าเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในครอบครัว

ศรีทัฬหิม (รัตนโกศล) พาณิชพันธ์(34) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิด กุ๊นเคย สนิทสนมระหว่าง บิดามารดา และบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้นๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหาและมีมูลเหตุแห่งปัญหามานานาประการ

จากความหมายที่ได้บททวน สรุปได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย สามี ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่น ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวปฏิบัติต่อชายวัยทอง ในด้านการแสดงความเคารพยกย่องและให้ความสำคัญต่อกัน การแสดงความรักความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความเอาใจใส่ดูแลต่อกัน การทำกิจกรรมร่วมกันความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความผูกพันใกล้ชิดกัน มีความปรองดองเป็นหนึ่งอันเดียวกัน รวมถึงการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน

2.4.2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อชายวัยทองมาก เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจ เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ชายวัยทอง

ฟรายด์แมน (Friedman)(10) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่าหน้าที่ของครอบครัว เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ ครอบครัวเป็นแหล่งกำเนิดอารมณ์ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีชีวิตที่มีคุณค่า และเป็นแหล่งของการให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ

มอร์โรว์ และ วิลสัน (Morrow and Wilson)(11) ได้อธิบายถึงลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation) ว่าประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว มีการรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียว สามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

เอิร์นสและคณะ (Ernest, et al) (35) อธิบายอย่างกว้าง ๆ ของครอบครัว โดยทั่วไปดังนี้

1) ครอบครัวประกอบด้วยความผูกพันกันโดยการแต่งงาน สายเลือดหรือการรับบุตรพันธะสัญญาของสามีและภรรยา คือ การแต่งงาน และความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับบุตร โดยทั่วไปก็โดยทางสายเลือด แม้อาจจะมีเป็นแบบการรับรองบุตรก็ตาม

2) สมาชิกของครอบครัวจะมีชีวิตอยู่ด้วยกันภายใต้หลังคาเดียวกันประกอบเป็น

3) ครัวเรือนเดียวหรือแยกกันอยู่ พวกเขาก็ถือว่าครัวเรือนเปรียบเสมือนบ้าน แม้บางครั้งในอดีตที่ผ่านมาครัวเรือนเป็นครัวเรือนใหญ่ซึ่งอาจจะมีถึงสามหรือสี่หรือห้าอายุคน

4) ครอบครัว ประกอบด้วยบุคคลซึ่งมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อซึ่งกันและกันตามบทบาทของชุมชน กล่าวคือ เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรชาย บุตรหญิง พี่และน้อง บทบาทเป็นไปตามการคาดหวังของชุมชน

อรนุช อุคตสมฤดี (36) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีในกลุ่มสังคม ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

1) ความใกล้ชิดสนิทสนมที่บุคคลในครอบครัวมีให้แก่กัน ส่งผลให้มีความอบอุ่นและความปลอดภัย

2) การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นการแสดงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่นมีส่วนร่วมในความเป็นครอบครัวเดียวกัน ทำให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ซึ่งกันและกัน

3) พฤติกรรมในการดูแลรับผิดชอบ เช่น บิดา มารดาดูแลบุตรที่ยังเล็ก บุตรวัยผู้ใหญ่ดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ ผู้ที่แข็งแรงกว่าดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่า

4) การยอมรับ ซึ่งจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความสามารถกระทำการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ซึ่งบทบาทนี้อาจเป็นบทบาทในครอบครัว หรืออาชีพ การยอมรับทำให้ผู้ได้รับเกิดความมั่นใจ

5) ช่วยเหลือ แบ่งปันกันในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันจะให้แก่กัน ในสังคมไทยถือว่า ครอบครัว เป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ ชายวัยทอง เพื่อให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข จึงกล่าวได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวจะนำมาซึ่งความสุขในชีวิตต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะชายวัยทอง ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ถ้าชายวัยทองขาดการดูแล หรือมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัว ก็อาจทำให้มีความสุขในชีวิตที่ต่ำได้

ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย สามี ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกันปฏิบัติต่อชายวัยทอง ในด้านการแสดงความรักยกย่องและให้ความสำคัญต่อกัน การแสดงความรักความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความเอาใจใส่ดูแลต่อกัน การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความผูกพันใกล้ชิดกัน มีความปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รวมถึงการพักผ่อนหย่อนใจ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว ของฟรายด์แมน (Friedman)(10) และมอร์โรว์กับวิลสัน (Morrow and Wilson)(11) มาใช้เพื่ออธิบายกรอบแนวคิดในปัจจัยด้านครอบครัว

2.5 การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน

2.5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด

คำว่า “การมีส่วนร่วม” (Participation) โดยทั่วไปจะมีความหมายที่หลากหลาย สำหรับความหมาย ที่พูดถึงในเชิงการพัฒนาชนบทมักจะหมายถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ชุมชนหรือประชาชนในการเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาของภาครัฐเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมอย่างหนึ่ง แต่การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้างกว่าอาจจะหมายถึงการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ ของชุมชนโดยตรง การมีส่วนร่วมอาจมีได้ทุกระดับ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในระดับชาติลงไปจนถึงระดับหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของรัฐหรือกิจกรรมการพัฒนาของชุมชนที่ประชาชนยินดีมาร่วม โดยที่การมีส่วนร่วมนี้จะมีความหมายว่าสมาชิกทุกคนจะร่วมรับประโยชน์และการลงทุนลงแรงด้วย จึงจะเป็นการมีส่วนร่วมในความหมายที่เป็นธรรม(37)

ปรัชญา เวสารัชช์(38) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมไม่ใช่เรื่องแปลกใหม่แต่ประการใด ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดมานับตั้งแต่เกิดชุมชนมนุษย์ การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นได้หลายลักษณะ หลายรูปแบบ หลายวิธีการ หลายกิจกรรมและหลายวัตถุประสงค์แตกต่างกันไปตามมิติต่าง ๆ เช่นนี้ มีผลทำให้ไม่สามารถนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมได้ตามวัตถุประสงค์ของเนื้อหาที่เน้นเฉพาะความสนใจของแต่ละคน ส่วนนักวิชาการและนักปฏิบัติอื่นอีกหลายคนได้ละเลย การนิยาม โดยเห็นว่าเป็นเรื่อง ที่เข้าใจโดยทั่วกันแล้วหรือเห็นว่าไม่มีประโยชน์ที่จะนิยาม

ไพรัตน์ เจริญมิตร(39) ให้ความหมายและหลักการสำคัญเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมในการพัฒนา หมายถึง กระบวนการที่รัฐส่งเสริม ชักนำ และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมชน สมาคม มูลนิธิและองค์กรอาสาสมัครในรูปต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน

ศิริกาญจน์ โกสุมภ์(40) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมมีหลายมิติและมีความแตกต่างกันจึงไม่อาจใช้วิธีการเดียวในการมองถึงการมีส่วนร่วมได้ดีพอและครอบคลุม การจะอธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมจึงต้องคำนึงถึงบริบทที่เกี่ยวข้อง และเมื่อนำคำนี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานก็จำเป็นที่จะต้องกำหนดความหมายขึ้นมาและทำความเข้าใจให้ตรงกัน การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาเป็นสิ่งที่มิประโยชน์และสำคัญมาก เพราะจะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืนและเกิดความเจริญงอกงามในตัวเอง แม้รัฐบาลหรือเจ้าหน้าที่ถอนตัวออกจากชุมชนไปแล้ว การพัฒนายังดำเนินการต่อไป เพราะทั้งประชาชนหรือตัวแทนของประชาชนในแต่ละชุมชนจะเป็นผู้ที่มีความรู้ และเข้าใจกระบวนการพัฒนาได้ดีที่สุด และการตัดสินใจมีส่วนร่วมจะต้องถูกตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชนได้ตรงตามเป้าหมายที่สุด การมีส่วนร่วมจะต้องคู่กับความรู้สึกเป็นเจ้าของ คนอื่นที่เข้าร่วมนั้นถือว่าเป็นการให้ความร่วมมือ การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชน

จะต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชน ได้แก่ การศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเลือกวิธีและวางแผนในการแก้ปัญหา การตามแผน และขั้นตอนสุดท้าย คือการติดตามและประเมินผล

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมมือ และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในทุก ๆ ด้านของประชาชน โดยเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

2.5.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

พจนี เทียมศักดิ์(41) กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมว่าการมีส่วนร่วมมีความสำคัญเพราะเป็นการทำให้ทุกฝ่ายได้เข้ามาเกี่ยวข้อง ให้ทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในลักษณะของกิจกรรมและการดำเนินชีวิตในชุมชน อย่างมีศักดิ์ศรีและเท่าเทียมกัน ในสิทธิอำนาจตามแนวทางประชาธิปไตยและรวมถึงเป็นการลดการพึ่งพารัฐ อันเป็นความสัมพันธ์ตามแนวราบ ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง

ปริศนา โกลละสุด(42) ได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมจะช่วยให้ประชาชนยอมรับโครงการมากขึ้น เนื่องจากเป็นโครงการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน ประชาชนจะมีความรู้สึกผูกพันและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของมากขึ้น การดำเนินโครงการจะราบรื่นได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากขึ้น จะช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนมากขึ้น โครงการจะให้ประโยชน์แก่ประชาชนมากขึ้น และมีการระดมทรัพยากรเพื่อการดำเนินโครงการมากขึ้น

นอกจากนี้ มัย สุขเอี่ยม(43) ยังได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมจาก นักทฤษฎีการบริหาร ได้ให้ความสำคัญไว้ต่าง ๆ กันดังนี้ การบริหารแบบมีส่วนร่วมจัดว่าเป็นแนวคิดทางการบริหารที่ยอมรับกันในยุคปัจจุบันว่าเป็นแนวคิดทางการบริหารที่เหมาะสมกับยุคสมัย สอดคล้องกับการปกครองระบอบประชาธิปไตย เพราะคำนึงถึงความสำคัญของผู้ร่วมงานทุกระดับ การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีที่มาจากแนวคิดทางการบริหารงานเชิงมนุษย์สัมพันธ์ (Human Relation Approach) และการบริหารเชิง พฤติกรรม (Behavior Approach) กล่าวโดยสรุปจากแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าเป็นรูปแบบของการบริหารที่ให้ความสำคัญต่อบุคคล เป็นการสนองความต้องการ พื้นฐานของมนุษย์ที่ต้องการได้มีส่วนร่วม การบริหารแบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ดังนั้นจึงสมควรนำมาใช้ในหน่วยงาน โดยเฉพาะสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งเป็นแหล่งรวมของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะด้าน การ

ดำเนินงานจึงควรให้บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับและการร่วมมือกันของทุกฝ่าย

2.5.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนจะมุ่งที่การให้ความร่วมมือในกิจกรรมที่หลากหลายซึ่งประชาชนจะให้ความร่วมมือกับบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อมุ่งหวังที่จะสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือกลุ่มชุมชนนั้น อันจะเป็นแนวทางสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ต่อไป ดังนี้

ปัจจัยที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนา มีดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านบุคคล บุคคลที่จะทำงานพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนต้องสร้างเงื่อนไขของบทบาทของตนให้พร้อมที่จะเข้าไปทำงานและให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยต้องมีทัศนคติและจิตสำนึกต่อประชาชนอย่างเหมาะสม เช่น การยอมรับศักดิ์ศรีของประชาชน เท่าเทียมกับตน การมีความเชื่อและเคารพในตัวประชาชน การพร้อมที่จะเรียนรู้จากประชาชน และให้โอกาสแก่ประชาชนในการแสดงความคิดเห็นและร่วมในกิจกรรมการพัฒนา และการส่งเสริมให้เหมาะสม ในขณะเดียวกันควรให้โอกาสผู้นำชุมชน รวมไปถึงบุคคลที่มีความคิดริเริ่มในการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาให้มีบทบาทในการพัฒนาอย่างเต็มความสามารถ

2) ปัจจัยด้านการบริหาร เป็นผลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามระเบียบราชการหรือองค์กรพัฒนาเอกชน ควรนำมาใช้ให้มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติพอสมควร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ค่อนข้างเป็นอิสระและไม่ผูกพันกับระเบียบราชการมากเกินไป

3) ปัจจัยด้านโครงสร้างชุมชน แบ่งออกเป็นหลายองค์ประกอบ คือ

3.1 ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน ชุมชนใดที่มีความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นลักษณะปฐมภูมิ รู้จักเป็นญาติพี่น้อง การมีส่วนร่วมจะดีกว่าชุมชนที่มีประชาชนจากหลายแห่ง และต่างวัฒนธรรมมาอยู่ด้วยกัน โดยมีฐานะความเป็นอยู่และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแบบทุติยภูมิ

3.2 โครงสร้างของประชากร ชุมชนมีโครงสร้างประชากรวัยแรงงานมาก การมีส่วนร่วมจะมีมากกว่าโครงสร้างชุมชนที่วัยแรงงานย้ายออกไปทำงานที่อื่น

3.3 วัฒนธรรมชุมชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เช่น การที่คนในชุมชนมีความเห็น ออกเห็นใจและการเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้อื่น จะทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมใน ชุมชนมากกว่าชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่

3.4 ค่านิยมของชุมชน เช่น ค่านิยมการนับถือผู้นำอาวุโส หรือผู้นำชุมชนทำให้ผู้นำชุมชนเป็นแกนนำที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้

3.5 คุณภาพของประชากรในชุมชนที่ประชากรมีคุณภาพดี เช่น ฐานะรายได้ดี การศึกษามีทัศนคติที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มีความตื่นตัวในการพึ่งตนเอง จะเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่า

3.6 โครงสร้างของอำนาจ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจของกลุ่มในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ซึ่งโดยมากมักมีฐานะดี มีความรู้และประสบการณ์มากกว่าคนอื่น ถ้าผู้นำเห็นประโยชน์ในการมีส่วนร่วม ก็จะเป็นแกนนำในการมีส่วนร่วมของประชาชน

3.7 ลักษณะการตั้งถิ่นฐานของประชาชน ถ้าชุมชนตั้งถิ่นฐานมีลักษณะเป็นกลุ่มจะทำให้ประชาชนรู้จักกันและทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่าชุมชนที่ตั้งอยู่อย่างกระจัดกระจายยากต่อการรวมกลุ่ม

3.8 ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชน ชุมชนใดมีทรัพยากรและมีสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ดี เช่น เป็นชุมชนที่อยู่ในเขตชลประทานหรือประชาชนมีการศึกษาดี มีรายได้จากการเกษตรสม่ำเสมอทุกปี จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและความต้องการของชุมชนที่ขาดทรัพยากรและมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี

2.5.4 รูปแบบการมีส่วนร่วม

รูปแบบการมีส่วนร่วม ของประชาชนในชุมชนนั้น ได้มีแนวคิดจากการศึกษาของบุคคลหลายคน เช่น จากผลการวิจัยของ กรรณิกา ชมดี(44) ได้รูปแบบการมีส่วนร่วม 10 แบบ ดังนี้ การมีส่วนร่วมประชุม (Attendance of Meeting) การมีส่วนร่วมในการออกเงิน (Financial Contribution) การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (Membership on Committees) การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ (Position of Leadership) การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ (Interviewer) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน (Solicitor) การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค (Customers) การมีส่วนร่วมริเริ่มหรือเป็นผู้เริ่มการผลิต (Entrepreneurs) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน (Employees) การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ (Material Contribution)

อรุณ รักธรรม(45) กล่าวถึง ลักษณะของการมีส่วนร่วมว่ามีหลายรูปแบบ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมโดยพิจารณาที่กิจกรรม เช่น การมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง ในการติดต่อกับผู้อื่น ในการประท้วงการเป็นสมาชิก หัวคะแนนในพรรคการเมือง เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมโดยพิจารณาจากระดับการบริหาร การมีส่วนร่วมในประเด็นนี้เป็นการมีส่วนร่วมได้ 3 ระดับ คือ ในระดับแนวราบ เป็นการมีส่วนร่วมโดยไม่จริงจัง การ

มีส่วนร่วมในแนวคิดเป็นการมีส่วนร่วมกับผู้ที่มีอำนาจมากกว่าหรือผู้ที่มีผลประโยชน์มากกว่า และการมีส่วนร่วมในการบริหารงานที่เกี่ยวข้องทั้งในแนวคิดและแนวราบ

3) การมีส่วนร่วมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าไปมีอำนาจและการควบคุม ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 8 กลุ่ม ด้วยกัน คือ

3.1 กุศโลบาย (Manipulation) เป็นการเข้ามาเพียงเพื่อประชาสัมพันธ์ตนเองไม่ได้มุ่งหวังการมีส่วนร่วม

3.2 การรักษา (Therapy) คล้าย ๆ กับกุศโลบายแต่เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ทุกคนอยู่ร่วมกันและมีพฤติกรรมตามที่ผู้นำต้องการเท่านั้น

3.3 การบอกกล่าว (Informing) เป็นการที่ผู้นำให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย

3.4 การให้คำปรึกษา (Consultation) เป็นการที่ผู้นำให้ผู้ตามคอยพิจารณาถึงข้อคิดเห็นต่าง ๆ แต่ไม่ได้บังคับให้ผู้ตามต้องทำตามการมีส่วนร่วมของผู้ตาม

3.5 การปลอบโยน (Placation) มีลักษณะเหมือนกับการเห็นอกเห็นใจคล้อยตามแต่ในใจ ไม่ได้มีการยอมรับที่จะปฏิบัติตามเลย

3.6 การเป็นหุ้นส่วน (Partnership) หมายถึง การมีส่วนร่วมนั้นจะมีลักษณะร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และร่วมตัดสินใจมากขึ้น

3.7 การมอบอำนาจ (Delegated Power) เป็นการที่ผู้นำมอบอำนาจให้ผู้ตามปฏิบัติแทน ซึ่งเป็นการเข้ามามีบทบาทในกิจกรรมของผู้ตามมากขึ้น

3.8 อำนาจและการควบคุม (Power and Control) อยู่ในมือของผู้ตาม เป็นการที่ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมและกำหนดบทบาทอย่างแท้จริง

รูปแบบที่สำคัญของการมีส่วนร่วมนั้น เป็นกระบวนการที่ครบถ้วนตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินการ ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้(46)

- 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุ และความต้องการ
- 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ
- 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าว จึงถือเป็นหลักในการดำเนินงานด้านการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ และการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) การมีส่วนร่วมในแนวระดับ (Horizontal Forms of Participation) เป็นการมีส่วนร่วมแบบดั้งเดิมที่กำหนดโดยการเข้าร่วมเป็นสมาชิกพรรคการเมือง หรือพฤติกรรมทางการเมือง เช่น การเลือกตั้งการรณรงค์หาเสียงกิจกรรมกลุ่มผลประโยชน์ การแนะนำชักชวน การมีส่วนร่วมแบบนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนในความพยายามที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจนโยบายต่าง ๆ ซึ่งมีมากมายในช่วงทศวรรษ 1950 – 1960

2) การมีส่วนร่วมในแนวตั้ง (Vertical Forms of Participation) เกิดในช่วงต่อจากแบบที่ 1 การมีส่วนร่วมในแนวตั้งเป็นการที่ประชาชนมีความสัมพันธ์ในเรื่องต่าง ๆ กับผู้นำหรือเจ้าหน้าที่ เพื่อได้รับผลประโยชน์จากกันและกัน (Mutually Beneficial) เช่น โครงการของนาย – บ่าว และกลไกทางการเมืองต่าง ๆ ซึ่งมีมากในช่วงทศวรรษ

การมีส่วนร่วมทั้ง 2 แบบข้างต้น ประชาชนไม่ค่อยให้ความสนใจกับการมีอิทธิพลต่อรัฐบาลแต่จะสนใจสร้างความสัมพันธ์เป็นการเฉพาะและการได้รับผลประโยชน์ต่าง ๆ รัฐบาลซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องของกระบวนการทางการเมือง การมีส่วนร่วมในการบริหาร (Participation in Administrative Process) เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นทั้งในแนวนอน และแนวตั้ง อาจจะเป็นแบบของกิจกรรมที่กลุ่มผลประโยชน์กำหนดการตัดสินใจในการบริหาร หรือการแลกเปลี่ยนระหว่างนาย – บ่าว อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่มีการเข้าไปรวมมากกว่า 2 แบบข้างต้น เช่น การวางใจยอมรับเทคโนโลยีใหม่ การวางแผนทำกิจกรรม มุ่งหลังคาบ้านร่วมกัน การวางแผนตลาด และการเข้าร่วมการฝึกอบรม เป็นต้น

ในช่วงทศวรรษ 1950 – 1960 การมีส่วนร่วมในแนวตั้งได้รับการขัดขวางจากกองทัพและไม่สามารถมีอิทธิพลถึงระดับ ชาติได้ มีความเกรงกลัวว่าการมีส่วนร่วมในทางการเมืองจะเป็นที่มาของความวุ่นวายและการปฏิบัติต่าง ๆ รัฐบาลหลายประเทศจึงจำกัดขอบเขตการมีส่วนร่วมทางการเมืองแม้จะเป็นเรื่องของการพัฒนาชนบทก็ตาม ส่วนการพัฒนาที่เน้นการลงทุนและความเจริญเติบโต และโครงสร้างทางการเมืองจากบนลงล่าง (Top – Down) ในช่วงนี้เชื่อว่าการเจริญเติบโตจะกระจายไปยังประชาชน (Trickle Down) และจะกระตุ้นให้ประชาชนเข้าร่วมกระบวนการทางการเมือง การมีพรรคการเมืองจึงเป็นวิธีการจะให้ประชาชนมีส่วนร่วม

ในช่วงทศวรรษ 1970 ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการบริหารมากขึ้น เพราะเชื่อว่าถ้าคนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนามากขึ้นก็จะมีคนสนใจการปฏิวัติน้อยลงยิ่งไปกว่านั้นกระบวนการทางการเมืองไม่ได้รับการพัฒนา และไม่มีผลกระทบต่อประชาชนเท่าที่ควร ในขณะที่กระบวนการดำเนินการมีโอกาสให้ประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ แสดงข้อขัดแย้ง หรือแย้งชิงทรัพยากรที่มีจำกัดได้ และเป็นจุดเชื่อมระหว่างรัฐกับประชาชนได้ด้วย ต่อมาพบว่าการมีส่วนร่วมเป็นสิ่ง

สำคัญ และเป็นผลบวกต่อโครงการพัฒนาต่าง ๆ รวมทั้งทำให้ประชาชนในชนบทมีความสามารถในการพึ่งตนเอง (Self – Reliance) ซึ่งจะเป็นตัวแรงในการพัฒนา โครงการใดถ้ามีประชาชนในท้องถิ่น เข้าร่วมด้วยย่อมคาดหมายได้ว่าจะประสบผลสำเร็จ การมีส่วนร่วมจะช่วยปรับปรุงโครงการความหมายของการมีส่วนร่วมจึงเป็นการเข้าร่วม (Involvement) ของชาวนา ชาวไร่ ในการ ออกแบบโครงการ และดำเนินโครงการตลอดจนการสละแรงงานหรือเงิน

เฮิร์ช (Hirsch)(47) กำหนดให้การมีส่วนร่วม มีจุดเด่น 3 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) การมีส่วนร่วมเป็นการนำคนในท้องถิ่นที่รู้จักสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนอย่างแท้จริงให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ทำให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการปฏิบัติ (Practice) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำให้คนในท้องถิ่นมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และทำให้ประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองในการร่วมกันทำงาน ทั้งในรูปของความคิด การตัดสินใจและการกระทำอย่างเต็มที่ รวมทั้งมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของชุมชนและต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนมากกว่าการนำโครงการที่กำหนดเรียบร้อยแล้วทุกอย่างจากภายนอกชุมชนแล้วจึงนำมาใช้ในชุมชน ซึ่งจะ使人ในชุมชนปฏิเสธและหลีกเลี่ยงที่จะให้ความร่วมมือ ด้านจิตใจ (Moral) การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีสิทธิในการตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของตน

นอกจากนี้ มันทนา ท่วมยี่ม(48) ยังได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับหลักการการมีส่วนร่วมของชุมชนจนทำให้เกิดความเข้มแข็งขึ้นในชุมชนนั้นมีหลายประการขึ้นอยู่กับการที่นักวิชาการจะกำหนดเกณฑ์การพิจารณาตามพื้นฐานแนวคิดของแต่ละคนแต่ในที่สุดแล้วสาระสำคัญของเกณฑ์การพิจารณาความเข้มแข็งของชุมชนมักสอดคล้องใกล้เคียงกัน และมีองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

1) หลักการพึ่งตนเอง (Self – Reliance) ความพยายามพึ่งตนเองได้กลายมาเป็นแนวทางและความหวังใหม่ในการพัฒนาประเทศโครงการหรือกิจกรรมพัฒนาทั้งหลายที่มุ่งสู่ระดับพื้นที่มักจะกระทำภายใต้คำขวัญ “การช่วยตนเอง” การพึ่งตนเองมีความสำคัญหรือความสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านเศรษฐกิจหากชุมชนใดสามารถพึ่งตนเองได้ โดยเฉพาะในกระบวนการผลิตจะช่วยทำให้ชุมชนนั้นลดการเสียเปรียบในการต้องนำวัตถุดิบหรือผลผลิตไปขายในราคาถูก

2) หลักการเข้ามามีส่วนร่วม (Participation) การมีส่วนร่วมมิได้ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของรัฐ หรือกิจกรรมการพัฒนาชุมชนที่ประชาชนยินดีมาร่วมด้วย โดยที่การมีส่วนร่วมนี้จะมีความหมายว่าสมาชิกทุกคนจะร่วมรับผลประโยชน์ร่วมลงทุนลงแรงด้วย จึงจะเป็นการมีส่วนร่วมในความหมายที่เป็นธรรม

3) หลักความเท่าเทียมกัน (Equality) ความเท่าเทียมกัน หมายถึง ทุกคนมีความเสมอภาคหรือปราศจากความเหลื่อมล้ำกันอย่างแท้จริงในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพอนามัย การศึกษา ฯลฯ แต่ความเป็นจริงของสภาพสังคมแล้วมนุษย์ไม่อาจเท่าเทียมกันได้อย่างแท้จริง ความเสมอภาคที่ทุก ๆ ฝ่ายโดยเฉพาะรัฐบาลของทุก ๆ ประเทศทำได้ก็คือพยายามจัดให้ประชาชนของตนมีความเป็นอยู่และศักดิ์ศรีใกล้เคียงกัน โดยพยายามจัดบริการสาธารณะต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางการศึกษา สาธารณสุขและอื่น ๆ ให้ทั่วถึง กล่าวคือสิ่งที่รัฐบาลพยายามทำได้ก็คือ การก่อให้เกิด “ความเสมอภาคในโอกาส” นี่คือการที่รัฐต่าง ๆ พยายามดำเนินการเพื่อให้ราษฎรได้มีโอกาสพัฒนาคนเพิ่มความสามารถให้แก่ตน จนอยู่ในฐานะที่แข่งขันกับคนอื่นได้ รวมทั้งสามารถยับยั้งฐานะทางสังคมของตนได้ทีละเล็กละน้อย จนในที่สุดสามารถที่จะมีฐานะทัดเทียมกับผู้อื่นได้ด้วยน้ำมือของตนเอง ความแตกต่างทางด้านสังคมไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพของบิดามารดาหรือวงศ์ตระกูลก็ตาม ไม่ควรเป็นสิ่งกีดขวางโอกาสของคนเหล่านี้ที่จะแข่งขันแสดงความสามารถกันอย่างเสมอภาคได้ การเปิดโอกาสให้กว้างขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ดังนั้น ความเสมอภาคจึงหมายถึงสภาวะที่สมาชิกของสังคมได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านกฎหมาย การปกครอง การเศรษฐกิจ การศึกษา การเข้าถึงบริการของรัฐและอื่น ๆ ประเด็นสำคัญในการกำหนดหลักการว่าด้วยความเสมอภาค จึงพยายามที่จะให้มนุษย์ทุกคนในสังคมมีความคล่องตัวที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เท่าที่จะมีโอกาสพัฒนาความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อตนและสังคม โดยไม่กดขี่ขูดรีดอันเป็นจุดหมายสูงสุดในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ แม้ไม่สามารถสร้างความเสมอภาคโดยสมบูรณ์ได้อย่างแท้จริง ดังนั้น ในสภาพสังคมปัจจุบัน รัฐบาลโดยทั่วไปรวมทั้งของประเทศไทยจึงมักจะมีหลักประกันเกี่ยวกับความเสมอภาค พื้นฐานให้กับสมาชิกของสังคม โดยประกาศเป็นกฎหมายความเสมอภาคพื้นฐานที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญ

4) หลักความสามารถและภูมิปัญญาท้องถิ่น แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยแยกพิจารณาออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถหรือศักยภาพในการพัฒนา มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้ชุมชนสะท้อนความสามารถในการปรับตัวต่อนวัตกรรม ความกระตือรือร้นในการพัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ความเชื่อมั่นในหลักธรรมคำสั่งสอนของศาสนาในศาสนา ความใฝ่รู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ ความอดทนอดกลั้นต่อการเบียดเบียนแข่งขันกันและกัน ความรู้ความสามารถและทักษะในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ความสามารถในการมองเห็นปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไข ทักษะในการปฏิบัติตามแผนและติดตามผลให้บรรลุเป้าหมาย ความมีจินตนาการในการมองภาพอนาคต การรู้จักศึกษาหาวิธีการที่จะนำชุมชนไปสู่อนาคตที่พึงประสงค์ การรู้จักใช้และดัดแปลงเทคโนโลยีให้เหมาะสม การรู้จักจุดเด่นจุดด้อยของทรัพยากรบุคคล และการรู้จักประเมินสภาพการณ์และแสวงหา

ทางเลือกที่ดีที่สุด สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งหลักสำคัญที่ต้องการให้ชุมชนมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นลักษณะเฉพาะของตนเอง ในด้านการป้องกันรักษาชีวิตและทรัพย์สิน ด้านการจัดสรรทรัพยากรบุคคลและธรรมชาติ ด้านการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุขร่วมกัน ด้านการแปลงสิ่งที่เป็นโยบายให้เป็นคุณประโยชน์ ด้านวัฒนธรรมที่อนุรักษ์ความเป็นชุมชน ด้านการแสวงหาปัจจัยการผลิตอย่างครบวงจร ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ของชุมชนไปสู่ลูกหลาน ด้านการเสริมสร้างภาวะจิตใจให้เข้มแข็งหนักแน่น ด้านการปกครองตนเองของชุมชน ด้านการบริหารสถาบันของชุมชน ด้านการป้องกันและ ลงโทษของชุมชน ด้านการกำหนดกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน ด้านการระดมสรรพกำลังของชุมชน ด้านการบั่นทอนอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก และด้านการสร้างจิตสำนึกความเป็น เจ้าของชุมชน นอกจากนั้นความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพในการพัฒนาและภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนบทก็ยังเป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณาถึงความเข้มแข็งของชุมชนอีกด้วย ปัจจัยสำคัญ ที่เอื้อต่อการอนุรักษ์ สร้างสรรค์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนนั้น ก็คือความสามารถในการพัฒนาศักยภาพในการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพราะว่าความสามารถ ในการปรับตัวและยอมรับในการต้องทำการผลิตใหม่ ซึ่งเป็นศักยภาพพื้นฐานในการอนุรักษ์ สร้างสรรค์ และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถของสมาชิกในชุมชนในด้านความมีจิตนาการ ในการมองภาพอนาคตของชุมชน ทักษะในการรู้จักประเมินสถานการณ์และแสวงหาทางเลือกที่ดีที่สุด ตลอดจนความชำนาญในการวางแผน การปฏิบัติตามแผนการ ติดตามผลให้บรรลุเป้าหมายหรือวิสัยทัศน์ของชุมชนจะเป็นศักยภาพเสริมที่เร่งเร็ว และกระตุ้น ภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนให้แสวงหารูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการสร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของชุมชนและด้านอื่น ๆ

การมีส่วนร่วมดังกล่าวเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมจะดำเนินการโดยใครอย่างไรนั้นในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 ได้กำหนดไว้เป็นหน้าที่ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่จะต้องขึ้นนำสังคมประสานทั้งความร่วมมือในการจัดการศึกษา ร่วมมือใช้ทรัพยากรร่วมกัน และร่วมรับผลประโยชน์ ดังนั้นสถานศึกษาขั้นพื้นฐานมีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ของท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวเชื่อมบูรณาการศักยภาพของสถานศึกษาและชุมชนให้เป็นกลไกในการพัฒนาประเทศ

2.5.5 ความหมายของกิจกรรม

กิจกรรมตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525(42) หมายถึง การที่ผู้เรียนปฏิบัติกรอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการเรียนรู้

ยูริค (Yurick) (49) ให้ความหมายของกิจกรรมว่า เป็นกระบวนการทางร่างกายเกี่ยวกับการให้พลังงานเพื่อก่อให้เกิดผลของการกระทำหรือเกิดเป็นงานขึ้นมา

เลมอน และคณะ (Lemon, et al.) (50) ให้ความหมายของกิจกรรมว่า หมายถึง รูปแบบของการกระทำใด ๆ หรืองานต่าง ๆ ที่สนใจนอกเหนือจากการทำงานเพื่อดำรงชีวิต

ดังนั้น ความหมายของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลโดยมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่สนใจนอกเหนือจากกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต

2.5.6 ประเภทของกิจกรรมในชุมชน

กิจกรรมถือว่าเป็นรูปแบบของการกระทำใด ๆ หรืองานต่าง ๆ ที่แต่ละบุคคลสนใจ นอกเหนือจากการทำงานเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (เลมอน และคณะ) (Lemon, et al.) (50)

1) กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ (Informal activity) เป็นกิจกรรมที่ชายวัยทองมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ทั้งในครอบครัวและชุมชน ไม่มีการกำหนดรูปแบบของเวลาในการปฏิบัติที่แน่นอน กิจกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่ชายวัยทองจะปฏิบัติร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน กิจกรรมจะเกิดขึ้นได้มากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสัมพันธภาพที่มีต่อกัน กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติมิตร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัว การช่วยเหลืองานในครอบครัว การให้คำปรึกษา การอบรมเลี้ยงดูหลาน กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการนี้จึงให้ประโยชน์ต่อทั้งตัวชายวัยทองเอง รวมถึงครอบครัวของชายวัยทองด้วย

2) กิจกรรมที่เป็นทางการ (Formal activity) เป็นกิจกรรมที่ชายวัยทองเข้าร่วมในองค์กรต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน เช่น สมาคม ชมรมชายวัยทอง เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่องค์กรและชายวัยทองร่วมกันกำหนดและจัดขึ้น ซึ่งมีรูปแบบที่แน่นอนชัดเจน กิจกรรมประเภทนี้เป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว ซึ่งทำให้ชายวัยทองมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน และชายวัยทองที่เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือข้อตกลงขององค์กรนั้น ๆ ที่ถูกจัดขึ้นเพื่อประโยชน์โดยตรงต่อชายวัยทอง ครอบครัวและชุมชน กิจกรรมที่เป็นทางการ ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย จะช่วยให้ชายวัยทองมีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ รวมทั้งขณะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จะช่วยขจัดความเหงา ความวิตกกังวลและให้กำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป ไม่เป็นภาระของชุมชน

3) กิจกรรมที่ทำตามลำพัง (Solitary activity) เป็นกิจกรรมที่ชายวัยทองสามารถทำได้ตามลำพังเพียงคนเดียว โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ชายวัยทองอาจจะทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจและพอใจอย่างสงบเงียบ ๆ กิจกรรมที่ทำตามลำพัง ได้แก่ การทำงานอดิเรก การเดินเล่น ชายวัยทองจะได้รับประโยชน์จากกิจกรรมประเภทนี้ คือ ความเพลิดเพลินและความสุข

สรุปได้ว่า การจัดแบ่งกิจกรรมตามแนวคิดของ เลมอน และคณะ (Lemon, et al.)(50) แบ่งได้เป็น กิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมภายในครอบครัว และกิจกรรมทางชุมชน

2.5.7 ทฤษฎีกิจกรรมและแนวคิดการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน

ชายวัยทองส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตของตนร่วมกับบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม แนวความคิดของชายวัยทองที่ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและต้องการจะช่วยเหลือสังคมเริ่มมีแนวโน้มค่อนข้างสูงในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้บุคคลทุกกลุ่มต้องมีการช่วยเหลือและประสานประโยชน์กัน จึงส่งผลให้บุคคลทุกวัยจำเป็นต้องมีกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในชีวิต สำหรับกิจกรรมด้านต่าง ๆ ของชายวัยทองนั้น มีแนวคิดที่สรุปได้ ดังนี้ (50)

1) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่เก่าแก่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และนำมาใช้ได้จนถึงปัจจุบัน เป็นทฤษฎีทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Theory) ซึ่งคำนึงถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุมีผลกระทบต่อกัน ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นในปี ค.ศ.1949 โดยผู้วางรากฐานทฤษฎีนี้ได้แก่ คาเวน เบอร์เกสส์ ฮาวิกเฮิร์ส และโกลด์แฮมเมอร์ (Cavan Burgess Havighurst & Goldhammer) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจโดยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ขณะที่ความต้องการการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพกาย จิตและสังคมยังมีอยู่เหมือนเดิม ต่อมาในปี ค.ศ.1953 ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst) ได้ปรับปรุงและได้รับการยกย่อง โดยมีแนวคิดคือ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว หากบุคคลจะค่อย ๆ ถอนตัวออกจากสังคม จะเป็นการยากที่จะทำให้ความต้องการในด้านต่าง ๆ ของตนเองประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ แต่ในเมื่อผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถ กระฉับกระเฉง และสภาพร่างกายยังเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ จะมีความสุขในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ต่อมาในปี ค.ศ.1972 เลมอน และคณะ (Lemon, et al.) (50) ได้ปรับปรุงทฤษฎีนี้ ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมเนื่องจากมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (Self – Image) ในด้านบวกและชอบเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อดำรงรักษาลักษณะนี้ไว้ให้เหมือนเมื่อช่วงวัยที่ผ่านมา และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะสามารถทดแทนบทบาทที่เสียไป เช่น การเกษียณอายุ การต้องเป็นหม้ายจากการที่คู่สมรสเสียชีวิต เป็นต้น

และทฤษฎีนี้เชื่อว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกเพศทุกวัย และเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมจะทำให้ยังคงมีบทบาทและสภาพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับในสังคมและทำให้รู้สึกว่ตนเองยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าอยู่ เพราะผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความสุขในชีวิตสูงและมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก

แนวคิดการเข้าร่วมกิจกรรม อธิบายโดยใช้ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของ ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst) กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมของร่างกาย จิตใจและสังคม โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ในขณะที่ความต้องการการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพกาย จิตและสังคมยังคงมีอยู่ และต้องการจะคงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมือนอยู่ในช่วงวัยที่ผ่านมาให้มากที่สุด ในเมื่อผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถและสภาพร่างกายยังเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมได้ ผู้สูงอายุควรที่จะมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะกิจกรรมทางสังคมต่อไป

2) แนวคิดเรื่องการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow)(45) ที่ได้จำแนกความต้องการของมนุษย์จากขั้นพื้นฐานความต้องการต่ำที่สุดไปถึงขั้นสูงสุดอัน ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) ความต้องการทางด้านความปลอดภัยหรือความมั่นคง (Security or Safety Needs) ความต้องการทางด้านสังคม (Social or Belongingness Needs) ความต้องการมีคุณค่า (Esteem or Status Needs) ความต้องการความสำเร็จในตน (The need of Self – Actualization or Self – Realization)

ในส่วนองทฤษฎีพอยทรีแนนด์ (Poitrenand) ได้กล่าวถึงความต้องการของบุคคลในวัยสูงอายุ โดยครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ก. ชีวิตการทำงาน (professional life) ต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน
- ข. ความรู้สึกทางอารมณ์ (Sentimental life) ต้องการความรัก การยอมรับ การเห็นคุณค่าจากบุคคลอื่น
- ค. ชีวิตครอบครัว (Family life) ต้องการความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- ง. ชีวิตสังคม (Social life) มีความต้องการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม
- จ. การใช้เวลาว่าง (Leisure activity) เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนตามความสนใจ และความถนัด

จากแนวคิดเรื่องความต้องการ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุก็เป็นบุคคลที่มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเป็นพื้นฐานเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น ๆ แต่แตกต่างกันไปบ้างตามสภาพแวดล้อมและบทบาทของแต่ละบุคคล ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้สูงอายุในลักษณะนี้จึงเป็นกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ กล่าวคือ เมื่อกิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดแรงจูงใจ (Motivation) ที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้นได้และรู้สึกพึงพอใจในการที่ได้เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น

1) แนวคิดเรื่องการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุจากการเสื่อมตามวัย โดยทั่วไป จะพบว่าผู้สูงอายุนั้นจะมีปัญหาอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากธรรมชาติของผู้สูงอายุ แนวคิดนี้มุ่งไปที่การจัดกิจกรรมเพื่อการเตรียมตัว การป้องกัน หรือชะลอความเสื่อมถอยไปตามวัย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนัก ยอมรับ และพร้อมที่จะเผชิญกับความเป็นจริงของชีวิตทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ซึ่งจะช่วยบรรเทาความรุนแรงต่างๆของโรคหรือความเสื่อมถอยได้ โดยมีวัตถุประสงค์คือการช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจในการช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด

2) แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพของผู้สูงอายุ แนวคิดนี้มองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งในสังคม ซึ่งมีพลังความคิด มีความสามารถ และมีประสบการณ์สูงในการพัฒนาตนเอง และสังคมส่วนรวม เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ในทุก ๆ ด้าน เช่น ด้านสุขภาพอนามัย ด้านสวัสดิการ เป็นต้น และผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องได้รับโอกาสเข้าทำงานและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถและความต้องการของตน จากแนวคิดนี้ ทำให้เกิดมีความเชื่อในเรื่องการทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยการนำเอาทฤษฎีกิจกรรมมาใช้ประกอบในการอธิบายและสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว

สรุปได้ว่า เมื่อชายวัยทองได้เข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรม ย่อมทำให้ชายวัยทองได้รับประโยชน์ทั้งสิ้น เพราะการที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จะเป็นสิ่งบ่งบอกว่าชายวัยทองยังมีความสามารถ ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจเห็นคุณค่าตนเอง ส่งผลให้ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดการเข้าร่วมกิจกรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีกิจกรรมของ เลมอน และคณะ (Lemon, et al.)(50) มาใช้เพื่ออธิบายกรอบแนวคิดในปัจจัยทางสังคม

2.6 วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

2.6.1 ความหมายวิถีชีวิต (Life style)

วิถีชีวิต (Life style) หมายถึง การที่บุคคลเลือกดำเนินชีวิตประจำวันตามความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม หรือแบบแผนพฤติกรรมอันเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มชุมชนที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่(51) เช่น วิถีชีวิตของคนไทยผูกพันอยู่กับพระพุทธศาสนามาเป็นเวลานาน การดำเนินชีวิต ประเพณี พิธีการต่าง ๆ ในแต่ละช่วงชีวิตก็มีความเกี่ยวข้องกับพุทธศาสนาโดยตลอด อาทิ คติการ ดำเนินชีวิต การแต่งงาน ทำบุญ พิธีศพ ตลอดจนประเพณี และเทศกาลประจำปี ในวันสำคัญทาง พุทธศาสนา เช่น มาฆบูชา วิสาขบูชา อาสาฬหบูชา เทศกาลเข้าพรรษา เป็นต้น พุทธศาสนาได้รับการยึดถือเป็นแนวและนำมาเป็นมาตรฐานสำหรับความประพฤติปฏิบัติหน้าที่ และการ ดำเนินชีวิตของคนไทยทุกระดับ ตั้งแต่เกิดจนตาย จนฝังลึกในจิตของคนไทยให้มีลักษณะ เฉพาะตน เรียกว่า เป็นเอกลักษณ์ของชุมชนไทย(52) วิถีชีวิตของคนไทยที่นับถือศาสนาอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกัน การดำเนินชีวิตย่อมผูกพันอยู่กับขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อต่าง ๆ ตามแนวศาสนา

2.6.2 ความหมายของศาสนา

“ศาสนา” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า "Religion" และคำว่า “ศาสนา” ในภาษาไทยมี รากศัพท์มาจากภาษาสันสกฤตว่า “สาสน” แต่หากเขียนว่า “ศาสนา” จะเป็นคำที่มีรากศัพท์มาจาก ภาษาบาลีว่า “สาสน” (53)

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก(54) ทรงให้ ความหมายว่า ศาสนา มีความหมายสรุปได้เป็น 2 นัย คือ (1) คำสั่งสอน (2) การปกครอง

พระราชวรมนี (ประยูทธ ปยุตโต)(55)ทรงให้นิยามว่า “ศาสนา” คือ คำสอน คำสั่งสอน ปัจจุบันใช้หมายถึงลัทธิความเชื่อถืออย่างหนึ่ง ๆ พร้อมด้วยหลักคำสอน ลัทธิพิธี องค์กร และ กิจกรรมทั่วไปของหมู่ชนผู้นับถือลัทธิความเชื่อถืออย่างนั้น ๆ ทั้งหมด

สมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ (ม.ร.ว.ชื่น นพวงศ์)(56) ทรงอธิบายว่า “ศาสนา คือ คำสั่งสอน ท่านผู้ใดเป็นต้นเดิม เป็นผู้บัญญัติสั่งสอน ก็เรียกว่าศาสนาของท่านผู้นั้น หรือท่านผู้บัญญัติสั่งสอนนั้นได้นำมาพิเศษอย่างไร ก็เรียกชื่อนั้นอย่างนั้น เพราะฉะนั้น ศาสนาจึงมี มาก คำสอนก็ต่างกัน”

สุชีพ ปุณฺณานุภาพ(57) อธิบายความหมายคำว่า “ศาสนา” ไว้ว่า

- 1) ศาสนา คือ ที่รวมแห่งความเคารพนับถืออันสูงส่งของมนุษย์
- 2) ศาสนา คือ ที่พึงทางจิตใจ ซึ่งมนุษย์ส่วนมากยอมเลือกยึดเหนี่ยวตาม ความพอใจ และความเหมาะสมแก่เหตุแวดล้อมของตน

3) ศาสนา คือ คำสั่งสอน อันว่าด้วยศีลธรรม และอุดมคติสูงสุดในชีวิตของบุคคล รวมทั้งแนวความเชื่อถือและแนวการปฏิบัติต่าง ๆ กันตามคติของแต่ละศาสนา

ราชบัณฑิตยสถาน(58) ให้ความหมายของ “ศาสนา” ว่า “ลัทธิความเชื่อของมนุษย์อันมีหลัก คือ แสดงกำเนิดและความสิ้นสุดของโลก เป็นต้น อันเป็นไปในฝ่ายปรมาต্মประการหนึ่ง แสดงหลักธรรมเกี่ยวกับบุญบาป อันเป็นไปในฝ่ายศีลธรรมประการหนึ่ง พร้อมทั้งลัทธิพิธีที่กระทำตามความเห็น หรือตามคำสั่งสอนในความเชื่อนั้น ๆ”

จากนิยามดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่านักคิดท่านต่าง ๆ ต่างให้นิยามของศาสนาไปตามโลกทัศน์ของแต่ละบุคคล ซึ่งเมื่อเราพิจารณาคำนิยามเหล่านี้แล้ว อาจเกิดปัญหาวานิยามใดดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากนิยามของคำว่า “ศาสนา” ย่อมถูกต้องและเหมาะสมแตกต่างกันออกไปตามหลักความเชื่อของศาสนานั้น ๆ

ศาสนา คือ คำสั่งสอนและแนวทางปฏิบัติ เป็นหลักในการปฏิบัติตนเพื่อให้อยู่ในกรอบที่ดีงามเพื่อให้ผู้ปฏิบัติตามหลักคำสอนได้รับความร่มเย็นเป็นสุข ในโลกนี้มีศาสนาหลายศาสนา

2.6.3 องค์ประกอบของศาสนา

องค์ประกอบของศาสนา คือ แก่นสารหรือส่วนสำคัญต่างๆ ที่รวมกันเข้าเป็นศาสนามี 5 องค์ประกอบดังนี้

- 1) มีศาสดา คือผู้สอนหลักการและผู้ประกาศศาสนา
- 2) มีหลักธรรมคำสอน เกี่ยวกับ ศีลธรรม จรรยา กฎเกณฑ์การปฏิบัติ เช่น ศาสนาพุทธมีพระไตรปิฎก ศาสนาคริสต์มีคัมภีร์ไบเบิล
- 3) มีหลักธรรมความเชื่อเกี่ยวกับความจริงอันสูงสุด เช่น ศาสนาคริสต์และอิสลาม สอนเรื่องพระเจ้า ศาสนาพุทธสอนเรื่องพระนิพพาน เป็นต้น
- 4) มีพิธีกรรม คือพิธีประกอบกิจกรรมตามที่ศาสนากำหนด
- 5) มีศาสนาสถาน คือที่ตั้งสถานที่ ที่ศาสนิกชนมาพบปะประกอบพิธีทางศาสนา เช่น โบสถ์ วิหาร สุเหร่า เป็นต้น

2.6.4 ความสำคัญของศาสนา

ศาสนาเป็นคำสั่งสอนที่มีคุณค่าสูงสุดต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม หลักคำสอนของศาสนามีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขได้โดยสรุปความสำคัญได้ดังนี้

- 1) เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้เกิดความอบอุ่น ผ่อนคลายความกังวล ลดหย่อนความทุกข์โศกและเป็นเครื่องนำทางชีวิต
- 2) ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคลในสังคมให้เข้ามาร่วมกันเป็นสังคม พิธีกรรมต่าง ๆ ในศาสนาล้วนมีจุดประสงค์ที่จะกระชับความกลมเกลียว และการทำงาน ของสมาชิกในสังคมเพื่อประโยชน์สุขแก่สังคมส่วนรวม
- 3) เป็นมิ่งขวัญและเป็นเอกลักษณ์ของประเทศ เป็นพื้นฐานของขนบธรรมเนียมประเพณี ของชาติเช่น ประเทศไทยมีศาสนาพุทธเป็นพื้นฐานความเชื่อซึ่งนำไปสู่ประเพณี ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมไทย
- 4) ศาสนาเป็นมรดกอันล้ำค่าของมนุษยชาติ ศาสนาทำให้ศาสนิกชนเคารพซึ่งกันและกัน มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในการนับถือศาสนา
- 5) ศาสนาทำให้มนุษย์อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข เพราะทุกศาสนาล้วนมุ่งหวังให้ศาสนิกชนของตนเป็นคนดี และเมื่อศาสนิกชนเป็นคนดีแล้วสังคมก็ย่อมจะปราศจากความเดือดร้อน
- 6) ศาสนาเป็นบ่อเกิดแห่งธรรมจรรยา และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงาม และหากบุคคลในสังคมประพฤติปฏิบัติตามหลักทางศีลธรรมที่ศาสนานั้น ๆ วางไว้ย่อมทำให้สังคมมีความสุข
- 7) ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพราะศาสนิกชนสามารถดำเนินวิถีชีวิตตามแบบอย่างของพระศาสดา หรือปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา
- 8) ศาสนาจะช่วยให้นุญชั้ทราบว่สิ่งใดดีชั่ว ถูกผิด ตามมาตรฐานของศาสนานั้น ๆ และทราบถึงผลแห่งการกระทำนั้น ๆ เช่น คำสอนเรื่องหลักกรรมในพระพุทธศาสนา ว่าทำดีได้ดี หรือทำชั่วได้ชั่ว เป็นต้น
- 9) ศาสนาเป็นแหล่งรวมศิลปวิทยาการ และถ่ายทอดวิทยาการ เนื่องจากจะเป็นแหล่งความรู้ของศาสตร์แขนงต่าง ๆ และถ่ายทอดศาสตร์เหล่านั้นไปสู่มนุษย์ในสังคม ความรู้ทางการแพทย์ ศิลปกรรม สถาปัตยกรรม การช่าง การดนตรี และหัตถกรรม เป็นต้น
- 10) ศาสนาเป็นเครื่องส่งเสริมความมั่นคงในการปกครองประเทศ เช่น พระมหากษัตริย์ไทยทรงยึดมั่นและดำเนินนโยบายในการปกครองประเทศด้วยหลักทศพิธราชธรรม 10 ประการ
- 11) ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจเมื่อปุ่ชนเกิดความทุกข์ร้อนใจ กล่าวคือ เมื่อคนเราก่อเกิดความทุกข์กายและใจก็ย่อมจะหาทางออกให้กับปัญหาที่เกิดขึ้น และรูปแบบหนึ่งของการแก้ไขปัญหาคือการนำหลักธรรมทางศาสนาที่คนเคารพนับถือมาเป็นที่พึ่งทางใจ และนำหลักธรรมมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2.6.3 หน้าที่พลเมืองต่อศาสนา

1) ศึกษาหลักธรรม และปฏิบัติตามคำสอนของพระศาสนา ตลอดจนนำหลักธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและผู้คนในสังคม

2) ศึกษาความสำคัญของศาสนาที่มีต่อสังคมไทยและประชาชนชาวไทย โดยให้เห็นคุณค่า ของศาสนาที่ตน นับถือ ตลอดจนคุณค่าของศาสนาที่คนอื่น ๆ นับถือ เพื่อนำหลักจริยธรรมในศาสนา มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาประเทศ และทำให้สังคมมีความสงบสุข

3) ศึกษา และเข้าร่วมประกอบศาสนพิธีตามโอกาส ซึ่งการประกอบพิธีกรรมทางศาสนานั้น ไม่ควรขัดต่อ ความสงบเรียบร้อยของกฎหมายบ้านเมือง ตลอดจนไม่ขัดกับจารีตประเพณีอันดีงาม ของสังคมไทยที่สืบทอดกันมา

4) เผยแผ่ศาสนาที่ตนนับถืออยู่ไปยังศาสนิกชนผู้นับถือศาสนาเดียวกัน และศาสนิกชนต่างศาสนา เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับศาสนา และเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านศาสนาระหว่างกัน

5) ปกป้องและรักษาศาสนาที่ตนเองนับถือ ตลอดจนสถาบันและองค์กรทางศาสนาต่าง ๆ มิให้ผู้ใดสร้างความ เสื่อมเสียให้ได้ และหากมีผู้ใดเกิดความเข้าใจผิดในศาสนาที่เรานับถือ ก็ควรให้ความกระจ่างและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

6) ไม่ลบหลู่ดูหมิ่นศาสนาอื่น ๆ กล่าวคือ ไม่ดูหมิ่นหลักคำสอน ศาสดา คัมภีร์ศาสนิกชน และ พิธีกรรม ทางศาสนา ตลอดจนไม่ทำลายรูปเคารพ หรือโบราณสถานและโบราณวัตถุของศาสนาอื่น ๆ

7) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมระหว่างศาสนา และศาสนิกชนที่นับถือศาสนาอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิด ความเข้าใจอันดีระหว่างกัน และเพื่อประสานความช่วยเหลือกันในอนาคต

8) ช่วยพัฒนาศาสนสถาน เนื่องจากศาสนสถานเป็นที่ประกอบพิธีกรรม และเป็นที่พำนักของ นักบวช ตลอดจนเป็นศูนย์รวมของศิลปวัฒนธรรมของศาสนาต่าง ๆ ดังนั้น ศาสนิกชนที่ดีควรช่วยกันพัฒนา ศาสนสถานของตนให้สะอาดเรียบร้อย และทำนุบำรุงส่วนที่เสียหาย ให้มีความมั่นคงแข็งแรงต่อไป

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องอาจกล่าวสรุปได้ว่า วิธีศาสนาตามแนวศาสนา หมายถึง การประพฤติในการดำเนินชีวิตประจำวันที่สอดคล้องตามหลักความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา ได้แก่ การนำหลักความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา มาประกอบการตัดสินใจในการเลือกอาชีพวิธีการพักผ่อนหย่อนใจ นิยการให้ทาน การใช้เวลาว่าง

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตชายวัยทองและตัวแปรที่ศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง โดยตรงนั้นพบว่ามีการศึกษาไม่มากนัก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องภาวะ สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองบางส่วนด้วย

2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(59) ในส่วนอนามัยวัยทำงานและชายวัยทอง สำนัก ส่งเสริมสุขภาพ ศึกษาภาวะสุขภาพของชายไทย อายุ 45 ปีขึ้นไป ใน 4 จังหวัด คือ อุบลราชธานี พิษณุ นครศรีธรรมราช และสุรินทร์ รวม 1,176 ราย เมื่อปี พ.ศ.2539 ผลการศึกษา พบว่า จาก ตัวอย่างชายทั้งหมดร้อยละ 53.8 มีอายุ 45-59 ปี ที่เหลือร้อยละ 46.2 อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54. ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.3 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.0 ตอบว่าสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 33.2 มีรายได้ไม่เพียงพอ ปัญหาสุขภาพในเรื่องการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 12.9 เป็นความดันโลหิตสูง ส่วนอาการทางกายที่เกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ เหนื่อยง่ายพบร้อยละ 49.7 เจ็บหลังพบร้อยละ 42.9 ตะคริวที่ขาพบร้อยละ 27 ปวดบวมตามข้อ หรือกล้ามเนื้อพบร้อยละ 26.8 ไอพบร้อยละ 19.9 ทางด้านสุขภาพจิตอาการที่พบบ่อยคือ รู้สึกขาด พลังพบร้อยละ 30.2 เริ่มค้นทำงานช้าพบร้อยละ 41.5 ตื่นขึ้นมากกลางดึก และนอนต่อไม่หลับพบร้อยละ 22.8 นอนหลับยากพบร้อยละ 20.3 รู้สึกว่าตนเองไม่เพียงพอ และมีสุขภาพไม่ดีพบร้อยละ 21.7 ออกนอกบ้านบ่อยกว่าปกติพบร้อยละ 17.7 รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าพบร้อยละ 8.3 รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มี ความหวังพบร้อยละ 6.4

เบญจมาศ เจริญสุข(60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนวัยกลางคน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการออกกำลังกายและการใช้ระบบ บริการทางสุขภาพ ปัจจัยปรับเปลี่ยนและปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ มีอิทธิพลสามารถอธิบายความ แปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนได้ร้อยละ 53.5 โดยพบว่า การ รับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ได้ดีที่สุดรองลงมาได้แก่ ปัจจัย ด้านสถานการณ์ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนและอาชีพ ตามลำดับ

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ(61) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพคนไทย โดยเฉพาะสุขภาพ ของบุรุษ พบว่า ชายไทยอายุ 45 ปีขึ้นไป มีสาเหตุการตายที่สำคัญจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ มะเร็ง โรค ระบบไหลเวียนเลือด การติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ เบาหวาน สำหรับโรคติดเชื้อ ได้แก่ โรคระบบ

ทางเดินอาหาร โรคระบบปัสสาวะร่วมอวัยวะสืบพันธุ์ โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง นอกจากนี้ยังมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการสำรวจในปี พ.ศ.2539 พบว่าผู้ชายอายุ 40-49 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 57.7 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 55.7 และอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 50.6 พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ชายอายุ 40-49 ปี จะดื่มทุกวันร้อยละ 7.55 และดื่มนาน ๆ ครั้งร้อยละ 27.28 อายุ 50-59 ปี มีการดื่มสุราทุกวันร้อยละ 9.18 และดื่มนาน ๆ ครั้งร้อยละ 23.35 อายุ 60 ปีขึ้นไปดื่มทุกวันร้อยละ 6.77 และดื่มนาน ๆ ครั้งร้อยละ 14.89 พฤติกรรมทางเพศ พบว่าผู้ชายในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 26.3 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในรอบปีที่ผ่านมาสูงกว่าผู้ชายในภาคอื่น ๆ และผู้ชายที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการไม่ใช้ถุงยางอนามัยสูงถึงร้อยละ 71.7 อัตราการติดเชื้อไวรัสในเพศชาย 45-54 ปี เท่ากับ 29.5 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยด้วยโรคตับอักเสบบีในผู้ชายอายุ 45-54 ปี อายุ 55-64 ปี และอายุ 65 ปี เท่ากับ 1.4, 1.6 และ 0.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

วอคเกอร์ และคณะ(15) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้มีอายุ 18-88 ปี โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต (Health Promoting Life styles) ผลการศึกษา พบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน 6 มิติคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสำเร็จสมบรูณ์ในชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 18-64 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุและเพศ ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะสูงกว่าผู้ชาย ยกเว้นความสำเร็จสมบรูณ์ในชีวิตพบว่าเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิง

ซุลาภา เพิ่มวงศ์(62) ศึกษาชีวิตเพศและภาวะสุขภาพของชายและหญิงวัยทองในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างเพศชายอยู่ในช่วงผู้ใหญ่วัยกลางคนตอนกลาง เพศหญิงอยู่ในช่วงผู้ใหญ่วัยกลางคนตอนต้น ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับชีวิตเพศ พบว่า ความสัมพันธ์โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้ อายุมีความสัมพันธ์กับชีวิตเพศ ในเพศชายพบทุกตัวแปร ในเพศหญิง พบในด้านความเห็นพ้อง, การแสดงความรัก และเพศสัมพันธ์ ระดับการศึกษากับอาชีพ มีความสัมพันธ์กับชีวิตเพศเหมือนกันคือ ในเพศชายทุกตัวแปร ยกเว้น ความเห็นพ้อง ในเพศหญิงพบความสัมพันธ์กับการแสดงความรัก หน้าที่การทำงานกับชีวิตเพศในเพศชาย พบว่ามีความสัมพันธ์กันทุกตัวแปร ยกเว้นความพึงพอใจ, ความกลมเกลียวในเพศหญิง พบความสัมพันธ์กับทุกตัวแปร ยกเว้นเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาการอยู่ร่วมกันกับคู่ครองกับชีวิตเพศในเพศชาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับการแสดงความรัก และ

เพศสัมพันธ์ ในเพศหญิง พบว่า มีความสัมพันธ์ในเรื่องเพศสัมพันธ์อย่างเดียวก ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับชีวิตเพศ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้น สุขภาวะทางกายในเพศหญิงกับความพึงพอใจในกลุ่มครอง, สุขภาวะทางจิตใจในเพศหญิงกับเพศสัมพันธ์ และสุขภาวะทางสังคมของเพศชายกับเพศสัมพันธ์ ในด้านสุขภาวะระหว่างเพศชายกับเพศหญิง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p > 0.05$) ในด้านชีวิตเพศระหว่างเพศชายกับเพศหญิง พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทุกด้าน ($p < 0.05$) ยกเว้นในเรื่องเพศสัมพันธ์

วีระชัย ภาณุมาตรศรี และวันเพ็ญ แก้วปาน(63) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 322 คน พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ร้อยละ 68.6 มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปกติร้อยละ 80.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 19.7 ภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 73.3 อ้วนร้อยละ 16.7 มีภาวะฮอร์โมนเพศชายพร่อง โดยใช้ PADAM Score ร้อยละ 10 มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 69.4 มีภาวะต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 54.6 ชายวัยทองที่มีอายุ รายได้ และการรับการตรวจสุขภาพประจำปีแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศราวุธ ทองเหว่า(64) ศึกษาคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจฝ่ายสืบสวนสังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาล 9 ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจฝ่ายสืบสวนสังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาล 9 มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อจำแนกระดับคุณภาพชีวิตตามด้านต่าง ๆ พบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายสืบสวนสังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาล 9 มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางในด้านสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย ด้านสุขภาพอนามัย ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้เวลาว่างและกิจกรรมนันทนาการ ด้านการทำงาน ด้านการพัฒนาจิตใจ ด้านความสำเร็จในชีวิต การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่าตัวแปรในด้าน อายุ การศึกษารายได้รวม จำนวนบุคคลที่เป็นภาระพึ่งพิง กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวก ส่วนสถานภาพสมรสและระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านสืบสวน ไม่มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสืบสวนสังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาล 9 เรียงลำดับความสำคัญในการพัฒนา ได้ดังนี้คือ ด้านการทำงาน ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านการพัฒนาจิตใจ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ด้านความสำเร็จในชีวิต และด้านการใช้เวลาว่างและกิจกรรมนันทนาการ

สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ(65) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 169 คน พบว่ามีภาวะสุขภาพในระดับดีร้อยละ 65.9 ภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 48.2 อ้วนร้อยละ 47.4 มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.1 ไขมันในเลือดสูง โดยมีค่าโคเลสเตอรอลสูงร้อยละ 65.6 มีภาวะฮอร์โมนเพศชายพร่อง จากการ

ประเมินด้วย ADAM Score ร้อยละ 95.2 มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 68.3 ต่อมาถูกหมากโต ร้อยละ 61.3 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 76.8 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพโดยดื่มสุราทุกวันร้อยละ 3.8 สูบหรี่ทุกวัน ร้อยละ 8.8 มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยร้อยละ 22.8 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ร้อยละ 30-40 และมีการออกกำลังกายร้อยละ 65.7

ประโยชน์ เจ็มนาจิตร(66) ศึกษาสภาวะสุขภาพของชายวัยทองในเขตอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพของชายวัยทองในเขตอำเภอเมืองกำแพงเพชร เรื่องภาวะการขาดฮอร์โมนเพศชาย ส่วนใหญ่เคยรู้ดีถึงความแข็งแรงและความมีพลังกำลังลดลง รู้สึกเหนื่อยง่ายไม่มีเรี่ยวแรงเหมือนร่างกายขาดพลังงานและเคยมีความรู้ดีว่าความสามารถในการเล่นกีฬาลดลง และ จากผลของการประเมินภาวะการขาดฮอร์โมนเพศชายโดยรวม พบว่า ชายวัยทองร้อยละ 43.3 อาจจะอยู่ในภาวะขาดฮอร์โมนเพศชาย เรื่องสมรรถภาพทางเพศ ชายวัยทองส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนความพึงพอใจในการประเมินสมรรถภาพทางเพศ เฉลี่ยเป็นรายข้ออยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการคงการแข็งตัวอวัยวะเพศไว้ได้นานจนกว่าจะมีการหลั่งน้ำอสุจิมียค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุด แต่เมื่อพิจารณาระดับคะแนนเพื่อแปรผลการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ รวมกันทั้ง 5 ข้อ พบว่าชายวัยทองส่วนใหญ่มีระดับคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน ร้อยละ 65.8 ซึ่งระดับคะแนนดังกล่าวแปรผลได้ว่าชายวัยทองส่วนใหญ่ในเขตอำเภอเมืองกำแพงเพชรอยู่ในภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศการประเมินการถ่ายปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยความรุนแรงของต่อมลูกหมากโตส่วนใหญ่มีภาวะความรุนแรงของต่อมลูกหมากโตอยู่ในภาวะผิดปกติเพียงเล็กน้อยร้อยละ 49.8 และอยู่ในภาวะที่เป็นอย่างรุนแรงร้อยละ 0.8 เรื่องความเครียดส่วนใหญ่ มีภาวะความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65.3 และมีภาวะเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติอย่างมาก ร้อยละ 1.3 คำสำคัญ สภาวะสุขภาพชายวัยทอง ชายวัยทอง สมรรถภาพทางเพศ

สุพร เหล่าสวัสดิ์(67) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทอง : กรณีศึกษาในข้าราชการตำรวจชั้นประทวนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าชายวัยทองส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47 โดยร้อยละ 56 ของกลุ่มตัวอย่างขาดการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ร้อยละ 46 ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 77 ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างสม่ำเสมอ และร้อยละ 11 มีภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง ซึ่งวินิจฉัยโดยใช้แบบสอบถาม PADAM score ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่อายุ ระดับการศึกษา เจตคติต่อการดูแลตนเอง อาการภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง และแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชายวัยทองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม อายุ และอาการภาวะฮอร์โมนเพศบกพร่อง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชายวัยทองได้ ร้อยละ 36

จุไรรัตน์ กระจำสวัสด์(68) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือน การปรับตัวกับชีวิตเพศของชายวัยทองในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ชายวัยทอง มีอายุเฉลี่ย 48 ปี ($SD = 5.15$) ส่วนใหญ่การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 16,408 บาท มีการตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ 62.3 พบมีความดันโลหิตสูงและสุขภาพภายในช่องปาก ร้อยละ 27.6 มีพฤติกรรมการดื่มกาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 79 และ 74 ส่วนพฤติกรรมการใช้เสฟติดพบว่า มีการใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 60 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 55 ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือนและความสามารถในการปรับตัวของชายวัยทอง มีความสัมพันธ์กับชีวิตเพศ ($r = 0.52, p < 0.05$, และ $r = 0.12, 0.12 p < 0.05$) ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การปรับตัวมีความสัมพันธ์กับชีวิตเพศอย่างมาก ($r = 0.52, p < 0.05$) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือนของชายวัยทองมีความสัมพันธ์กับชีวิตเพศในระดับต่ำ ($r = 0.21, p < 0.01$) และการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับชีวิตเพศด้วย ($r = 0.12, p < 0.05$) จากการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับชีวิตเพศของชายวัยทอง ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือน การปรับตัว สามารถทำนายชีวิตเพศของชายวัยทองได้ เมื่อพิจารณาตัวแปรรายด้านของการปรับตัวพบว่าสามารถเพิ่มการอธิบายชีวิตเพศเป็นร้อยละ 46.4 ตัวแปรที่สามารถทำนายได้แก่ การพึงพาระหว่างกัน การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือน อัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านร่างกาย และระดับการศึกษา

พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา(69) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูชายวัยทอง ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ครูชายวัยทองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 62 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีที่สุด ในด้านโภชนาการรองลงมา ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การบริหารจัดการ การออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพของครอบครัวและชุมชน การตรวจสุขภาพประจำปี และการพักผ่อนนอนหลับ ($x = 4.08, 3.81, 3.71, 3.45, 2.89, 2.63$ และ 2.62 ตามลำดับ) ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยด้าน การรับรู้ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = 27.637, 20.125, 14.713$ และ $0.586, p\text{-value} < 0.001$) และผลการศึกษาวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูชายวัยทองได้ร้อยละ 33.7

ลักขมณ ลักขณะวิมล, ปิยะนุช จิตตานุนท์ และ สุนุดตรา ตะบุญพงศ์(70) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชากรวัยทองหญิงและชาย ตำบลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

การศึกษาพบว่า 1. กลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทองหญิงมีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกายด้านอาหารและโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง 2. กลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทองชายมีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับดี และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านอาหารและโภชนาการด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง 3. กลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทองหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านอาหารและโภชนาการ สูงกว่าประชากรวัยทองชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายข้อที่ประชากรวัยทองหญิงและชายส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านกิจกรรมทางกาย

บุญมี เทพาธิป(71) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทอง ในเขตเทศบาลตำบลสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่าชายวัยทองส่วนใหญ่ที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 53.4 ระดับดี ร้อยละ 43.2 และยังอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 3.2 โดยการพัฒนาทางจิต โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.2, 54.8, 52.6 และ 51.5 ตามลำดับ การออกกำลังกายและความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 40.0 และ 48.4 ตามลำดับ การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร (อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ) ภาวะสุขภาพ และอาการฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง พบว่า ผู้ชายวัยทองที่มีสถานภาพสมรส รายได้ และภาวะสุขภาพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)

2.7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ผู้วิจัยคาดว่า เป็นลักษณะส่วนบุคคลของชายวัยทองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

2.7.2.1 อายุ

งานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านอายุกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองโดยตรงพบว่า

มุขเลนแคมป์ (Muhlenkamp)(72) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18-67 ปี จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Personal resource questionnaire, Coopersmith self-esteem inventory และ Personal lifestyle activities questionnaire ผลการวิจัยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ($p\text{-value} < 0.001$)

วอล์กเกอร์และคณะ (Walker, et al.)(15) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคนจำนวน 452 คน แบ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น (18-34 ปี) จำนวน 167 คน วัยกลางคน (35-54 ปี) จำนวน 188 คน และวัยสูงอายุ (55-88 ปี) จำนวน 97 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.22$, $p\text{-value} < 0.001$)

ชินชีวัน โพธิ์รุ่ง(73) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจจราจรระดับชั้นประทวน จำนวน 380 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = 0.21$, $p\text{-value} < 0.001$)

จุรีรัตน์ เพชรทอง(74) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจชั้นสัญญาบัตร 169 คน ระดับประทวน 450 รวมทั้งหมดมีจำนวน 619 คน ซึ่งอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-59 ปี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.2248$, $p\text{-value} < 0.0001$)

เบญจมาศ เจริญสุข(60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 381 คน เป็นเพศชายร้อยละ 51.7 เพศหญิงร้อยละ 48.3 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ณัฐกฤษ ฉายแสง(75) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารประจำการ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นชั้นสัญญาบัตร 215 คน ระดับประทวน 365 รวมทั้งหมดมีจำนวน 580 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กฤติกา จันทร์หอม(76) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนายทหารประทวน 400 คน พบว่า อายุมีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่

วีรชัย ภาณุมาตรศรี และวันเพ็ญ แก้วปาน(63) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นชายวัยทอง อายุ 40-59 ปี จำนวน 322 คน พบว่า ชายวัยทองที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่า ชายวัยทองที่มีกลุ่มอายุ 40-45 ปี กลุ่มอายุ 46-50 ปี กลุ่มอายุ 51-55 ปีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มที่มีอายุ 56-60 ปี

จากงานวิจัยพบว่า อายุมีทั้งที่มีและไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุเป็นตัวบ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด ความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ความสามารถในการดูแลเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ในวัยเด็กและพัฒนาจนสมบูรณ์เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ ต่อมาความสามารถจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ ดังนั้นอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

2.7.2.2 ระดับการศึกษา

มุขเลนแคมป์ (Muhlenkamp)(72) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Personal resource questionnaire, Coopersmith self-esteem inventory และ Personal lifestyle activities questionnaire ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ($p\text{-value} < 0.05$)

วอล์กเกอร์และคณะ (Walker, et al.)(15) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคนจำนวน 452 คน แบ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น (18-34 ปี) จำนวน 167 คน วัยกลางคน (35-54 ปี) จำนวน 188 คน และวัยสูงอายุ (55-88 ปี) จำนวน 97 คน พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.16$, $p\text{-value} < 0.001$)

สปีค และคณะ (Speake, et al.)(77) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ทางตอนใต้ของรัฐฟลอริดา จำนวน 297 คน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การควบคุมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

โทหนะ และฮาต้า (Tohnai and Hata)(78) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 40 ปี โดยใช้แบบจำลอง Health Belief Model กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมู่บ้านชาวเขา และหมู่บ้านชาวประมง จำนวน 1,120 คน พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชื่นชีวัน โพธิ์รุ่ง(73) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจจราจรระดับชั้นประทวน จำนวน 380 คน พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง ($r = -0.12$, $p\text{-value} < 0.05$)

เบญจมาศ เจริญสุข(60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 381 คน เป็นเพศชายร้อยละ 51.7 เพศหญิงร้อยละ 48.3 พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

จุฑามาศ คำแพร่ดี(79) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จำนวน 120 ราย พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ($r = 0.352$)

ณัฐกฤษ ฉายแสงแสง(75) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารประจำการ จังหวัดลพบุรี จำนวน 580 คน พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

วีรชัย ภาณุมาตรรัศมี และวันเพ็ญ แก้วปาน(63) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ชายวัยทองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($\alpha = 0.05$ ($p\text{-value} > 0.05$))

จากงานวิจัย พบว่า ระดับการศึกษามีทั้งที่มีและไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ระดับการศึกษาน่าจะเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

วอกเกอร์ และคณะ(15) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้มีอายุ 18-88 ปี โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต (Health Promoting Life styles) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

จูไรตัน กระจ่างสวัสดิ์(68) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือน การปรับตัวกับชีวิตเพศของชายวัยทองในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าชายวัยทอง ส่วนใหญ่การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.5 การศึกษา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับชีวิตเพศด้วย ($r = 0.12, p < 0.05$)จากการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพบแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับชีวิตเพศของชายวัยทอง ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือน การปรับตัว สามารถทำนายชีวิตเพศของชายวัยทองได้ เมื่อพิจารณาตัวแปรรายด้านของการปรับตัวพบว่าสามารถเพิ่มการอธิบายชีวิตเพศเป็นร้อยละ 46.4 ตัวแปรที่สามารถทำนายได้แก่ การพึงพาระหว่างกัน การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือน อัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านร่างกาย และระดับการศึกษา

2.7.2.3 สถานภาพสมรส

วอล์กเกอร์และคณะ (Walker, et al.)(15) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคนจำนวน 452 คน แบ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น (18-34 ปี) จำนวน 167 คน วัยกลางคน (35-54 ปี) จำนวน 188 คน และวัยสูงอายุ (55-88 ปี) จำนวน 97 คน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของทั้ง 3 กลุ่มอายุ ($r = 0.175, p\text{-value} < 0.05$)

ชิ (Shi)(80) ศึกษาคุณลักษณะด้านประชากรและสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากรและสถานะทางเศรษฐกิจสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพ เช่นการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การศึกษาใช้ข้อมูลจากการรวบรวมของ Behavioral Risk Factors surveillance System (BRFSS, 1994) ใน South Carolina เก็บข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้ใหญ่ 2,000 คน พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ชินชีวัน โพธิ์รุ่ง(73) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจจราจรระดับชั้นประทวน จำนวน 380 คน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = 0.14, p\text{-value} < 0.01$)

จูไรตัน เพชรทอง(74) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 619 คน พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($X^2 = 2.3, p\text{-value} = 0.3$)

เบญจมาศ เจริญสุข (60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี เป็นการวิจัย

เชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 381 คน เป็นเพศชายร้อยละ 51.7 เพศหญิงร้อยละ 48.3 พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ณัฐกฤษ ฉายแสง(75) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารประจำการ จังหวัดลพบุรี จำนวน 580 คน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.095$, $p\text{-value} = 0.022$)

กฤติกา จันทร์หอม(76) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนายทหารประทวน 400 คน พบว่า สถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

วิรัช ภาณุมาตร์ศรี และวันเพ็ญ แก้วปาน(63) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นชายวัยทอง อายุ 40-59 ปี จำนวน 322 คน พบว่า ชายวัยทองที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p\text{-value} > 0.05$)

จากงานวิจัย พบว่า สถานภาพสมรสทั้งที่มีและไม่มีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทั่วไปผู้ที่มีสถานภาพสมรสรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้สถานภาพสมรสน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

บุญมี เทพาธิป(71) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทอง ในเขตเทศบาลตำบลสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร (อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ) ภาวะสุขภาพ และอาการฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง พบว่า ผู้ชายวัยทองที่มีสถานภาพสมรส รายได้ และภาวะสุขภาพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)

ศราวุธ ทองเหว่า(64) ศึกษาคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจฝ่ายสืบสวนสังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาล 9 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่าตัวแปรในด้านอายุ การศึกษา รายได้รวม จำนวนบุคคลที่เป็นภาระพึ่งพิง กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวก ส่วนสถานภาพสมรสและระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านสืบสวน ไม่มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสืบสวนสังกัดกอง

บังคับการตำรวจนครบาล 9 เรียงลำดับความสำคัญในการพัฒนา ได้ดังนี้คือ ด้านการทำงาน ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านการพัฒนาจิตใจ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ด้านความสำเร็จในชีวิต และด้านการใช้เวลาว่างและกิจกรรมนันทนาการ

2.7.2.4 ลักษณะครอบครัว

จากทบทวนกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คุณภาพชีวิตชายวัยทอง ยังมีผู้ที่ศึกษาน้อยมาก ตัวแปรที่ศึกษา ลักษณะครอบครัวของชายวัยทองยังไม่พบผู้ที่ศึกษาตัวแปรนี้

2.7.2.5 อาชีพ

จากทบทวนกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คุณภาพชีวิตชายวัยทอง ยังมีผู้ที่ศึกษาน้อยมาก ตัวแปรที่ศึกษา อาชีพของชายวัยทองยังไม่พบผู้ที่ศึกษาตัวแปรนี้

2.7.2.6 รายได้

วอล์กเกอร์และคณะ (Walker, et al.)(15) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน จำนวน 452 คน แบ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น (18-34 ปี) จำนวน 167 คน วัยกลางคน (35-54 ปี) จำนวน 188 คนและวัยสูงอายุ (55-88 ปี) จำนวน 97 คน พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.17$, $p\text{-value} < 0.001$)

ชินชีวัน โพธิ์รุ่ง(73) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจจราจรระดับชั้นประทวน จำนวน 380 คน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.16$, $p\text{-value} < 0.01$)

จุรีรัตน์ เพชรทอง(74) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 619 คน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.2006$, $p\text{-value} < 0.0005$)

เบญจมาศ เจริญสุข(60) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 381 คน เป็นเพศชายร้อยละ 51.7 เพศหญิงร้อยละ 48.3 พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.2361$)

จุฑามาศ คำแพร่ดี(79) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จำนวน 120 ราย พบว่า รายได้ครอบคลุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.174$)

กฤติกา จันทร์หอม(76) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนายทหารประทวน 400 คน พบว่า รายได้ครอบคลุมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ณัฐกฤษ ฉายเสมอแสง(75) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารประจำการ จังหวัดลพบุรี จำนวน 580 คน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.088$, $p\text{-value} = 0.034$)

วีรัชย์ ภาณุมาตรรัศมี และวันเพ็ญ แก้วปาน(63) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ชายวัยทองที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p\text{-value} < 0.05$)

จากงานวิจัย พบว่า รายได้มีทั้งที่มีและไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า รายได้ครอบคลุมเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้รายได้ครอบครัวยังจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

2.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการพร่องฮอร์โมนกับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

ซิดนีย์และแซฟเฟิร์ด (Sidney and Shephard)(81) ศึกษาการเข้าร่วมฝึกสมรรถภาพร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเวลา 14 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม The Cornell Medical Index Health Questionnaire) ผู้ป่วยที่รายงานอาการและความไม่สุขสบายในอดีตมากจะมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายในด้านความถี่และความจริงจิ่งน้อยกว่าผู้ที่รายงานอาการไม่สุขสบายในแบบสอบถามน้อย

จุฑามาศ คำแพร่ดี(79) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จำนวน 120 ราย พบว่า ความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

แววดาว ทวีชัย(82) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 150 ราย พบ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.787$)

สายันท์ สวัสดิ์ศรี และคณะ(65) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 169 คน พบว่า มีภาวะฮอร์โมนเพศชายพร่อง จากการประเมินด้วย ADAM Score ร้อยละ 95.2 มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 68.3 ต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 61.3

วีระชัย ภาณุมาตรรัศมี และวันเพ็ญ แก้วปาน(63) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 322 คน พบว่า มีภาวะฮอร์โมนเพศชายพร่อง โดยใช้ PADAM Score ร้อยละ 10 มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 69.4 มีภาวะต่อมลูกหมากโตร้อยละ 54.6 ชายวัยทองที่มีอายุ รายได้ และการรับการตรวจสุขภาพประจำปีแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุพร เหล่าสวัสดิ์(67) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทอง : กรณีศึกษาในข้าราชการตำรวจชั้นประทวนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าชายวัยทองส่วนใหญ่ร้อยละ 11 มีภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง ซึ่งวินิจฉัยโดยใช้แบบสอบถาม PADAM score ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เจตคติต่อการดูแลตนเอง อาการภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง และแรงสนับสนุนทางทางสังคม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม อายุ และอาการภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชายวัยทองได้ ร้อยละ 36

อาการภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง ชายวัยทองที่มีภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่องจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และไปขัดขวางความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอีกด้วย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ อาการภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่องน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

2.7.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนกับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

จากบททบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คุณภาพชีวิตชายวัยทอง ยังมีผู้ที่ศึกษาน้อยมาก ตัวแปรที่ศึกษา ลักษณะครอบครัวของชายวัยทองยังไม่พบผู้ที่ศึกษาตัวแปรนี้

2.7.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนากับคุณภาพชีวิต

ชายวัยทอง

จากทบทวนกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คุณภาพชีวิตชายวัยทอง ยังมีผู้ที่ศึกษาน้อยมาก
ตัวแปรที่ศึกษา ลักษณะครอบครัวของชายวัยทองยังไม่พบผู้ที่ศึกษาตัวแปรนี้



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษานี้ คือ ผู้ชายวัยทอง ในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของประชากร ดังนี้

3.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี
- 2) พักอาศัยและมีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
- 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาในการฟัง
- 4) เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษานี้

3.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วน
- 2) ไม่สนใจในการตอบแบบสอบถาม

3.2.3 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนชายวัยทองที่อยู่ในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก คือ ตำบลองครักษ์ ตำบลทรายมูล ตำบลศรีษะกระบือ และตำบลบางลูกเสือ จากการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับสลากเลือกตำบล

เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน – 31 ธันวาคม 2552

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นชายวัยทองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในอำเภอ
องครักษ์ จังหวัดนครนายก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel WW.(83) จากสูตร

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 P(1-P)}{d^2}$$

เมื่อ Z_{α_2} = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติสำหรับการทดสอบแบบสองทางซึ่ง
มีค่าเท่ากับ 1.96

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติที่ยอมให้เกิดได้สูงสุด เท่ากับ 0.5

P = 0.194

การกำหนดค่า P ได้จากการสำรวจระดับคุณภาพชีวิตชายวัยทองในช่วงเดือน
พฤศจิกายน 2552 โดยผู้วิจัย ผลการสำรวจพบว่าคุณภาพชีวิตชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน
ระดับสูงร้อยละ 19.4 ดังนั้นค่าสัดส่วนของระดับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองนำมาใช้ในการคำนวณ
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ จึงเท่ากับ 0.19 แทนค่าในสูตรดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.194) \times (0.84)}{(0.05)^2}$$

$$= 250.4$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 250 คน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อป้องกันการสูญหาย
ไม่ครบตามจำนวน ดังนั้นจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้
เพิ่มอีกร้อยละ 20 รวมทั้งสิ้น 300 คน จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 250 คน สำหรับการศึกษาใน
ครั้งนี้ เพื่อป้องกันการสูญหายไม่ครบตามจำนวน ดังนั้นจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการ
เก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มอีกร้อยละ 20 รวมทั้งสิ้น 300 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) โดยมี
ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งกลุ่มตำบลในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 11
ตำบล ตามเกณฑ์ของกระทรวงมหาดไทย โดยแบ่งเขตที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบลในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ออกเป็น 2
ตำบล โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีการจับฉลากมา 2 ตำบล

ขั้นที่ 3 กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบล ตามสัดส่วนชายวัยทองในแต่ละตำบล

ขั้นที่ 4 สุ่มตัวอย่างชายวัยทอง จากรายชื่อชายวัยทองทั้งหมดในตำบล มาให้ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 300 คน

โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลในอำเภอองครักษ์ประมาณจากสัดส่วนของจำนวนชายวัยทองในปี 2552 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนชายวัยทองทั้งหมดในแต่ละตำบลและกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

สถานที่เก็บข้อมูล	จำนวนชายวัยทองปี 2552	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บ (คน)
ตำบลองครักษ์	409	56
ตำบลทรายมูล	621	86
ตำบลศิระกระบือ	776	108
ตำบลบางลูกเสือ	356	50
รวม	2,162	300

3.3 เครื่องมือวิจัยในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากของผู้วิจัยอื่นรวมด้วย ตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยพัฒนาและประยุกต์มาจากแบบประเมิน PADAM Score มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งเป็นอาการทางกาย 4 ข้อ คือ 1-4 อาการทางระบบไหลเวียนโลหิตมี 3 ข้อคือ ข้อที่ 5-7 อาการทางจิตมี 5 ข้อ คือ ข้อที่ 8-12 และปัญหาทางเพศมี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 13-17 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

สม่ำเสมอ	3	คะแนน
บ่อยครั้ง	2	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยมีอาการ	0	คะแนน

การแปลผล มีอาการบกพร่องของฮอร์โมนเพศชาย

อาการทางร่างกายและอาการระบบไหลเวียน มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน
โลหิต

อาการทางจิต มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน

ปัญหาทางเพศ มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของชายวัยทอง ผู้วิจัย
สร้างเครื่องมือและประยุกต์มาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา ชื่นแสงนคร(84)
ตามแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ ฟรายด์แมน (Friedman)(10) และมอร์โรว์กับ
วิลสัน (11) เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งเกณฑ์ในการวัดแบ่งออกเป็น
3 ระดับ มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5 และข้อความเชิงลบ 4 ข้อ คือ
ข้อ 6-10 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
3	เป็นประจำ	ไม่เคย
2	บางครั้ง	บางครั้ง
1	ไม่เคย	เป็นประจำ

การแปลผล คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของชายวัยทองอยู่ในช่วง 15-45 คะแนน ตัดสินระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวของชายวัยทองเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งจากคะแนนที่ได้จากการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของชายวัยทองโดยใช้อิงเกณฑ์ของบลูม (bloom) (63) ดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัวระดับต่ำ ≤ 17 คะแนน (ร้อยละ 60)

สัมพันธภาพในครอบครัวระดับ 18-23 คะแนน (ร้อยละ 60 – 79)

ปานกลาง

สัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง 24 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในชุมชนของชาวยัยทอง มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุของอรุณศิริ เมฆพัฒน์(12) เกณฑ์ในการวัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ จำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคย	1	คะแนน
บางครั้ง	2	คะแนน
เป็นประจำ	3	คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมด มี 7-21 คะแนน แบ่งการมีส่วนร่วมในชุมชนออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อใช้ในอธิบายการมีส่วนร่วมในชุมชนของชาวยัยทอง โดยแบ่งจากคะแนนการประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชนซึ่งคัดแปลงจากการประเมินผลการศึกษาของเสรี ราชโรจน์(85) คือ

การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ≤ 11 คะแนน	(ร้อยละ 60)
น้อยกว่า	
การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับ 12-16 คะแนน	(ร้อยละ 60 – 79)
ปานกลาง	
การมีส่วนร่วมในชุมชนระดับสูง 16 คะแนนขึ้นไป	(ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาของชาวยัยทอง ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือประยุกต์มาจากแบบวัดความเชื่อและการปฏิบัติทางพุทธศาสนาของดวงเดือน พันธุมนาวิน (13) เป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อแต่ละข้อมีมาตราประเมิน 6 กลุ่ม จาก “จริงที่สุด”ถึง“ไม่จริงที่สุด”ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

จริงที่สุด	5	คะแนน
จริง	4	คะแนน
ค่อนข้างจริง	3	คะแนน
ค่อนข้างไม่จริง	2	คะแนน
ไม่จริง	1	คะแนน
ไม่จริงที่สุด	0	คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมด มี 0-50 คะแนน แบ่งการมีส่วนร่วมในชุมชน ออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อใช้ในการอธิบายวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาของชาวยัยทอง โดยแบ่งจากคะแนนการประเมินวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาของชาวยัยทอง ซึ่งดัดแปลงจากการประเมินผลการศึกษาของดวงเดือน พันธุนาวิน (13) คือ

มีวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา ≤ 29 คะแนน (ร้อยละ 60)

ระดับต่ำ

มีวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา 30-39 คะแนน (ร้อยละ 60 – 79)

ระดับปานกลาง

มีวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา 40 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตชาวยัยทอง ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (5) (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ เป็นข้อความเชิงลบมี 3 ข้อ คือข้อ 2 ข้อ 9 และข้อ 12 ส่วนที่เหลือเป็นข้อความเชิงบวก ข้อคำถามมี 4 องค์ประกอบ ทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ โดยมีรายละเอียดของข้อคำถามดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นการประเมินการรับรู้ต่อสภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2-4 ข้อ 10-12 และข้อ 24
2. ด้านจิตใจ เป็นการประเมินการรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-9 และข้อ 23
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการประเมินการรับรู้ความพึงพอใจของตนเองต่อความสัมพันธ์ที่มีกับบุคคลรอบข้าง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-14 และข้อ 25
4. ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการประเมินการรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15-22 ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งไม่รวมใน 4 องค์ประกอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
1	ไม่เลย	มากที่สุด
2	เล็กน้อย	มาก
3	ปานกลาง	ปานกลาง

4	มาก	เล็กน้อย
5	มากที่สุด	ไม่เลย

การแปลผล แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1.สุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2.จิตใจ	6-14	15-22	23-30
3.สัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4.สิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ซึ่งจัดทำขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ภายหลังการปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็นของคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการและทำการปรับแก้ไขความถูกต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ชายวัยทองที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 30 ตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อศึกษาหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์และปรับปรุงแก้ไข

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก และสาธารณสุขอำเภอองครักษ์ ในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในจังหวัดนครนายก
- 2) ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบปฏิบัติงานในอำเภอองครักษ์เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง
- 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าก่อนไปเก็บข้อมูลอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งอธิบายคำถามและคำตอบอย่างละเอียด
- 4) ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนดและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

- 1) ผู้วิจัยดำเนินการส่งรายละเอียดของโครงการวิจัยและตัวอย่างเครื่องมือให้คณะกรรมการพิทักษ์ตัวอย่างวิจัยขององค์กร โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผ่านทางนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก โดยติดต่ออย่างเป็นทางการและนำเสนอจดหมายเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) ชี้แจงเรื่องพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสัมภาษณ์ การวิจัยโดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ให้ความกระจ่างเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่าง

สามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นนำข้อมูลมาจัดระเบียบ ด้วยการแยกประเภทข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา และนำข้อมูลแต่ละชุดมากำหนดเป็นรหัสตัวเลขและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ดังรายละเอียดในการวิเคราะห์ต่อไปนี้

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ สำหรับตัวแปรที่มีระดับการวัดอันดับภาคขึ้น ขึ้นไปหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่ ในกรณีที่ตัวแปรอิสระมีระดับการวัดนามบัญญัติหรือเรียงอันดับ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ไคสแควร์ (Chi-Square) ส่วนตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดอันดับภาคขึ้น วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

3) หาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งจะคัดเลือกตัวแปรที่มีขนาดของความสัมพันธ์เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยเข้าไปในสมการทีละตัว จนถึงตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุดตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชาวยัยทอง ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก” โดยศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ปัจจัยด้านวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา รวมทั้งปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ชาวยัยทองที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ตามแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 300 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 15 ธันวาคม 2552 ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตชาวยัยทอง

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ปัจจัยด้านวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา รวมทั้งปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตชาวยัยทอง ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-Square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient)

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชาวยัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-45 ปีคิดเป็นร้อยละ 31.33 รองลงมาคืออายุในช่วง 50-55 ปีคิดเป็นร้อยละ 30.33 อายุที่อยู่ในช่วง 46-49 ปีคิดเป็นร้อยละ 24.00 ตามลำดับ และที่มีอายุตั้งแต่ 56-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 14.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.90 (SD±5.27) อายุต่ำสุดเท่ากับ 40 ปีอายุสูงสุดเท่ากับ 59 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ป.4 หรือ ป.5 หรือ ป.6) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมาคือระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือเทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 9.67 และ 5.67 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีมีน้อยมากคิดเป็นร้อยละ 1.00 และ 1.33 สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.7 รองลงมาคือสถานภาพโสด หม้าย/หย่า/แยกคิดเป็นร้อยละ 14.00 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 61.3 และมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 38.33 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 10,000 – 50,000 บาท ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 16.33 ส่วนรายได้ 50,001 บาท ต่อเดือนขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 0.33 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 7,911.67 บาท (SD±7,402.86) รายได้สูงสุดเท่ากับ 70,000 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 2,000 บาท สำหรับความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากเพียงพอใช้จ่ายไม่มีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาไม่เพียงพอใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 38 และเพียงพอใช้ มีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 12.67 ลักษณะการพักอาศัยในปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 95.67 และพักอาศัยอยู่คนเดียวคิดเป็นร้อยละ 4.33 สำหรับประวัติทางภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงสูงถึงร้อยละ 92.67 มีเพียงร้อยละ 7.33 ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของปัจจัยระดับบุคคล

ปัจจัยระดับบุคคล	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
40 – 45	94	31.33
46 – 49	72	24.00
50 – 55	91	30.33
56 – 59	43	14.33
(Mean=48.9, SD=5.27, Min=40, Max=59)		

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของปัจจัยระดับบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคล	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)	17	5.67
ประถมศึกษา (ป.4 หรือ ป.5 หรือ ป.6)	230	76.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	9.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. หรือเทียบเท่า	17	5.67
ปริญญาตรี	3	1.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.33
สถานภาพสมรส		
โสด	14	4.67
คู่	272	90.67
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	14	4.67
ลักษณะครอบครัวของชายวัยทอง		
ครอบครัวเดี่ยว	185	61.67
ครอบครัวขยาย	115	38.33
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	250	83.33
10,000 – 50,000 บาท	49	16.33
50,001 บาทขึ้นไป	1	0.33
(Mean=7,911.67, SD=7,402.86, Min=2,000, Max=7,000)		
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย		
เพียงพอใช้จ่าย มีเหลือเก็บ	38	12.67
เพียงพอใช้จ่ายไม่มีเหลือเก็บ	148	49.33
ไม่เพียงพอใช้จ่าย	114	38.00

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของปัจจัยระดับบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคล	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการพักอาศัยในปัจจุบัน		
อาศัยอยู่คนเดียว	13	4.33
อาศัยร่วมกับคู่สมรส	287	95.67
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง		
ไม่มี	278	92.67
มี	22	7.33

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย

การประเมินอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปกติคิดเป็นร้อยละ 59.3 และมีอาการผิดปกติร้อยละ 40.7 เมื่อพิจารณาอาการจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางร่างกายและระบบไหลเวียนและประสาท ส่วนใหญ่มีอาการปกติคิดเป็นร้อยละ 59.3 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 31.0 ด้านอาการทางจิตส่วนใหญ่มีอาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 67.3 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละร้อยละ 32.7 ส่วนด้านปัญหาทางเพศส่วนใหญ่มีอาการปกติคิดเป็นร้อยละ 91.7 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 8.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายภาพรวมและจำแนกรายด้าน

อาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการพร่องฮอร์โมนเพศชายภาพรวม		
ปกติ	178	59.3
ผิดปกติ	122	40.7

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายภาพรวมและจำแนกรายด้าน (ต่อ)

อาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
2. อาการพร่องฮอร์โมนเพศชายจำแนกรายด้าน		
ด้านอาการทางร่างกาย,ระบบไหลเวียนและประสาท		
ปกติ	207	69.0
ผิดปกติ	93	31.0
ด้านอาการทางจิต		
ปกติ	202	67.3
ผิดปกติ	98	32.7
ด้านปัญหาทางเพศ		
ปกติ	275	91.7
ผิดปกติ	25	8.3

เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า อาการที่มักมีอาการสม่ำเสมอมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 15 ในข้อคำถาม องค์กรชาติไม่แข็งแรงตัวขณะตื่นนอนตอนเช้าคิดเป็นร้อยละ 4.7 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 17 ในข้อคำถาม องค์กรชาติอ่อนตัวขณะมีเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 4.3 และข้อคำถามข้อที่ 16 ในข้อคำถาม มีการล้มเหลวในกิจกรรมทางเพศคิดเป็นร้อยละ 3.7 สำหรับอาการที่มักเป็นบ่อยครั้งมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 4 ในข้อคำถาม ปวดเมื่อยตามกระดูกคิดเป็นร้อยละ 12.3 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 6 ในข้อคำถาม มีเหงื่อออกมาก และข้อคำถามข้อที่ 15 ในข้อคำถาม องค์กรชาติไม่แข็งแรงตัวขณะตื่นนอนตอนเช้าคิดเป็นร้อยละ 6.7 สำหรับอาการที่เป็นนาน ๆ ครั้ง มากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 2 ในข้อคำถาม การนอนไม่ค่อยหลับหรือตื่นนอนตอนกลางคืนแล้วหลับยาก คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 4 ในข้อคำถาม อาการปวดเมื่อยตามกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 55.7 สำหรับอาการที่ไม่เคยมีอาการมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 10 ในข้อคำถาม กลัวหรือตกใจอย่างไม่มีเหตุผลคิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาข้อคำถามข้อที่ 5 ในข้อคำถาม ร้อนวูบวาบตามร่างกายคิดเป็นร้อยละ 80.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 6 ร้อยละของอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย

อาการ	ร้อยละ (N=300)				$\bar{X}$	$\pm SD$
	ไม่เคยมี อาการ	นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ		
1. ไม่มีเรี่ยวแรง	45.0	51.7	3.0	0.3	0.59	± 5.69
2. นอนไม่ค่อยหลับหรือตื่นนอน ตอนกลางคืนแล้วหลับยาก	33.3	58.3	5.7	2.7	0.78	± 6.70
3. เบื่ออาหาร	56.7	40.7	2.3	0.3	0.46	± 5.62
4. ปวดเมื่อยตามกระดูกและข้อ	30.3	55.7	12.3	1.7	0.85	± 6.88
5. ร้อนวูบวาบตามร่างกาย	80.3	18.3	1.3	0.0	0.21	± 4.40
6. มีเหงื่อออกมาก	55.3	35.3	6.7	2.7	0.57	± 7.35
7. หัวใจเต้นเร็วหรือใจสั่น	76.7	19.0	3.0	1.3	0.29	± 5.89
8. มีอาการหลงลืมมากขึ้น	51.0	46.3	2.3	0.3	0.52	± 5.63
9. ไม่มีสมาธิ	57.0	40.7	1.0	1.3	0.47	± 5.92
10. กลัว ตกใจอย่างไม่มีเหตุผล	86.7	13.0	0.3	0.0	0.14	± 3.54
11. หงุดหงิดง่าย	38.7	55.3	5.7	0.3	0.68	± 5.94
12. ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ	56.3	41.7	2.0	0.0	0.46	± 5.38
13. ขาดความสนใจทางเพศ	57.0	36.3	3.3	3.3	0.53	± 7.19
14. ขาดความตื่นเต้นทางเพศ	59.7	32.7	5.0	2.7	0.51	± 7.15
15. องคชาตไม่แข็งตัวขณะตื่นนอน ตอนเช้า	55.3	33.3	6.7	4.7	0.61	± 8.09
16. ล้มเหลวในกิจกรรมทางเพศ	63.3	27.3	5.7	3.7	0.50	± 7.65
17. องคชาตอ่อนตัวขณะมีเพศ สัมพันธ์	62.3	28.0	5.3	4.3	0.52	± 7.86

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 78.7 รองลงมาเป็นระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 20.7 และมีระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ โดยมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวเฉลี่ย 25.64 ($SD \pm 3.05$) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 (10 – 21 คะแนน)	2	0.7
ปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 (22 – 25 คะแนน)	62	20.7
ดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป (26 – 30 คะแนน)	236	78.7
(Mean=25.64, SD=3.05, Min=11, Max=30)		

เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 3 ในข้อคำถาม มีการดูแลเอาใจใส่กันและกันเมื่อเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 84.7 รองลงมาก็คือข้อคำถามข้อที่ 4 ในข้อคำถาม ให้กำลังใจเมื่อยามท้อแท้และมีปัญหาคิดเป็นร้อยละ 76.0 และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 2 ในข้อคำถาม เมื่อเกิดปัญหาตัดสินใจแก้ปัญหาร่วมกันคิดเป็นร้อยละ 69.3 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 7 ในข้อคำถาม มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันคิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงมาก็คือข้อคำถามข้อที่ 5 ในข้อคำถาม มีกิจกรรมวันว่างร่วมกันคิดเป็นร้อยละ 52.0 และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 8 ในข้อคำถาม ไม่สามารถพูดคุยบางเรื่องกับสมาชิกในคิดเป็นร้อยละ 42.7 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อคำถามข้อที่ 10 ในข้อคำถาม ไม่มีเวลากับสมาชิกในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 6.0 รองลงมาก็คือข้อคำถามข้อที่ 5 ในข้อคำถาม มีกิจกรรมวันว่างร่วมกันคิดเป็นร้อยละ 4.3 และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 2 ในข้อคำถาม เมื่อเกิดปัญหาตัดสินใจแก้ปัญหาร่วมกันคิดเป็นร้อยละ 4.0 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 8 ร้อยละของสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อคำถาม	ร้อยละ (N=300)			$\bar{X}$	$\pm SD$
	ไม่เคย	บางครั้ง	เป็นประจำ		
1. แสดงออกถึงความรักความอบอุ่นต่อกัน	3.3	41.3	55.3	2.52	± 5.63
2. เมื่อเกิดปัญหาตัดสินใจแก้ปัญหาร่วมกัน	4.0	26.7	69.3	2.65	± 5.55
3. ดูแลเอาใจใส่กันและกันเมื่อเจ็บป่วย	2.3	13.0	84.7	2.82	± 4.39
4. ให้กำลังใจกันเมื่อยามท้อแท้ มีปัญหา	2.0	22.0	76.0	2.74	± 4.83
5. มีกิจกรรมวันว่างร่วมกัน	4.3	52.0	43.7	2.39	± 5.71
6. ขอบบังคับสมาชิกในครอบครัวทำในสิ่งที่ไม่ชอบ	3.3	36.0	60.7	2.57	± 5.59
7. มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกัน	1.0	64.0	35.0	2.34	± 4.95
8. ไม่สามารถพูดคุยบางเรื่องกับสมาชิกในครอบครัว	3.7	42.7	53.7	2.50	± 5.70
9. มีความลับต่อสมาชิกในครอบครัว	2.3	31.3	66.3	2.64	± 5.27
10. ไม่มีเวลากับสมาชิกในครอบครัว	6.0	42.0	52.0	2.46	± 6.08

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมาในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 29.0 และระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 23.0 ตามลำดับโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนเท่ากับ 15.42 ($SD \pm 3.07$) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 8 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 21 คะแนน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 9 ร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (7 – 14 คะแนน)	144	48.0
ปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 (15 – 17 คะแนน)	87	29.0
สูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (18 – 21 คะแนน)	69	23.0
(Mean=15.42, SD=3.07, Min=8, Max=21)		

เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้งทุกข้อคำถาม แต่เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ ข้อคำถามข้อที่ 3 ในข้อคำถามเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร หรือ ทอดผ้าป่า หรือ ถวายสังฆทาน คิดเป็นร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ ข้อคำถามข้อที่ 2 ในข้อคำถาม เข้าร่วมหรือช่วยเหลืองานต่าง ๆ ของชุมชน คิดเป็นร้อยละ 30.7 และอันดับที่สาม คือ ข้อคำถามข้อที่ 1 ในข้อคำถาม มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อคำถามข้อที่ 7 ในข้อคำถาม ให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ของคนในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 12.3 รองลงมา คือ ข้อคำถามข้อที่ 5 ในข้อคำถาม เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมต่าง ๆ ในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 9.7 และอันดับที่สาม คือ ข้อคำถามข้อที่ 1 ในข้อคำถาม มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนคิดเป็นร้อยละ 8.7 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 10 ร้อยละของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

ข้อคำถาม	ร้อยละ (N=300)			$\bar{X}$	$\pm SD$
	ไม่เคย	บางครั้ง	เป็นประจำ		
1. มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน	8.7	61.3	30.0	2.21	± 585
2. เข้าร่วมหรือช่วยเหลืองานต่าง ๆ ของชุมชน	7.3	62.0	30.7	2.23	± 572
3. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญตักบาตร ทอดผ้าป่าหรือสังฆทาน	0.3	58.3	41.3	2.41	± 499
4. เข้าร่วมงานในโอกาสต่าง ๆ ในชุมชน	6.0	68.3	25.7	2.20	± 528
5. เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมต่าง ๆ ในชุมชน	9.7	66.0	24.3	2.15	± 565
6. แลกเปลี่ยนพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต กับคนในชุมชน	8.3	66.7	25.0	2.17	± 554
7. ให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ของคนในชุมชน	12.3	70.0	17.7	2.05	± 546

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.7 รองลงมาระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 22.3 และ

ระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 20.0 ตามลำดับโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาเท่ากับ 33.77 (SD± 5.92) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของระดับวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (≤ 29 คะแนน)	67	22.3
ปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 (30 – 39 คะแนน)	173	57.7
สูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (40 คะแนนขึ้นไป)	60	20.0
(Mean=33.77, SD=5.92, Min=20, Max=50)		

เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าค่อนข้างจริงทุกข้อคำถาม แต่เมื่อพิจารณาวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาที่มีความคิดเห็นว่าจริงที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 10 ในข้อคำถาม ซาบซึ้งในความเมตตาของพระพุทธเจ้าต่อมวลมนุษย คิดเป็นร้อยละ 13.7 รองลงมา คือข้อคำถามข้อที่ 3 ในข้อคำถามเชื่อว่ามนุษย์เราเมื่อตายแล้วก็จบสิ้นเพียงนั้นคิดเป็นร้อยละ 6.3 และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 2 ในข้อคำถาม พระสงฆ์บางรูปได้ช่วยให้ได้ใกล้ชิดและศรัทธาในศาสนามากยิ่งขึ้นคิดเป็นร้อยละ 4.3 สำหรับความคิดเห็นว่าจริงมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 2 ในข้อคำถาม พระสงฆ์บางรูปได้ช่วยให้ได้ใกล้ชิดและศรัทธาในศาสนามากยิ่งขึ้นคิดเป็นร้อยละ 25.3 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 3 ในข้อคำถาม เชื่อว่ามนุษย์เราเมื่อตายแล้วก็จบสิ้นเพียงนั้นคิดเป็นร้อยละ 19.3 และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 10 ในข้อคำถาม ซาบซึ้งในความเมตตาของพระพุทธเจ้าต่อมวลมนุษยคิดเป็นร้อยละ 13.7 ส่วนที่มีความคิดเห็นว่าไม่จริงมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 8 ในข้อคำถาม เป็นคนดีได้โดยไม่จำเป็นต้องสนใจคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าคิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 4 ในข้อคำถามความเชื่อว่า “ชีวิตเป็นทุกข์” เป็นการมองโลกในแง่ร้ายและเป็นเรื่องเหลวไหลคิดเป็นร้อยละ 45.0 และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 7 ในข้อคำถาม พระพุทธเจ้ามีความสำคัญต่อชีวิตคิดเป็นร้อยละ 44.3 สำหรับความคิดเห็นว่าไม่จริงที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 4 ในข้อคำถาม ความเชื่อว่า “ชีวิตเป็นทุกข์” เป็นการมองโลกในแง่ร้ายและเป็นเรื่องเหลวไหลข้อคำถามข้อที่ 7 ในข้อคำถาม พระพุทธเจ้ามีความสำคัญต่อชีวิตและข้อคำถามข้อที่ 8 ในข้อคำถาม เป็นคนดีได้โดยไม่จำเป็นต้องสนใจคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าคิดเป็นร้อยละ 16.0 เท่ากัน รองลงมา คือข้อคำถามข้อที่ 1 ในข้อคำถาม เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าจะทำให้มีความสุขอย่าง

แท้จริงคิดเป็นร้อยละ 9.3 และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 6 ในข้อคำถาม เชื่อว่า นรก สวรรค์ ภพภูมิต่าง ๆ เป็นเรื่องมหายาคิดเป็นร้อยละ 7.0 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 12 ร้อยละของวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

ข้อคำถาม	ร้อยละ (N=300)					$\bar{X}$	$\pm SD$
	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด		
1. เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าจะทำให้ท่านมีความสุขอย่างแท้จริง	0.7	8.0	47.3	34.7	9.3	3.44	$\pm .797$
2. พระสงฆ์บางรูปได้ช่วยให้ได้ใกล้ชิดและศรัทธาในศาสนามากยิ่งขึ้น	4.3	25.3	47.3	20.3	2.7	2.92	$\pm .856$
3. เชื่อว่ามนุษย์เราเมื่อตายแล้วก็จบสิ้นเพียงนั้น	6.3	19.3	41.0	27.0	6.3	3.08	$\pm .984$
4. ความเชื่อว่า “ชีวิตเป็นทุกข์” เป็นการมองโลกในแง่ร้ายและเป็นเรื่องเหลวไหล	1.3	3.0	34.7	45.0	16.0	3.71	$\pm .817$
5. เชื่อว่าบุญกุศลเป็นสิ่งเดียวที่ฉันสามารถนำติดตัวได้ทุกภพทุกชาติ	1.0	9.3	44.7	39.3	5.7	3.39	$\pm .775$
6. เชื่อว่านรก สวรรค์ ภพภูมิต่างๆ เป็นเรื่องมหายา	0.0	6.7	50.7	35.7	7.0	3.43	$\pm .721$
7. พระพุทธเจ้ามีความสำคัญต่อชีวิต	0.0	2.7	37.0	44.3	16.0	3.74	$\pm .754$
8. เป็นคนดีได้โดยไม่จำเป็นต้องสนใจคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า	0.0	1.0	34.0	49.0	16.0	3.80	$\pm .708$

ตารางที่ 12 ร้อยละของวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา (ต่อ)

ข้อคำถาม	ร้อยละ (N=300)					$\bar{X}$	$\pm SD$
	จริง ที่สุด	จริง	ก่อน ข้างจริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด		
9. การพัฒนาตนเองเพื่อเข้า นิพพานเป็นสิ่งที่ไม่เกินความ พยายามของมนุษย์	3.3	6.0	49.0	35.3	6.3	3.35	± 8.23
10. ซาบซึ้งในความเมตตาของ พระพุทธเจ้าต่อมวลมนุษย์	13.7	13.7	44.0	25.7	3.0	2.91	± 1.027

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตชายวัยทอง

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 40.7 และระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 0.3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 92.60 ($SD \pm 11.01$) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 60 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 125 คะแนน เมื่อแยกพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 27.3 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 24.80 ($SD \pm 3.16$) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 17 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 35 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 52.3 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 47.3 และลำดับที่สามคือระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 0.3 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.35 ($SD \pm 2.90$) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 14 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 43.0 และลำดับที่สามระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 1.0 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 11.15 ($SD \pm 1.82$) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 67.7 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 31.0 และลำดับที่สามระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 1.3 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 27.16 ($SD \pm 2.84$) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 17 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 36 คะแนน ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมและจำแนกตามองค์ประกอบ

ระดับคุณภาพชีวิต	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. คุณภาพชีวิตโดยรวม		
ไม่ดี (26 – 60 คะแนน)	1	0.3
ปานกลาง (61 – 95 คะแนน)	177	59.0
ดี (96 – 130 คะแนน)	122	40.7
(Mean=92.60, SD=11.01, Min=60, Max=125)		
2. คุณภาพชีวิตจำแนกรายองค์ประกอบ		
องค์ประกอบสุขภาพกาย		
ไม่ดี (7 – 16 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (17 – 26 คะแนน)	218	72.7
ดี (27 – 35 คะแนน)	82	27.3
(Mean=24.80, SD=2.90, Min=17, Max=35)		
องค์ประกอบจิตใจ		
ไม่ดี (6 – 14 คะแนน)	1	0.3
ปานกลาง (15 – 22 คะแนน)	157	52.3
ดี (23 – 30 คะแนน)	142	47.3
(Mean=22.35, SD=3.16, Min=14, Max=30)		
องค์ประกอบสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี (3 – 7 คะแนน)	3	1.0
ปานกลาง (8 – 11 คะแนน)	168	56.0
ดี (12 – 15 คะแนน)	129	43.0
(Mean=11.15, SD=1.82, Min=6, Max=15)		
องค์ประกอบสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี (8 – 18 คะแนน)	4	1.3
ปานกลาง (19 – 29 คะแนน)	203	67.7
ดี (30 – 40 คะแนน)	93	31.0
(Mean= 27.16, SD=2.84, Min=17, Max=36)		

เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า คุณภาพชีวิตที่ตอบมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 8 ในข้อคำถาม การยอมรับหน้าตาคิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 9 ในข้อคำถาม ความรู้สึกไม่ได้ เช่น เหงา เศร้า วิตกกังวล และข้อคำถามข้อที่ 25 ในข้อคำถาม ความรู้สึกกว่าชีวิตมีความหมายคิดเป็นร้อยละ 24.3 เท่ากัน และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 10 ในข้อคำถาม ความสามารถในการเดินทางไหนมาไหนด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 24.0 ส่วนคุณภาพชีวิตที่ตอบมากที่สุดคือข้อคำถามข้อที่ 7 ในข้อคำถาม ความพอใจในตนเองคิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 6 ในข้อคำถามสมาธิในการทำงานคิดเป็นร้อยละ 47.3 และอันดับที่สามคือข้อคำถามข้อที่ 10 ในข้อคำถาม ความสามารถเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 46.7 สำหรับคุณภาพชีวิตที่ตอบปานกลางมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 19 ในข้อคำถาม ความพอเพียงของเงินสำหรับใช้จ่ายตามความจำเป็นคิดเป็นร้อยละ 58.7 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 22 ในข้อคำถามโอกาสพักผ่อนคลายเครียดคิดเป็นร้อยละ 55.3 ลำดับที่สาม คือข้อคำถามข้อที่ 15 ในข้อคำถาม ความพอใจกับการช่วยเหลือ และข้อคำถามข้อที่ 21 ในข้อคำถาม การรับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวันที่ได้รับจากเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 54.7 เท่ากัน สำหรับคุณภาพชีวิตที่ตอบเล็กน้อยมากที่สุด คือข้อคำถามข้อที่ 19 ในข้อคำถาม ความพอเพียงของเงินสำหรับใช้จ่ายตามความจำเป็นคิดเป็นร้อยละ 26.0 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 12 ในข้อคำถาม ความจำเป็นในการได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีวิถีชีวิตอยู่ในแต่ละวันคิดเป็นร้อยละ 20.7 ลำดับที่สาม คือข้อคำถามข้อที่ 2 ในข้อคำถาม การเจ็บปวดตามร่างกายต่อความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการคิดเป็นร้อยละ 11.7 สำหรับคุณภาพชีวิตที่ตอบไม่เคย คือ ข้อคำถามข้อที่ 16 ในข้อคำถาม ความพอใจในชีวิตเพศคิดเป็นร้อยละ 8.0 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 19 ในข้อคำถาม ความพอเพียงของเงินสำหรับใช้จ่ายตามความจำเป็นคิดเป็น ร้อยละ 6.3 และอันดับที่สาม คือข้อคำถามข้อที่ 12 ในข้อคำถาม ความจำเป็นในการได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีวิถีชีวิตอยู่ในแต่ละวันคิดเป็นร้อยละ 4.7 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 14 ร้อยละของคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง

ข้อคำถาม	ร้อยละ (N=300)					$\bar{X}$	$\pm SD$
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1. ความพอใจต่อสุขภาพ	0.0	3.3	37.3	42.3	17.0	3.73	± 7.78
2. การเจ็บปวดตามร่างกายต่อ ความสามารถในการทำสิ่งที่ ต้องการ	1.3	11.7	52.3	29.7	5.0	3.25	± 7.77
3. การมีกำลังเพียงพอที่จะทำ สิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันทั้ง เรื่องงานและการดำเนินชีวิต	0.7	0.7	46.3	41.3	11.0	3.61	± 7.16
4. ความพอใจในการนอนหลับ	0.0	2.3	45.3	40.0	12.3	3.62	± 7.28
5. ความพอใจในชีวิต	0.0	3.0	43.3	38.3	15.3	3.66	± 7.70
6. สมาธิในการทำงาน	0.7	1.0	41.3	47.3	9.7	3.64	± 6.96
7. ความพอใจในตนเอง	0.0	1.7	31.3	51.0	16.0	3.81	± 7.12
8. การยอมรับรูปร่างหน้าตาของ ตนเอง	0.7	0.3	28.7	43.7	26.7	3.95	± 7.92
9. ความรู้สึกไม่ดี เช่น เสร้าวิตก กังวล	3.7	8.0	26.7	37.3	24.3	3.71	± 10.38
10. ความสามารถในการเดินทาง ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	1.0	0.7	27.7	46.7	24.0	3.92	± 7.93
11. ความพอใจในการทำอะไร ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1.0	3.7	42.0	36.0	17.3	3.65	± 8.43
12. ความจำเป็นในการได้รับ การรักษาพยาบาลเพื่อที่จะ ทำงานหรือมีวิถีชีวิตอยู่ใน แต่ละวัน	4.7	20.7	41.0	24.0	9.7	3.13	± 10.03
13. ความพอใจกับความสามารถ ในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	0.7	3.0	40.0	42.7	13.7	3.66	± 7.75

ตารางที่ 14 ร้อยละของคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง (ต่อ)

ข้อคำถาม	ร้อยละ (N=300)					$\bar{X}$	$\pm SD$
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
14. ความพอใจต่อการผูกมิตรกับผู้อื่น	0.0	2.7	46.0	42.0	9.3	3.58	$\pm.697$
15. ความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน	0.0	3.3	54.7	37.7	4.3	3.43	$\pm.632$
16. ความพอใจในชีวิตเพศ	8.0	8.0	46.7	30.3	7.0	3.20	$\pm.972$
17. ความมั่นคงความปลอดภัยในแต่ละวัน	1.0	2.3	41.0	42.7	13.0	3.64	$\pm.773$
18. ความพอใจต่อสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	0.0	3.7	37.3	40.3	18.7	3.74	$\pm.801$
19. ความพอเพียงของเงินสำหรับใช้จ่ายตามความจำเป็น	6.3	26.0	58.7	8.7	0.3	2.71	$\pm.727$
20. ความพอใจต่อการไปรับบริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	0.7	0.7	49.7	33.3	15.7	3.63	$\pm.776$
21. การรับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวัน	0.0	3.0	54.7	38.3	4.0	3.43	$\pm.622$
22. โอกาสพักผ่อนคลายเครียด	0.0	7.0	55.3	31.0	6.7	3.37	$\pm.713$
23. สภาพรอบๆ บ้านดีต่อสุขภาพอนามัย	0.0	3.7	47.3	37.3	11.7	3.57	$\pm.744$
24. ความพอใจกับความสะดวกในการเดินทางไปไหนมาไหน	0.3	2.7	43.0	43.7	10.3	3.61	$\pm.721$
25. ความรู้สึกกว่าชีวิตมีความหมาย	0.0	0.7	31.3	43.7	24.3	3.92	$\pm.760$
26. ระดับชีวิตความเป็นอยู่	0.0	4.3	54.0	37.7	4.0	3.41	$\pm.641$

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ปัจจัยด้านวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา รวมทั้งปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ในอำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-Square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient)

7.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation Coefficient) และไค-สแควร์ (Chi-square) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล โดยแบ่งออกเป็นข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตาม 2 ประเภท ได้แก่ อายุกับคุณภาพ

7.1.1 ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรต่อเนื่องและตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง และรายได้กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation Coefficient) พบว่า อายุ รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและรายได้กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง (N=300)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตชายวัยทอง	
	สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ (ปี)	0.034	0.557
รายได้ (บาท)	0.054	0.350

7.1.2 ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเจนนับและตัวแปรตามเป็นตัวแปรเจนนับ ได้แก่ ระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง การมีที่พักอาศัยกับระดับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังกับระดับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองและประวัติการผ่าตัดกับระดับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง พบว่า

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.005)

ลักษณะพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.014)

ประวัติการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง

ปัจจัยระดับบุคคล	ร้อยละระดับคุณภาพชีวิต		df	p-value
	ต่ำ, ปานกลาง	ดี		
ระดับการศึกษา			2	0.005*
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	60.7 (150)	39.4 (97)		
มัธยมศึกษาตอนต้น, ตอนปลาย และ ปวช.	60.9 (28)	39.1 (18)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.0 (0)	100.0 (7)		
ลักษณะการพักอาศัย			1	0.458
อยู่คนเดียว	69.2 (9)	30.8 (4)		
ไม่ได้อยู่คนเดียว	58.9 (169)	41.1 (118)		
ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือร้ายแรง			1	0.014*
ไม่มี	58.3 (162)	41.7 (116)		
มี	72.7 (16)	27.3 (6)		
ประวัติการผ่าตัด			1	0.736
ไม่เคย	59.6 (168)	40.4 (114)		
เคย	55.6 (10)	44.4 (8)		

7.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพ
ในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีพุทธศาสนา กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง
โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation
Coefficient)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน วิถีพุทธศาสนา กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation Coefficient) พบว่า

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.362$, $p\text{-value} < 0.001$)

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.493$, $p\text{-value} < 0.001$)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.317$, $p\text{-value} < 0.001$)

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.454$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดัง (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และปัจจัยวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนากับคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

ปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และปัจจัยวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา	คุณภาพชีวิตชายวัยทอง	
	สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)	p-value
ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย (คะแนน)	-0.362	<0.001
สัมพันธภาพในครอบครัว (คะแนน)	0.493	<0.001
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน (คะแนน)	0.317	<0.001
วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา (คะแนน)	0.454	<0.001

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยแสดงในรูปเมทริกสหสัมพันธ์
(Correlation Matrix)

	1	2	3	4	5	6	7
1.	1.00						
2.	-.061	1.00					
3.	.074	.033	1.00				
4.	.006	.039	-.335*	1.00			
5.	.036	.084	-.013	.195*	1.00		
6.	.054	.030	.025	.202*	.373*	1.00	
7.	.034	.054	-.362*	.439*	.317*	.454*	1.00

* Significant at p-value<0.01

หมายเหตุ 1 = อายุ 2 = รายได้ 3 = ภาวะฮอว์โมนพร่อง 4 = สัมพันธภาพ
5 = ส่วนร่วมในชุมชน 6 = วิถีพุทธ 7 = คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอ องครักษ์ จังหวัดนครนายก วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง
ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple
Regression) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์ดังนี้

ภาวะพร่องฮอว์โมนเพศชายมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชาย
วัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = -0.52)
หมายความว่า ถ้าคะแนนภาวะพร่องฮอว์โมนเพศชายเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิต
ของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 0.52 คะแนน

สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง
ในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = 0.87) หมายความว่า

ว่า ถ้าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 0.87 คะแนน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.006) (ค่า b = 0.47) หมายความว่า ถ้าคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 0.47 คะแนน

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = 0.66) หมายความว่า ถ้าคะแนนวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 0.66 คะแนน

การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = 12.46) หมายความว่า ถ้าชายวัยทองมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 12.46 คะแนน

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา และการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองได้ร้อยละ 44.7 และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองได้ดีที่สุดโดยพิจารณาจากค่า Beta ที่มากที่สุดคือวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา มีค่า Beta เท่ากับ 0.36 และรองลงมาคือสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่า Beta เท่ากับ 0.24 การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีค่า Beta เท่ากับ 0.17 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน มีค่า Beta เท่ากับ 0.13 และสุดท้ายคือภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย มีค่า Beta เท่ากับ -0.29 รายละเอียดดังตารางที่ 15

แบบจำลองสมการใช้ทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ได้ดังนี้

$$Y = 44.83 - 0.52 (X1) + 0.87 (X2) + 0.47 (X3) + 0.66 (X4) + 12.46 (X5)$$

หรือ คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ = 44.83- 0.52 (ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย) + 0.87 (สัมพันธภาพในครอบครัว) + 0.47 (การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน) + 0.66 (วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา) + 12.46 (การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป)

ตารางที่ 19 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวคาดทำนายคุณภาพชีวิตชาวยัยทอง
ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน
(Stepwise Multiple Regression)

ตัวทำนาย	B	Beta	Adjusted R ²	t	p-value
ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย	-0.52	-0.29	0.203	-6.178	< 0.001
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	0.87	0.24	0.327	5.070	< 0.001
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	0.47	0.13	0.338	2.775	0.006
วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา	0.66	0.36	0.410	7.502	< 0.001
การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป	12.46	0.17	0.437	3.938	< 0.001
ค่าคงที่ = 44.83					
R = 0.668, R ² = 0.447, F = 47.46, p-value < 0.001					

ตารางที่ 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวคาดทำนายคุณภาพชีวิตชาวยัยทอง
ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน
(Stepwise Multiple Regression) ตามลำดับการนำเข้าสมการ

Model	ตัวทำนาย	R	F	Adjusted R ²	p-value
1.	วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา	0.454	77.357	0.203	< 0.001*
2.	วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา+สัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว	0.576	73.68	0.327	< 0.001*
3.	วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา+สัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว+การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ของชุมชน	0.587	51.921	0.338	< 0.001*
4.	วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา+สัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว+การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ของชุมชน+ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย	0.646	52.851	0.410	< 0.001*
5.	วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา+สัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว+การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ของชุมชน+ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย+ การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป	0.668	47.460	0.437	< 0.001*

* Significant at p-value<0.01

ตารางที่ 21 สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชาวยัยทองในอำเภอ
องครักษ์ จังหวัดนครนายก

สมมุติฐานการวิจัย	p-value	ผลการทดสอบ สมมุติฐาน
สมมุติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตชาวยัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่		
- อายุ	0.557	ปฏิเสธ
- ระดับการศึกษา	0.005	ยอมรับ
- สถานภาพสมรส	0.011	ปฏิเสธ
- ลักษณะครอบครัว	0.833	ปฏิเสธ
- รายได้	0.350	ปฏิเสธ
สมมุติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านภาวะพร่องฮอร์โมนในชาวยัยทองมี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชาวยัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัด นครนายก	<0.001	ยอมรับ
สมมุติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชาวยัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัด นครนายก	<0.001	ยอมรับ
สมมุติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชาวยัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัด นครนายก	<0.001	ยอมรับ
สมมุติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยด้านวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชาวยัยทอง ในอำเภอองครักษ์ จังหวัด นครนายก	<0.001	ยอมรับ

ตารางที่ 21 สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชาวย้ายทองในอำเภอ
องครักษ์ จังหวัดนครนายก (ต่อ)

สมมุติฐานการวิจัย	p-value	ผลการทดสอบ สมมุติฐาน
สมมุติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านภาวะพร่องฮอร์โมน ในชาย ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ร่วมในกิจกรรมของชุมชน ปัจจัยด้านวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธ ศาสนา มีอิทธิพลและสามารถร่วมคาดทำนายคุณภาพชีวิตชาวยัย ทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพล และร่วมคาดทำนาย ได้แก่		
- ระดับการศึกษา	0.005	ร่วมทำนาย
- ปัจจัยด้านภาวะพร่องฮอร์โมน	<0.001	ร่วมทำนาย
- ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	<0.001	ร่วมทำนาย
- ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	<0.001	ร่วมทำนาย
- ปัจจัยด้านวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา	<0.001	ร่วมทำนาย

บทที่ 5

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชีวิตของชายวัยทอง
อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จากผลการศึกษาที่พบสามารถอภิปรายผลเป็น 2 คือ

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตชายวัยทองและปัจจัยที่อิทธิพล และสามารถคาดทำนาย คุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาค้นคว้า ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น เพื่อหาสัดส่วน/ร้อยละของคุณภาพชีวิตชายวัยทอง และเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนากับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ซึ่งข้อดีของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สามารถศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ของชายวัยทอง โดยสามารถตอบสมมุติฐานได้หลายปัจจัยพร้อมกันและสามารถดำเนินการได้โดยสะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นเท่านั้นและไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal relationship) ได้เหมือนการศึกษแบบ case-control study หรือ cohort study

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกโดยวิธีศึกษาลักษณะของชายวัยทองที่อยู่ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งเมื่อผู้วิจัยไปติดต่อแล้วทางสถานีอนามัยที่รับผิดชอบในแต่ละตำบล ที่อยู่ในอำเภอองครักษ์ ขนาดกลุ่มที่ศึกษาใช้การคำนวณตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ให้มีค่าความเชื่อถือมากขึ้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะเก็บกลุ่มตัวอย่างตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากที่คำนวณได้ร้อยละ 20 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 300 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง

ง่าย โดยวิธีการจับสลากเลือกคำถาม ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 พฤศจิกายน – 31 ธันวาคม 2552 โดยเดินทางไปยังตำบลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือก ซึ่งถ้าหากชายวัยทองกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามก็สามารถถามได้ โดยในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ผู้วิจัยไม่จำกัดเวลาในการตอบ เพื่อให้ชายวัยทองมีอิสระในการตอบได้เต็มที่ (ชายวัยทองกลุ่มศึกษาใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที) ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสม พร้อมทั้งรอเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วกลับคืนด้วยตนเอง เนื่องจากมีชายวัยทองกลุ่มศึกษาบางคนมีกิจธุระกะทันหันต่างพื้นที่ทำให้ไม่ได้มาตอบแบบสอบถามได้ตามวันและเวลาที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยจึงทำการนัดหมายการเก็บข้อมูลอีก 2 ครั้ง และเมื่อนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาจะคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์ ได้ขนาดของตัวอย่างที่วิเคราะห์ จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนชายวัยทองกลุ่มศึกษาทั้งหมด ซึ่งจำนวนที่ได้รับคืนและมีความครบถ้วนดังกล่าว ไม่ได้น้อยกว่าที่คำนวณได้ จึงสามารถเป็นตัวแทนประชากรได้ และเป็นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในงานวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลด้านบุคคล แบบสอบถามภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของชายวัยทอง แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในชุมชนของชายวัยทอง แบบสอบถามวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาของชายวัยทอง แบบสอบถามคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ทำให้แบบสอบถามมีข้อคำถามมากและต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจและตอบแบบสอบถาม ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการปรับปรุงแบบสอบถามให้สอดคล้องกับชายวัยทอง ก่อนนำไปใช้ แบบสอบถามทั้ง 6 ส่วนได้ผ่านการสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ร่วมกับคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์อีก 3 ท่าน และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับชายวัยทองในอำเภออื่นกลุ่มศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับชายวัยทองกลุ่มศึกษา ได้แก่ ชายวัยทองกลุ่มศึกษาที่อยู่อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละชุด ได้ดังนี้ แบบสอบถามภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของชายวัยทอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในชุมชนของชายวัยทอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาของชายวัยทอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของชายวัยทองกลุ่มศึกษา ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง โดยวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ ในกรณีที่ตัวแปรอิสระมีระดับการวัดนามบัญญัติหรือเรียงอันดับ วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ส่วนตัวแปรตามและตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ มีระดับการวัดเป็นแบบ Interval scale ใช้สถิติการวัดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งเข้ากับรูปแบบของการวิเคราะห์ที่สามารถบอกขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์และความมากน้อยของขนาดของอิทธิพลต่อตัวแปรตามได้ และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันคาดทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยลักษณะ ซึ่งการใช้สถิติดังกล่าวเหมาะสมกับการตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ดังนั้นสถิติที่ใช้จึงมีความเหมาะสมมากกว่าใช้สถิติอื่น

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตชายวัยทองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 40.7 และระดับไม่ดีร้อยละ 0.3 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางนั้น เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และสิ่งแวดล้อมคิดเป็นร้อยละ 72.7 และ 67.7 ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับดีมากกว่าอีก 2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่กล่าวมา ซึ่งใน 2 อันดับแรกเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และในอันดับที่สามเป็นคุณภาพชีวิตทางร่างกาย เนื่องจากด้วยวัยและสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง หย่อนสมรรถภาพทางเพศส่งผลให้ความสุขทางเพศลดลง อีกทั้งปัญหาเรื่องการเงินในสำหรับบางคนก็เป็นเรื่องใหญ่ สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานเหนื่อยง่าย เจ็บป่วยบ่อย ทำงานไม่ได้ ก็ไม่มีเงินใช้ ส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอกับความจำเป็นที่ต้องจ่ายซึ่งตรงกับคุณภาพชีวิตรายข้อ ที่พบว่าตอบไม่เลยมากที่สุด คือ ความพอใจในชีวิตเพศตอบไม่เลยคิดเป็นร้อยละ 8.0 ความพอเพียงของเงินสำหรับใช้จ่ายตามความจำเป็นคิดเป็นร้อยละ 6.3 และความจำเป็นในการได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีวิถีชีวิตอยู่ในแต่ละวันคิดเป็นร้อยละ 4.7

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

2.1 อายุ

จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.034$, $p\text{-value} = 0.557$) ค่า $p\text{-value}$ มากกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงปฏิเสธสมมติฐานไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารุข ทองเหว่า(72) ที่ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวก

2.2 รายได้

จากการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.054$, $p\text{-value} = 0.350$) ค่า $p\text{-value}$ มากกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงปฏิเสธสมมติฐาน อาจเป็นผลมาจากการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างชายวัยทองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเป็นเจ้าของที่ดินทำกินเอง อีกทั้งส่วนใหญ่ก็มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา สภาพการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกันจึงทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจนเท่าที่ควร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารุข ทองเหว่า(72) ที่ศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวก

2.3 ระดับการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$) ค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงยอมรับสมมติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 100.0 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลายและ ปวช. มีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 39.4 และ 39.1 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีหน้าที่การทำงานที่มั่นคงและมีรายได้ที่แน่นอนทำให้ไม่ต้องเครียดหรือคิดมากเวลาที่เจ็บป่วยแล้วหารายได้ไม่ได้ หรือแม้แต่อายุมากขึ้นก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารุข ทองเหว่า(72) ที่ศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวก

2.4 ลักษณะการพักอาศัย

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะการพักอาศัยมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.458$) ค่า $p\text{-value}$ มากกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงปฏิเสธสมมติฐาน อาจเนื่องมาจากเหตุผล 2 ประการ กล่าวคือ บริบททางด้านภูมิศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างชายวัยทองอยู่ในเขตชนบท ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการอยู่บ้านตัวคนเดียวหรือไม่ได้อยู่คนเดียว ตามวิถีชีวิตชนบทแล้วทุกครัวเรือนมีความเชื่อมโยงและผูกพันซึ่งกันและกันอยู่ จึงเป็นผลให้คนในชนบทส่วนใหญ่ยังคงไป

มาหาผู้ซึ่งกันและกันอยู่เสมอ ถึงแม้ว่าจะแยกบ้านไปแต่ก็ยังสร้างบ้านให้อยู่ในละแวกหมู่บ้านเดียวกัน ดังนั้นไม่ว่าจะมีลักษณะการพักอาศัยแบบใดก็ตามก็มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และเหตุผลอีกประการก็คือขนาดตัวอย่างที่มีลักษณะการพักอาศัยมีน้อยเกินไปจึงทำให้การอนุมานทางสถิติมองไม่เห็นความแตกต่าง โดยจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีลักษณะการพักอาศัยอยู่คนเดียวมีเพียง 13 คน (ร้อยละ 4.33) ในขณะที่ไม่ได้พักอาศัยเพียงคนเดียวคิดเป็นร้อยละ 95.67 ซึ่งหากพิจารณาการมีคุณภาพชีวิตที่โดยรวมด้วย เห็นได้ว่าผู้ที่มีลักษณะการพักอาศัยอยู่คนเดียวมีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 30.8 ในขณะที่ผู้ที่มีลักษณะการพักอาศัยไม่ได้อยู่คนเดียวมีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 41.1 ดังนั้นหากขนาดตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นกว่านี้อาจส่งผลให้ลักษณะการพักอาศัยมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตได้เช่นกัน

2.5 ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่า ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือร้ายแรงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.014$) ค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้จึงยอมรับสมมติฐาน เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือร้ายแรง จะเห็นได้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 41.7 ส่วนผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือร้ายแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพียงคิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดีหรือปานกลางคิดเป็นร้อยละ 72.7 อาจเป็นเพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ชวยวัยทองเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ อันจะมีผลต่อการทำงาน ความเครียด ความสามารถอย่างที่เคยปฏิบัติได้ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะเป็นตัวประเมินคุณภาพชีวิตดีของชายวัยทองว่าดีหรือไม่ดีด้วย

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดนครนายก

จากการศึกษาพบว่าภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงยอมรับสมมติฐาน ซึ่งผู้ที่มีความผิดปกติในอาการพร่องฮอร์โมนเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 52.3 มากกว่าผู้ที่มีภาวะผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยเฉพาะด้านอาการทางร่างกาย ($p\text{-value} = 0.021$) ซึ่งผู้ที่มีความผิดปกติในอาการพร่องฮอร์โมนเพศชายด้านอาการทางร่างกายมีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 42.3 มากกว่าผู้ที่มีภาวะผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 27.3 และด้านอาการทางจิต ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งผู้ที่มีความผิดปกติในอาการพร่องฮอร์โมนเพศชายด้านอาการทางจิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 52.0 มากกว่าผู้ที่มีภาวะผิดปกติคิดเป็นร้อยละ

17.4 ส่วนด้านอาการระบบไหลเวียนและประสาทและปัญหาทางเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.462$, $p\text{-value} = 0.702$) อาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายตามวัยที่เริ่มเสื่อมสมรรถภาพ โดยเมื่อร่างกายเกิดความเมื่อยล้า หรือเจ็บปวด อาการทางกาย เช่นความเจ็บปวดทางร่างกายหรือการนอนไม่หลับก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้ไม่มีสมาธิ หลง ๆ ลืม ๆ หรือหงุดหงิดง่ายได้ โดยเมื่อพิจารณารายชื่อด้านอาการทางร่างกาย จะเห็นได้ว่าอาการที่มักเป็นสม่ำเสมอ และบ่อยครั้ง คือ นอนไม่ค่อยหลับหรือตื่นนอนตอนกลางคืนแล้วหลับยากเป็นสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 2.7 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 5.7 รองลงมาคือปวดเมื่อยตามกระดูกและข้อเป็นสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 1.7 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 12.3 ส่วนด้านอาการทางจิตกลุ่มตัวอย่างไม่มีสมาธิ มีอาการสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 1.3 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.0 รองลงมา มีอาการหลงลืมมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 1.3 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 2.3 และหงุดหงิดง่ายมีอาการสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 1.3 และบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 5.7

4. ความสัมพันธ์ของปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้จึงยอมรับสมมติฐาน โดยผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 53.1 มากกว่าผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลางคิดเป็นร้อยละ 28.3 และผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 18.8 เนื่องจากชายวัยทองที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีได้รับการดูแลสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งในสังคมชนบทชายวัยทองส่วนใหญ่จะอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีลูก ๆ หลาน ๆ หรือญาติพี่น้อง ดังนั้นคนในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ชายวัยทองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ดูแล ให้ความอบอุ่น ให้ความสำคัญแก่ชายวัยทอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จึงทำให้ชายวัยทองที่มีสัมพันธภาพครอบครัวที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับ แฮร์ริส และโคล (19) ที่กล่าวว่าหากชายวัยทองขาดการเอาใจใส่ ดูแล หรือขาดความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว จะทำให้ชายวัยทองมีความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำได้ และสอดคล้องกับ ศรีทับทิม พาณิชพันธ์ (21) ที่กล่าวไว้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิด คำนึง สนับสนุนระหว่าง บิดามารดา และบุตร รวมถึงตลอดถึงเครือญาติและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหาและมีมูลเหตุแห่งปัญหานั้นประการ

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน วิถีพุทธศาสนา กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัด นครนายก

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.362$, $p\text{-value} < 0.001$) ค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงยอมรับสมมติฐาน โดยหากผู้ใดมีคะแนนภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายเพิ่มขึ้นจะหมายถึงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง เพราะภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางอาการทางกาย ทางระบบประสาทและไหลเวียนเลือด อาการทางจิตใจ และปัญหาทางเพศ ซึ่งอาการที่กล่าวมานี้เป็นตัวแปรส่วนหนึ่งที่อยู่ในแบบประเมินของคุณภาพชีวิต หากผู้ใดมีปัญหา ก็จะทำให้คะแนนลดลง อันหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วยเช่นกัน

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.493$, $p\text{-value} < 0.001$) ค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงยอมรับสมมติฐาน อาจเป็นเพราะการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีความรักความอบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกัน การมีกิจกรรมร่วมกัน การรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ต่างก็มีผลทางด้านจิตใจ จากนั้นเมื่อร่างกายและจิตใจดี ร่างกายก็จะพลอยดีไปด้วย สัมพันธภาพที่ดีจึงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีไปด้วยเช่นกัน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.317$, $p\text{-value} < 0.001$) ค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงยอมรับสมมติฐาน เนื่องจากชายวัยทองส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตของตนร่วมกับบุคคลอื่น ได้รับการยอมรับจากคนในสังคมหรือชุมชน ทำให้ชายวัยทองรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ มีความสุขกับการใช้ชีวิตประจำวันหรือกับคนในสังคม อันจะก่อให้เกิดชายวัยทองมีความสุขทั้งกายและใจ ซึ่งกิจกรรมที่ทำให้ชายวัยทองมีความสุข เช่น การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัว การให้คำปรึกษา การอบรมเลี้ยงดูหลาน หรือกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นต้น สอดคล้องกับ ทฤษฎีของพอยทรีแนนด์ ได้กล่าวถึงความต้องการของบุคคลในวัยสูงอายุ โดยครอบคลุมด้านชีวิตการทำงาน ที่ต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความรู้สึกทางอารมณ์ ที่ต้องการความรัก การยอมรับ การเห็นคุณค่าจากบุคคลอื่น ชีวิตครอบครัว ที่ต้องการความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ชีวิตสังคม โดยมีความต้องการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และการใช้เวลาว่าง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนตามความสนใจและความถนัด

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.454$, $p\text{-value} < 0.001$) ค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า $p\text{-value}$ ที่ตั้งไว้ จึงยอมรับสมมติฐาน เพราะว่า การประพฤติ ปฏิบัติตามแนวทางพุทธศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา อันได้แก่ ประเพณีตักบาตรเทโว การไปวัดทุกวันพระ ฯลฯ จะช่วยส่งผลให้ชายวัยทองมีความสุขทางด้านจิตใจ เป็นผู้มีอารมณ์ดีขึ้น คิดในทางบวกมากขึ้น ลดความเครียด อีกทั้งยังเป็นต้นแบบที่ดีให้กับลูกหลาน ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวอีกด้วย ทำให้ชายวัยทองได้รับความเชื่อถือ และรักใคร่จากลูกหลาน ดังนั้นเมื่อจิตดี กายดี คุณภาพชีวิตที่ดีก็จะบังเกิดขึ้นได้เช่นกัน

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทองอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกมีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนในเพศชายสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา และการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทองอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกได้ร้อยละ 44.7 สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทองอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกตามลำดับความสามารถในการคาดการณ์ดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทองมากที่สุด โดยพิจารณาจากค่า Beta มากที่สุด คือ วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา อธิบายได้ว่า การดำเนินวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง ด้วยวัยและสุขภาพที่ร่วงโรย การเข้าใจในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องทำให้ได้ หากผู้ใดทำไม่ได้ก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล เครียดกับสภาวะสังขารที่ร่วงโรย เจ็บไข้ได้ป่วย มีโรคเรื้อรังประจำกาย การดำเนินชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาจะส่งผลให้ผู้นั้นไม่ยึดติดกับสังขารที่ร่วงโรย ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามวัฏสังขารได้ อีกทั้งยังทำให้คนพบกับความสุขที่แท้จริง มิใช่ความสุขอันจอมปลอมที่เกิดจากวัตถุนิยม ชื่อเสียง ลาภยศ สรรเสริญเงินยอต่าง ๆ ทำให้คนรู้จักเมตตา ทำประโยชน์ให้กับส่วนรวมโดยไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนกันมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของชายวัยทอง

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายเป็นปัจจัยที่สองที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง เนื่องจากภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายก่อให้เกิดปัญหาทาง

สุขภาพที่สำคัญทั้งทางอาการทางร่างกาย อาการทางระบบประสาทและไหลเวียนโลหิต อาการทางจิตใจ และปัญหาทางเพศ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อระบบร่างกายในระยะยาว เช่น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหลอดเลือดหัวใจ สมรรถภาพทางเพศ และคุณภาพชีวิต โดยปัญหาทางเพศจะเป็นตัวที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ชายส่วนใหญ่มักนำเอาความสามารถและสมรรถภาพทางเพศมาเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ดังนั้นเมื่อความสามารถในด้านนี้ลดลงจึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงไปด้วย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ชายวัยทอง เป็นอีกสิ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงไปอีกด้วย

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง เพราะการมีบุคคลในครอบครัว อันได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกันปฏิบัติต่อชายวัยทอง ในด้านการแสดงความเคารพยกย่องและให้ความสำคัญต่อการ การแสดงความรักความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความเอาใจใส่ดูแลต่อกัน การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความผูกพันใกล้ชิด มีความปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ส่งเสริมให้ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ ศรีทับทิม พาณิชพันธ์ ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิด คู่เคียง สนับสนุนระหว่าง บิดามารดา และบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติ และบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหาและมีมูลเหตุแห่งปัญหามากมายประการ และสอดคล้องกับฟรายด์แมน ที่กล่าวว่า หน้าที่ของครอบครัว เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ ครอบครัวจึงเป็นแหล่งกำเนิดอุดมโนทัศน์ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีชีวิตที่มีคุณค่า และเป็นแหล่งของการให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้งการให้ความสนับสนุนและช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และสอดคล้องกับ อรนุช อุดมสมฤดี ซึ่งกล่าวไว้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะชายวัยทอง เพื่อให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข จึงกล่าวได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวจะนำมาซึ่งความสุขในชีวิตต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะชายวัยทอง ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการการเอาใจใส่จากครอบครัว ถ้าชายวัยทองขาดการดูแล หรือมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัว ก็อาจทำให้มีความสุขในชีวิตที่ต่ำได้

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนเป็นปัจจัยที่สี่ที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง เพราะว่า ชายวัยทองมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนทำให้พวกเขารู้สึกถึงตนเองมีส่วนร่วมในชุมชน ตนเองมีคุณค่า ได้รับความยอมรับจากสังคม อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ชายวัยทองมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ช่วยทำให้ชายวัยทองมีสุขภาพกายและ

จิตใจที่แข็งแกร่งสมบูรณ์ รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จะช่วยขจัดความเหงา ความวิตกกังวลและให้กำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ไม่เป็นภาระของชุมชน

การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นปัจจัยตัวสุดท้ายที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ว่าคุณภาพชีวิตวัยทอง เนื่องจากในปัจจุบันสังคมไทย ยังคงเป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำทางด้านสังคมอยู่ ซึ่งความคิดเห็นหรือการกระทำจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่ามักเป็นที่ยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงมองเห็นการมีคุณค่าในตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าขาดความมั่นใจ วิตกกังวล ในการเสนอความคิดเห็นของตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม ไม่อยากพบปะผู้คน อีกทั้งการมีการศึกษาสูงยังมีผลต่อรายได้ และอาชีพที่มั่นคงมากกว่า ไม่ทุกชีวิตต้องระวังตนเองไม่ให้เจ็บป่วย เครียดเมื่อเจ็บป่วย เพราะฉะนั้นจึงเป็นผลหนึ่งที่สนับสนุนว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีผลทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนชายวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปี จำนวน 300 คน ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2552 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา และคุณภาพชีวิตชายวัยทอง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยคือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของชายวัยทอง

ชายวัยทองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.90 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ป.4 หรือ ป.5 หรือ ป.6) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมาเป็นระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 9.67 และ 5.67 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 1.00 และ 1.33 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.7 รองลงมามีสถานภาพโสด หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 14.00 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 61.3 และมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 38.33 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.3 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 7,911.67 บาท สำหรับความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากเพียงพอใช้จ่ายไม่มีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาไม่เพียงพอใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 38 และเพียงพอใช้ มีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 12.67 ลักษณะการพักอาศัยในปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ

95.67 และพักอาศัยอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 4.33 สำหรับประวัติทางภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงสูงถึงร้อยละ 92.67 มีเพียงร้อยละ 7.33 ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง

2. ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย

อาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 59.3 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 40.7 เมื่อพิจารณาอาการจำแนกรายด้านได้แก่ ด้านอาการทางร่างกายและระบบไหลเวียนและประสาท ส่วนใหญ่มีอาการปกติคิดเป็นร้อยละ 59.3 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 31.0 ด้านอาการทางจิตส่วนใหญ่มีอาการปกติคิดเป็นร้อยละ 67.3 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละร้อยละ 32.7 ส่วนด้านปัญหาทางเพศส่วนใหญ่มีอาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 91.7 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 8.3

3. สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 78.7 รองลงมาเป็นระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 20.7 และระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ โดยมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวเฉลี่ย 25.64

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมาระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 29.0 และระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 23.0 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนเท่ากับ 15.42

5. วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 57.7 รองลงมาระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.3 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.0 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาเท่ากับ 33.77

6. คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 40.7 และระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 0.3 ตามลำดับ โดยเฉลี่ย

คุณภาพชีวิตเท่ากับ 92.60 เมื่อแยกพิจารณารายด้าน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 27.3 โดยเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายเท่ากับ 24.80 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 52.3 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 47.3 และลำดับที่สามคือระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 0.3 โดยเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเท่ากับ 22.35 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 43.0 และลำดับที่สามระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.0 โดยเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมเท่ากับ 11.15 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 67.7 รองลงมาระดับดีคิดเป็นร้อยละ 31.0 และลำดับที่สามระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 1.3 โดยเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 27.16

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองใน อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

อายุกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและรายได้กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.005)

ลักษณะพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.014)

ประวัติการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.362$, p-value < 0.001)

9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.493$, $p\text{-value} < 0.001$)

10. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.317$, $p\text{-value} < 0.001$)

11. ความสัมพันธ์ของปัจจัยวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนากับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองใน อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.454$, $p\text{-value} < 0.001$)

12. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์ดังนี้

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) (ค่า $b = -0.52$) หมายความว่า ถ้าคะแนนภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 0.52 คะแนน

สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) (ค่า $b = 0.87$) หมายความว่า ถ้าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 0.87 คะแนน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.006) (ค่า b = 0.47) หมายความว่า ถ้าคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 0.47 คะแนน

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = 0.66) หมายความว่า ถ้าคะแนนวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 0.66 คะแนน

การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = 12.46) หมายความว่า ถ้าชายวัยทองมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้น 12.46 คะแนน

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา และการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองได้ร้อยละ 44.7 และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองได้ดีที่สุดโดยพิจารณาจากค่า Beta ที่มากที่สุดคือวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา มีค่า Beta เท่ากับ 0.36 และรองลงมาคือสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่า Beta เท่ากับ 0.24 การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีค่า Beta เท่ากับ 0.17 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน มีค่า Beta เท่ากับ 0.13 และสุดท้ายคือภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย มีค่า Beta เท่ากับ -0.29

แบบจำลองสมการใช้ทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ได้ดังนี้

$$Y = 44.83 - 0.52 (X1) + 0.87 (X2) + 0.47 (X3) + 0.66 (X4) + 12.46 (X5)$$

หรือ คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ = 44.83 - 0.52 (ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย) + 0.87 (สัมพันธภาพในครอบครัว) + 0.47 (การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน) + 0.66 (วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา) + 12.46 (การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่อิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาและการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ชายวัยทอง

1. ควรเข้ารับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมเมื่อเข้าสู่วัยทอง
2. ควรได้รับการอบรมความรู้เชิงปฏิบัติการ เรื่องภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย
3. ควรเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อสร้างความรักความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความเอาใจใส่ดูแลต่อการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความผูกพันใกล้ชิด มีความปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ส่งเสริมให้ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ควรมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นการสร้างความรู้สึถึงตนเองมีส่วนร่วมในชุมชน ตนเองมีคุณค่า ได้รับความยอมรับจากสังคม อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ช่วยทำให้มีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จะช่วยขจัดความเหงา ความวิตกกังวลและให้กำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป ไม่เป็นภาระของชุมชน
5. ควรดำเนินวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา ด้วยวัยและสุขภาพที่ร่วงโรย การเข้าใจในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องทำให้ได้ หากผู้ใดทำไม่ได้ก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล เครียดกับสภาวะสังขารที่ร่วงโรย เจ็บไข้ได้ป่วย มีโรคเรื้อรังประจำกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยที่ได้ไปศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชายวัยทองมาจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตชายวัยทองเช่น ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา เพื่อหารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตชายวัยทองในประเด็นนิยามคุณภาพชีวิตชายวัยทอง สิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์การณ์ที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตชายวัยทองเพื่อให้ได้รายละเอียดและมุมมองที่น่าสนใจมากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในชายวัยทองที่นับถือศาสนาพุทธกับศาสนาอิสลาม ศาสนาอิสลามกับศาสนาคริสต์ และศาสนาคริสต์กับศาสนาพุทธ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG AGING MALES IN ONGKHARAK DISTRICT NAKHON NAYOK PROVINCE, THAILAND

ชินสุข กิตติสุนทโรภาส 4937516 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, Ph.D.(TROPICAL MEDICINE), กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, Ph.D.(MEDICAL SOCIAL SCIENCE AND PUBLIC HEALTH), สด.ค.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข), จรวยพร สุภาพ, DIPLOMA THAI BOARD OF FAMILY MEDICINE

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป้าหมายหลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 มีนโยบายหลักที่ยึด “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพัฒนา เพื่อมุ่งสู่ “สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน”(1) การที่คนเราจะมีความสุขได้นั้นมากจากครอบครัวที่มีคุณภาพและเมื่อคนเรามีชีวิตที่มีความสุขย่อมนำไปสู่สังคมที่มีความสุข

สถานการณ์ชายวัยทอง กลุ่มอายุระหว่าง 40-59 ปี จากการสำรวจโดยสำนักทะเบียนราษฎรกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี 2550 พบว่ามีจำนวนประมาณ 3.8 ล้านคน ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น(2) บทบาทของชายวัยทองในสังคมไทยถือเป็นบทบาทที่ถูกยกย่องและให้การนับถือว่าคือหัวหน้าครอบครัว เมื่อนึกถึงผู้ชายก็จะนึกถึงความเข้มแข็ง แข็งแรงความเป็นผู้นำของทั้งระดับครอบครัว หน่วยงานหรือระดับประเทศ ผลจากความเชื่อเหล่านี้เป็นผลให้กลุ่มผู้ชายจำนวนมากละเลยต่อความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อย ๆ ไม่ใส่ใจต่อการตรวจสุขภาพ มีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ มากมายไม่ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของ

การเกิดโรคเรื้อรังทั้งสิ้น จากผลการศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ชายวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 5,493 คน ใน 27 จังหวัดทั่วประเทศครั้งล่าสุด เมื่อกลางปี 2545 โดยกรมอนามัยพบว่า ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 มีภรรยาและอยู่ด้วยกัน มีฐานะค่อนข้างมั่นคง โดย 2 ใน 3 เป็นเจ้าของกิจการและรับราชการ ผลการศึกษาพบปัญหาหลัก ๆ ได้แก่ การมีอาการของกลุ่มวัยทอง เช่น หงุดหงิดง่าย ร้อนวูบวาบตามตัว เนื่องมาจากการลดลงของฮอร์โมนเพศชายแอนโดรเจน (Androgen) มีความเครียด เกือบร้อยละ 50 มีปัญหาต่อมลูกหมากโตร้อยละ 33 การหย่อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 32 มีหุ่นค่อนข้างตัวม้วนร้อยละ 28 และอ้วนอีกร้อยละ 4 หากนำข้อมูลมาประมาณการในผู้ชายที่อยู่ในวัย 40-59 ปี ที่มี 6.7 ล้านคนทั่วประเทศ จะพบว่ามีผู้ชาย ที่ประสบปัญหาอาการวัยทองมากถึง 5.1 ล้านคน มีความเครียด 3 ล้านคน โรคต่อมลูกหมากโต 2.2 ล้านคน ปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ 2.1 ล้านคน และอ้วน 2 แสนกว่าคน(3) และจะมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้นตามมา สืบเนื่องจากการที่คนอายุยืนยาวขึ้น ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุมากขึ้น สำหรับอาการทางร่างกายและจิตใจ ที่อาจจะเกิดกับชายวัยทองเหล่านี้ เป็นผลจากร่างกาย มีการลดลงของฮอร์โมนเพศชาย ซึ่งพบว่าผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ระดับของฮอร์โมนเพศชายจะลดลงในอัตราร้อยละ 1 ต่อปี ซึ่งมีรายงานพบว่าผู้ชายสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี ถึงร้อยละ 20 มีระดับฮอร์โมนเพศต่ำกว่าปกติ ซึ่งอาจมีผลทำให้ชายวัยทองกลุ่มนี้มีอาการขาดหรือพร่องฮอร์โมนได้ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาทางด้านสมรรถภาพทางเพศที่ลดลง โดยเฉพาะปัญหาด้านอวัยวะเพศไม่แข็งตัวพบว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ชายวัยทองส่วนใหญ่ต้องการที่จะรับการปรึกษาหรือรับการรักษา เพื่อแก้ปัญหา หลายคนได้ไปซื้อฮอร์โมนเพศชายรับประทานเองซึ่งไม่ถูกต้อง สาเหตุของการมีสมรรถภาพทางเพศเสื่อมลง มีได้หลายอย่าง ซึ่งอาจเกิดจากฮอร์โมนเพศชายที่ลดลง หรือจากโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด และโรคของระบบประสาทส่วนปลาย หรือจากผลของการใช้ยา หรือเกิดจากภาวะจิตใจ ความเครียดจากงาน

ปัญหาสุขภาพของผู้ชายวัย 40 ปีขึ้นไป หรือที่เรียกว่าวัยทอง มีสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาหลายประการ สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเพศชาย (Testosterone) แม้อาการที่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนจะเห็นได้ไม่ชัดเจนเท่ากับในผู้หญิง จึงใช้คำว่า Partial Androgen Deficiency in Aging Male หรือเรียกย่อ ๆ ว่า PADAM แทนคำว่า Andropause ถ้าปล่อยให้มีอาการไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ด้วย อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการลดระดับเทสโทสเตอโรนในชายวัยทอง ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติ ด้านจิตใจและสติปัญญา ด้านเพศสัมพันธ์ และด้านร่างกาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นในชายวัยทองดังกล่าวเป็นการบั่นทอนสุขภาพส่วนตัว และชีวิตครอบครัว

ตลอดจนประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นการสูญเสียทรัพยากรของชาติ เพราะชายวัยทองจำนวนมากดำรงตำแหน่งหน้าที่สำคัญในการบริหารทั้งภาครัฐ และเอกชนจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมชายวัยทองตั้งแต่นั้น ๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวัยนี้ และเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพต่อไป

คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างแยกกันไม่ออกเนื่องจากเป็นเป้าหมายและเป็นผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพเนื่องจากภาวะสุขภาพดีของบุคคลจะครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยนัยนี้การนำกลวิธีการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านมาส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดี ซึ่งหมายรวมถึงภาวะความเป็นอยู่ที่ดีอันจะนำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามอัตภาพชีวิตที่มีความสมดุลนั้นประกอบด้วย การงานอาชีพ เรื่องส่วนตัว เรื่องของครอบครัว และสังคมที่ประสานสอดคล้อง สมดุลในชีวิตนั้นประกอบเป็นคุณภาพ หรือภาพของความสุขในชีวิตของคนเราซึ่งจะต้องลงทุนทั้งในด้านของเวลา และการเรียนรู้วิถีทางแห่งความสมดุลนั้น ๆ หลายต่อหลายคนประสบความสำเร็จในการงานอาชีพเป็นที่นับหน้าถือตาของสังคม แต่ชีวิตครอบครัวกลับล้มเหลว หลายต่อหลายคนทำงานเป็นบ้าเป็นหลังแต่ไม่เคยมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองเลย จนเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น การเรียนรู้ที่จะทำให้ชีวิตมีความสมดุลในทุกมิติจึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะที่ควรแสวงหาเป็นอย่างยิ่งด้วยเหตุนี้จึงควรได้มีการเตรียมตัวและเตรียมใจก่อนจะเข้าสู่วัยสูงอายุเสียตั้งแต่แรกทั้งนี้เพื่อการมีชีวิตในวัยที่สูงอายุอย่างมีความสุข แทนที่จะรอให้วันนั้นผ่านเข้ามาถึงโดยปราศจากการเตรียมเนื้อเตรียมตัว

จากรายงานผลการศึกษาก่อนการมีสุขภาพดีทางด้านสุขภาพชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 169 คน ของสายัณห์ สวัสดิ์ศรีและคณะในปี พ.ศ.2546 พบว่า มีสุขภาพดีร้อยละ 65.9 เป็นโรคอ้วนร้อยละ 47.4 ภาวะกระดูกพรุนร้อยละ 52.3 ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 65.6 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 120 มิลลิกรัม/dl ร้อยละ 13.3 มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศจากการวัดด้วย ADAM Score พบจำนวนร้อยละ 68.3 และต่อมลูกหมากโตระดับรุนแรงเล็กน้อยพบจำนวนร้อยละ 61.3(4) และจากการสำรวจข้อมูลประชากรชายวัยทองที่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี ย้อนหลัง 5 ปี ในเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่าปี 2547 มีจำนวน 5,982 คน ปี 2548 มีจำนวน 6,280 คน ปี 2549 มีจำนวน 6,625 คน ปี 2550 มีจำนวน 6,903 คน และปี 2551 มีจำนวนชายวัยทองสูงขึ้นถึง 7,182 คน จะเห็นได้ว่าจำนวนชายวัยทองในอำเภอองครักษ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ชายวัยทองที่มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาด เสียค่าใช้จ่ายมาก และมีคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งมีผลกระทบถึงหน้าที่การงาน ครอบครัวและสังคม จึงเป็นความสำคัญ ที่ประชากรวัยทอง ต้องดูแลสุขภาพตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้ วิธีการรักษากลุ่มอาการหรือการป้องกันโรคเรื้อรังในชายวัยทอง โดยการใช้ฮอร์โมนทดแทน จะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ คือทำให้

กลุ่มอาการต่าง ๆ ที่พบในผู้ชายลดน้อยลง แต่พบว่าอาการทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในชายวัยทองนั้น มีลักษณะไม่รุนแรง ถึงขนาดที่ทำให้ชายวัยทองเข้ามาปรึกษาหรือรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งต่างกับสตรีวัยทองอย่างมากที่หลังหมดระดูแล้ว สตรีบางคนมีอาการขาดฮอร์โมนรุนแรง ต้องพบแพทย์และได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในวัยทองนี้ได้อย่างมีคุณภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายที่จะขยายการให้บริการแก่ชายวัยทองให้ครอบคลุม โดยจัดให้มีบริการคลินิกชายวัยทองทั่วทุกพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง ในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ในด้านทางร่างกายและจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสุขภาพสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทอง เพื่อใช้ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้เป็นแนวทาง ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตชายวัยทอง อันจะส่งผลให้ชายวัยทองสามารถปรับปรุงตนเองและสามารถใช้ชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ ควบคู่ไปกับการดูแลครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายกเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนากับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
6. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นชายที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี พักอาศัยและมีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ไม่มีปัญหาการได้ยินสามารถอ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทย ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีการจับฉลากมา 2 ตำบล โดยสุ่มเลือกตำบลในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ออกเป็น 2 ตำบล และเก็บข้อมูลในชายวัยทองที่สนใจเข้าร่วมวิจัยและมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดทุกราย ช่วงเวลาเก็บข้อมูลคือวันที่ 1 พฤศจิกายน 255 ถึง 31 ธันวาคม 2552 มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาค้นครั้งนี้ จำนวน 300 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 6 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยพัฒนาและประยุกต์มาจากแบบประเมิน PADAM Score มีจำนวน 17 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของชายวัยทอง ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยพัฒนาและประยุกต์มาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา ชื่นแสงเนตร(5) ตามแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของFriedman(6) และมอร์โรว์กับวิลส์(7) เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งเกณฑ์ในการวัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ มีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในชุมชนของชายวัยทอง จำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ของอรุณศิริ เมฆพัฒน์(8) ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาของชายวัยทอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาและประยุกต์มาจากแบบวัดความเชื่อและการปฏิบัติทางพุทธศาสนาของดวงเดือน พันธุมนาวิน(9) ซึ่งเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่าจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตชายวัยทอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ(10) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ โดยแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ส่วน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เมื่อปรับปรุงเนื้อหาตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ชุด แล้วนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ค่าแอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อศึกษาหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์และปรับปรุงแก้ไขก่อนเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปใช้ค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิต โดยสถิติ ไคสแควร์ (Chi-Square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ส่วนปัจจัยที่สามารถรวมคาคำนวณคุณภาพชีวิตชายวัยทองใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.90 (SD±5.27) อายุต่ำสุดเท่ากับ 40 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 59 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ป.4 หรือ ป.5 หรือ ป.6) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 76.7 ส่วนระดับการศึกษาปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 1.00 และ 1.33 สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90.7 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 61.3 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.3 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 7,911.67 บาท (SD±7,402.86) รายได้ต่อเดือนสูงสุดเท่ากับ 70,000 บาท รายได้ต่อเดือนต่ำสุดเท่ากับ 2,000 บาท สำหรับความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากเพียงพอใช้จ่ายไม่มีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาไม่เพียงพอใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 38 และเพียงพอใช้ มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 12.67 ลักษณะการพักอาศัยในปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 95.67 สำหรับประวัติทางภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงสูงถึงร้อยละ 92.67

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
40 – 45	94	31.33
46 – 49	72	24.00
50 – 55	91	30.33
56 – 59	43	14.33
(Mean=48.9, SD=5.27, Min=40, Max=59)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)	17	5.67
ประถมศึกษา (ป.4 หรือ ป.5 หรือ ป.6)	230	76.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	9.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. หรือเทียบเท่า	17	5.67
ปริญญาตรี	3	1.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.33
สถานภาพสมรส		
โสด	14	4.67
คู่	272	90.67
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	14	4.67
ลักษณะครอบครัวของชายวัยทอง		
ครอบครัวเดี่ยว	185	61.67
ครอบครัวขยาย	115	38.33
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	250	83.33
10,000 – 50,000 บาท	49	16.33
50,001 บาทขึ้นไป	1	0.33
(Mean=7,911.67, SD=7,402.86, Min=2,000, Max=7,000)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย		
เพียงพอใช้จ่าย มีเหลือเก็บ	38	12.67
เพียงพอใช้จ่ายไม่มีเหลือเก็บ	148	49.33
ไม่เพียงพอใช้จ่าย	114	38.00
ลักษณะการพักอาศัยในปัจจุบัน		
อาศัยอยู่คนเดียว	13	4.33
อาศัยร่วมกับคู่สมรส	287	95.67
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง		
ไม่มี	278	92.67
มี	22	7.33

การประเมินอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.3 ให้ข้อมูลว่ามีอาการปกติ และร้อยละ 40.7 พบว่ามีอาการผิดปกติ เมื่อพิจารณาอาการจำแนกรายด้านได้แก่ด้านอาการทางร่างกายและระบบไหลเวียนและประสาท ส่วนใหญ่มีอาการปกติคิดเป็นร้อยละ 59.3 และมีอาการผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 31.0 ด้านอาการทางจิตส่วนใหญ่มีอาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 67.3 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 32.7 ส่วนด้านปัญหาทางเพศส่วนใหญ่มีอาการปกติคิดเป็นร้อยละ 91.7 และมีอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 8.3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของอาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายภาพรวมและจำแนกรายด้าน

อาการภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการพร่องฮอร์โมนเพศชายภาพรวม		
ปกติ	178	59.3
ผิดปกติ	122	40.7
2. อาการพร่องฮอร์โมนเพศชายจำแนกรายด้าน		
ด้านอาการทางร่างกาย,ระบบไหลเวียนและประสาท		
ปกติ	207	69.0
ผิดปกติ	93	31.0
ด้านอาการทางจิต		
ปกติ	202	67.3
ผิดปกติ	98	32.7
ด้านปัญหาทางเพศ		
ปกติ	275	91.7
ผิดปกติ	25	8.3

สัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 78.7 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.7 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.7

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 (10 – 21 คะแนน)	2	0.7
ปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 (22 – 25 คะแนน)	62	20.7
ดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป (26 – 30 คะแนน)	236	78.7
(Mean=25.64, SD=3.05, Min=11, Max=30)		

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.0 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.0 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (7 – 14 คะแนน)	144	48.0
ปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 (15 – 17 คะแนน)	87	29.0
สูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (18 – 21 คะแนน)	69	23.0
(Mean=15.42, SD=3.07, Min=8, Max=21)		

การดำเนินวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.7 มีวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับปานกลางรองลงมาระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.3 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของระดับวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (≤ 29 คะแนน)	67	22.3
ปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 (30 – 39 คะแนน)	173	57.7
สูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (40 คะแนนขึ้นไป)	60	20.0
(Mean=33.77, SD=5.92, Min=20, Max=50)		

คุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.0 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 40.7 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.3 ตามลำดับ เมื่อแยกพิจารณา รายองค์ประกอบ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 27.3 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 52.3 มีคุณภาพชีวิต

ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 47.3 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 56.0 ให้ข้อมูลว่ามีคุณภาพชีวิตด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 43.0 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.7 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 31.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมและจำแนกตามองค์ประกอบ

ระดับคุณภาพชีวิต	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
ไม่ดี (26 – 60 คะแนน)	1	0.3
ปานกลาง (61 – 95 คะแนน)	177	59.0
ดี (96-130 คะแนน)	122	40.7
(Mean=92.60, SD=11.01, Min=60, Max=125)		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย		
ไม่ดี (7 – 16 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (17 – 26 คะแนน)	218	72.7
ดี (27 – 35 คะแนน)	82	27.3
(Mean=24.80, SD=2.90, Min=17, Max=35)		
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
ไม่ดี (6 – 14 คะแนน)	1	0.3
ปานกลาง (15 – 22 คะแนน)	157	52.3
ดี (23 – 30 คะแนน)	142	47.3
(Mean=22.35, SD=3.16, Min=14, Max=30)		
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี (3 – 7 คะแนน)	3	1.0
ปานกลาง (8 – 11 คะแนน)	168	56.0
ดี (12 – 15 คะแนน)	129	43.0
(Mean=11.15, SD=1.82, Min=6, Max=15)		

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมและจำแนกตามองค์ประกอบ (ต่อ)

ระดับคุณภาพชีวิต	(N=300)	
	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี (8 – 18 คะแนน)	4	1.3
ปานกลาง (19 – 29 คะแนน)	203	67.7
ดี (30 – 40 คะแนน)	93	31.0
(Mean=27.16, SD=2.84, Min=17, Max=36)		

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.362$, $p\text{-value} < 0.001$) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.493$, $p\text{-value} < 0.001$) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.317$, $p\text{-value} < 0.001$) วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.454$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 7, 8)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ร้อยละระดับคุณภาพชีวิต		df	p-value
	ต่ำ, ปานกลาง	ดี		
ระดับการศึกษา			2	0.005*
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	60.7 (150)	39.4 (97)		
มัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลายและ ปวช.	60.9 (28)	39.1 (18)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.0 (0)	100.0 (7)		

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ร้อยละระดับคุณภาพชีวิต		df	p-value
	ต่ำ, ปานกลาง	ดี		
ลักษณะการพักอาศัย			1	0.458
อยู่คนเดียว	69.2 (9)	30.8 (4)		
ไม่ได้อยู่คนเดียว	58.9 (169)	41.1(118)		
ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือร้ายแรง			1	0.014*
ไม่มี	58.3 (162)	41.7(116)		
มี	72.7 (16)	27.3 (6)		
ประวัติการผ่าตัด			1	0.736
ไม่เคย	59.6 (168)	40.4(114)		
เคย	55.6 (10)	44.4 (8)		

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตชายวัยทอง	
	สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)	p-value
ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย	-0.362	<0.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.493	<0.001
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	0.317	<0.001
วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา	0.454	<0.001

(p-value < 0.001)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพล และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง ดังนี้

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอ
องค์กรักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = -0.52) สัมพันธภาพใน
ครอบครัวมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองค์กรักษ์อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = 0.87) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีอิทธิพล
ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง ในอำเภอองค์กรักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-
value = 0.006) (ค่า b = 0.47) วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ
ชายวัยทองในอำเภอองค์กรักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = 0.66)
การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองใน อำเภอ
องค์กรักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ค่า b = 12.46) สรุปได้ว่าปัจจัยที่มี
อิทธิพลและสามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะพร่อง
ฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา และการศึกษาในระดับ
ปริญญาตรีขึ้นไป โดยสามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองได้ร้อยละ 44.7 และปัจจัยที่
สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทองได้ดีที่สุดโดยพิจารณาจากค่า Beta ที่มากที่สุดคือวิถีชีวิต
ตามแนวทางพุทธศาสนา มีค่า Beta เท่ากับ 0.36 และรองลงมาคือสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่า
Beta เท่ากับ 0.24 การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีค่า Beta เท่ากับ 0.17 การมีส่วนร่วมใน
กิจกรรมของชุมชน มีค่า Beta เท่ากับ 0.13 และสุดท้ายคือภาวะการพร่องฮอร์โมนเพศชาย มีค่า Beta
เท่ากับ -0.29 รายละเอียดดังตารางที่ 2 ซึ่งแบบจำลองสมการใช้ทำนายคุณภาพชีวิตของชายวัยทอง
ในอำเภอองค์กรักษ์ สามารถสรุปได้คือ $Y = 44.83 - 0.52 (X1) + 0.87 (X2) + 0.47 (X3) + 0.66 (X4)$
 $+ 12.46 (X5)$ หรือ คุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองค์กรักษ์ = 44.83 – 0.52 (ภาวะพร่อง
ฮอร์โมนเพศชาย) + 0.87 (สัมพันธภาพในครอบครัว) + 0.47 (การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน)
+ 0.66 (วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา) + 12.46 (การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป)

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวภาคทำนายคุณภาพชีวิตชายวัยทอง โดยวิธีการวิเคราะห์หัดดอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ตัวทำนาย	B	F	Adjusted R ²	t	p-value
ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย	-0.52	-0.29	0.203	-6.178	< 0.001
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	0.87	0.24	0.327	5.070	< 0.001
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	0.47	0.13	0.338	2.775	0.006
วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา	0.66	0.36	0.410	7.502	< 0.001
การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป	12.46	0.17	0.437	3.938	< 0.001
ค่าคงที่ = 44.83					
R = 0.668, R ² = 0.447, F = 47.46, p-value < 0.001					

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชายวัยทอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.005) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 100.0 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย และ ปวช. มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพียงร้อยละ 39.4 และ 39.1 อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีหน้าที่การงานที่มั่นคงและมีรายได้ที่แน่นอนทำให้ไม่ต้องเครียดหรือคิดมากเวลาที่เจ็บป่วยแล้วหารายได้ไม่ได้ หรือแม้แต่อายุมากขึ้นก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของศราวุธ ทองเหว่า(12) ที่ศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวก สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) เนื่องมาจากชายวัยทองที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีจะได้รับการดูแลสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งในสังคมชนบทชายวัยทองส่วนใหญ่จะอยู่รวมกับครอบครัวที่มีลูก ๆ หลาน ๆ หรือญาติพี่น้อง ดังนั้นคนในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ชายวัยทองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ดูแล ให้ความอบอุ่น ให้ความสำคัญแก่ชายวัยทอง สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จึงทำให้ชายวัยทองที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับ แฮร์ริส และ โคล(13) ที่กล่าวว่าหากชายวัยทองขาดการเอาใจใส่ ดูแล หรือขาดความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว จะทำให้ชายวัยทองมีความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำได้ และสอดคล้องกับ ศรีทับทิม พาณิชพันธ์(14) ที่กล่าวไว้ว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัว

เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิด คู่กันเคย สนับสนุนระหว่าง บิดามารดา และบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหาและมีมูลเหตุแห่งปัญหานานาประการ

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.362$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยหากผู้ใดมีคะแนนภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายเพิ่มขึ้นจะหมายถึงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง เพราะภาวะการพร่องฮอร์โมนเพศชาย ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางอาการทางกาย ทางระบบประสาทและไหลเวียนเลือด อาการทางจิตใจ และปัญหาทางเพศ ซึ่งอาการที่กล่าวมานี้เป็นตัวแปรส่วนหนึ่งที่อยู่ในแบบประเมินของคุณภาพชีวิต หากผู้ใดมีปัญหาที่จะทำให้อัตราคะแนนลดลง อันหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วยเช่นกัน

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.493$, $p\text{-value} < 0.001$) อาจเป็นเพราะการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีความรักความอบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกัน การมีกิจกรรมร่วมกัน การรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ต่างก็มีผลทางด้านจิตใจ จากนั้นเมื่อร่างกายและจิตใจดี ร่างกายก็จะพลอยดีไปด้วย สัมพันธภาพที่ดีจึงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีไปด้วยเช่นกัน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.317$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องมาจากชายวัยทองส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตของตนร่วมกับบุคคลอื่น ได้รับการยอมรับจากคนในสังคมหรือชุมชน ทำให้ชายวัยทองรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ มีความสุขกับการใช้ชีวิตประจำวันหรือกับคนในสังคม อันจะก่อให้เกิดชายวัยทองมีความสุขทั้งกายและใจ ซึ่งกิจกรรมที่ทำให้ชายวัยทองมีความสุข เช่น การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัว การให้คำปรึกษา การอบรมเลี้ยงดูหลาน หรือกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นต้น สอดคล้องกับทฤษฎีของพอยทรีแนนด์ได้กล่าวถึงความต้องการของบุคคลในวัยสูงอายุ โดยครอบคลุมด้านชีวิตการทำงาน ที่ต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความรู้สึกทางอารมณ์ ที่ต้องการความรัก การยอมรับ การเห็นคุณค่าจากบุคคลอื่น ชีวิตครอบครัว ที่ความต้องการความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ชีวิตสังคม โดยมีความต้องการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และการใช้เวลาว่าง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนตามความสนใจและความถนัด

วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.454$, $p\text{-value} < 0.001$) เพราะว่าการประพฤติ ปฏิบัติตามแนวทางพุทธศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา อันได้แก่ ประเพณีตักบาตรเทโว การไปวัดทุก

วันพระ ฯลฯ จะช่วยส่งผลให้ชายวัยทองมีความสุขทางด้านจิตใจ เป็นผู้ที่มีอารมณ์ดีขึ้น คิดในทางบวกมากขึ้น ลดความเครียด อีกทั้งยังเป็นต้นแบบที่ดีให้กับลูกหลาน ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวอีกด้วย ทำให้ชายวัยทองได้รับความเชื่อถือ และรักใคร่จากลูกหลาน ดังนั้นเมื่อจิตดี กายดี คุณภาพชีวิตที่ดีก็จะบังเกิดขึ้นได้เช่นกัน

จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้สภาพร่างกายมีอาการแสดงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ กล้ามเนื้อลีบหรือแฟบไม่ค่อยมีแรง ปวดเมื่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ มีอาการร้อนวูบวาบ ตามร่างกาย มีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ เกิดภาวะต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะขัดหรือปัสสาวะแบบกะปริดกะปรอย กำลังวังชาลดลง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ข้อและกระดูกพรุน เข้าสู่ภาวะอ้วนลงพุง ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิดง่าย ความจำเสื่อม สมาธิต่ำ ซึมเศร้า กลัวหรือตื่นตกใจง่าย ทำอะไรมักขาดเหตุผล(4) อีกทั้งพบว่าปัญหาเรื่องการเงินในสำหรับบางคนก็เป็นเรื่องใหญ่ สืบเนื่องจากการที่สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน เหนื่อยง่าย เจ็บป่วยบ่อย ทำให้ทำงานไม่ได้ ก็ไม่มีเงินใช้ ส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอกับความจำเป็นที่ต้องจ่ายซึ่งตรงกับคุณภาพชีวิตรายข้อ ที่พบว่าชายวัยทองตอบว่าไม่เลยมากที่สุด คือ ความพอใจในชีวิตเพศ ความพอเพียงของเงินสำหรับใช้จ่ายตามความจำเป็น และความจำเป็นในการได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีวิถีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ว่าคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกมีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนในเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา และการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถคาดการณ์ว่าคุณภาพชีวิตของชายวัยทองอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกได้ร้อยละ 44.7 สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ว่าคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกตามลำดับความสามารถในการคาดการณ์ดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ว่าคุณภาพชีวิตของชายวัยทองมากที่สุด โดยพิจารณาจากค่า Beta มากที่สุด คือ วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา อธิบายได้ว่า การดำเนินวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของชายวัยทองด้วยวัยและสุขภาพที่ร่วงโรย การเข้าใจในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องทำให้ได้ หากผู้ใดทำไม่ได้ก็จะ

ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เครียดกับสภาวะสังขารที่ร่วงโรย เจ็บไข้ได้ป่วย มีโรคเรื้อรังประจำกาย การดำเนินชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาจะส่งผลให้ผู้นั้นไม่ยึดติดกับสังขารที่ร่วงโรย ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามวัฏสังขารได้ อีกทั้งยังทำให้คนพบกับความสุขที่แท้จริง มิใช่ความสุขอันจอมปลอมที่เกิดจากวัตถุนิยม ชื่อเสียง ลาภยศ สรรเสริญเงินยอต่าง ๆ ทำให้คนรู้จักเมตตา ทำประโยชน์ให้กับส่วนรวมโดยไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนกันมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของชายวัยทอง

ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายเป็นปัจจัยที่สองที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง เนื่องจากภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญทั้งทางอาการทางร่างกาย อาการทางระบบประสาทและไหลเวียนโลหิต อาการทางจิตใจ และปัญหาทางเพศ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อระบบร่างกายในระยะยาว เช่น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหลอดเลือดหัวใจ สมรรถภาพทางเพศ และคุณภาพชีวิต โดยปัญหาทางเพศจะเป็นตัวที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ชายส่วนใหญ่มักนำเอาความสามารถและสมรรถภาพทางเพศมาเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ดังนั้นเมื่อความสามารถในด้านนี้ลดลงจึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงไปด้วย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ชายวัยทอง เป็นอีกสิ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงไปอีกด้วย

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง เพราะการมีบุคคลในครอบครัว อันได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกันปฏิบัติต่อชายวัยทอง ในด้านการแสดงความเคารพยกย่องและให้ความสำคัญต่อการ การแสดงความรักความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความเอาใจใส่ดูแลต่อกัน การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความผูกพันใกล้ชิด มีความปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ส่งเสริมให้ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ ศรีทับทิม พาณิชพันธ์(14) ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิด คู่กันเคย สนับสนุนระหว่าง บิดามารดา และบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติ และบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหาและมีมูลเหตุแห่งปัญหามากมายประการ และสอดคล้องกับ ฟรายด์แมน(15) ที่กล่าวว่า หน้าที่ของครอบครัว เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ ครอบครัวจึงเป็นแหล่งกำเนิดอัตมโนทัศน์ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีชีวิตที่มีคุณค่า และเป็นแหล่งของการให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้งการให้ความสนับสนุนและช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และสอดคล้องกับ อรุณ อุดมสมฤดี(16) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ดูแล

สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะชายวัยทอง เพื่อให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข จึงกล่าวได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวจะนำมาซึ่งความสุขในชีวิตต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะชายวัยทอง ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการการเอาใจใส่จากครอบครัว ถ้าชายวัยทองขาดการดูแล หรือมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัว ก็อาจทำให้มีความสุขในชีวิตที่ต่ำได้

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตของชายวัยทอง เพราะว่า ชายวัยทองมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนทำให้พวกเขารู้สึกถึงตนเองมีส่วนร่วมในชุมชน ตนเองมีคุณค่า ได้รับความยอมรับจากสังคม อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ชายวัยทองมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ช่วยทำให้ชายวัยทองมีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จะช่วยขจัดความเหงา ความวิตกกังวลและให้กำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ไม่เป็นภาระของชุมชน

การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นปัจจัยตัวสุดท้ายที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตชายวัยทอง เนื่องจากในปัจจุบันสังคมไทย ยังคงเป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำทางด้านสังคมอยู่ ซึ่งความคิดเห็นหรือการกระทำจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่ามักเป็นที่ยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงมองเห็นการมีคุณค่าในตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าขาดความมั่นใจ วิตกกังวล ในการเสนอความคิดเห็นของตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ไม่ยอมเข้าสังคม ไม่อยากพบปะผู้คน อีกทั้งการมีการศึกษาสูงยังมีผลต่อรายได้ และอาชีพที่มั่นคงมากกว่า ไม่ทุกชั่วรุ่นต้องระวังตนเองไม่ให้เจ็บป่วย เครียดเมื่อเจ็บป่วย เพราะฉะนั้นจึงเป็นผลหนึ่งที่สนับสนุนว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีผลทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์คุณภาพชีวิตชายวัยทอง ได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนาและการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ชายวัยทองควรเข้ารับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อม เมื่อเข้าสู่วัยทอง

2. ชายวัยทองควรได้รับการอบรมความารู้เชิงปฏิบัติการ เรื่องภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

3. ชายวัยทองควรเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อสร้างความรักความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความเอาใจใส่ดูแลต่อการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การแสดงความผูกพันใกล้ชิด มีความปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ส่งเสริมให้ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. ชายวัยทองควรมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นการสร้างความรู้สึกถึงตนเองมีส่วนร่วมในชุมชน ตนเองมีคุณค่า ได้รับความยอมรับจากสังคม อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ช่วยทำให้มีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จะช่วยขจัดความเหงา ความวิตกกังวลและให้กำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป ไม่เป็นภาระของชุมชน

5. ควรดำเนินวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา ด้วยวัยและสุขภาพที่ร่วงโรย การเข้าใจในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องทำให้ได้ หากผู้ใดทำไม่ได้ก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล เครียดกับสภาวะสังขารที่ร่วงโรย เจ็บไข้ได้ป่วย มีโรคเรื้อรังประจำกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยที่ได้ไปศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตชายวัยทองมาจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตชายวัยทองเช่น ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน วิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา เพื่อหารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตชายวัยทองในประเด็นนิยามคุณภาพชีวิตชายวัยทอง สิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์การณ์ที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตชายวัยทองเพื่อให้ได้รายละเอียดและมุมมองที่น่าสนใจมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในชายวัยทองที่นับถือศาสนาพุทธกับศาสนาอิสลาม ศาสนาอิสลามกับศาสนาคริสต์ และศาสนาคริสต์กับศาสนาพุทธ เป็นต้น

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG AGING MALES IN
ONGKHARAK DISTRICT NAKHON NAYOK PROVINCE, THAILAND

CHENSUK KITTISUNTAROPAS 4937516 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN FAMILY HEALTH

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIMSURANG TAECHABOONSERMSAK,
Ph.D.(TROPICAL MEDICINE), KANITTHA CHAMROONSAWASDI, Ph.D.
(MEDICAL SOCIAL SCIENCE AND PUBLIC HEALTH), JARUEYPORN
SUPARP, M.D., DIP.THAI BOARD OF FAM. MED.

EXTENDED SUMMARY

Background and Statement of Problem

The ultimate goal of the tenth National Economic and Social Development Plan is a focus on “human” as the center of the development, aimed to achieve “the sustainable happiness society” (1). Practically, happiness in human mainly causes from having qualified family and urban human faces happiness, the happy society would be possible.

Information related to aging males aged 40-59 years surveyed by Civil Registration Office, Department of Provincial Administration, Ministry of Interior in 1997 revealed that there were 3.8 million aging males. The huge number of aging males tends to extend (2)

Role of aging males is respected as the breadwinner who is strong and being leader of family, having good work status in his organization as well as valuing to the country. This myth leads some males ignore for mild sickness and behave for some risky behaviors such as smoking, alcohol drinking, exercise ignoring as well as fatty food consuming. All of these behaviors can cause sever illness. A survey of Ministry of Public Health in the mid of 1992 on health condition of 5,493 aging males

aged 40-59 years in 27 provinces who had not faced with severe illness such as diabetes, hypertension and ischemic heart disease revealed that more than 90 percent still living with their wife and two-third are entrepreneurs and government officers. Also, these aging males found some unsatisfied symptoms such as repining, hot flushes caused from the decreasing of Androgen. Almost half of them face with seriousness and anxiety while 33 percent having prostate. About 32 percent face with Erectile Dysfunction (ED) and 28 percent are obesity and by 4 percent being fat. This information means that among 6.7 million aging males aged 40-59 years, there are 5.1 million aging males while 3.1 million face with anxiety and seriousness, 2.2 million of prostate, 2.1 million of Erectile Dysfunction (ED) and 0.2 million of fatty (3). These aging males tend to face various added illness due to they tend to live longer. For other problems related to Partial Androgen Deficiency in Aging Male (PADAM) the studies showed that males aged 40 and over are more likely to face decreasing of testosterone by 1 percent a year. Moreover, there are about 20 percent of elderly males aged 60-80 years facing lower level of testosterone. This problem can lead to the deficit testosterone. Besides, Erectile Dysfunction among males is the main problem which these elderly males would like to get physician's advice. Some try to heal themselves unknowably by buying testosterone pill without prescription. In fact, there are many reasons of ED such as PADAM, abnormal blood vessels, disease of Peripheral nervous system, effect from some kind of medicines usage, and working anxiety.

Health problem among males aged 40 and over causes from various reasons and one among them is Partial Androgen Deficiency in Aging Male (PADAM). Since the condition of testosterone decreasing among males is not obvious as shown in menopause females but if the condition is still going on without proper health care, negative health impact can occur. Negative impact occurring from testosterone reduction in aging males covers dysfunction of nervous system, mind and cognitive development as well as sexual activities. These effects destroy personal health, family health as well as working capacity leading to human resource deterioration for the country. Since normally these aging males are working in the important work status in both government and private sectors. Thus, good preparation for PADAM is quite important for generating the quality of life and well-being among them.

Quality of life directly relates with human health since the quality of life is identified as both a target and outcome of health caring. Theoretically, good health of anyone covers good condition for physical body, mind, emotion, society and environment. Thus, a concept of “being good health starts at home” is practical way for health promotion since the better life of one can be generating through a balance of working, personal affair, family and social aspect. These conditions would be equilibrium in one’s life in which it needs the wise investment for both time and proper way of balancing. Some face success working in important status and well known while their family relationship is failed. Also, there are some who work very hard but they have ignored their health well-being leading to face with illness and disease which can be prevented. Thus, life balancing is both art and science for being happiness among people and good preparation is needed before going through elderly age.

A report on quality of life among 169 males aged 40 and over in Phramongkutklao Hospital done by Sayan Srisawat et al. in 1992 showed that 65.9 percent are those being healthy while 47.4 percent are obesity, 52.3 percent of osteoporosis, 65.6 percent of high cholesterol in blood and 13.3 percent of high sugar in blood than 120 milligram/lb. Also, about 68.3 percent face with ED measured through ADAM score and about 61.3 (4) percent confront mild severe prostate. Furthermore, a five year back survey on aging males aged 40-59 years in Ongkharak district, Nakhon Nayok province found that there were 5,982 aging males in 1993 and up to 6,280, 6,625, 6,903 and 7,182 in 1994, 1995, 1996 and 1997 respectively. This means that the number of aging males has increased gradually and significantly.

Normally, these aging males face with severe symptoms which can not be definitely cured but consume treatment budget and generate low quality of life. Thus, it is important for aging males to take care themselves and prevent other related diseases. Hormone substitution is a practical way applied for dealing with symptoms occurring among Aging male. Anyway, aging males symptoms are not much serious by comparing with symptoms occurring in females. In female, hormone deficiency symptom is needed the physician’s advice and hormone substitution. However, Department of Health, Ministry of Public Health has a policy to provide testosterone

for all Aging males. The testosterone hormone is available in all public health stations throughout the kingdom aimed to support the quality of life of Thai aging males.

Because I, myself, as a researcher who works as public health officer in Ongkharak public health station, Nakhon Nayok province, so I am interested in quality of life among aging males in terms of physical body, mind, social relationship and environmental hygiene as well as life and property safety. In addition, factors influencing quality of life among aging males are come into the research consideration since the expected finding might be a fundamental guideline for aging males quality of life promotion in which it can support the aging male to succeed in their health and family relationship.

Research Objectives

1. To study quality of life among aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province.
2. To study a relationship between personal characteristics such as age, education level, marital status, occupation, income and family characteristics among aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province.
3. To study a relationship between Partial Androgen Deficiency in Aging Male and quality of life among aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province.
4. To study a relationship between family relationship and quality of life among aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province.
5. To study a relationship between community activity participation and quality of life among aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province.
6. To study a relationship between Buddhist way of life and quality of life among aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province.
7. To study factors influencing and predicting quality of life among aging males in Ongkharak district, Nakhon Nayok province.

Methodology

This study is cross-sectional survey research in which data collection is done through a questionnaire. Samples are males aged 40-59 years who register in households in Ongkharak district, Nakhon Nayok province for at least 6 months continually, also having no hearing disability, truly understanding Thai language and volunteering to be sample of this research. Simple random sampling is employed for sample selection in 2 districts; one in municipality and another in rural area. Data collection was done from November 1 to December 31, 2009 with 300 samples.

A questionnaire was applied and adjusted from other related researches and used as a research tool. The questionnaire is divided into 6 parts as Part 1: personal characteristics including socio-economic status of aging males such as age, education level, marital status, family characteristics and income. This part is composed of 10 closed-end questions. Part 2: covers 17 questions related to Partial Androgen Deficiency in Aging Male in which the researcher adjusted some questions from PADAM score test. Part 3: covers 3 levels rating-scale of 15 questions in which the researcher applied form the family relationship test of Paungpaga Chuansangnet (5) owing to a concept of family relationship of Friedman (6) and Morrow and Wilson (7). Part 4: composed of 7 questions aimed to investigate the community activity participation among aging males in which the researcher applied from a social participation of elderly survey done by Arunsiri Mekpat (8). Part 5: covers 10 questions of Buddhist way of life among aging males in which the researcher applied from Belief and Buddhism Practice Test of Daungdoun Puntumnawin (9). For the last part, this part consists of 26 questions of quality of life among aging males in which the researcher applied from World Health Organization Test of quality of life (WHOQOL – BREF – THAI) which was developed by Suwat Mahatnirankul et al. (10). All 6 parts were checked their validity and language by 3 experts also pre-testing and analyzing through Cronbach's Alpha Coefficient with 30 samples before the process of data collection.

Data analysis was done through frequency, percent, mean and standard deviation while Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were employed for finding relationship among variables. Finally, Stepwise

Multiple Regression was employed for predicting factors affecting quality of life among the samples.

Research Result

About 31.33 percent of samples being in aged between 40-45 years as mean age is 48.9 years ($SD \pm 5.27$). The lowest age is 40 years while the highest is 59 years. Most part of samples (76.7 percent) graduated primary level of education (Pratom 4-6), only 1 percent graduated undergraduate level and about 1.33 graduated more than bachelor degree. About 90.7 percent is married and living within nuclear family (61.3 percent). About 83.3 percent have monthly income less than 10,000 baht. The average income of the samples is 7,911.67 baht ($SD \pm 7,402.56$) while the maximum income is 70,000 baht and the minimum rate is 2,000 baht. Approximate 49.3 percent earn sufficient income but having no saving while 38 percent earn insufficient earning and only 12.67 percent having saving money. For living arrangement, 95.67 live with spouse and 92.67 percent having no severe or harmful diseases or illnesses.

Table 1 Number and percent of personal characteristics

personal characteristics	(N=300)	
	Number	Percentage
Age (year)		
40 – 45	94	31.33
46 – 49	72	24.00
50 – 55	91	30.33
56 – 59	43	14.33
(Mean=48.9, SD=5.27, Min=40, Max=59)		

Table 1 Number and percent of personal characteristics (cont.)

personal characteristics	(N=300)	
	Number	Percentage
Education level		
Illiterate/less than primary school (Pratom 4)	17	5.67
Primary school (Pratom 4/5/6)	230	76.67
Secondary school	29	9.67
High school or vocational college (equivalence)	17	5.67
Undergraduate	3	1.00
Higher than undergraduate	4	1.33
Marital status		
Single	14	4.67
Married	272	90.67
Widow/divorced/separated	14	4.67
Family characteristic of Aging male		
Nuclear family	185	61.67
Extended family	115	38.33
Income (baht per month)		
Less than 10,000 baht	250	83.33
10,000 – 50,000 baht	49	16.33
More than 50,001 baht	1	0.33
(Mean=7,911.67, SD=7,402.86, Min=2,000, Max=7,000)		
Sufficient earning		
Sufficient + having saving money	38	12.67
Sufficient + having no saving money	148	49.33
Insufficient	114	38.00
Living arrangement		
Living alone	13	4.33
Living with spouse	287	95.67
Having severe or harmful diseases		
None	278	92.67
Have	22	7.33

Evaluation for Partial Androgen Deficiency in Aging Male

About 59.7 percent of samples reported that they are normal health condition while 40.7 percent face with abnormal symptoms. For physical symptoms related to blood vessel and nerve system, about 59.3 percent reported that they are in normal condition while 31.0 reported of abnormal health condition. For psychological aspect, about 63.3 percent are in normal condition and 32.7 percent being abnormal. For sexual-related problem, almost all of them (91.7%) are in normal condition while the little left of 8.3 percent facing of abnormal condition.

Table 2 Number and percent of Partial Androgen Deficiency in Aging Male, identified in both overall and selected aspect.

Partial Androgen Deficiency in Aging Male (PADAM)	total (N=300)	
	number	percent
1. PADAM in overall		
Normal	178	59.3
Abnormal	122	40.7
2. PADAM in selected aspect		
<i>Physical symptom, blood vessel and nerve system</i>		
Normal	207	69.0
Abnormal	93	31.0
<i>Psychological aspect</i>		
Normal	202	67.3
Abnormal	98	32.7
<i>Sexual related problem</i>		
Normal	275	91.7
Abnormal	25	8.3

Family relationship

About 78.7 percent of samples have good level of family relationship followed by those of moderate level by 20.7 percent and pour level of 0.7 percent respectively.

Table 3 Number and percent of family relationship

Level of family relationship	(N=300)	
	number	percent
Poor, less than 60 percent (10 – 21 scores)	2	0.7
Moderate, 60 – 79 percent (22 – 25 scores)	62	20.7
Good, more than 80 percent (26 – 30 scores)	236	78.7
(Mean=25.64, SD=3.05, Min=11, Max=30)		

Community activity participation

The finding showed that about 48.0 of samples participation in community activity in low level, followed by those of moderate level by 29.0 percent and high level by 28.0 percent respectively.

Table 4 Percent and level of community activity participation

Level of community activity participation	(N=300)	
	number	percent
Low, less than 60 percent (7 – 14 score)	144	48.0
Moderate, 60 – 79 percent 60 – 79 (15 – 17 score)	87	29.0
High, more than 80 percent (18 – 21 score)	69	23.0
(Mean=15.42, SD=3.07, Min=8, Max=21)		

Buddhist way of life

About 57.7 percent of samples have applied the Buddhist approach into their lives in moderate level, followed by 22.3 percent of low level and 20.0 percent of high level respectively.

Table 5 Number and percent of Buddhist way of life

Buddhist way of life	(N=300)	
	number	percent
Low, less than 60 percent (≤ 29 score)	67	22.3
Moderate, 60 – 79 percent (30 – 39 score)	173	57.7
High, more than 80 percent (> 40 score)	60	20.0
(Mean=33.77, SD=5.92, Min=20, Max=50)		

Holistic quality of life

59.0 percent of samples have moderate quality of life, 40.7 percent of samples having high quality of life and 0.3 percent of low quality of life, respectively. Considering on the each component factor found that, in terms of physical health, most samples have moderate quality of physical health (72.7 percent), followed by high quality of health by 27.3 percent. For Mental quality of life, finding indicated that 52.3 percent of samples have the moderate mental quality of life, followed by 47.3 percent of high level. Social relationship quality of life finding pointed out 56.0 percent of samples has moderate level of social relationship quality of life while 43.0 percent of samples have high social relationship quality of life . Ultimately, environmental quality of life showed result that 67.7 percent of samples have moderate environmental quality of life and 31.0 percent of samples have high environmental quality of life as shown in Table 1.

Table 6: Number and percent of holistic quality of life level and component factors

Quality of life level	(N=300)	
	number	percent
Holistic quality of life		
Low (26 – 60 score)	1	0.3
Moderate (61 – 95 score)	177	59.0
High (96 – 130 score)	122	40.7
(Mean=92.60, SD=11.01, Min=60, Max=125)		

Table 6: Number and percent of holistic quality of life level and component factors
(cont.)

Quality of life level	(N=300)	
	number	percent
Physical health quality of life		
Low (7 – 16 score)	0	0.0
Moderate (17 – 26 score)	218	72.7
High (27 – 35 score)	82	27.3
(Mean=24.80, SD=2.90, Min=17, Max=35)		
Mental quality of life		
Low (6 – 14 score)	1	0.3
Moderate (15 – 22 score)	157	52.3
High (23 – 30 score)	142	47.3
(Mean=22.35, SD=3.16, Min=14, Max=30)		
Social relationship quality of life		
Low (3 – 7 score)	3	1.0
Moderate (8 – 11 score)	168	56.0
High (12 – 15 score)	129	43.0
(Mean=11.15, SD=1.82, Min=6, Max=15)		
Environmental quality of life		
Low (8 – 18 score)	4	1.3
Moderate (19 – 29 score)	203	67.7
High (30 – 40 score)	93	31.0
(Mean=27.16, SD=2.84, Min=17, Max=36)		

Relationship among variables on Aging male' quality of life

Finding from the study found that education level relates with quality of life at statistical significant level ($p\text{-value} < .05$). The depleted testosterone has low level of negative relationship with quality of life at statistical significant level .05 ($r = -0.362$, $p\text{-value} < 0.001$). Family relationship has low level of positive relationship with quality of life at statistical significant level .05 ($r = 0.0493$, $p\text{-value} < 0.001$).

Participation in community activities has low level of positive relationship with quality of life at statistical significant level .05 ($r = 0.317$, $p\text{-value} < 0.001$). Buddhist way of life has low level of positive relationship with quality of life at statistical significant level .05 ($r = 0.454$, $p\text{-value} < 0.001$) (Table 7, 8)

Table 7 Relationship between personal characteristics and Aging male' quality of life

Personal characteristics	Quality of life level		df	p-value
	Low, moderate	high		
Education level			2	0.005*
No education and primary school	60.7 (150)	39.4 (97)		
High school, secondary school and certificate level.	60.9 (28)	39.1 (18)		
Higher than bachelor level	0.0 (0)	100.0 (7)		
Living arrangement			1	0.458
Stay alone	69.2 (9)	30.8 (4)		
Stay with others	58.9 (169)	41.1 (118)		
Medical record: Severe or chronic			1	0.014*
Never	58.3 (162)	41.7 (116)		
Ever	72.7 (16)	27.3 (6)		
Medical record: Operation			1	0.736
Never	59.6 (168)	40.4 (114)		
Ever	55.6 (10)	44.4 (8)		

Table 8 Pearson's Product Moment Correlation Coefficient of depleted testosterone factors, family relationship, community activity participation and Buddhist way of life

Personal factors	Aging male' quality of life	
	Correlation Coefficient (r)	p-value
Depleted testosterone	-0.362	<0.001
Family relationship	0.493	<0.001
Community activity participation	0.317	<0.001
Buddhist way of life	0.454	<0.001
p-value < 0.001		

Analysis for factors affecting and predicting Aging male' quality of life This part was done by applying Stepwise Multiple Regression and found influential factors strongly predicting aging males quality of life as following. Depleted testosterone has positive influence on Aging male' quality of life in Ongkarak district at statistical significant level .05 (p-value < 0.001) (b = 0.87)

Community activity participation has positive influence on menopause males' quality of life in Ong-karuk district at statistical significant level .05 (p-value < 0.006) (b = 0.47)

Buddhist way of life has positive influence on aging males quality of life in Ongkharak district at statistical significant level .05 (p-value < 0.006) (b = 0.66)

Having education higher than bachelor level has positive influence on aging males quality of life in Ongkharak district at statistical significant level .05 (p-value < 0.006) (b = 12.46)

In conclusion, there are influential factors that can predict aging males quality of life at statistical significant level as depleted testosterone, family relationship, Buddhist way of life and having education higher than bachelor level. These factors can predict 44.7 percent of aging males quality of life which can be evaluated by the high level of Beta value. The highest level of Beta value is Buddhist way of life factor as 0.36, followed by family relationship as 0.24, having education

more than bachelor level as 0.07, community activity participation as 0.13 and depleted testosterone as -0.29 respectively (details shown in Table 2). The predicted model for aging males quality of life in Ongkharak district can be concluded as $Y = 44.83 - 0.52 (X_1) + 0.87 (X_2) + 0.47 (X_3) + 0.66 (X_4) + 12.46 (X_5)$ or aging males quality of life in Ongkharak district = 44.83 – 0.52 (depleted testosterone) + 0.87 (family relationship) + 0.47 (community participation) + 0.66 (Buddhist way of life) + 12.46 (having education more than bachelor level).

Table 9 Coefficient of Stepwise Multiple Regression from determinants of Aging males quality of life

Determinants	B	F	Adjusted R ²	t	p-value
Depleted testosterone	-0.52	-0.29	0.203	-6.178	< 0.001
Family relationship	0.87	0.24	0.327	5.070	< 0.001
Community activity participation	0.47	0.13	0.338	2.775	0.006
Buddhist way of life	0.66	0.36	0.410	7.502	< 0.001
Having education more than bachelor level	12.46	0.17	0.437	3.938	< 0.001

Constant = 44.83

$R = 0.668$, $R^2 = 0.447$, $F = 47.46$, $p\text{-value} < 0.001$

Discussion

Results found that there are influential factors on aging males at Statistical significant ($p\text{-value} = .005$). Samples who have education higher than bachelor have high quality of life as 100.0 percent while others who completed primary school or less and group of high school, secondary school, certificate level have high quality of life as 39.4 percent and 39.1 percent, respectively. This can explain that group of samples who completed higher than bachelor level also has stable and secured income so they have no stress during their sick leave or even retired period. This finding also associated with a study of Sarawut Thongwor (12) who found that education has positive association with quality of life.

Family relationship associated with aging males quality of life at statistical significant level .05 ($p\text{-value} < 0.001$) because aging males who have good family relationship will also get good care on physical, mental, and emotional health from their family members especially in rural areas. This finding associated with a study of Harris and Cole (13) who found that aging males who lack of caring from family or have bad family relationship can lead to unsatisfied life expecting. This is similar to a study of Sritubtim Panitchaphan⁽¹⁴⁾ who said that family relationship is a binding love, intimacy and familiarity between parents and their offspring as well as relatives which can generate both positive and negative several effects.

Depleted testosterone has low level of negative relationship with aging males quality of life at statistical significant level ($r = -0.362$, $p\text{-value} < 0.001$). If one who has increased score of depleted testosterone means that person has lower quality of life due to depleted testosterone generates physical and mental problem such as nerves and blood vessel problem, mental symptom and sexual-related problems. These mentioned problems are variables associated with evaluation of quality of life. Thus, men who have increased score of depleted testosterone also means that they have lower his quality of life too.

Family relationship has low level of positive relationship to aging males quality of life at statistical significant ($r = 0.493$, $p\text{-value} < 0.001$). Good family relationship means having good love and warmth, understanding each other, good participation together, hearing each other, etc. These affect on mind as good mind presents good physical health as well as good family relation also generates good quality of life too.

Community participation has low level of positive relationship to aging males quality of life at statistical significant level ($r = 0.317$, $p\text{-value} < 0.001$). Most aging males want to spend the rest of their life with other people as being accepted from their society or community makes the elderly males being proud also generating good physical and mental health. Activities that make happiness for aging males cover meeting with other people, participating family activities, consulting, grandchildren caregiving or exercise doing. This is associated with Poitreenan Theory on personal needs in ageing people that the needs of elderly people cover need of work

achievement, need of emotion support, need of love, acceptance and be valuable for other people, family life and leisure time spending according to their skills.

Buddhist way of life has low level of positive relationship to aging males quality of life at statistical significant level ($r = 0.454$, $p\text{-value} < 0.001$) because behaving according to Buddhist way of life and religious activity participation such as Tak Bat Devo, going to temple every Buddhist Sabbath, etc. can make happiness for aging males since they can increase positive thinking and stress relief. The practice of these aging males can also be role model for the next generation as it could generate the link among family members. It can also make aging males getting faith and love from their grandchildren as well as generate good mental and physical health that reflects to good quality of life.

Study results showed holistic quality of life of samples being in moderate level. When considering on each component factor, it is found that physical health and environment quality of life is in moderate level while mental quality of life and social quality of life is in good level. This results can be explained that there are influential effects of testosterone change to the changing of physical and mental condition such as Erectile dysfunction, muscle atrophy or weakness, unknown muscle aching, feeling hot flashes, abnormal reproductive system and urinary tract symptoms, prostate conditions, reduced vitality, body aches, osteoporosis and obesity. The changing of mental health and emotion can be found as easily irritated, amnesia, low concentration, dreary, fear or panic easily, lack of reason. Moreover, it can be found that monetary problem for someone is a big concern because of physical problems leading to easy tiresome, sickness and ended up with workless and then moneyless. Study results found that most aging males said “not at all” for questions about the sexual satisfaction, enough earning for necessary expenditures and necessary medical treatment to sustain daily life.

There are 5 influential factors that can predict aging males quality of life in Ongkharak district, Nakhon Nayok province such as depleted testosterone, family relationship, community activity participation, Buddhist way of life and having education more than bachelor level. These factors can predict 44.7 percent of menopause male's quality of life in Ongkharak district, Nakhon Nayok province as followed.

Influential factors that can predict most aging males quality of life from considering of beta value is Buddhist way of life. The Buddhist way of life is the most influential factors for aging males quality of life because aging can cause physical recession so understanding of life is necessary. For people who don't understand this natural change may be very worried and stress. Moreover, this could make people understand about real happiness which is not materials but it is merciful, serve the public not selfish. These factors will increase aging males quality of life.

Depleted testosterone is the second influential factor that can predict aging males quality of life due to depleted testosterone causes health problem such as physical, nerve system and blood vessel, mental health and sexual problem. All factors can affect body system in long period such as muscle and blood vein system, physical sex and life quality. Sexual problem can affect quality of life because most males consider physical sex problem being an important part of their life. Besides, changing of physical and mental condition of menopause male can decrease their quality of life.

Family relationship is the third influential factor that can predict aging males quality of life due to family members such as husband, wife, children, relatives can provide caregiving to aging males. Respectiveness, love and warmth can support aging males quality of life that associates with a finding of Sritubtim Panitchaphan⁽¹⁴⁾ who said that family relationship is a binding love, intimacy and familiarity between parents and their offspring. This binding can generate both positive and negative several effects. This finding also associates with Flyman⁽¹⁵⁾ who said that family function should perform to support their family members to live with community. Thus, family is a self concept as ownership, life value and a source of love and warmth. A study of Aoranuth Udomsornrudee⁽¹⁶⁾ said that family is an important institute providing caregiving for family members especially aging males. That is to say the good family relationship can bring about the happiness of family members including aging males. The bad family relationship can lead to low level of aging males quality of life.

Community participation is the forth influential factor that can predict aging males quality of life due to aging males who participated community activities will have feeling of self-value, be accepted by others. This community participation

can help aging males having good physical and mental health while experience sharing can eradicate loneliness and worrying that they are burden of family and community.

Having education more than bachelor level is last influential factor that can predict aging males quality of life due to Thai society still has inequity occurred from different level of educations. Normally, the better educated person is always got more attention than lower-educated people. This social value makes well-educated person having higher confident than one who has lower education. Simultaneously, lower-educated person tends to lack of confident so they do not want to socialize. Moreover, the having higher education affects the income of person and more stable job. These things can eliminate the worry about future health security that supports the concept of better education meaning of better quality of life.

Community activity participation is the forth significant factor predicting quality of life among aging males since community participation leads aging males feeling that they are still strong and valuable to community. Also, community activity participation allows aging males sharing their experience to each other. This can eliminate feeling of loneliness and anxiety and allow aging males realizing that they are not burden people for both family and their community.

Graduating bachelor degree and higher is the last significant factor for predicting the quality of life among aging males since Thai society possibly pays attention to people who get higher education level. This social value leads those who graduated high education tend to have self-esteem while those who get lower education tend to lose their self-confidence. Moreover, higher education one having means higher earning and secured job he gains. Thus, the higher education people attain means the lower anxiety and seriousness they have, thus, their quality of life tend to be better than those of lower education attained.

Research Recommendations

Finding from this research indicators that PADAM, family relationship, community activity participation, Buddhist way of life and graduating bachelor degree and higher are significant factors predicting the quality of life among aging males. This below is the researcher's recommendations.

Recommendations for Applying the Finding of the Research

1. Aging male should be prepared their readiness before going through aging period.
2. Aging male should be provided knowledge related to PADAM, daily life activities, meals and exercise.
3. Aging male should participate in family relationship activity. This kind of participation can bond all family members to be closer and allow aging males having better quality of life.
4. Aging male should participate in community activities since it can help them realizing that they are accepted from people in community. Also, community participation allows the aging males sharing their valuable experience to each other in which this can eliminate feeling of loneliness, anxiety and being burden for family and community.
5. Aging male should bring Buddhist belief to the way of life since the period of aging can eliminate physical and mind power of elderly. If the elderly can not accept for any negative change, they might be worried, feeling anxiety and then leading them getting sick easier.

Recommendations for the Further Study

1. Semi-experimental research is needed for the further step covering topics of PADAM, family relationship, community participation and Buddhist way of life. This next research will formulate the practices way for leveling up the quality of life among aging males efficiently.
2. A qualitative research related to definition of quality of life among aging males, environment and incident which can achieve the aspect of quality of life among males is significantly needed.
3. A comparative study among aging males who are Buddhist, Islamist and Christian is interesting point for being further research.

รายการอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.ยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิและการเรียนรู้ (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10. ออนไลน์ [แหล่งที่มา]: <http://www.nesdb.go.th> [สืบค้นวันที่ 20 มิถุนายน 2551].
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การรายงานประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548-พ.ศ.2568. มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับเดือนมีนาคม 2549.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2539 – 2546. สายัณห์ สวัสดิ์ศรี, วันเพ็ญ แก้วปาน, ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร และบัณฑิต จันทะยานี. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทอง. วารสารกรมแพทย์ทหารบก 2546; 55(4): 227-34.
4. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต 2541; 5 (3): 4-15.
5. ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร. คลินิกชายวัยทองในโรงเรียนแพทย์ ใน: สายัณห์ สวัสดิ์ศรี บัณฑิต กาญจนพยัคฆ์ จิตนอม สุวรรณเคมีย์ สหชาติ พิพิชกุล และประวิทย์ ดันประเสริฐบรรณาธิการ. Aging Male IV: Wow! What a Wonderful Life. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์; 2547: 21-36.
6. อรุษา เทพพิสัย และคณะ. (บรรณาธิการ). สุขภาพชาย-หญิงวัยทอง ยุค 2001. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2546.
7. หะทัย เทพพิสัย. ผู้ชายวัยทอง. ใน: เอกสารวิชาการส่งเสริมสุขภาพผู้ชายวัยทอง สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2544: 17-57.
8. ระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ปี 2551. <http://www.noph.go.th/html/index.php>
9. Friedman MM. Family Nursing: Theory & Assessment. New York: Appleton – Century crofts; 1981.
10. Morrow WR, Wilson RC. Family Relation of Bright High – Achieving and Under – Achieving. High School Bey. Child Development 1961; 32: 501-510.

11. อรุณศิริ เมฆพัฒน์. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกอนามัยครอบครัว]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
12. ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ. กรณีศึกษาบุคคลตัวอย่างและเครื่องมือวัดเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมข้าราชการยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2547.
13. McLeroy K., Bibeau D., Steckler A., and Glanz K. An ecological perspective on health promotion program. *Health Education Quarterly* 1988; 15: 351-377.
14. Walker S. N., Volkan K. Sechrist K.R. & Pender N.J. Health promotion life style at adults comparisons with young and middle ages adults, correlates and patterns. *Advance in nursing sciences* 1988; October: 76-90.
15. Grooren LJG. Partial androgen deficiency in the aging male (PADAM). *Hong Kong Practitioner* 1999; 21: 307-11.
16. Morales A. Andropause (or symptomatic late-onset hypogonadism): fact, friction and controversies. *Aging Male* 2004; 7: 297-303.
17. Krause w> and Happle R> LOH-pitfalls of an ambiguous abbreviation. *Aging Male* 2008; 11: 150-1.
18. ชื่น เตชามหาชัย และบุญสม ชีระพิบูลย์. ปัญหาสุขภาพในวัยทองในอุรุษ เทพนิสัย, มยุรี จิรวิญญู, อภิชาติ จิตต์เจริญ และจิตติมา มโนมัย.(บรรณธิการ). สุขภาพชาย-หญิงวัยทอง ยุค 2001. (หน้า 53-66). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2544.
19. กักดี โพธิศิริ. สุขภาพดีถ้วนหน้ากับชาย – หญิงวัยทอง. ในอุรุษ เทพนิสัย, มยุรี จิรวิญญู, อภิชาติ จิตต์เจริญ และจิตติมา มโนมัย. สุขภาพดี ชีวิตรสในวัยทอง. (หน้า 3-22). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2545.
20. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2539.
21. Zhan, L. Quality of Life: Concept and measurement issues. *Journal of advanced Nursing* 1992; 17(July): 795-800.
22. Young K. J., & Longman A. J. Quality of life and person with melanoma: A pilot study. *Cancer Nursing* 1993; 6: 219-225.
23. World Heath Organization. Quality of Life Indicators. Geneva, Switzerland; 1996.

24. Maslow, AH. A Theory of Human Motivation [Online]. Accessed 13 February 2005.
Available from http://pandc.ca/?cat=abraham_maslow&page=maslow
25. Flanagan, J.C. A research approach to improving our quality of life. American Psychologist 1978; 31(February): 136-147.
26. Padilla, G. V. & Grant. M. M. Quality of Life as a cancer nursing outcomes Variable. Advances in nursing science 1985; 8(October): 45-60.
27. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจจุ. คุณภาพชีวิต, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอนันต์; 2525.
28. World Health Organization. Quality of Life Indicators. Geneva, Switzerland; 1996.
29. Stromberg MF. Selecting and Instrument to Measure Quality of Life. Oncology Nursing Forum 1984; 11: 88-91.
30. James F. Sallis, Neville Owen, and Edwin B. Fisher. Ecological Models of Health Behavior in Karen Glanz, Barbara K. Rimer and K. Viswanath. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice Edition 4 San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
31. Harris DK. And Cole WE. Sociology of Aging Boston: Houghton Mifflin Company, 219; 1980.
32. กมลตา แสงสีทอง และปรีชาธิ สุขุม. (บรรณาธิการ). ครอบครัวไทยในเมืองเอกสารการสนชด วิชาครอบครัวและสิ่งแวดล้อม หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 5), หน้า 65-126). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2536.
33. ศรีทับทิม พานิชพันธ์. การเสริมสร้างความมั่นคงของครอบครัว. ในประมวลสาระชุดวิชา จิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา หน่วยที่ 8-11 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 131-203. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช; 2545.
34. Ernest W. et al. The Family from Institution to Companionship. New York: American Book Company; 1984.
35. อรุณ อุดมสมฤดี. สัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชา จิตวิทยาพัฒนาการ]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.

36. เมตต์ เมตต์การุณจิต. การบริหารการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชนองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นและราชการ. กรุงเทพมหานคร: บூค พลอยท์; 2547.
37. ปรัชญา เวสารัชช. การประถมศึกษาในชนบทไทย. ในรายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาที่มีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อการพัฒนาชนบท สถาบันไทยคดีศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2529.
38. ไพรัตน์ เดชะรินทร์. การพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2524.
39. ศิริกาญจน์ โกสุมภ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนเพื่อจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาคุณวุฒิปบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนศึกษาศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
40. พงนี เทียมศักดิ์. ปฏิสัมพันธ์ของการเรียนรู้ในชุมชนและโรงเรียน. [วิทยานิพนธ์ กศ.ด.(พัฒนศึกษาศาสตร์) สาขาวิชาพัฒนศึกษาศาสตร์] คณะศึกษาศาสตร์:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.
41. ปริศนา โกลละสุด. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน: ศึกษาเปรียบเทียบผู้เคยย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่เคยย้ายถิ่น. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขานโยบายและการวางแผนทางสังคม (พัฒนาสังคม)] สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2534.
42. มัย สุขเอี่ยม. รูปแบบการวางแผนพัฒนาการศึกษาแบบมีส่วนร่วมของสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาคุณวุฒิปบัณฑิต, สาขาการบริหารการศึกษา] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2535.
43. กรรณิกา ชมดี. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2524.
44. อรุณ รักธรรม. การพัฒนาองค์กร ในเอกสารการสอนชุดวิชาองค์การและการจัดการหน่วยที่ 15. นนทบุรี: สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2524.
45. ภพธร จิตมั่น. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันอาชญากรรม: ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกเทศบาลในจังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2543.
46. Hirsch, Philip. Development Dilemmas in Rural Thailand. Singapore. Oxford University Press, Oxford New York; 1990.

47. มันทนา ท่วมยี่ม. เอกสารวิชาการส่วนบุคคลเรื่อง การศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อพัฒนาระบบประชาธิปไตย: ศึกษากรณีรายการโทรทัศน์รอบภูมิภาค ของสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง 11 กรมประชาสัมพันธ์ ทิวราชอาณาจักร. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า; 2543.
48. Yurick AG, pier Be, Robb SS, Ebert NJ. Theory in aging and theory-relate issues for nursing. The aged person and the nursing process. Connecticut: Appleton-Century Crofts; 1989.
49. Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA. An Exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in movers to a retirement community. Journal of gerontology 1972; 27(4): 511-523.
50. งามตา วานินทานนท์. ลักษณะทางพุทธศาสนาและพฤติกรรมศาสตร์ของบิดามารดาที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตร. รายงานการวิจัยฉบับที่ 50. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2536.
51. พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตโต). ความสำคัญของพระพุทธศาสนาในฐานะศาสนาประจำชาติ. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก; 2537.
52. ประยงค์ สุวรรณบุบผา. สังคมปรัชญา แนวคิดตะวันออก-ตะวันตก. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์; 2537.
53. เดือน คำดี. ศาสนศาสตร์. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพมหานคร; 2541.
54. พระราชวรมุนี (ประยุทธ์ ปยุตโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย; 2529.
55. กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ สมเด็จพระสังฆราชเจ้า. สรรนิพนธ์ ว่าด้วยเรื่องคน ศาสนา และคติธรรม; 2531.
56. สุชีพ ปุญญานุภาพ. ศาสนาเปรียบเทียบ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร; 2540.
57. พระราชวรมุนี (ประยุทธ์ ปยุตโต). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: บริษัท อักษรเจริญทัศน์ จำกัด; 2539.
58. กรมอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]; 2539.

59. เบญจมาศ เจริญสุข.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
60. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทยปี พ.ศ.2543. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์; 2543.
61. ชูดาภา เพิ่มวงศ์. ชีวิตเพศและภาวะสุขภาพของชายและหญิงวัยทอง ในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
62. วีระชัย ภาณุมาตวรรณ์ และวันเพ็ญ แก้วปาน. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพศึกษา พฤษภาคม-สิงหาคม 2545 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
63. ศราวุธ ทองเหว่า. คุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจฝ่ายสืบสวนสังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาล 9. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา) สาขาวิชาประชากรศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
64. สายัณห์ สวัสดิ์ศรี, วันเพ็ญ แก้วปาน, ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร และบัณฑิต จันทะยานี. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทอง. วารสารกรมแพทยทหารบก 2546; 55(4): 227-34.
65. ประโยชน์ เขื่อนนิจิตร. สภาวะสุขภาพของผู้ชายวัยทองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร.
66. สุพร เหล่าสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทอง: กรณีศึกษาในข้าราชการตำรวจ ชั้นประทวนเขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
67. จุไรรัตน์ กระจำสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของหญิงวัยหมดประจำเดือน การปรับตัวกับชีวิตเพศของชายวัยทองในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.

68. พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูชายวัยทองในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครพนม; 2548.
69. ลักขมล ลักขณะวิมล, ปิยะนุช จิตตุนนท์, สุนุดตรา ตะบุญพงศ์. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชากรวัยทองหญิงและชาย ตำบลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. [สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์]. นครศรีธรรมราช: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
70. บุญมี เทพาธิป. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในเขตเทศบาลตำบลสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรีกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17.
71. Muhlenkamp AF, Sayles JA. Self-esteem, social support and positive health practice. Nurs Res 1986; 35: 334-8.
72. ชื่นชีวัน โพธิ์รุ่ง. การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
73. จุริรัตน์ เพชรทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจนคร จังหวัดสุพรรณบุรี. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
74. ณัฐกฤช ฉายเสมแสง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารประจำการ จังหวัดลพบุรี. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
75. กฤติกา จันทร์หอม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
76. Speake DL, Cowart ME, Pellet K. Health perception and lifestyle of the elderly. Res Nurs Health 1989; 12: 93-100.
77. Tohnai S, Hata E. Factors affecting health behavior of the people aged forties: a test of health belief model. Nippon Koshu Eisei Zasshi-Jnp J Public Health 1994; 41: 362-9.
78. จุฑามาศ ค้าแพร่ดี. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

79. Shi L. Sociodemographic characteristics and individual health behavior. *Soult Med J* 1998; 91: 933-41.
80. Pender, N.J. Health Promotion in nursing practice. (2nd ed). Connecticut: Appleton & Lange; 1987.
81. แววดาว ทวีชัย. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
82. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for Analysis in the Health Sciences. Sixth edition. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1995.
83. พวงผกา ชื่นแสงเนตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่อุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
84. เสรี ราชโรจน์. สภาพการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. (หน่วยที่ 3).การบริหารและการจัดการการวัดและการประเมินผลการศึกษา (หน่วยที่ 1-7). (ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช; 2537.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.วิรัช กิตติพิชัย ภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
แบบสอบถามชายวัยทอง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดทำนายกับคุณภาพชีวิตของชายวัยทองในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน

ส่วนที่ 5 วิถีชีวิตตามแบบพุทธศาสนา

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิต

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณชายวัยทองทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

นางสาวชื่นสุข กิตติสุนทรโรภาส
นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ใน () หน้าข้อความที่เป็นความจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ท่านมีอายุ.....ปี (จำนวนปีเต็มบริบูรณ์)
2. ท่านเรียนหนังสือชั้นสูงสุดระดับใด
 - () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ/ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)
 - () 2. ประถมศึกษา (ป.4 หรือ ป.5 หรือ ป.6)
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. หรือเทียบเท่า
 - () 5. ปริญญาตรี
 - () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด
 - () 2. คู่
 - () 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. ลักษณะครอบครัวของชายวัยทอง
 - () 1. ครอบครัวเดี่ยว
 - ชายวัยทองอยู่คนเดียว
 - ชายวัยทองอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรที่ยังไม่ได้แต่งงาน
 - ชายวัยทองอยู่ร่วมกับบุตรหรือหลานที่ยังไม่ได้แต่งงาน
 - ชายวัยทองอยู่ร่วมกับพี่น้องที่ยังไม่มีครอบครัว
 - ชายวัยทองอยู่ร่วมกับบุคคลที่ยังไม่มีครอบครัว
 - () 2. ครอบครัวขยาย
 - มีสมาชิกอยู่กันมากกว่า 2 ช่วงอายุคนขึ้นไป ได้แก่ ผู้สูงอายุ ตัวชายวัยทอง คู่สมรส บุตร หลาน หรือมีญาติที่แต่งงานแล้วมีบุตรอาศัยอยู่ด้วย
5. รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย.....บาท และรายได้เพียงพอใช้จ่ายหรือไม่
 - () 1. เพียงพอใช้จ่าย มีเหลือเก็บ
 - () 2. เพียงพอใช้จ่าย ไม่มีเหลือเก็บ
 - () 3. ไม่เพียงพอใช้จ่าย

6. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
- () 1. ท่านอาศัยอยู่คนเดียว
 - () 2. ท่านอาศัยร่วมกับกลุ่มสมรส
 - () 3. ท่านอาศัยอยู่กับกลุ่มสมรส หรือบุตรที่ยังไม่แต่งงาน
 - () 4. ท่านอาศัยอยู่กับบุตรหรือหลานที่ยังไม่แต่งงาน
 - () 5. ท่านอาศัยอยู่ร่วมกับพี่น้องที่เป็นโสด
 - () 6. ท่านอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว โดยญาติหรือคนอื่น ๆ อยู่ร่วมด้วย
7. ท่านเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงหรือไม่
- () 1. ไม่มี
 - () 2. มี ระบุโรค.....
8. ท่านเคยมีประวัติได้รับการผ่าตัดหรือได้รับอุบัติเหตุหรือไม่
- 8.1 ประวัติการผ่าตัด () 1. ไม่เคย () 2. เคยผ่าตัดบริเวณ.....
- 8.2 ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ () 1. ไม่เคย () 2. เคยได้รับอุบัติเหตุ ระบุ.....
9. ขณะนี้ท่านมีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรบ้าง
- () 1. ไม่มี
 - () 2. มี ระบุโรค.....
10. ขณะนี้ท่านคิดว่าตนเองมีสุขภาพเป็นอย่างไร
- () 1. ปกติสบายดี
 - () 2. ไม่ค่อยสบาย เพราะมีโรคประจำตัว ระบุโรค.....
 - () 3. ไม่ค่อยสบายโดยไม่รู้สาเหตุและไม่ได้รับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย (อาการเกิดขึ้นภายใน 1 เดือน)

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ซึ่งตรงกับอาการของของท่านมากที่สุด

อาการ	ไม่เคยมี อาการ	นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
1. ไม่มีเรี่ยวแรง				
2. นอนไม่ค่อยหลับหรือตื่นนอนตอนกลางคืนแล้ว หลับยาก				
3. เบื่ออาหาร				
4. ปวดเมื่อยตามกระดูกและข้อ				
5. ร้อนวูบวาบตามร่างกาย				
6. มีเหงื่อออกมาก				
7. หัวใจเต้นเร็วหรือใจสั่น				
8. มีอาการหลงลืมมากขึ้น				
9. ไม่มีสมาธิ				
10. ก้าว ตกใจอย่างไม่เหตุผล				
11. หงุดหงิดง่าย				
12. ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ				
13. ขาดความสนใจทางเพศ				
14. ขาดความตื่นเต้นทางเพศ				
15. อดทนไม่แข็งตัวขณะตื่นนอนตอนเช้า				
16. ล้มเหลวในกิจกรรมทางเพศ				
17. อดทนอ่อนตัวขณะมีเพศสัมพันธ์				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์ภายในครอบครัว**คำชี้แจง** โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านกับสมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความรักความอบอุ่นต่อกัน			
2. เมื่อเกิดปัญหาท่านกับสมาชิกในครอบครัวตัดสินใจแก้ปัญหาาร่วมกัน			
3. ท่านกับสมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเมื่อเจ็บป่วย			
4. ท่านกับสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจกันเมื่อยามท้อแท้มีปัญหา			
5. ท่านกับสมาชิกในครอบครัว มีกิจกรรมวันว่างร่วมกัน			
6. ท่านชอบบังคับสมาชิกในครอบครัวทำในสิ่งที่ไม่ชอบ			
7. ท่านกับสมาชิกในครอบครัวมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกัน			
8. ท่านไม่สามารถพูดคุยบางเรื่องกับสมาชิกในครอบครัว			
9. ท่านมีความลับต่อสมาชิกในครอบครัว			
10. ท่านไม่มีเวลากับสมาชิกในครอบครัว			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน**คำชี้แจง** โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน			
2. ท่านเข้าร่วมประชุมหรือช่วยเหลืองานต่าง ๆ ของชุมชน			
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญตักบาตรทอดผ้าป่าหรือกฐิน			
4. ท่านเข้าร่วมงานในโอกาสต่าง ๆ ในชุมชน			
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมต่าง ๆ ในชุมชน			
6. ท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตกับคนในชุมชน			
7. ท่านให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ แก่คนในชุมชน			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิถีชีวิตตามแนวทางพุทธศาสนา

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดให้หลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ท่านเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าจะทำให้ท่านมีความสุขอย่างแท้จริง						
2. พระสงฆ์บางรูปได้ช่วยให้ท่านใกล้ชิดและศรัทธาในศาสนามากยิ่งขึ้น						
3. ท่านเชื่อว่ามนุษย์เราเมื่อตายแล้วก็จบสิ้นเพียงนั้น						
4. ความเชื่อในชีวิตเป็นทุกข์ เป็นการมองโลกในแง่ร้ายและเป็นเรื่องเหลวไหล						
5. ท่านเชื่อว่าบุญกุศลเป็นสิ่งเดียวที่ฉันสามารถนำติดตัวได้ทุกภพทุกชาติ						
6. ท่านเชื่อว่านรกสวรรค์ ภูมิต่าง ๆ เป็นเรื่องมมาย						
7. พระพุทธเจ้ามีความสำคัญต่อชีวิตของท่าน						
8. ท่านเป็นคนดีได้โดยไม่จำเป็นต้องสนใจคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า						
9. การพัฒนาตนเองเพื่อเข้านิพพานเป็นสิ่งที่ไม่เกินความพยายามของมนุษย์						
10. ท่านซาบซึ้งในความเมตตาของพระพุทธเจ้าต่อมวลมนุษย์						

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
11. ท่านรู้สึกพอใจมากนักน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
13. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
14. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
16. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้รวมไปถึงการช่วยเหลือตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มาก น้อยเพียงใด					
19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
21. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายมากน้อยเพียงใด					
23. สภาพรอบ ๆ บ้านดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
24. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
25. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ภาคผนวก ก
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



COA. No. MU-IRB 2008/295.1501

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project: Quality of Life among Golden Age Male in Ongkharak District Nakhon Nayok Province
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator: Miss Chensuk Kittisuntaropas

Name of Institution: Faculty of Public Health

Approval includes: 1) MU-IRB Submission form version received date 12 January 2009
2) Participant Information sheet version date 12 January 2009
3) Informed consent form version date 12 January 2009
4) Questionnaire version received date 12 January 2009

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 15 January 2009

Date of Expiration: 14 January 2010

Signature of Chairman:
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute:
(Associate Professor Sansanee Chaiyaroj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวชินสุข กิตติสุนทรโรภาส
วัน เดือน ปี เกิด	6 ตุลาคม 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดนครนายก ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, พ.ศ. 2542 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี, พ.ศ. 2546 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2553 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใน หมู่ 8 ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120 โทร. 037-613238-9
ที่อยู่	117/6 หมู่ 7 ตำบลบ้านใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก 26000 โทร. 089-7994896