

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสู่วัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO HEALTHY AGING AMONG THE OLDER PERSONS IN COMMUNITY-
DWELLING OF BANGKOK METROPOLITAN

Miss Chutima Sinchaiwanichakul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ
	ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาวชุติมา สิ้นชัยวิชกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ชุติมา ลินชัยวนิชกุล : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร (FACTORS RELATED TO HEALTHY AGING AMONG THE OLDER PERSONS IN COMMUNITY-DWELLING OF BANGKOK METROPOLITAN) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 151 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เขต ห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 282 คน โดยเครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) ประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (3) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (4) แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และ(5) แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และค่าความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.25, SD = 0.72)
2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับไม่มีภาวะพึ่งพา คิดเป็นร้อยละ 98.6
3. ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 85.8
4. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.3
5. เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta= .484)
6. รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .199, .197, .265 และ .499 ตามลำดับ)
7. ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777163436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HEALTHY AGING / PHYSICAL FUNCTION / NUTRITION / SELF-ESTEEM / THE OLDER PERSON

CHUTIMA SINCHAIWANICHAKUL: FACTORS RELATED TO HEALTHY AGING AMONG THE OLDER PERSONS IN COMMUNITY- DWELLING OF BANGKOK METROPOLITAN. ADVISOR: ASSOC. PROF.JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 151 pp.

This research aims to study the correlation between gender, education, income, physical activity, nutrition and self-esteem, and healthy aging in the target area of Bangkok. The participants were 282 older persons live in the area of the Crown Property Bureau in Huai Khwang and Wang Thonglang Districts. The quality of life community model development was implemented. The instrumentation in the present study can be divided into the following 5 components: (1) Questionnaires on personal factors; (2) Barthel ADL index; (3) Mini Nutrition Assessment [MNA]; (4) Rosenberg self-esteem scale and (5) Healthy Aging Instrument [HAI]. The instruments were tested for content validity by a panel of qualified experts. The Rosenberg self-esteem scale and Healthy Aging Instrument were tested for content validity and reliability by calculating for Cronbach's Alpha Coefficient, at .85 and .80, respectively. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta coefficient, Pearson's product moment correlation, and One-way ANOVA. The statistical significance level was set at 0.05

The findings can be summarized as follows:

1. The older persons in the communities were found to have high scores for healthy aging. (Mean = 4.25, SD = 0.72)
2. The older persons in the communities were found to have basic physical function without dependence (96.8%)
3. Most of the older persons in the communities had normal nutrition (85.8%)
4. The older persons living in the communities had high scores for self-esteem (82.3%)
5. Gender was found to be positively correlated with healthy aging with statistical at .05 (Eta=.484)
6. Income, physical function nutrition and self-esteem were found to be positively correlated with healthy aging with statistical significance at .05 ($r = .199, .197, .265, .499$, respectively)
7. Older persons with difference education levels had no difference in terms of healthy aging with statistical significance at .05

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความรัก ความกรุณา และความเมตตาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และชี้แนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาในครั้งนี้ ท่านคอยสนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ จนสามารถเขียนเรียบเรียงผลการศึกษาให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาธิกร์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ม.ล.สมจินดา ชมพูนุท ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เรืออากาศโทหญิงทศพร ศรีบริกิจ และนาวาตรีหญิงยุพิน ชัยชล ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ พร้อมให้คำแนะนำ และให้กำลังใจกับกับผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน เจ้าหน้าที่กองโครงการชุมชน 1 ตลอดจนประธานชุมชน อาสาสมัคร และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ผู้สูงอายุในชุมชนทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ที่ให้การสนับสนุน และอนุมัติให้ลาศึกษาต่อ ทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี อีกทั้งกองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช ผู้ให้ทุนสนับสนุนการศึกษา เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16 ผู้ร่วมงานทุกท่านที่เปิดโอกาสในการพัฒนาการเรียนรู้ในครั้งนี้ ขอขอบคุณกัลยาณมิตร และนิสิตร่วมรุ่น หลักสูตรคณะพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือ กำลังใจ และความเอื้ออาทรที่มีให้ผู้วิจัยเสมอมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ	15
2.แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Aging).....	24
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	36
4. ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	42
5. บทบาทของพยาบาลต่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	52
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	68
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
สรุปผลการวิจัย.....	87
การอภิปรายผลการวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะ	99
รายการอ้างอิง	101
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	112
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	114
ภาคผนวก ค หนังสือขอยืมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	120
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และหนังสือขอความ อนุเคราะห์เก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย	123
ภาคผนวก จ เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการ วิจัย และหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	126
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	133
ภาคผนวก ช ความเที่ยงของเครื่องมือ และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	141
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	151

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชุมชน (n = 282 คน).....	64
ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient).....	72
ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว	76
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร.....	80
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร	80
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของระดับความสามารถในการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุใน ชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร	81
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของผลการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร.....	81
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร.....	82
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุใน ชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร	82
ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร	83
ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการศึกษากับ การ สูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร (n= 282)	84

ตารางที่ 12 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามระดับการศึกษา	84
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง	142
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร	142
ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีกิจกรรมทางกาย	142
ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการบริหารความคิด	142
ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	142
ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทาง สังคม	143
ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง	143
ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการยอมรับในการสูงวัย	143
ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิต แบบเรียบง่าย	143
ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการทำบุญและการทำความดี	143
ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการการจัดการกับความเครียด	144

ตารางที่ 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีกิจกรรมทางกาย (n=282).....	144
ตารางที่ 25 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการบริหารความคิด.....	145
ตารางที่ 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม.....	145
ตารางที่ 27 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม.....	146
ตารางที่ 28 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง.....	147
ตารางที่ 29 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการยอมรับในการสูงวัย.....	147
ตารางที่ 30 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย.....	148
ตารางที่ 31 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการทำบุญและการทำความดี.....	149
ตารางที่ 32 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการจัดการกับความเครียด.....	149

ตารางที่ 33 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับการสูบบุหรี่อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร.....	150
ตารางที่ 34 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษากับ การสูบบุหรี่อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร (n=282).....	150



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557).....	43
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	61



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรสูงอายุทั่วโลกได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติ (2015) คาดการณ์ว่าในปี 2030 พบว่า จำนวนประชากรสูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 7300 ล้านคน เป็น 8500 ล้านคน (United Nation, 2015) สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันมีจำนวนประชากรสูงอายุสูงถึง 10,021,400 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ การมีประชากรสูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างเห็นได้ชัด ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลก (2015) ได้มีการเสนอให้การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy Aging) เป็นประเด็นที่สำคัญของประชากรสูงอายุ โดยกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นต้นไป ครอบคลุมทั้งในประเทศที่มีรายได้ต่ำ รายได้ปานกลาง และรายได้สูง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (WHO, 2015)

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy aging) เป็นการนำแนวคิดหลายมิติมาเกี่ยวโยงกัน ในการส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น ทั้งในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง (Health Canada, 2004) ซึ่งการเข้าสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพได้นั้นนอกจากจะเป็นการปรับตัวเพื่อชดเชยกระบวนการที่ไม่สมบูรณ์ของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้นแล้ว (Hansen-kyle, 2005) ยังต้องมีปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (WHO, 1999) เพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งความผาสุก ความเป็นอิสระในการทำหน้าที่และการตัดสินใจด้วยตนเอง ประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Peel, McClure and Bartlett, 2005; Hansen-kyle, 2005; WHO, 2015) ซึ่ง ลัดดาเถียมวงศ์ (2551) ได้กล่าวถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในบริบทของผู้สูงอายุไทยไว้ว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาพนั้นประกอบด้วย สุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลรักษาเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และแข็งแรงสมบูรณ์ จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต ซึ่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาพได้นั้นประกอบด้วย การมีกิจกรรมทางกาย การบริหารความคิด การมีส่วนร่วมทางสังคม การมีสัมพันธภาพและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเป็นอยู่อย่าง

พอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง การยอมรับในการสูงอายุ การทำบุญและการทำความดี และการจัดการกับความเครียด (ลัดดา เกียมวงศ์, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะคิดเป็นร้อยละ 35.2 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว เรื้อรัง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การดำรงชีวิตในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี และไม่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง (McLaughlin, Jette, and Connell, 2012) สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษา การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในหลายพื้นที่ ได้แก่ การศึกษาเชิงปริมาณของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน ของ กัตติกา ณะชว่าง (2551) พบว่าการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุวัยต้น เพศชายจะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในดับสูง ส่วนเพศหญิงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง ฐานะทางเศรษฐกิจดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และไม่มีโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นในจังหวัดนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีการทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะจิตใจอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้จากการศึกษาของ ธัญพร สุรินทร์คำ (2544) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดลำพูน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติกร ด้านยุทธศิลป์ (2551) ได้ศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก เป็นการศึกษเชิงคุณภาพ เพื่อหาความหมาย องค์ประกอบ และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ได้แก่ การรับรู้ด้านบวกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความสามารถในการกระทำหรือปฏิบัติต่อสิ่งที่ให้คุณค่า มีแรงมีกำลังใจ จิตใจแข็งแรง ไม่เจ็บไม่ไข้ ครอบครัวปรองดองอบอุ่น มีจิตใจที่สงบ นับถือและศรัทธาต่อผีบรรพบุรุษ และมีความภาคภูมิใจในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของประชากรทั้งใน อำเภอเมืองและในพื้นที่ชนบททั้งทางภาคเหนือและภาคใต้ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใน กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความจำเพาะมากกว่าเขตพื้นที่อื่น เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรสูงอายุสูงถึง 922,600 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2557) และด้วยความเป็นเมืองมหานครที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความซับซ้อนทางด้านโครงสร้าง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทำให้กรุงเทพมหานครมีการพัฒนาที่กระจุกตัวและก้าวล้ำกว่าพื้นที่อื่น อีกทั้งความเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ ความเจริญทางการติดต่อสื่อสาร การศึกษา การคมนาคม เทคโนโลยี เป็นสิ่งที่ดึงดูดให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากพื้นที่อื่นให้เข้ามาประกอบอาชีพและอยู่อาศัย การดำเนินชีวิตในเมืองที่มีลักษณะการอยู่อาศัยของประชาชนในเมืองใหญ่มีการแข่งขันสูง เนื่องจากต้องทำงานหารายได้มาใช้ในการดูแลเลี้ยงชีพของตนเอง ให้เพียงพอกับค่าครองชีพที่สูงตามความเจริญของเขตเมือง

อีกทั้งความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลต่อความเครียดทางด้านจิตใจ การดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพร่างกายของตนเองลดลง และสภาวะแวดล้อมที่มีทั้งมลภาวะทางด้านแสง เสียง อากาศ น้ำ ส่งผลต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ (อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และกวิสรา พชรเบญจกุล, 2554; วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวดี และ สุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555; วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557)

กรุงเทพมหานคร ได้การมีแบ่งเขตการปกครองทั้งหมดออกเป็น 50 เขต ประกอบด้วยชุมชนจัดตั้งทั้งหมด 2009 ชุมชน ได้มีการแบ่งลักษณะชุมชนออกเป็น ประเภท 5 ได้แก่ ชุมชนแออัด ชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมือง ชุมชนชานเมือง และเคหะชุมชน ซึ่งมีหน่วยงานถือกรรมสิทธิ์พื้นที่หลายหน่วยงาน อย่างเช่น กรมการศาสนา (กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, 2555) ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ซึ่งสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ประกอบ ในเขตห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ที่ได้รับการพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยชุมชนทั้งหมด 11 ชุมชน ในเขตห้วยขวาง มีจำนวน 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา ชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 ในเขตวังทองหลาง มีจำนวน 9 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนแก้วพัฒนา ชุมชนร่วมสามัคคี ชุมชนน้อมเกล้า ชุมชนทรัพย์สินเก่า ชุมชนทรัพย์สินใหม่ ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา ชุมชนคลองพลับพลา ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา และชุมชนเทพลีลา ซึ่งมีลักษณะเป็นทั้งชุมชนเมือง และชุมชนแออัด ประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีทั้ง ผู้ที่เช่าอาศัยพื้นที่แต่เดิม ผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากพื้นที่อื่น ผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากต่างจังหวัดเข้ามาประกอบอาชีพ ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามาอยู่กับบุตรหลาน หรือย้ายเข้ามาตามคำชวนของเพื่อนบ้าน ทำให้มีความหลากหลายของประชากรบนพื้น (สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์, 2558) จากการศึกษาที่ผู้สูงอายุที่ต้องย้ายถิ่นเข้ามาในพื้นที่เขตเมืองด้วยการที่ต้องเข้ามาอยู่กับบุตรหลาน หรือมาตามคำชักชวนของเพื่อนบ้าน ส่งผลให้ชีวิตและความเป็นอยู่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อีกทั้งกรุงเทพมหานครมีความแตกต่างจากเขตพื้นที่อื่นดังเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น อีกทั้งยังไม่ใช้สิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยง และความเปราะบางทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556)

สภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น นอกจากจะมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นตามอายุแล้ว พฤติกรรมการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ก็ส่งผลให้เห็นอย่างชัดเจนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ถึงแม้ว่าประชากรในเขตกรุงเทพมหานครจะมีระดับการศึกษาและรายได้ที่ดีกว่าเขตพื้นที่อื่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งการศึกษาที่ดีทำให้บุคคลได้มีการคิดพิจารณาเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ อีกทั้งรายได้ที่ดีทำให้บุคคลนั้นเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้ง่าย (Zimmer and Kwong, 2004) แต่จากข้อมูลการดำเนินโครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ

ยาวในชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2558) พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานครไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75.3 มีรายได้เพียงพอบางครั้งถึงรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 29.06 (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2558) และจากการสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ยังพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครยังมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม อย่างเช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากการใช้ชีวิตที่มีความเร่งรีบ การทำงานที่ต้องแข่งขันกับเวลา การบริโภคอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป (อาหาร เฝ้าวัฒนา และ สุรินทร์ กลัมพากร, 2554) การบริโภคตามใจปาก คิดเป็นร้อยละ 38.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) การมีค่าดัชนีมวลกายสูงเกินมาตรฐาน (Bell et al., 2014) หรือ การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพ (Haveman-Nies, 2003) ล้วนส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคนี้อาจเห็นผลอย่างเด่นชัดเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Wahlqvist and Savige, 2000) อีกทั้งจากการสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ยังพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครยังคงมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 6.62 และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 12.46 (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2558) ปัจจัยทางด้านร่างกายข้างต้นเหล่านี้ทำให้เกิดสุขภาพที่ไม่ดี (Peel et al., 2005; Cram and Lee, 2012; Södergren, 2013) กว่าร้อยละ 87 ในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Touhy, 2014) จากการสำรวจสุขภาพของประชากรปี พ.ศ. 2556 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกและข้อ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2557)

นอกจากผลทางด้านร่างกายแล้วภาวะจิตใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเช่นกัน จากบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป การเกษียณอายุงาน การไม่ได้รับการยกย่องนับถือเช่นก่อน และการเสื่อมถอยของร่างกายจนกระทั่งเกิดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกถึงการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (จิตรา โรจน์ขจรนภลัย, 2556) ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรมทางสังคม การเป็นจิตอาสา หรือ อาสาสมัคร ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงบทบาททางหน้าที่สังคม มีการพบปะผู้คน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กับคนรุ่นหลัง ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยในเรื่องการคงไว้ซึ่งการรู้คิดของผู้สูงอายุแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ มีความรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ และเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์, 2549; สุกัญญา สุขวรรณโน, 2551) ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Han et al., 2015) แต่จากการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2558) พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีการเข้าร่วมชมรมเพื่อทำกิจกรรมทางสังคมเพียงร้อยละ 5.52 เท่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้ เพศ ระดับการศึกษา (กัตติกา ธนะขว้าง, 2551 ; Han et al, 2015; White et al., 2015) รายได้ (Burke et al., 2001; สุกัญญา สุขวรรณโน 2551) ความสามารถในการทำงาน

ของร่างกาย (กัตติกา ธนะขว้าง, 2551) การเห็นคุณค่าในตนเอง (สุกัญญา สุขวรรณโน, 2551; Han et al, 2015) ภาวะโภชนาการ (ธัญพร สุรินทร์คำ, 2544; สุกัญญา สุขวรรณโน, 2551; Havman-Nies, 2003; Peel et al., 2005; Bell et al., 2014) และการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Peel et al., 2005; Cramm and Lee, 2012; Bell et al., 2014)

ทั้งนี้การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองที่มีความจำเพาะอย่างกรุงเทพมหานครครั้งนี้ ได้คัดเลือกตัวแปรจากแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ Hansen-kyle (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาวิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ในการวางแผนและการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป้าหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การให้บริการ และด้านวิชาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมเมืองได้อย่างมีความสุข มีสุขภาวะที่ดี มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. เพศ รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครหรือไม่ อย่างไร
3. การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของลัดดา เกียมวงศ์ และคณะ (2551) เป็นแนวคิดที่พัฒนาจากพื้นฐานแนวคิดของ Hansen-kyle (2005) และได้มีการเพิ่มเติมมิติของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเพื่อให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ซึ่งคุณลักษณะของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ดังนี้

1) **การมีกิจกรรมทางกาย** เป็นการคงไว้ซึ่งการทำกิจกรรม การทำงาน งานอดิเรก และการออกกำลังกาย ซึ่งการทำกิจกรรมด้านร่างกายอย่างต่อเนื่องทุกวันจะช่วยให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีแรง มีพลังที่จะทำสิ่งต่าง ๆ

2) **การบริหารความคิด** เป็นแนวทางเพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งการรู้คิด อย่างเช่น การวางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน การติดตามข่าวสารจากโทรทัศน์ วิทยุ หรือการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และการคิดคำนวณค่าใช้จ่าย หรือการเล่นเกมส์ปริศนา เป็นต้น

3) **การมีส่วนร่วมทางสังคม** เป็นการคงไว้ซึ่งการทำกิจกรรมทางสังคม อย่างเช่น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร จิตอาสา และการเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมนำมาซึ่งความพึงพอใจในชีวิต การมีชีวิตอยู่อย่างเข้มแข็ง และเป็นการรับรู้ที่ตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อสังคม

4) **การมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม** เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวจะนำมาซึ่งความรัก ความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว การมีสัมพันธภาพและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีสุขภาพที่ดี มีความสะดวกบาย และมีความปลอดภัย

5) **การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง** การตระหนักรู้และการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ที่ดีต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ และคงไว้ซึ่งกิจกรรมในการดูแลตนเอง มีการใช้ชีวิตตามสภาพร่างกายของตนเองตามข้อจำกัดของธรรมชาติ อย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ หรือ ผู้สูงอายุที่มีความกลัวเรื่องการพลัดตกหกล้ม จะมีความระมัดระวังตนเองเมื่อเปลี่ยนท่าทาง เดิน และทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

6) **การยอมรับในการสูงวัย** เป็นการยอมรับต่อการเสื่อมสภาพที่เป็นไปตามกระบวนการทางธรรมชาติ ผู้สูงอายุจะพบว่าความแข็งแรงของร่างกายลดลงจากเดิมจนสังเกตได้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกที่ตนเองสูงวัย เนื่องจากตนเองไม่สามารถทำอะไรได้นานเท่าเดิม ซึ่งจะทำให้เข้าใจและยอมรับต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

7) การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย เป็นความพอเพียงในการใช้ชีวิต การใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล และเป็นการใช้ชีวิตประจำแบบเรียบง่ายไม่ซับซ้อน หรุษรา และฟุ่มเฟือย ซึ่งมีมิติในข้อนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้กับทุกคน ทุกเพศวัย ทั้งที่พักอาศัยอยู่ในเมืองและในชนบท

8) การทำบุญและการทำความดี จากความเชื่อที่ว่า การทำบุญและการทำสิ่งที่ดีตามความเชื่อทางศาสนาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความสุข ความสงบในชีวิต ทำให้พบเจอในสิ่งที่ดี และการสะสมความดีจะช่วยให้ชนะอุปสรรค ความโชคร้าย หรือ ความทุกข์ทรมาน

9) การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นการหลีกเลี่ยงสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี สิ่งที่สามารถจัดการกับความเครียดได้แก่ การคิดในแง่บวก การปล่อยวาง และการปรึกษากับบุคคลในครอบครัว

ทั้งนี้การคัดเลือกปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จากกรอบแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำมาสังเคราะห์และคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในบริบทของผู้สูงอายุไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ ความแตกต่างทางของเพศมีผลกับบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบในด้านการทำงาน (กัตติกา ธนะขว้าง, 2551) อีกทั้งความแตกต่างทางด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติทีก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของแต่ละบุคคล เพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีการเอาใจใส่ต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Rattanapun et al., 2009) จากการศึกษาของ กัตติกา ธนะขว้าง (2551) พบว่าเพศที่ต่างกันส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน เพศชายส่วนใหญ่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง และเพศหญิงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ McLaughlin, Jette and Connell (2012) พบว่า เพศชายมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากกว่าเพศหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Han et al. (2015) และ White et al. (2015) พบว่าเพศไม่สัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลทีก่อให้เกิดปัจจัยด้านอื่น ๆ ตามมา เนื่องจากการศึกษาช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาทักษะความรู้ อยู่เสมอ ให้มีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอย่างเป็นระบบ ผู้ที่มีการศึกษาที่ดีจะเลือกสิ่งที่ดีในการดูแลสุขภาพของตน ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (กัตติกา ธนะขว้าง, 2551; สมพร รัตนพันธ์, 2551) อีกทั้งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสในตำแหน่งหน้าที่การงานที่สูง ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และยังทำให้เกิดรายได้สูงตามไปด้วย เป็นโอกาสให้เข้าถึงแหล่งปัจจัยทีก่อให้เกิดความเพลิดเพลินและความพึงพอใจได้มาก (Zimmer and Kwong, 2004) จากการศึกษาของ Rattanapun et al. (2009) พบว่าระดับ

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bell et al. (2014) พบว่า ระดับการศึกษาทำให้มีโอกาสเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่ดีเท่าผู้ที่มีการศึกษาสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ White et al. (2015) พบว่า การสำเร็จการศึกษาทำให้มีโอกาสเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไปมีโอกาสเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า แต่จากการศึกษาของ Burke et al. (2001) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งพบเฉพาะผู้สูงอายุเพศชายเท่านั้น และจากการศึกษาของ Manasatchakul et al. (2016) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

รายได้ เป็นสิ่งสำคัญในการเข้าถึงทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต สามารถเลือกทำกิจกรรมตามความพึงพอใจ ทำให้ไม่เกิดความตึงเครียด (Zimmer and Kwong, 2004) สามารถเข้าถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข ส่งผลให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะตามมา ในผู้สูงอายุหลังเกษียณที่มีรายได้ในระดับสูง มักมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เนื่องจากการมีรายได้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจทำอะไรได้ตามความต้องการ และนำสิ่งที่ได้มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีแหล่งรายได้จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต (กัตติกา ณะชว่าง 2551; Rattanapun et al., 2009; อาภาพร อรุณรัศมี, 2553; กิริยา ตันสวัสดิ์, 2556) จากการศึกษาของ สุกัญญา สุขวรรณโน (2551) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมีการวางแผนรายจ่าย ประหยัด ออมเงิน ยังสามารถหารายได้เพื่อใช้จ่ายส่วนตัวด้วยตนเอง รวมถึงการได้รับเบี้ยยังชีพ การได้เงินจากการเป็นผู้นำทางพิธีทางศาสนาตามความเชื่อของชุมชน และการใช้เงินอย่างพอเพียง สอดคล้องกับการศึกษา Burke et al. (2001) พบว่าในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีรายได้สูงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่ำ

ความสามารถในการทำงานของร่างกาย เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Gilbert et al., 2012) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น มีข้อจำกัดในการทำงานทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง จะมีความรู้สึกกว่าตนเองไม่เป็นภาระต่อลูกหลาน (Thanakwang et al., 2012) จากการศึกษาของ กัตติกา ณะชว่าง (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีสามารถทำนายถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mhaolain et al. (2012) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง มีความสัมพันธ์การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ภาวะโภชนาการ เป็นสุขภาพของบุคคลอันเป็นผลมาจากสารอาหารต่าง ๆ ที่ร่างกายได้รับ จากอาหารที่บริโภค และการใช้ประโยชน์ ของสารอาหารในร่างกาย ดังนั้นภาวะโภชนาการของบุคคล

จะอยู่ในระดับดี ปานกลาง หรือไม่ดี สุดแต่ว่าร่างกายจะได้รับสารอาหารจากอาหารที่บริโภคเหมาะสมหรือไม่ หรือร่างกายสามารถใช้ประโยชน์ของสารอาหารได้มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด การได้รับอาหารที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสม มีประโยชน์ และมีปริมาณที่เพียงพอเหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีอายุยืนยาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์, 2544; วันดี โภคะกุล, 2548; Touhy, 2014) จากการศึกษาของ ธัญพร สุรินทร์คำ (2544) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะมีการรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์แค่พอดี ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สุขวรรณโน (2551) พบว่าการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้องครบ 3 มื้อ ไม่ติดในรสชาติของอาหาร ไม่รับประทานอาหารรสจัดทำให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Haveman-Nies (2003) พบว่าการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มีคุณภาพทำให้มีโอกาสเกิดสุขภาพที่ไม่ดี และจากการศึกษาของ Bell et al. (2014) พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 มีโอกาสเกิดสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ

การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งในด้านบวก หรือ ด้านลบ การที่บุคคลมีการยอมรับนับถือตนเองสูง การที่บุคคลคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีเกียรติ มีความพอใจในตนเอง ซึ่งจะตรงข้ามกับบุคคลที่มีการยอมรับนับถือตนเองต่ำ หมายถึง บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าไม่เท่าเทียมกับคนอื่น เพราะขาดบางสิ่งบางอย่าง (Rosenberg, 1978) จากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2551) พบว่าการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า แม้เป็นแค่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป ก็เป็นการส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Han et al. (2015) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นจากแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำมาตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
2. รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
3. ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้เช่าอาศัยในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปรต้นในการศึกษา คือ เพศ ระดับการศึกษา ของรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตัวเอง

ตัวแปรตามในการศึกษา คือ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ หมายถึง การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การรู้คิด สัมพันธภาพทางสังคม และความเชื่อทางจิตวิญญาณ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 9 ด้านตามแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ลัดดา เกียมวงศ์ (2551) ดังนี้

1. การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ได้แก่ การทำงาน การทำงานบ้าน งานอดิเรก เป็นต้น
2. การบริหารความคิด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการคิด วางแผนการทำกิจกรรมในแต่ละวัน การคำนวณเงินค่าใช้จ่ายในการซื้อสินค้า มีการพูดคุยและแสดงความคิดเห็นกับบุคคลอื่น
3. การมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้าเป็นอาสาสมัคร หรือ จิตอาสา เป็นต้น
4. การมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ความรัก ความไว้วางใจ และการเอาใจใส่ จากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองได้รับการดูแล ความสะดวกสบาย และความปลอดภัย

5. การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุดูแลตนเองตามความเหมาะสม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย เช่น การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง หรือการเลือกรับประทานอาหาร เป็นต้น

6. การยอมรับในการสูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุยอมรับว่าตนเองทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงจากเดิม และสามารถทำได้เท่ากับแต่ก่อน

7. การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย มีความพอดี และไม่ฟุ่มเฟือย

8. การทำบุญและการทำความดี หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดความสุขสงบทางจิตใจ

9. การจัดการกับความเครียด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุทำจิตใจให้สงบเมื่อต้องเผชิญหน้ากับความเครียด และจัดการความเครียดด้วยเหตุและผล

ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ลัดดา เกียมวงศ์ (2551) แบบประเมินแบ่งออกเป็น 9 องค์ประกอบ คือ 1) การมีกิจกรรมทางกาย 2) การบริหารความคิด 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม 4) การมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม 5) การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง 6) การยอมรับในการสูงอายุ 7) การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย 8) การทำบุญและการทำความดี 9) การจัดการกับความเครียด จำนวน 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัด 5 ระดับ ช่วงคะแนนอยู่ที่ 35- 175 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง และค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูงที่สุด

ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้อาศัยในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จการศึกษาของผู้สูงอายุ แบ่งเป็นไม่ได้เรียน ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นประจำทุกเดือน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นเงินเดือนหลังเกษียณ เงินจากกิจการของตนเอง เงินจากบุตรหลานที่ให้การอุปการะ และเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล

ความสามารถในการทำงานของร่างกาย หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี ตั้งแต่ลุกจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน Barthel ADL index ที่ได้รับการดัดแปลงและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ที่ 0-20 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คะแนน 0-4 หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ คะแนน 5-8 หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง คะแนน 9-11 หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา

ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แสดงออกมาจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ต่อการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีความเหมาะสม เข้าสู่กระบวนการย่อย การดูดซึม การเผาผลาญ และการขับถ่าย ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ Mini Nutritional Assessment (MNA) ของบริษัทเนสท์เล่ สำหรับฉบับแปลภาษาไทย แปลโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วน ซึ่งส่วนที่ 1 มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อช่วงคะแนน 0-14 คะแนน การแปลผล คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง มีภาวะโภชนาการปกติ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และต้องเข้าไปประเมินต่อในส่วนที่ 2 ซึ่งส่วนที่ 2 มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ช่วงคะแนน 0-16 คะแนน เมื่อทำแบบประเมินเสร็จแล้วนำคะแนนของทั้ง 2 แบบประเมินมารวมกันจะอยู่ในช่วงระหว่าง 0-30 คะแนน การแปลผล คะแนนมากกว่า 23.5 มีภาวะโภชนาการปกติ 17-23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และคะแนนน้อยกว่า 17 มีภาวะขาดสารอาหาร

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ และมีความสำคัญ ต่อครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคม ประเมินได้จากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของ เยาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ที่แปลมาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัด 5 ระดับ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 31-40 คะแนน มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนช่วง 21-30 คะแนน มีการเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง คะแนนช่วง 10-20 คะแนน มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่งเสริมความ เป็นอยู่ให้ผู้สูงอายุสุขภาพที่ดี ที่เหมาะสม มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของ ผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา บทความ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยและทฤษฎีการสูงวัย
 - 1.1 ความหมายของการสูงวัย
 - 1.2 ทฤษฎีการสูงวัย
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงวัย
2. แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
 - 2.1 ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
 - 2.2 องค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
 - 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
 - 2.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในผู้สูงอายุ
 - 3.1 เพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ
 - 3.2 ระดับการศึกษากับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ
 - 3.3 รายได้กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ
 - 3.4 ความสามารถในการทำงานของร่างกายกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ
 - 3.5 ภาวะโภชนาการกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ
 - 3.6 การเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในผู้สูงอายุ
4. ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
 - 4.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
 - 4.2 การดำเนินงานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์
 - 4.3 ลักษณะของชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร

- 4.4 ลักษณะชุมชนบนพื้นที่สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์
5. บทบาทพยาบาลต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ

1.1 ความหมายของการสูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” ถูกบัญญัติครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 และให้ความหมายไว้ว่า บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลเมื่อเกิดและเจริญเติบโตเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ หรือในบางครั้งจะเรียก “คนแก่ คนชรา ผู้เฒ่า ผู้อาวุโส” ซึ่งแล้วแต่จะเรียกตามการพิจารณา (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2546)

คำจำกัดความของ “ผู้สูงอายุ” องค์การสหประชาชาติ (United Nation: UN) ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุที่เป็นมาตรฐาน แต่จะนำไปใช้ในบุคคลที่มีอายุตามปฏิทินตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกันกับองค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุ ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะมีการอ้างอิงในเกณฑ์อายุ 65 ปีขึ้นไป แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างเช่น ประเทศในแถบเอเชีย และประเทศไทย ได้มีการกำหนดไว้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปนับตามปีนักษัตรรอบที่ 6 จากรอบปีนักษัตร 12 ปี

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันมักใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นส่วนมากเนื่องจากเป็นคำกลางๆ ไม่ได้บ่งชี้ว่าแก่หรือชรา เพื่อไม่ให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก และในนานาชาติ คำที่ใช้ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติตกลงใช้คำว่า “Older Persons” (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ผู้สูงอายุได้มีการแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ วัยสูงอายุตอนต้น (young-old) อายุตั้งแต่ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (middle-old) อายุตั้งแต่ 70-79 ปี และวัยสูงอายุมาก (old-old) อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) นอกจากนั้นแล้ว ยังมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น ผู้สูงอายุวัยต้น (young-old) ช่วงอายุตั้งแต่ 65-74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (middle-old) อายุตั้งแต่ 75-84 ปี ผู้สูงอายุวัยปลาย (old-old) อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (Touhy and Jett, 2012)

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ดังต่อไปนี้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552)

1) ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological Theories of Aging) เป็นทฤษฎีที่มุ่งตอบคำถามเกี่ยวกับการสูงอายุ โดยการอธิบายเกี่ยวกับการสูงอายุในด้านกระบวนการทางสรีระ

2) ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยา (Sociological Theories of Aging) เป็นทฤษฎีที่เน้นในด้านบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในช่วงบั้นปลายของชีวิต

3) ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging) เป็นทฤษฎีที่ได้รับอิทธิพลเชิงชีวภาพและสังคม รวมทั้งอธิบายถึงการตอบสนองของการบุคคลต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงสูงวัย

1. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological Theories of Aging)

เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับการแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุในเชิงสรีรวิทยา (Physiological process) ในสิ่งมีชีวิต เมื่อเริ่มมีกระบวนการสูงอายุเกิดขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองถึงกระบวนการสูงอายุที่เกิดขึ้นในระดับโมเลกุลเซลล์ รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิตนั้น โดยจุดเน้นของทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ ดังนี้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552)

1) ผลของการเสื่อมของอวัยวะในส่วนต่าง ๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะนั้นลดลง

2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุ จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และก้าวหน้าไปตลอดเวลา

3) การเปลี่ยนแปลงภายในระบบอวัยวะที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิตทุกชนิด เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปกติ จากอายุที่เพิ่มมากขึ้น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง อาจนำไปสู่การถดถอยของอวัยวะในด้านการทำงาน ส่งผลให้อวัยวะนั้นล้มเหลวในการทำงานทั้งระบบ

ทฤษฎีการสูงอายุยังเชื่อว่าทุกอวัยวะในร่างกายของสิ่งมีชีวิตจะแก่ หรือเสื่อมลงไปในอัตราที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทเดียวกัน ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552)

1) Stochastic theories เป็นทฤษฎีการสูงอายุที่อธิบายถึงการสูงอายุ โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอเป็นช่วง ๆ และการแก่หรือความเสื่อมจะสะสมมากขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น

2) Non-stochastic theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุไว้ว่า สามารถทำนายได้ล่วงหน้า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวเงื่อนไขในการกำหนด

1. Stochastic theories ทฤษฎีในกลุ่มนี้ มีดังนี้

1.1 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) เมื่อเซลล์ในร่างกายอายุมากขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างใน DNA (Deoxyribonucleic acid) และ RNA (Ribonucleic acid) ซึ่งเป็นสารที่กำหนดพันธุกรรม Building block อยู่ในเซลล์ DNA จะเป็นสารพันธุกรรมที่พบใน nucleus ของเซลล์ ซึ่งเป็นตัวกำหนดลักษณะพันธุกรรม (genetic code) รวมกันเป็นยีนของมนุษย์ มี 46 โครโมโซม

1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) สารอนุมูลอิสระ (Free radical) เป็นสารที่เป็นผลพลอยได้จากกระบวนการเผาผลาญ (Metabolism) ของร่างกาย จากกระบวนการที่มีการใช้พลังงานโดยใช้ออกซิเจนภายในเซลล์ การที่ตัวอนุมูลอิสระไปจับกับโมเลกุลอื่น โดยเฉพาะในเซลล์ของร่างกายตำแหน่งที่ถูกอนุมูลอิสระจับอยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่งผลให้การทำงานของเซลล์ไม่สามารถทำได้ดังเดิม เซลล์จะเกิดความเสียหาย อีกทั้งส่งผลต่อการซึมผ่านของสารที่เข้าสู่เซลล์ผิดปกติไปจากเดิม จนในที่สุดทำให้เซลล์ตาย

1.3 ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross-Linking Theory) ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเกิดจากโปรตีนบางชนิดในร่างกายที่เพิ่มขึ้น และมีการเชื่อมไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการขัดขวางกระบวนการเมตาบอริซึม ทั้งการได้รับอาหาร การขับของเสียออกจากเซลล์ลดลง ส่งผลให้การทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลง ผิวหนังจะลดการสร้างคอลลาเจนใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้ชั้นของคอลลาเจนเดิมเริ่มเหี่ยวและแฟบลง ชั้นของผิวหนังหยาบเนียน และมีรอยย่นเกิดขึ้น

1.4 ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าเนื้อเยื่อและอวัยวะที่มีการใช้งานจนกระทั่งถึงระดับหนึ่ง พลังงานที่มีอยู่จะหมดไป เกิดการเสื่อมสลายของอวัยวะเนื้อเยื่อนั้น กระบวนการสูงอายุจะถูกเร่งหรือเกิดขึ้นได้มากขึ้น หากมีความเครียดทั้งภายในและภายนอก การสึกกร่อนจากการใช้งานมาเป็นเวลานาน การบาดเจ็บและการเกิดอุบัติเหตุซึ่งนำไปสู่การตาย เนื่องจากการเสื่อมสภาพทางร่างกายทำให้ไม่สามารถสร้างอวัยวะเนื้อเยื่อใหม่มาทดแทนได้

2. Non-stochastic theories ทฤษฎีในกลุ่มนี้ มีดังนี้ (จिरาพร เกศพิชญวัฒนา, 2552)

2.1 ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Aging Theory หรือ Hayflick Limit Theory) เซลล์จะมีการแบ่งตัวได้จนกระทั่งถึงระดับหนึ่ง เหมือนถูกกำหนดโปรแกรมเวลาไว้ตั้งแต่ต้นว่าเมื่อไรจะตาย เช่นเดียวกับอายุของคนหรือสิ่งมีชีวิตจะถูกกำหนดไว้ตามประเภทของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ ซึ่งบางครั้งจะเรียกทฤษฎีนี้ว่า ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (biological, cellular or genetic clock)

2.2 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายของมนุษย์จะมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอม เชื้อโรคต่าง ๆ ลดลง นอกจากนั้นยังพบว่า ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (autoantibodies) เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเอง อย่างเช่น โรค Lupus, myasthenia gravis เป็นต้น อีก

ทั้งการลดลงของระบบภูมิคุ้มกันต่อเซลล์หรือต่อต้านการทำลายเซลล์ที่ผิดปกติ นำไปสู่การเกิดเนื้องอกและมะเร็งได้มากขึ้น

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ (Emerging Theories) ทฤษฎีในกลุ่มนี้เกิดขึ้นมาภายหลัง มีดังนี้

2.3.1 Neuroendocrine Control or Pacemaker Theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในเพศหญิงและเพศชาย จะมีฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ ซึ่งมีส่วนกับกระบวนการสูงอายุนอกจากนี้ฮอร์โมนที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการสูงอายุ เมื่อฮอร์โมนลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นฮอร์โมนที่ช่วยยับยั้งการสูงวัยได้

2.3.2 Metabolic Theory of Aging / Calorie Restriction ทฤษฎีนี้กล่าวว่าทุกเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีการกำหนดที่แน่นอนถึงระยะ เมื่อมีการเผาผลาญอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อายุเซลล์หรือเนื้อเยื่อสั้นลงด้วย

2.3.3 DNA Related Research บทบาทหน้าที่ของ DNA ต่อกระบวนการสูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ในส่วนปลายของโครโมโซมจะมีสิ่งมีชีวิตที่เรียกว่า Telomere เมื่อมีการแบ่งเซลล์หลายครั้ง (ในห้วงปฏิบัติการ) ส่วนที่เป็น Telomere จะสั้นลง ทำให้เซลล์ใหม่ไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถแบ่งตัวต่อได้ ในที่สุดเซลล์จะแก่และตาย แต่ในเซลล์ที่มีความผิดปกติ อย่างเช่น เซลล์มะเร็ง จะมีการสร้างเอนไซม์ที่เรียกว่า Telomerase ที่ทำให้เซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวได้อย่างไม่จำกัด

2. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological Theories of Aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ และบทบาทระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต ซึ่งทฤษฎีนี้จะมองในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่ผู้สูงอายุนั้นพักอาศัยอยู่ ทฤษฎีในกลุ่มนี้ มีดังนี้

2.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) การสูงอายุเป็นลักษณะกิจกรรมที่มีการพัฒนาได้ด้วยตนเอง มีรูปแบบ แบบแผนที่เป็นไปตามปกติของสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้สังคมยอมรับ เช่น มีการถอนตัวออกจากสังคม ลดบทบาทหน้าที่ ให้ความสำคัญจากกิจกรรมทางสังคมลง เนื่องจากการเข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลทางสังคม และเพื่อเปิดโอกาสให้คนรุ่นหลังได้เข้ามารับบทบาทหน้าที่

2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory or Developmental Task Theory) ทฤษฎีนี้นำเสนอในเรื่องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรือการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้เป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มุ่งเน้นที่ความต้องการของแต่ละบุคคลในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้มองถึงการทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงไว้ซึ่งความพอใจในชีวิตของบุคคล และ

การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ มีการตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง ดีกว่าไม่ได้ทำกิจกรรม และการมีชีวิตที่มีความสุขดีกว่าการไม่มีความสุข

2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า บุคคลจะสามารถใช้ชีวิตอย่างต่อเนื่องจากการดำรงชีวิตที่ผ่านมา วัยสูงอายุไม่ใช่วัยสุดท้ายของชีวิต แต่ชีวิตของมนุษย์มีความเชื่อมโยงเกี่ยวพันกันต่อเนื่องกันมาตลอดช่วงชีวิต ชีวิตทุกวัยเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามวัย เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็พยายามไว้ซึ่งดำรงกิจวัตร ปัจจัยสิ่งที่ชอบ ค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลนั้นต่อเนื่องไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

2.4 ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age-stratification Theory) ทฤษฎีนี้ให้ความสัมพันธ์กับค่านิยมทางสังคม การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม เป็นอัตบุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม มีหมู่เหล่า และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสูงอายุจึงเป็นปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคล และสังคมอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ทฤษฎีนี้ยังกล่าวถึงอายุเป็นเกณฑ์ที่กำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ การเปลี่ยนแปลงของอายุที่เป็นไปตามชั้นของอายุ จะมีความสัมพันธ์ทางตรงหรือทางอ้อมต่อบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบทางสังคมที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปตามบทบาทหน้าที่ ระดับชั้นอายุจะส่งผลถึงสถานภาพทางสังคมของบุคคลนั้นตลอดช่วงชีวิต (Touhy and Jett, 2012)

2.5 ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-environment Fit Theory) ทฤษฎีกล่าวถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลจะถูกหล่อหลอมมาอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ระดับของทักษะการทำงาน การเคลื่อนไหว สุขภาพร่างกาย การนึกคิด และเขาวุ่นปัญญา สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น สมรรถนะเหล่านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลงจากเดิม ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการอาศัยอยู่ ทำให้บุคคลนั้นเกิดการสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

3. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่าพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในการปรับตัวที่หลากหลาย เพื่อช่วยในการเผชิญหน้าหรือยอมรับการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะมุ่งให้ความสนใจถึงพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ สามารถแบ่งกลุ่มได้ดังนี้

3.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs Theory) บุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบุคคล เมื่อมนุษย์สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ความต้องการในระดับช่วงหนึ่งแล้ว ก็จะยับยั้งความต้องการขึ้นไป

อีกลำดับชั้น จากลำดับชั้นต่ำที่สุดไปจนกระทั่งถึงชั้นสูงที่สุด ดังนี้ ชั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการสืบพันธุ์ ชั้นที่ 2 ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงและความปลอดภัยทางด้านร่างกายและจิตใจ ชั้นที่ 3 ได้แก่ ความต้องการทางด้านความรัก และความต้องการเป็นเจ้าของ ชั้นที่ 4 ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง และชั้นสูงสุดคือ การได้รับการยอมรับ

3.2 ทฤษฎีเอกลักษณ์บุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) บุคลิกภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นตลอดชั่วชีวิต ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และวัยสูงอายุ บุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วย จิตสำนึก (superego) และจิตใต้สำนึก (ego) เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นบุคลิกภาพจะเริ่มมีการเปลี่ยนจากการมองเห็นภายนอกมุ่งเข้ามามองตนเอง เมื่อบุคคลมองตนเองและเห็นถึงคุณค่าในตนเองมากกว่าที่จะมองเห็นความสำคัญของการเสื่อมถอยทางร่างกาย บุคคลนั้นจะสามารถยอมรับในเรื่องความสำเร็จและข้อจำกัดที่ตนเองมี

3.3 ทฤษฎีระยะ 8 ขั้นของชีวิต (Eight Stages of Life Theory) ทฤษฎีนี้ได้เสนอถึงกระบวนการพัฒนาของชีวิต โดยแบ่งช่วงชีวิตออกเป็น 8 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1-6 เป็นระยะตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงอายุ 40 ปี ระยะที่ 7 เป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี เป็นช่วงวัยกลางคนที่มีความเข้าใจและมีการยอมรับในตนเอง บุคคลวัยนี้จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ซึ่งเมื่อบุคคลวัยนี้ประสบความสำเร็จ มีชีวิตมั่นคง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง จะส่งผลให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ เพียงพร้อมต่อการดูแลโอบอุ้มลูกหลาน หรือบุคคลวัยอื่น แต่หากบุคคลวัยนี้ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต จะทำให้เกิดภาวะเงื่อนหงอย ไม่กระตือรือร้น หรือเกิดภาวะหยุดนิ่ง ระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิต ประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คุณค่าของบุคคลวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญา (wisdom) ที่สั่งสมมาตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบความสำเร็จ ล้มเหลวในชีวิต จะเกิดความท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดจากการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มลดลง ความเสื่อมของเนื้อเยื่อและอวัยวะในร่างกายทุกระบบ (Saxon, Etten and Perkins, 2015) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1) **ลักษณะรูปร่าง** อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะพบความเปลี่ยนแปลงทางรูปร่าง ได้แก่ การโค้งงอของหลัง หัวเข่า และสะโพก ส่งผลให้ความสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่ แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของช่องท้องเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวลดลง (พรรณธร เจริญกุล, 2555)

2) **ผิวหนัง (skin)** ผิวหนังบางลง แห้ง แตกง่าย ขาดความยืดหยุ่น และมีรอยเหี่ยวย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้ลดลง ต่อมเหงื่อทำงานได้ลดลงทำให้ขับเหงื่อได้น้อย ทำให้เกิดการเป็นลมแดดได้ง่ายในเวลาร้อนจัด (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์เม็ดสีทำงานได้ลดลง และจากการกระจายของเม็ดสีผิวไม่สม่ำเสมอทำให้ผิวมีสีเข้มเป็นแห่งๆ เรียกว่า “aging spots” จะมีลักษณะเป็นก้อนหรือไฟ การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเย็น ความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง

3) **ตา** เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นเรตินาจะลดลง รูม่านตาลึกลง ทำให้ความไวต่อแสงแดดลดลง ความคมชัดในการมองเห็นลดลง การมองเห็นในที่มืดจะลดลง ตั้งแต่อายุ 40 ขึ้นไป พบวงแหวนขุ่นขาวรอบตาดำเนื่องจากมีไขมันมาเกาะจับเนื้อเยื่อโดยรอบ ความดันลูกตาส่งขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดต้อหินได้ง่าย การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

4) **หู** ในผู้สูงอายุจะการสูญเสียความสามารถทางการได้ยิน ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65-75 ปี (Tohey and Jett, 2014) จะพบว่ามีอาการหูตึง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงของตัวรับเสียง ผู้สูงอายุมักจะได้ยินในโทนเสียงที่มีคลื่นความถี่ต่ำ

5) **ผมและขน** ผู้สูงอายุจะมีการงอกของผมลดลง เส้นผมมีขนาดเล็กลง มีภาวะขนร่วง สีผมและขนจะเปลี่ยนเป็นสีขาวมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

6) **ระบบหัวใจและหลอดเลือด** อายุที่เพิ่มมากขึ้นคอลลาเจนที่อยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจลดลง ประสิทธิภาพการหดและคลายตัวลดลง นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้บ่อย เนื่องจากเส้นเลือดที่หนาตัวส่งผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงมีผลต่อการบีบตัวและคลายตัวของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น และความต้องการออกซิเจนเพิ่มสูงขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้นเล็กน้อย

7) **ระบบทางเดินหายใจ** จากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ลักษณะหลังที่โค้งกระดูกอ่อนของซี่โครงเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุตั้งแต่ 40 ปี จากการที่มีแคลเซียมมาสะสมมากขึ้นที่บริเวณข้อต่อระหว่างซี่โครงและกระดูกสันหลัง ส่งผลให้กระดูกซี่โครงจะมีการเคลื่อนไหวน้อยลง การหายใจถูกจำกัด ถุงลมจะแบนและบางลง ความยืดหยุ่นลดลงทำให้ขยายตัวได้น้อยลง หลอดเลือด

ฝอยในหลอดเลือดจะหนาและแข็งขึ้น ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ส่งผลต่อการซึมผ่านและการแลกเปลี่ยนของออกซิเจนในถุงลมปอดทำงานได้ไม่ดี จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมักเหนื่อยหอบได้ง่าย

8) ระบบทางเดินอาหาร เริ่มตั้งแต่ปากและฟัน พบว่าฟันจะหลุด กล้ามเนื้อในการเคี้ยวมีแรงลดน้อยลง อีกทั้งต่อมการรับรสทำงานลดลงและมีการฝ่อลีบ ส่งผลให้ต่อการรับรู้รสชาติอาหารลดลง ภาวะอาหารจะหลั่งกรดลดลงประมาณร้อยละ 20 ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร ท้องอืด ในวัยสูงอายุขนาดของตับเล็กลง ปริมาตรของตับและการไหลเวียนเลือดไปตับลดลง ความสามารถในการทำลายพิษของตับลดลง ดังนั้นในผู้สูงอายุจะพบการเกิดพิษของยาที่สะสมมากเกินไปได้ง่าย การสร้างน้ำดีที่ลดลงทำให้ปริมาณของน้ำดีลดลง ความหนืดของน้ำดีเพิ่มขึ้นตามอายุมีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย การทำหน้าที่ของตับอ่อนเสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้ลดลงและด้อยประสิทธิภาพ ทำให้การนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อได้ต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานหรือมีแนวโน้มในการเป็นโรคเบาหวานได้ง่าย อีกทั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กลดลง พบว่าในผู้สูงอายุมีการดูดซึมของคาร์โบไฮเดรต วิตามินดี และแคลเซียมลดลง เยื่อลำไส้ใหญ่ฝ่อลีบ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ผนังลำไส้อาหารผ่านลำไส้ใหญ่ช้าลง ทำให้เศษอาหารคั่งค้างในลำไส้ใหญ่ การกระตุ้นของลำไส้ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกมากขึ้น (สุภาณี กาญจนจารี, 2552)

9) ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตมีขนาดลดลง อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลง ภาวะปัสสาวะมีความจุกลดลง หูรดเปิดปิดจากการบังคับของกล้ามเนื้อหูรูดมีสมรรถภาพต่ำลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าห้องน้ำบ่อย ซึ่งความผิดปกติทางเดินปัสสาวะในเพศชายจะพบอาการปัสสาวะขัดได้ เนื่องจากต่อมลูกหมากโต และเพศหญิงจะพบอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิงที่ผ่านการคลอดบุตรมาแล้วหลายคน

10) ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงมวลกระดูกลดลงส่งผลให้กระดูกของผู้สูงอายุจะเปราะและแตกหักง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อบางลง ทำให้ความสามารถในการรับแรงกระแทกได้ลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) อีกทั้งการที่มวลกระดูกลดลง ทำให้ปริมาตรของกระดูกแกนกลางจะสูญเสียเร็วกว่าบริเวณรอบนอก จึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความยาวของกระดูกสันหลังลดลง และหมอนรองกระดูกบางลง ช่องระหว่างปล้องกระดูกแคบลง กระดูกสันหลังค่อมมากขึ้น หลังโก่งงอมากขึ้น

11) ระบบประสาทและสมอง สมองของผู้สูงอายุจะลดลงมีการฝ่อลีบ หรือที่เรียกว่า brain atrophy จากการเสื่อมสลายของ Neuron และพบว่าน้ำหนักของสมองจะน้อยลงโดยเฉลี่ย 100 กรัมระหว่างอายุ 25 กับ 70 ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และจะมีการสูญเสียเร็วขึ้นเมื่อมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ซึ่งความสามารถในการเรียนรู้และความจำในผู้สูงอายุลดลง

12) ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อที่เรียกว่า ต่อม endocrine มีหน้าที่สังเคราะห์ฮอร์โมน ระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีหลายระบบ แต่ทำงานเชื่อมโยงประสานกัน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างราบรื่นและมีคุณภาพ ต่อมธัยรอยด์จะมีเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสม ทำให้มีการทำงานลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะ Hypothyroid ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร และน้ำหนักลดลงได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

14) ระบบภูมิคุ้มกัน ผู้สูงอายุจะพบ Proliferative capacity ของ T cell ในการตอบสนองต่อ nonspecific mitogen และไวรัสลดลง ร่วมกับการสร้าง T cell lymphokine ลดลง เมื่อระบบการทำงานของ cell-mediated immune response เสื่อมลง ทำให้เกิด reactivation ของไวรัสและโรคภูมิต้านทานในผู้สูงอายุได้บ่อย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558)

15) ระบบสืบพันธุ์ ระบบสืบพันธุ์เป็นสิ่งที่บ่งบอกความเป็นเพศชายและเพศหญิง จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบนี้อยู่ตลอดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบสืบพันธุ์เพศชายต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้นและผลิตสารคัดหลั่งลดลง ทำให้ถ่ายปัสสาวะได้ลำบากมากขึ้น อัณฑะเหี่ยวเล็กผลิตอสุจิได้ลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2552) มีอายุ 80 ปี และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศขึ้น และระบบสืบพันธุ์เพศหญิง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะเหี่ยวแบน ไชมันต์ได้ผิวหนังจะลดลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง การหลั่งน้ำต่าง ๆ ในผิวช่องคลอดลดลงด้วย

ในด้านความสามารถในการสืบพันธุ์ เพศชายมีความสามารถในการสืบพันธุ์ตลอดอายุขัย แต่ในเพศหญิงจะหมดความสามารถในการสืบพันธุ์ทันทีที่หมดประจำเดือน ความสามารถทางเพศมีได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่ความรู้สึกทางเพศอาจแตกต่างกันจากวัยอื่น สาเหตุอาจมาจากความกลัว ความไม่มั่นใจ วัฒนธรรม ค่านิยม และจากสุขภาพ

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological changes with normal aging) เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลง การบกพร่องในการรับรู้และความเข้าใจ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากการที่ต้องออกจากงาน การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม รายได้ที่ลดลง การลดความสัมพันธ์กับเพื่อน อีกทั้งการสูญเสีย การพลัดพลาดจากบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดขึ้นได้ ร่างกายต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับกายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งความเป็นจริงแล้วธรรมชาติของมนุษย์ต้องมีการปรับตัวในชีวิตประจำวันอยู่ตลอดเวลา แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างช้า ๆ ทำให้ไม่รู้สึกรู้ตัว แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถ้าผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต และสามารถฟื้นตัวต่อการสูญเสียทางกายภาพและทางจิตใจได้เร็ว ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นอย่างดี (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2545)

จากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เกิดจากขึ้นจากสังคมและสิ่งแวดล้อม บทบาท หน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิม ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งโครงสร้างของ ประชากรสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนมากขึ้น ดังนั้นการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ลดความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิงที่สามารถเกิดขึ้นได้

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และดำเนินการเรื่องการสูงวัยอย่างมี สุขภาวะไว้ตั้งแต่ ค.ศ. 1999 แต่จากจำนวนประชากรโลกที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในประเทศที่มี รายได้ปานกลาง จนถึงรายได้ต่ำ ดังนั้นองค์การอนามัยโลก (2015) ได้มีการเสนอให้การสูงวัยอย่างมี สุขภาวะเป็นประเด็นที่สำคัญของประชากรสูงอายุทุกประเทศทั่วโลกอีกครั้ง ซึ่งทั้งนี้ได้มีการกำหนด เป้าหมาย จัดทำยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้น โดยเริ่มดำเนินงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป ครอบคลุมทั้งหมดตั้งแต่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ปานกลาง ไปจนถึง รายได้สูง ให้ผู้สูงอายุเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (WHO, 2015) เพื่อที่จะนำไปสู่การประสบ ความสำเร็จในวัยสูงอายุ (successful aging) การเป็นผู้สูงอายุที่มีพละกำลัง (active aging) และการ เป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (productive aging) ต่อไป ซึ่งแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีดังนี้

2.แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Aging)

2.1 ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

มีผู้ให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากมาย ดังนี้

WHO (1999) ได้ให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไว้ว่า การสูงวัยอย่างมี สุขภาวะมิได้หมายถึงผู้สูงอายุที่ปราศจากโรคเท่านั้น ยังรวมถึงความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น ให้ทำงานได้อย่างเหมาะสม การเข้าสู่การ สูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้นั้น ต้องมีปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นในร่างกาย

Health Canada (2002) ได้ให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไว้ว่า เป็น กระบวนการเรียนรู้ตลอดช่วงชีวิตของการเพิ่มโอกาสในการปรับปรุงและรักษาสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งทางร่างกาย สังคม และความผาสุกทางจิตใจ ให้เกิดความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี และเสริมสร้างให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งคำนิยามนี้ เป็นการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ

Hansen-kyle (2005) กล่าวว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะนั้นเป็นกระบวนการชะลอตัวลงทางด้านร่างกายและการรู้คิด พร้อมกับที่ร่างกายจะทำการปรับตัว และนำสิ่งอื่นมาช่วยชดเชยกระบวนการปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ ให้เกิดการทำหน้าที่ให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนภายในร่างกาย เพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย การรู้คิด สังคม และจิตวิญญาณ ในสถานะที่เป็นปกติ สำหรับบทบาทของพยาบาลนั้นการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นการวางแผนทางการพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้รักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาวะของประชากรสูงอายุ

Peel, McClure and Bartlett (2005) กล่าวว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นกระบวนการตลอดชีวิตที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งความผาสุก ความเป็นอิสระ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านร่างกาย สังคม และสติปัญญา รวมถึงการส่งเสริมกระบวนการเปลี่ยนผ่านตลอดช่วงชีวิตให้เป็นไปได้สำเร็จ

Centers for Disease Control (2008) ได้ให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไว้ว่า เป็นการพัฒนาและการดูแลรักษาร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้คงความสามารถเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

WHO (2015) ได้ให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไว้ว่า เป็นกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ เพื่อให้เกิดความผาสุกในวัยสูงอายุ

ลัดดา เถียมวงศ์ (2551) กล่าวว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในบริบทของผู้สูงอายุไทยนั้นประกอบด้วย สุขภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลรักษาเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และแข็งแรงสมบูรณ์ จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต

กัตติกา ธนะขว้าง (2551) กล่าวว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะหมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการคงไว้หรือการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นอย่างเหมาะสม โดยเป็นการส่งเสริมสุขภาพในด้านการดำเนินชีวิต ภาวะจิตใจที่เหมาะสม การรู้คิด และการทำงานทางด้านร่างกาย และการเข้าสู่แต่ช่วงชีวิต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ หมายถึง การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ทางด้านร่างกาย การรู้คิด สัมพันธภาพทางสังคม และความเชื่อทางจิตวิญญาณ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 แนวคิดและองค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีดังนี้

2.2.1 Alberta Rose Model

เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ที่มีชื่อว่า Alberta Rose Model of Healthy Aging มาจากสัญลักษณ์ดอกกุหลาบของเมือง Alberta ใน

ประเทศแคนาดา กรอบแนวคิดนี้ได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุของ Rowe and Kahn (KPMG Consulting, 2002) ซึ่งองค์ประกอบของ Alberta Rose Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบาดเจ็บ (promotion health and preventing disease and injury) ส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นที่การส่งเสริมความสามารถ และการทำหน้าที่ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการสร้างทางเลือกที่ดี และพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ดีและมีความปลอดภัย

2) การส่งเสริมการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจและร่างกาย (optimizing mental and physical function) โดยประชาชนสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองเท่าที่สามารถทำได้ นอกเหนือจากกิจกรรมประจำวันทั่วไป

3) การจัดการกับอาการเรื้อรัง (managing chronic condition) ประชาชนสามารถจัดการกับโรคหรือการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีประสบการณ์หรือผู้ดูแล

4) การมีส่วนร่วม (engaging with life) เป็นการส่งเสริมให้เกิดการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนเองมีความพึงพอใจอย่างมีจุดหมาย

นอกจากปัจจัยทั้ง 4 ด้านนี้แล้ว สิ่งผู้สูงอายุจะพึงได้รับคือ ความมั่นคง ความยุติธรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม สิทธิในการเลือกและการทำกิจกรรม และการดำรงอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี

2.2.2 แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดย Hansen-Kyle (2005) ได้

ทำการศึกษการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะประกอบด้วยมิติที่เกี่ยวข้องกันทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และปัจจัยทางสังคม จากการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเริ่มต้นจาก การกระบวนเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกเพศทุกวัย เพื่อชะลอการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ได้อย่างปกติ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ส่งผลให้การทำงานของร่างกายลดลงจากเดิม เมื่อมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย จะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี อีกทั้งการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ในที่นี้ คือ การยังคงเป็นสมาชิกชุมชนโดยการเป็นอาสาสมัคร และสมาชิกองค์กรทางการเมือง เป็นสิ่งที่เสริมสร้างความสามารถทางด้านร่างกาย การรู้คิด และทางด้านสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นจุดแข็งอย่างหนึ่งที่ช่วยให้เกิด

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต จากการศึกษาข้างต้นเป็นหลักการของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ดังนั้น Hansen-Kyle จึงได้ทำการแบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การปรับตัวต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีอย่างต่อเนื่อง (Continuous process of change and adaptation)
- 2) การกระทำตามความพอใจของตนเอง (Self-defined and individualistic)
- 3) การชะลอกระบวนการทางด้านร่างกาย (Slowing down of body process)
- 4) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัยและการเผชิญกับความตาย (Acceptant and movement towards death)
- 5) ความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม (Desire to continue to actively participate in life process)
- 6) ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ด้านการรู้จัก และด้านสังคม (Ability to function Physically, cognitively, and socially)
- 7) การประเมินและปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Continual modification, self-assessment, and redefinition of self and abilities)

ซึ่งองค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเหล่านี้ได้นำไปสู่ผลลัพธ์คือ การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองได้อย่างอิสระ และการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในช่วงเริ่มต้น ได้รับความสนใจและแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งมีการให้นิยามความหมายและองค์ประกอบที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคต่าง ๆ ดังนี้

2.2.3 ลัดดา เกียมวงศ์ (2551) ได้ทำการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดยพัฒนาจากแนวคิดของ Hansen-Kyle (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พร้อมทั้งลงพื้นที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงลึก ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา นำมาวิเคราะห์ถึงประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในบริบทของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การมีกิจกรรมทางกาย (Staying physically active) เป็นอีกหนึ่งมิติที่มีความสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างเช่น การทำงาน งานอดิเรก การออกกำลังกาย การทำงานบ้าน เป็นต้น ซึ่งการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกวันจะช่วยให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีแรง มีพลังที่

จะทำสิ่งต่าง ๆ และส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ แต่ในผู้สูงอายุที่อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำกิจกรรม จะมีความรู้สึกว่าคุณเองอ่อนแอ มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ รู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วยง่าย และมีความรู้สึกเบื่อในการดำเนินชีวิต

2) การบริหารความคิด (Staying cognitively active) เป็นกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาด้านการรู้คิด ได้แก่ การวางแผน อย่างเช่น วางแผน การติดตาม และการคิดคำนวณ ซึ่งการวางแผนส่วนใหญ่เป็นการวางแผนในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เป็นการวางแผนในใจ หรือ จดบันทึกข้อความไว้ถึงสิ่งที่จะทำในวันนั้น อีกทั้งการติดตามข่าวสารสามารถติดตามได้จากการดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ หรือ การได้พูดคุยกับเพื่อนบ้าน จะช่วยให้จดจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดี และการคิดคำนวณ มาจากการใช้จ่ายซื้อสินค้า การทอนเงิน หรือ การเล่นเกมสปริศนา

3) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Having social participation) เป็นการได้ทำสิ่งที่มีความหมายอย่างต่อเนื่อง การคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ เนื่องจากการได้เป็นอาสาสมัคร การไปร่วมกิจกรรมที่วัดตามเทศกาลต่าง ๆ การไปร่วมงานแต่งงาน ทำให้ผู้สูงอายุได้พบเจอญาติ พี่น้อง และเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างเข้มแข็ง และเป็นการรับรู้ว่าคุณเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อสังคม

4) การมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม (Having social relationships and support) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ สัมพันธภาพในครอบครัวนำมาซึ่งความรัก ความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว อย่างเช่น การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ การเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน และการที่ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลืองาน เป็นต้น ดังนั้นการมีสัมพันธภาพและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีสุขภาพที่ดี มีความสะดวกสบาย และมีความปลอดภัย

5) การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง (Practicing self-care and self-awareness) การตระหนักรู้และการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ที่ดี มีการยอมรับตนเองในทางบวกเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และยังคงไว้ซึ่งกิจกรรมในการดูแลตนเอง เป็นการดำเนินชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้นจากเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติ การปรับทัศนคติ และการปรับตัวในการดูแลตนเอง อย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร หรือ ในผู้สูงอายุที่มีความกลัวเรื่องการพลัดตกหกล้ม เมื่อเดิน เปลี่ยนท่าทาง หรือ ทำกิจกรรมต่าง ๆ จะทำด้วยความระมัดระวังมากขึ้น เนื่องจากจะรู้ว่าตนเองมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการทรงตัวลดลงไม่ดีเท่ากับวัยหนุ่มสาว มีแนวโน้มให้เกิดการพลัดตกหกล้มขึ้นได้ตลอดเวลา นอกจากนั้นผู้สูงอายุจะมีการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยหลีกเลี่ยงการเดินในบริเวณที่พื้นลื่น หรือ เดินขึ้น-ลงทางลาดเอียง เป็นต้น

6) การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย (Being Self-Sufficient and Living Simply) เป็นความพอเพียงในการใช้ชีวิตและมีเหตุผลในการใช้ชีวิต ลดความซับซ้อนของการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งละเว้นจากการดำรงชีวิตอย่างหรูหราและฟุ่มเฟือย ดำเนินชีวิตอย่างประหยัดในการใช้ทรัพยากร หรือ สิ่งอำนวยความสะดวก อย่างเช่น การนำถุงพลาสติกมาใช้ซ้ำ การปิดไฟ ปิดโทรทัศน์ทุกครั้งที่ไม่ใช่ เป็นต้น อีกทั้งการใช้ชีวิตแบบพอเพียงช่วยให้มีการใช้เงินอย่างประหยัด และสามารถเก็บออมเงินได้ มิตินี้ที่สามารถใช้ได้กับทุกคน ทุกอาชีพ ทั้งที่พักอาศัยอยู่ในเมืองและในชนบท

7) การยอมรับในการสูงอายุ (Accepting aging) เป็นการยอมรับต่อการเสื่อมสภาพที่เป็นไปตามกระบวนการทางธรรมชาติ และยอมรับคนรุ่นหลังที่จะมาทำหน้าที่แทนตนเอง โดยผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าคุณเองเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่อมีอายุตั้งแต่ 60 ปี อีกทั้งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบว่า ความแข็งแรงของร่างกายลดลงจากเดิมจนสังเกตได้ ผู้สูงอายุจะไม่สามารถทำกิจกรรมได้นานเท่าเดิม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจและยอมรับต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

8) ทำบุญและทำความดี (Making merit and good deeds) ซึ่งการทำบุญและการทำสิ่งที่ดีด้วยตนเองตามความเชื่อทางศาสนาอย่างต่อเนื่อง หรือการทำโดยไม่หวังผลตอบแทน เชื่อว่าทำให้เกิดความสุข ความสงบในชีวิต การได้พบเจอแต่สิ่งที่ดี และการสะสมความดีช่วยสร้างความแข็งแรง ทำให้ชนะอุปสรรค ความโชคร้าย หรือความทุกข์ทรมาน

9) การจัดการกับความเครียด (Managing stress) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อบุคคล เนื่องจากความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การจัดการกับความเครียด ได้แก่ การคิดในแง่บวก การปล่อยวาง การไม่วิตกกังวลโดยไม่มีเหตุผล การดำเนินชีวิตอยู่เพื่อวันนี้และไม่กังวลถึงสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาการปรึกษาคู่สมรส หรือ บุคคลในครอบครัวจะช่วยลดและป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้น

2.2.4 กัตติกา ธนะขว้าง (2551) ได้ทำการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ ภายใต้แนวคิดการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุของ Rowe and Kahn (1998) เป็นการศึกษาผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดน่าน และได้แบ่งองค์ประกอบการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (physical function) เป็นความสามารถด้านการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งกิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเองนั้น มีทั้งกิจกรรมขั้นพื้นฐาน และกิจกรรมที่มีความซับซ้อน

2) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) ความสามารถทางด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงกับความจำ หรือทางด้านสติปัญญา ช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต

3) การเข้าสู่แต่ละช่วงวัย (active engagement with life) มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม บทบาทหน้าที่ทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การเข้าสู่แต่ละช่วงวัยถ้ายังคงได้รับความเคารพนับถือในด้านการทำงาน ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน คงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

4) จิตวิญญาณเชิงบวกและทางด้านศาสนา (positive spirituality and religiosity) จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของชีวิต และมีความเชื่อมโยงกับศาสนาไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ อีกทั้งมีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และการมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์

2.2.5 ชุติกร ตานยุทธศิลป์ (2551) ได้ทำการศึกษาศึกษาการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ได้ทำการศึกษาเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนาบัว จังหวัดพิษณุโลก จากนั้นได้นิยามความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามกาลเวลา เพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีทั้งกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นอกจากนั้นแล้วยังได้ให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกันนิยามความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบดังนี้

1) การรับรู้ด้านบวกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (having positive perception about growing old) การรับรู้ทางด้านบวกเกี่ยวกับการสูงวัย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดา เป็นคุณลักษณะขั้นพื้นฐานของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ทางบวกจะมีชีวิตอยู่ยืนยาว โดยมีหลานของพวกเขาค่อยอยู่รายล้อม

2) ความสามารถในการกระทำหรือปฏิบัติต่อสิ่งที่ให้คุณค่า (being able to do or choose something meaningful) การเลือกทำในสิ่งที่ให้คุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในผู้สูงอายุ มีหลายสิ่งทำให้เกิดคุณค่า ได้แก่ การคงไว้ซึ่งการทำงาน การดูแลตนเอง การออกไปเที่ยวในที่ที่อยากไป การเลือกหรือทำในสิ่งที่ตนเองอยากทำ การทำสิ่งที่ให้คุณค่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพลัง มีแรงที่จะทำไปให้ถึงเป้าหมาย จะนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

3) การมีแรงมีกำลัง (having Kum-Lung) การมีแรงมีกำลังเป็นส่วนหนึ่งของการคงไว้ซึ่งสุขภาพด้านการทำงาน ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองยังมีค่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น พวกเขาจะมีความแข็งแรงลดลง ไม่สามารถออกไปงานได้เหมือนก่อน ในทางตรง

ข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าตนเองมีกำลังที่จะดำเนินกิจกรรมประจำวันในการดูแลตนเอง จะส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

4) การมีจิตใจเข้มแข็ง (having a strong heart) การมีจิตใจเข้มแข็งเป็นส่วนหนึ่งให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ การมีสุขภาพทางกายปกติ จะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้สูงอายุเชื่อว่าถ้ามีจิตใจที่เข้มแข็ง การมีชีวิตอยู่จะดี และมีความสุข ซึ่งตรงกับสำนวนไทยที่ว่า “ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว”

5) การไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ (having absence of disease) การเป็นผู้สูงอายุที่มิการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ คือ การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยและการมีโรค ทำให้ตนเองมีกำลังลดลง ส่งผลให้มีสุขภาพที่ไม่ดี เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งคล้ายกับคำของพระพุทธศาสนาที่ว่า การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ

6) ครอบครัวที่ปรองดอง อบอุ่น (having a harmonious family) การมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ได้รับความรัก จากสมาชิกภายในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่น มีความสุข และมีความปลอดภัยในชีวิต อีกทั้งการใช้เวลากับครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความเพลิดเพลิน และเมื่อเจ็บป่วยมีลูกหลานคอยดูแล เป็นสิ่งที่ประคับประคองทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุ

7) การมีจิตใจสงบ (having a peaceful mind) การมีความรู้สึกสงบทางใจ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมทางศาสนาความเชื่อ และค่านิยมทางวัฒนธรรม ศาสนามีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ความเชื่อทางด้านศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การทำบุญ ใส่บาตร หรือให้อาหารสัตว์ การฟังธรรม การสวดมนต์ก่อนนอน การขอพรต่อพระพุทธรูป ทำให้ผู้สูงอายุมีความสงบทางจิตใจ และมีความสุข

8) การนับถือและศรัทธาต่อผีบรรพบุรุษ (having faith in ancestors and spirits) การนับถือและศรัทธาต่อสิ่งที่มองไม่เห็น เช่น ผีบ้านผีเรือน ผีปู่ หรือดวงวิญญาณอื่น ๆ มีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนมีความเชื่อและเคารพ เนื่องจากเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความสงบทางใจ และทำให้เกิดความสุข

9) ความภาคภูมิใจในชีวิต (having a sense of pride) เกิดขึ้นได้จากความสามารถของตัวผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม ความรู้ที่มี ทักษะการทำงาน การได้ทำงานเป็นอาสาสมัคร การทำบุญ การทำสิ่งที่ดี หรือ คุณงามความดีเคยที่ปฏิบัติทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกองค์ประกอบของแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ลัตตาเลียมวงค์ (2551) ซึ่งประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การบริหารความคิด

การมีส่วนร่วมทางสังคม การมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง การใช้ชีวิตแบบเรียบง่ายและพอเพียง การยอมรับในการสูงวัย การทำบุญและการทำความดี และการจัดการกับความเครียด มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากองค์ประกอบทั้ง 9 ด้าน มีความครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวมของตัวบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งองค์ประกอบของแนวคิดยังมีความสอดคล้องกับเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุดังนี้

2.3.1 แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy Aging Instrument [HAI]) สร้างขึ้นโดย ลัดดา เกียมวงศ์ (2551) เพื่อใช้ในการประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย เป็นการประเมินที่มีความครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เครื่องมือนี้ได้ทำการสร้างขึ้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึก ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้ข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ หลังจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้มีการตัดจำนวนข้อคำถาม ร่วมกับปรับปรุงข้อความให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่ายขึ้น เหลือข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ เมื่อนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่นโดยการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา ทำการวิเคราะห์หาค่าความตรงเชิงโครงสร้าง สุกท้ายแบบประเมินนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 15 นาที

แบ่งการประเมินออกเป็นปัจจัยทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย 2) ด้านการบริหารความคิด 3) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม 4) ด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม 5) การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง 6) ด้านการยอมรับในการสูงวัย 7) ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย 8) ด้านการทำบุญและการทำความดี 9) การจัดการกับความเครียด คะแนนอยู่ในช่วง 35-175 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนที่สูงหมายถึงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในระดับสูง ค่าความสอดคล้องภายในของแต่ละปัจจัย .69 ถึง .80 ค่า CVI เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่นตรวจสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

Manasatchakul et al. (2016) ได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96

2.3.2 แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ สร้างขึ้นโดย สมพร รัตนพันธ์ (2551) จากแนวคิดของ Rowe and Kahn (1997) เพื่อประเมินพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่จะนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบ

ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) การหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและความพิการ 2) สมรรถนะที่ดีทางด้านจิตใจ 3) สมรรถนะที่ดีทางด้านร่างกาย และ 4) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีคุณค่าในชีวิต

คะแนนอยู่ในช่วง 17-93 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ และค่าความเชื่อมั่นตรวจสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

2.3.3 แบบประเมินแรงจูงใจของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy Aging Incentives Scale [HAIS]) สร้างขึ้นโดย Aday and Wallace (2015) เพื่อใช้ประเมินแรงจูงใจในการผลักดันให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งการประเมินออกเป็นปัจจัยทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพและการออกกำลังกาย 2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ 3) ความเชื่อในการควบคุม 4) การปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม และ 5) คุณลักษณะของการขัดเกลาทางสังคม เป็นเครื่องมือที่นำไปใช้ร่วมกับการตรวจคัดกรองความดันโลหิต ระดับคอเลสเตอรอล ค่าน้ำตาลในกระแสเลือด และบันทึกน้ำหนักร่างกาย

ค่าความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถาม .70 เป็นต้นไป และค่าความเชื่อมั่นตรวจสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของ ลัดดาเถียมวงศ์ (2551) เนื่องจากแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพได้มีการจัดทำขึ้นจากพื้นฐานแนวคิดทางตะวันตก และได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย อีกทั้งเครื่องมือนี้มียอดประกอบที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือนี้มาศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

2.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่ามีความคิดในการส่งเสริมสุขภาพอยู่หลายแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ได้แก่ แนวคิดการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (Successful Aging) แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่มีพัฒนาพลัง (Active Aging) และแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (Productive Aging) ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ เน้นให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการทำหน้าที่ เพื่อให้เกิดความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิต โดยรายละเอียดมีดังนี้

2.4.1 แนวคิดการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (successful Aging)

มีผู้ที่เสนอแนวคิดนี้ไว้หลายแนวคิด แต่แนวคิดที่ได้รับความนิยม คือแนวคิดการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุของ Rowe and Kahn (1997) ซึ่งการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (Rizzo and Seidman, n.d.)

1) การหลีกเลี่ยงจากโรคและความพิการ (low probability of disease and disease-related disability) ไม่เพียงแต่การไม่แสดงออกของโรคให้เห็นแล้ว แต่ยังรวมถึงการไม่มีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอีกด้วย

2) การคงไว้ซึ่งการรู้คิดที่ดี และการคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย (high cognitive and physical functional capacity) เป็นศักยภาพในการทำกิจกรรมของตัวบุคคลว่าสามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือไม่

3) การทำงานอย่างต่อเนื่อง และมีความกระตือรือร้นในชีวิต (active engagement with life) รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการทำกิจกรรม หรือการติดต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.4.2 แนวคิดพัฒนาพลัง (Active Aging)

เป็นแนวคิดที่กล่าวขึ้นโดย WHO ในปี 2002 แนวคิดพัฒนาพลังนี้ได้รับการพัฒนา มาพื้นฐานของแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ได้ให้ความหมายไว้ว่า พัฒนาพลัง คือกระบวนการแสวงหาโอกาสที่เหมาะสม ที่จะทำให้เกิดสุขภาวะ และความสามารถในการมีส่วนร่วม และความมั่นคง เพื่อที่จะทำให้ตัวบุคคลหรือกลุ่มประชากรมีคุณภาพชีวิตที่เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น (WHO, 2002) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ด้านต่าง ๆ ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1) สุขภาพ (health) เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการคงไว้ซึ่งการมีกิจกรรม เพื่อให้มีสุขอนามัยที่เหมาะสม

2) การมีส่วนร่วมในชีวิต (participation in life) เป็นการให้ความหมายกับครอบครัวและสังคม

3) ความมั่นคง (security) เป็นความมั่นคงทางการเงิน ทางสังคม และครอบครัว

2.4.3 แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (Productive Aging)

เป็นการทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดมูลค่าทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม ในปี ค.ศ. 1983 Robert Butler ได้มีการพูดถึงบทบาทที่ลดลงของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลทางด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงได้มีการพูดถึงบทบาท ความสามารถ และศักยภาพของของผู้สูงอายุที่สร้างคุณค่าให้กับสังคม (Bass and Caro, 2001) ซึ่งกิจกรรมที่แสดงถึงการมีคุณค่า ได้แก่

งานที่ก่อให้เกิดรายได้ และงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ งานที่ทำในครอบครัว การเป็นอาสาสมัคร เป็นต้น

ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2552)

1) สิ่งแวดล้อม (environment) ประกอบด้วย การเมือง สิ่งแวดล้อมทางสังคม สงคราม สภาพเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงลักษณะประชากร เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ แต่ส่วนประกอบเหล่านี้มีอำนาจในการควบคุมผลลัพธ์ และระดับการมีส่วนร่วมของบุคคล

2) สิ่งแวดล้อมและช่วงอายุ (Cohort) บุคคลเติบโตขึ้นมาเมื่อมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตในวัยสูงอายุ อีกทั้งบริบทของสิ่งแวดล้อมทางสังคมทั้งในอดีตและปัจจุบันมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย

3) สถานภาพ (Situation) เป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม บทบาทที่หน่วยงานเป็นผู้กำหนด รวมทั้งบทบาทที่เกิดจากความผูกพันในครอบครัว อย่างเช่น ญาติพี่น้อง คู่สมรส ลูกหลาน เป็นต้น

4) ปัจเจกบุคคล (Individual) ประกอบด้วยปัจจัยทางจิตวิทยา แรงกระตุ้น ความคิดสร้างสรรค์ ทักษะคิดและความสามารถในการเรียนรู้ ซึ่งถูกกำหนดมาจากการกำเนิด ลักษณะทางสรีรวิทยา โครงสร้างพันธุกรรม และลักษณะทางชีววิทยา บุคคลจะถูกกระตุ้นด้วยส่วนประกอบเหล่านี้ และจะพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ซึ่งมีข้อจำกัด

5) นโยบายสังคม (Social policy) นโยบายของรัฐ นโยบายการจ้างงาน การเก็บภาษี เบี้ยบำนาญ เป็นต้น ซึ่งนโยบายเหล่านี้มีผลกระทบต่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์

6) ผลลัพธ์ (Outcome) ระดับการมีส่วนร่วม สภาพแวดล้อมการทำงาน บริการที่นายจ้างจัดให้ เมื่อปัจจัยในส่วนประกอบใดส่วนประกอบหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลกระทบต่อระดับการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์

ดังจะเห็นได้ว่าแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะจะมีหลายแนวคิด แต่แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะนั้นเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการสูงวัย ในการเรียนรู้ และการปรับตัวตลอดช่วงชีวิต เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านในแต่ละช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ก่อนจะนำไปสู่การเกิดความผาสุก การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ต่อไป

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้นั้น ประกอบด้วยหลายปัจจัย โดยมีปัจจัยที่ได้ทำการศึกษา ดังนี้

3.1 เพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ

เพศ คือ สิ่ง que แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ความแตกต่างทางของเพศมีผลกับบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบในด้านการทำงาน (กัตติกา ณะขว้าง, 2551) อีกทั้งความแตกต่างทางด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล เพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงเอาใจใส่ต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Rattanapun et al., 2009)

จากการศึกษาของ กัตติกา ณะขว้าง (2551) พบว่า เพศที่แตกต่างกันส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยพบว่าการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในผู้สูงอายุชายดีกว่าในผู้สูงอายุเพศหญิง เพศชายมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คิดเป็นร้อยละ 40.2 และเพศหญิงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คิดเป็นร้อยละ 44.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ McLaughlin, Jette and Connell (2012) พบว่า เพศชายมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Han et al. (2015) และ White et al. (2015) พบว่าเพศไม่สัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ

3.2 ระดับการศึกษากับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ก่อให้เกิดปัจจัยด้านอื่น ๆ ตามมา เนื่องจากการศึกษาช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาทักษะความรู้ อยู่เสมอ ให้มีการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอย่างเป็นระบบ เลือกรสิ่งที่ดีในการดูแลสุขภาพของตน ช่วยให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (กัตติกา ณะขว้าง, 2551; สมพร รัตนพันธ์, 2551) อีกทั้งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสในตำแหน่งหน้าที่การงานที่สูง ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และยังทำให้เกิดรายได้สูงตามไปด้วย เป็นโอกาสให้เข้าถึงแหล่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินและความพึงพอใจได้มาก (Zimmer and Kwong, 2004)

จากการศึกษาของ กัตติกา ณะขว้าง (2551) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คิดเป็นร้อยละ 63.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ และคณะ (2552) พบว่าระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการ

สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bell et al. (2014) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีโอกาสเกิดสุขภาวะที่ไม่ดีสูง 1.45 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง (OR=1.45) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Han et al. (2015) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ White et al. (2015) พบว่า การสำเร็จการศึกษามีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษามีโอกาสเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้สูง 1.16 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่สำเร็จการศึกษา (OR=1.16) แต่จากการศึกษาของ Burke et al. (2001) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยทางสถิติเฉพาะผู้สูงอายุเพศชายเท่านั้น

3.3 รายได้กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

รายได้ เป็นสิ่งสำคัญต่อการเข้าถึงทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต สามารถเลือกทำกิจกรรมตามความพึงพอใจ และเข้าถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความสุขได้ ทำให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Zimmer and Kwong, 2004) ผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุงานที่มีรายได้อยู่ในระดับสูง มักมีสุขภาวะที่ดี เนื่องจากการมีรายได้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจทำอะไรได้ตามความต้องการ ผู้สูงอายุที่มีรายได้จะสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาวะได้ตามความพอใจ มีการใช้ชีวิตได้อย่างไม่ขัดสนซึ่งก่อให้เกิดความสุขในวัยสูงอายุ ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่ไม่มีแหล่งรายได้จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีแหล่งรายได้จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต (อาภาพร อรุณรัศมี, 2553; กิริยา ตันสวัสดิ์, 2556)

จากการศึกษาของ กัตติกา ธนะขว้าง (2551) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 คิดเป็นร้อยละ 64.4 อีกทั้งจากการศึกษาของ สุภัญญา สุขวรรณโน (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการวางแผนรายจ่าย ประหยัด ออมเงิน ยังสามารถหารายได้เพื่อใช้จ่ายส่วนตัวด้วยตนเอง รวมถึงการได้รับเบี้ยยังชีพ เงินจากการเป็นผู้นำทางพิธีทางศาสนาตามความเชื่อของชุมชน และมีการใช้เงินอย่างส่งผลให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษา Burke et al. (2001) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้สูงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 64 และในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 72

3.4 ความสามารถในการทำงานของร่างกายกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการทำงานของร่างกาย เป็นความสามารถในการดูแลตามความต้องการของตัวบุคคลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองนั้นมีตั้งแต่กิจกรรมพื้นฐานไปจนถึงกิจกรรมที่มีความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในสังคม ถ้าการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นไปได้ง่ายลำบาก จะส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางลบต่อสุขภาพตามมา (กัตติกา ธนะขว้าง, 2551)

จากการศึกษา McLaughlin et al. (2012) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานไปจนถึงการทำกิจกรรมที่ต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ได้จะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อีกทั้งผู้สูงอายุที่ยังคงความสามารถในการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับสูง เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้เช่นกัน (Hen at al., 2015) จากการศึกษาของ Mhaolain et al. (2012) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.218$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัตติกา ธนะขว้าง (2551) พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถทำนายถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R^2=.87$)

ดังนั้น ความสามารถในการทำงานของร่างกาย หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี ตั้งแต่ลุกจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

การประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกาย

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย Mahoney and Barthel (1965) เพื่อนำมาประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน แบบประเมินนี้ได้รับการดัดแปลงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) ครอบคลุมประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การเข้าใช้ห้องสุขาและทำความสะอาดหลังขับถ่าย การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง การเคลื่อนย้ายตนเองภายในห้อง/บ้าน การขึ้นลงบันได การกลั้นปัสสาวะและการกลั้นอุจจาระ คะแนนอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ภาวะพึ่งพารุนแรง ภาวะพึ่งพานกลาง และไม่มีภาวะพึ่งพา แบบประเมินได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำไปเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุไทย และนำมาหาค่าความเที่ยง โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79

ซึ่งวิไลพร ขำวงศ์ และคณะ (2554) ได้นำแบบประเมินไปศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หาค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ที่ดัดแปลงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) มาใช้ในการประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากแบบประเมินนี้ประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกายขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ก่อนจะนำไปสู่การทำงานในด้านอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อนต่อไป

3.5 ภาวะโภชนาการกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีคุณภาพและได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการถนอมสุขภาพ เป็นการป้องกัน การชะลอ การเกิดโรคเรื้อรัง และลดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Bernstern, 2010; Touhy, 2014)

จากการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์ (2551) ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย รับประทานผักและผลไม้สด ดื่มน้ำสะอาด ดื่มนมและนมถั่วเหลือง อีกทั้งการไม่ยึดติดอยู่กับรสชาติของอาหาร รับประทานอาหารที่ถูกหลัก รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (สุกัญญา สุขวรรณโน, 2551) อีกทั้ง จากการศึกษาของ Haveman-Nies (2003) พบว่า การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดสุขภาพที่ไม่ดี โดยผู้สูงอายุเพศหญิงที่รับประทานอาหารไม่มีคุณภาพมีโอกาสเกิดสุขภาพที่ไม่ดีสูง 1.3 เท่าของเพศหญิงที่รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ (OR=1.3) และจากการศึกษาของ Bell et al. (2014) พบว่าในเพศชายที่มีการรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพมีโอกาสเกิดสุขภาพที่ไม่ดีสูง 1.2 เท่าของเพศชายที่รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ (OR=1.2) และการมีค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 มีความสัมพันธ์กับการเกิดสุขภาพที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 มีโอกาสเกิดสุขภาพที่ไม่ดีสูง 1.69 เท่าของผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่า (OR=1.69)

ดังนั้น ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แสดงออกมาจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ต่อการรับสารอาหารที่มีประโยชน์ และมีความเหมาะสม เข้าสู่กระบวนการย่อย การดูดซึม การเผาผลาญ และการขับถ่าย

แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบทดสอบที่เรียกว่า Mini Nutrition Assessment (MNA[®]) เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่ ค้นพบโดย Yves Guigoz ผู้เชี่ยวชาญโภชนาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และพัฒนาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจากนานาประเทศ เพื่อใช้ประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย สำหรับฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (อรพินท์ บรรจง และคณะ, 2548) ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 10-15 นาที แบบประเมินแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 3 นาที เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องการได้รับอาหาร การเคลื่อนไหวที่ ดัชนีมวลกาย (BMI) การประเมินน้ำหนักร่างกายที่ลดลง ความเครียดด้านจิตใจ การเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม หรือปัญหาทางด้านจิตสังคม โดยส่วนนี้จะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-14 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีภาวะโภชนาการปกติ และมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร เมื่อผู้สูงอายุได้คะแนนรวมเท่ากับหรือต่ำกว่า 11 คะแนน จะต้องเข้าไปประเมินต่อในส่วนที่ 2

ซึ่งส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยส่วนนี้จะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน ซึ่งในส่วนนี้จะเป็นการให้รายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับภาวะโภชนาการทั้งหมดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นผลรวมของคะแนนส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 จะมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีภาวะโภชนาการปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และมีภาวะขาดสารอาหาร

ซึ่งกิตติกร นิลมานันต์ และคณะ (2556) ได้นำแบบประเมินฉบับแปลนี้ไปศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ค่าค่าแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75

Mathew et al. (2015) ได้ทำการศึกษาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยนำไปเก็บข้อมูลในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในประเทศอินเดีย จำนวน 190 คน พบว่าค่าแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

การศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutrition Assessment (MNA[®]) มาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีความครอบคลุมถึงรูปแบบ ปริมาณ ของการรับประทานอาหาร อีกทั้งยังประเมินถึงปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุ ทำให้การประเมินผลมีความ

ชัดเจน และยังสามารถศึกษาที่ได้ไปใช้วิเคราะห์ถึงปัญหาของภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง

3.6 การเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในผู้สูงอายุ

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นมุมมองแนวคิด และทัศนคติของบุคคลในการมองตนเอง ด้านบวก หรือ ด้านลบ การที่บุคคลมีการยอมรับนับถือตนเองสูง (high self-esteem) หมายถึง บุคคลที่คิดว่าตนเองมีคุณค่า มีเกียรติ มีความพึงพอใจในตนเอง ซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีการยอมรับนับถือตนเองต่ำ หมายถึง บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่ตนเองไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น ซึ่งแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติต่อตนเองในทางบวก และทัศนคติต่อตนเองในทางลบ (Rosenberg, 1965)

จากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2551) พบว่าการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า แม้เป็นแค่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไปก็เป็นการส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม และได้รับการยกย่องจากลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความหวัง (ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา สุวรรณธโน (2551) พบว่าการที่ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือลูกหลานจัดการเรื่องที่ไม่สามารถทำได้ให้สำเร็จ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อีกทั้ง Han et al. (2015) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศเกาหลีพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.525$)

ดังนั้น การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ และมีความสำคัญต่อครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคม

แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่สร้างขึ้นโดย Rosenberg (1965) เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง สำหรับวัยรุ่น แต่ต่อมาได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายทุกช่วงวัย และได้มีการนำมาใช้ประเมินในผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามประเมินทัศนคติต่อตนเองในแง่บวกและแง่ลบ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งยาวลักษณะมหาสิทธิวัฒน์ (2529) นำแบบประเมินนี้มาแปลและนำมาใช้ศึกษาในผู้สูงอายุ ค่าความเชื่อมั่นตรวจสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

ซึ่งขวัญฤทัย อัมสมโภช (2549) ได้นำแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตัวเองที่แปลโดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) มาศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค โดยมีค่าแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

นปภัช กั้นแพงศรี (2557) ได้นำแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองที่แปลโดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) มาศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก โดยมีค่าแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ที่แปลมาจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) มาใช้ในการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร เนื่องจากแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามที่ครอบคลุมถึงการรับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

4. ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

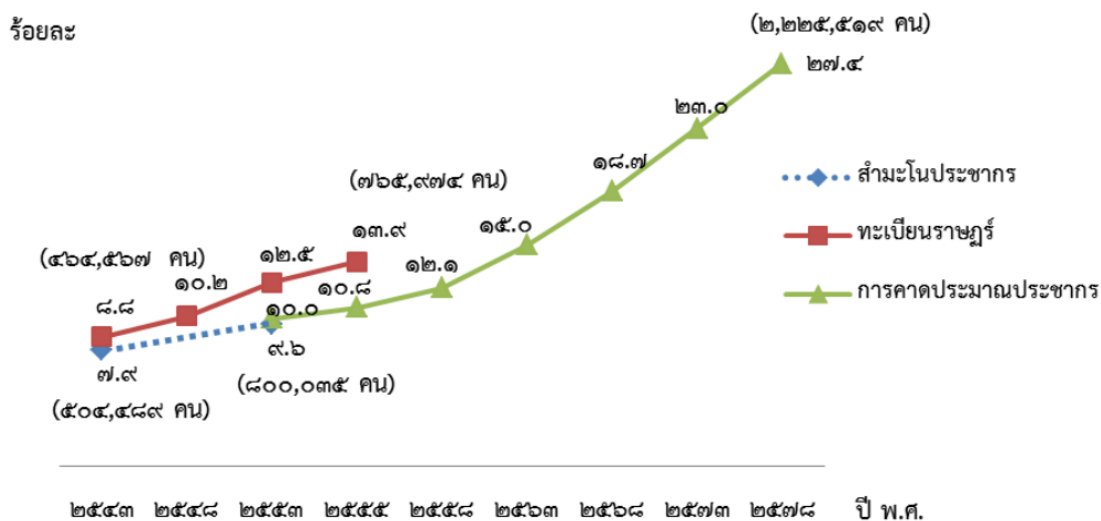
โครงสร้างอายุของประชากรในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากเดิม จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปีพ.ศ. 2557 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 64,871,100 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุถึง 9,928,300 คน คิดเป็นจำนวนร้อยละ 15.3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เนื่องจากจำนวนประชากรสูงอายุจะสูงถึงร้อยละ 20 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ของประชากรทั้งหมด

จากโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ค่าใช้จ่ายของภาครัฐและครอบครัวในเรื่องสวัสดิการและสุขอนามัยที่เพิ่มสูงขึ้น ทางภาครัฐเห็นความสำคัญดังนั้นจึงได้มีการเตรียมการด้านผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) และกำหนดยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมสูงอายุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559)

4.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร ได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเช่นกัน จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปีพ.ศ. 2557 พบว่า กรุงเทพมหานครมีประชากรทั้งหมด 7,980,000 คน เป็นประชากรสูงอายุสูงถึง 922,600 คน

(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) เป็นประเด็นที่ท้าทายเป็นอย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุในเมืองมหานครนี้ให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีความผาสุก และคุณภาพชีวิตที่ดี



ภาพที่ 1 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557)

ดังนั้นกรุงเทพมหานครได้ให้การร่วมมือกับหลายหน่วยงานเพื่อร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ.2557-2560) ขึ้น ให้มีความสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร อีกทั้งยังมีการจัดทำแผนกรุงเทพมหานครระยะยาว 20 ปี (พ.ศ.2556-2575) โดยแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีดังนี้

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ.2557-2560) มีวิสัยทัศน์ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า และมีความสุข” ได้แบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ มุ่งเน้นที่การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด รวมทั้งมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นสร้างระบบคุ้มครองทุกมิติให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งที่พึ่งตนเองได้ และอยู่ในภาวะพึ่งพา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรในกรุงเทพมหานครทุกช่วงวัยเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรในวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการของกรุงเทพมหานคร และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการและการวางแผนพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีบูรณาการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร

อีกทั้งยังมีการจัดทำแผนกรุงเทพมหานครระยะยาว 20 ปี (พ.ศ.2556-2575) ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 6 ประการ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ ซึ่งจะอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งว่าด้วย “มหานครสำหรับทุกคน” สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญกับประเด็นผู้สูงอายุ อีกทั้งยังกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ย่อยที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุไว้อย่างเป็นทางการ ได้แก่ ประเด็นยุทธศาสตร์ย่อย 3.1 ว่าด้วย การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ย่อย 3.1 นี้มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุของกรุงเทพมหานครใน 3 มิติ ได้แก่

1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ทันสมัย ครบถ้วน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการจัดสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
2. การปรับปรุงและพัฒนาระบบสาธารณูปโภค และสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่สาธารณะทั้งภายในและภายนอกอาคารให้เอื้อประโยชน์ และผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้ร่วมกับประชากรวัยอื่นได้อย่างสะดวกและปลอดภัย
3. การจัดระบบสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมทั่วถึงและเป็นธรรม หลักประกันรายได้จากเบี้ยยังชีพ การให้ความช่วยเหลือในด้านที่อยู่อาศัย ด้านการประกอบอาชีพ และการรักษาพยาบาล (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าทุกภาคส่วนได้เล็งเห็นความสำคัญในการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) หน่วยงานทางภาครัฐได้มีการจัดทำแผนดำเนินการเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้ง แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) แผนกรุงเทพมหานครระยะยาว 20 ปี (พ.ศ.2556-2575) ซึ่งแสดงถึงการให้

ความสำคัญต่อการเตรียมการเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ และเพื่อให้ประชากรในประเทศไทยก้าวสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ทางสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญนี้เช่นกัน ดังนั้นสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์จึงได้มีการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บนพื้นที่ของตนเอง โดยการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีดังนี้

4.2 การดำเนินงานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

สำนักงานสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญ และได้มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนบทที่ดินของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เช่นเดียวกัน โดยมีวิสัยทัศน์ว่า “ก้าวอย่างอย่างมีคุณค่า สูงวัยอย่างมีความสุข” เป็นเป้าหมายสูงสุดในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบนพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ได้รับโอกาสในการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ในวิถีชีวิตอยู่ในความพอเพียง สู่ชุมชนที่มีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า มีความสุขทั้งทางกายและทางใจ โดยยึดแนวทางการพัฒนาอย่างสมดุลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการพัฒนาชุมชนตามแนวพระราชดำริ “บ ว ร”

แนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ได้แก่
 - 1.1 เพื่อการดูแลระยะยาวต่อผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง
 - 1.2 เพื่อการสร้างงาน สร้างอาชีพ และสร้างรายได้ รวมทั้งกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ
 - 1.3 เพื่อปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
 - 1.4 เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ
2. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ ได้แก่
 - 2.1 การเสริมสร้างสุขภาวะทางด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง มีการมุ่งเน้นไปที่การป้องกัน และบรรเทาอาการของโรคต่าง ๆ โดยจัดกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
 - 2.2 การเสริมสร้างความสุขทางใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีที่พึ่งทางจิตใจ
3. ขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ

3.1 จัดทำระบบฐานข้อมูลและนำข้อมูลดังกล่าวกลับไปนำเสนอให้กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูล

3.2 ค้นหาทุนทางสังคมของชุมชน กลุ่มผู้นำชุมชน และผู้มีความสามารถดำเนินงานในชุมชน จากการรวบรวมข้อมูลทำให้ทราบถึงจำนวนประชากรในชุมชน ทรัพยากรที่มีอาชีพ แกนนำ เพื่อนำมากำหนดแกนนำหลัก (key man) ในการขับเคลื่อนงาน

3.3 การศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และชมต้นแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่อยู่ในชุมชนต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ ผลจากการศึกษาดูงานนำมาวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุประจำทุกเดือน เรียกการประชุมนี้ว่า “วงเดือนลำดวน”

3.4 ประสานภาคีเครือข่ายให้เข้ามาร่วมงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ดังนี้

3.4.1 ในกลุ่มการดูแลระยะยาวต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องมีผู้ให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นต้องมีการประสานงานขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน พยาบาลชุมชน และนอกจากนั้นยังมีการให้ความรู้โดยจัดการฝึกปฏิบัติจากหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน

3.4.2 การสร้างงาน อาชีพ และรายได้ รวมทั้งกิจกรรมทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ นอกจากเบี้ยยังชีพที่ผู้สูงอายุได้รับ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้ เป็นการสร้างคุณค่าทางด้านจิตใจให้กับผู้สูงอายุ

3.4.3 การปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยประสานความร่วมมือกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จัดทำแผนผัง ออกแบบพื้นที่ส่วนกลางชุมชน และออกแบบบ้านอย่างเหมาะสมกับการดำรงชีวิต ได้แก่ การทำราวจับทางเดิน ราวจับในห้องน้ำ โถสุขภัณฑ์ และกระเบื้องกันลื่นในห้องน้ำ เป็นต้น

3.4.4 การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ต้องมีการเตรียมพร้อมทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

3.5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างชุมชน หน่วยงานภาคีที่ร่วมดำเนินงาน และกำหนดแผนการดำเนินงานร่วมกัน “การจัดการความรู้” เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ การแบ่งปัน และการพัฒนาศักยภาพในการทำงานผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

ปีพ.ศ. 2557 สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้มีการจัดพื้นที่เพื่อทำโครงการเพิ่มโอกาสความสุขให้กับผู้สูงอายุในชื่อ “โครงการใส่ใจและดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ซึ่งโครงการที่จัดทำขึ้นนี้ ได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือจากภาคีหลายภาคส่วนที่เข้ามาร่วมกันสร้างโอกาส

พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน ทั้งในด้านการดูแลระยะยาวต่อกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และจิตอาสา

ต่อมาในปีพ.ศ. 2558 สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายส่วนต่าง ๆ ซึ่งขยายผลไปสู่การเชื่อมโยงเครือข่ายผู้สูงอายุในเขตห้วยขวาง และเขตวังทองหลาง รวมทั้งหมด 11 ชุมชน ดังนี้

1. เขตห้วยขวาง ประกอบด้วยชุมชนจำนวน 2 ชุมชน ได้แก่
 - 1) ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา
 - 2) ชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3
2. เขตวังทองหลาง ประกอบด้วยชุมชนจำนวน 9 ชุมชน ได้แก่
 - 1) ชุมชนแก้วพัฒนา
 - 2) ชุมชนร่วมสามัคคี
 - 3) ชุมชนทรัพย์สินเก่า
 - 4) ชุมชนทรัพย์สินใหม่
 - 5) ชุมชนคลองพลับพลา
 - 6) ชุมชนเทพลีลา
 - 7) ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา
 - 8) ชุมชนน้อมเกล้า
 - 9) ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา

อีกทั้งได้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพชุมชนตามแนวความคิดการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้ทุกช่วงวัย โดยมุ่งเป้าหมายปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ควบคู่กับการสร้างงาน อาชีพ และรายได้ กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ด้วยการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการจัดกิจกรรมและบริการส่งเสริมด้านอาชีพ รวมทั้งการถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม เป็นศูนย์ส่งเสริมส่งเสริมสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยกิจกรรมของศูนย์มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพอนามัย สนับสนุนการศึกษา อาชีพ สังคม ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ การติดตามให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้ยังคงเป้าหมายในการพัฒนาชุมชนให้ครอบคลุมในทุกช่วงวัย น้อมนำแนวคิด บ ว ร มาเป็นหลักสำคัญในการเชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่คนทุกช่วงวัยในชุมชนเพิ่มขึ้น (สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์, 2558)

4.3 ลักษณะของชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครมีพื้นที่การปกครองทั้งสิ้น 1,568.737 ตารางกิโลเมตร หรือ 980,460.625 ไร่ มีการแบ่งพื้นที่บริหารออกเป็น 50 เขต ซึ่งชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 2,009 ชุมชน ซึ่งในพื้นที่มีประชากรทั้งหมด 2,003,793 คน คิดเป็นร้อยละ 35.31 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร ได้มีการแบ่งประเภทของชุมชนออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, 2555)

4.3.1 ชุมชนเมือง หมายถึง ชุมชนที่มีความหนาแน่นของบ้านเมื่อน้อยกว่าชุมชนแออัด กล่าวคือ น้อยกว่า 15 หลังคาเรือนต่อ 1 ไร่ แต่มีความหนาแน่นของจำนวนบ้านมากกว่าชุมชนชานเมือง และกรุงเทพมหานครได้จัดทำประกาศกำหนดให้เป็นชุมชน ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีชุมชนเมืองทั้งหมด 350 ชุมชน

ซึ่งลักษณะที่อยู่อาศัยของชุมชนเมืองจากการแบ่งตามผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2542 กำหนดไว้ว่า เป็นการใช้ที่ดินเพื่อเป็นที่อยู่อาศัย ได้มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องมาจากการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ และจำนวนประชากร ก่อให้เกิดความต้องการที่อยู่อาศัยแบบต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีการก่อสร้าง ซึ่งที่อยู่อาศัยของพื้นที่เขตเมืองแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ที่อยู่อาศัยเขตเมืองชั้นใน และที่อยู่อาศัยเขตต่อเมือง ดังนี้

1) ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเมืองชั้นในของกรุงเทพมหานคร มีลักษณะที่สำคัญ 2 ประเภท ได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัยเขตกรุงรัตนโกสินทร์ ย่านสถาบันราชการ และย่านการค้าเก่า 2) ที่อยู่อาศัยเขตย่านธุรกิจการค้า สำนักงานและการบริการ

2) ที่อยู่อาศัยเขตต่อเมืองของกรุงเทพมหานคร มีลักษณะสำคัญ ประเภท ได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัยลักษณะชุมชนเมืองใหญ่ ประกอบด้วยศูนย์การค้า สำนักงานธุรกิจ สถาบันราชการ มีบริการสาธารณูปโภคและสาธารณูปการที่สมบูรณ์ 2) ที่อยู่อาศัยซึ่งตั้งอยู่ใน Super block ขนาดใหญ่มีถนนสายหลัก และซอยจำนวนมากให้บริการเข้าถึงที่อยู่อาศัย และ 3) ที่อยู่อาศัย ซึ่งตั้งกระจายอยู่ตามเส้นทางคมนาคมขนส่งของถนน ทางรถไฟ และคลอง

4.3.2 ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนส่วนใหญ่ที่มีอาคารหนาแน่น ระเบียบ และชำระค่าน้ำประปา มีประชากรอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย โดยความหนาแน่นของบ้านเรือนอย่างน้อย 15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่ ซึ่งในเขตกรุงเทพมหานครมีชุมชนแออัดทั้งหมด 750 ชุมชน

4.3.3 ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร หมายถึง ชุมชนที่มีบ้านจัดสรรที่เป็นบ้านที่อยู่อาศัย และดำเนินการในภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยวที่มีบริเวณ ทาวน์เฮาส์ ตึกแถว หรือบ้านแฝด ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีหมู่บ้านจัดสรรทั้งหมด 399 ชุมชน

4.3.4 ชุมชนชานเมือง หมายถึง ชุมชนกรุงเทพมหานครได้จัดทำเป็นประกาศชุมชน โดยมีพื้นที่ดำเนินการด้านเกษตรกรรมในเขตกรุงเทพมหานครรอบนอกเป็นส่วนใหญ่ มีบ้านเรือนไม่แออัด แต่ขาดการวางแผนทางด้านผังชุมชน เช่น ทางระบายน้ำ ทางเดินเท้า เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาน้ำท่วมขังส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขของคนในชุมชน ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีชุมชนชานเมืองทั้งหมด 404 ชุมชน

4.3.5 เคหะชุมชน หมายถึง ชุมชนที่ได้รับการจัดตั้งดำเนินการ และดูแลโครงการโดยการเคหะแห่งชาติ มีสภาพเป็นแฟลต ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีเคหะชุมชนทั้งหมด 106 ชุมชน

ชุมชนบนพื้นที่ของกรุงเทพมหานครได้แบ่งออกเป็นหลายประเภท ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นพื้นที่ที่ถือกรรมสิทธิ์โดยสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ โดยลักษณะชุมชนและประชากรในพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ มีดังนี้

4.4 ลักษณะชุมชนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

ชุมชนจัดตั้งในเขตกรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 2,009 ชุมชน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นชุมชนที่บนพื้นที่ที่ถือกรรมสิทธิ์โดยสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์มีทั้งหมด 105 ชุมชน อยู่ในเขตบริหาร 21 เขต ดังนี้ (สำนักงานผังเมือง กรุงเทพมหานคร, 2555)

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1) เขตพระนคร | 2) เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย |
| 3) เขตปทุมวัน | 4) เขตราชเทวี |
| 5) เขตดุสิต | 6) เขตบางคอแหลม |
| 7) เขตคลองเตย | 8) เขตบางกอกน้อย |
| 9) เขตวังทองหลาง | 10) เขตสัมพันธวงศ์ |
| 11) เขตสาทร | 12) เขตห้วยขวาง |
| 13) เขตบางกอกใหญ่ | 14) เขตคลองสาน |
| 15) เขตหลักสี่ | 16) เขตบางนา |
| 17) เขตคันนายาว | 18) เขตบางแค |
| 19) เขตจอมทอง | 20) เขตบางขุนเทียน |
| 21) เขตบางบอน | |

4.4.1 ลักษณะพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้จำแนกออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 1) ชุมชนเมือง เป็นผู้เช่ารายย่อยเพื่ออยู่อาศัยและยังชีพเล็กน้อย
- 2) มูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรสาธารณกุศล

3) หน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจ

4) ผู้เช่าใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์

ซึ่ง 3 ประเภทแรก มีสัดส่วนกว่าร้อยละ 90 ของพื้นที่ทั้งหมดในความดูแลสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ผู้เช่าที่เป็นชุมชน หรือผู้เช่ารายย่อย เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดของพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีฐานะปานกลางไปจนถึงผู้ที่มีรายได้น้อย (สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์, 2556)

4.4.2 ลักษณะประชากรในชุมชนต้นแบบของพื้นที่สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

จากการลงสำรวจสอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุและอาสาสมัครในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ที่รับผิดชอบดูแลพื้นที่ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีทั้งผู้เช่าอยู่อาศัยแต่เดิม ผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากพื้นที่อื่นในกรุงเทพมหานคร ผู้เช่าจากที่อื่นย้ายเข้ามาเนื่องจากสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์มีการปรับปรุงพื้นที่ ผู้อพยพจากต่างจังหวัดเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานครซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้บุกรุกพื้นที่ของรัฐ ผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามาอยู่อาศัยกับบุตรหลาน และผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามาตามคำชวนของเพื่อนบ้าน ดังนั้นประชากรสูงอายุที่อยู่ในพื้นที่จึงมีความหลากหลายเป็นอย่างมาก

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรสูงอายุ ประกอบด้วยเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว ของผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบทั้ง 11 ชุมชนของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2559 มีดังนี้

ชุมชนต้นแบบ 11 ชุมชน มีจำนวนประชากรสูงอายุทั้งหมด 892 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 39 เพศหญิงร้อยละ 61 เมื่อจำแนกตามช่วงวัยพบว่า จัดเป็นผู้สูงอายุวันต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 59 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 26 และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 15

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 64 ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 17 มัธยมศึกษา ร้อยละ 8.5 และปริญญาตรี ร้อยละ 1.5

สถานภาพ โสด ร้อยละ 8 สมรม ร้อยละ 34 หม้าย/หย่า ร้อยละ 58 ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ร้อยละ 7 อยู่อาศัยกับครอบครัว ร้อยละ 41 และอยู่กับคู่สมรส/บุตร 52

รายได้ของผู้สูงอายุในชุมชน มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 95 ความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 50.5 มีรายได้เพียงพอ และร้อยละ 49.5 มีรายได้ไม่เพียงพอ

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55 เบาหวาน ร้อยละ 26 กระดูกและข้อ ร้อยละ 17.5 หัวใจ ร้อยละ 9.5 และหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.5

4.4.3 ลักษณะพื้นที่ชุมชนต้นแบบของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

ชุมชนต้นแบบของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ประกอบด้วยชุมชนในเขตห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ทั้งหมด 11 ชุมชน (สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์, 2558) ดังต่อไปนี้

1) เขตห้วยขวาง ประกอบด้วย 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา และชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 ลักษณะชุมชนทั้ง 2 เป็นชุมชนแออัด พื้นที่ถือกรรมสิทธิ์โดยสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ประชากรภายในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นผู้บุกรุกพื้นที่รัฐ และอีกส่วนคือผู้เช่าอาศัย (กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, 2558)

2) เขตวังทองหลาง ประกอบด้วยชุมชนทั้งหมด 9 ชุมชน ลักษณะของชุมชนมีทั้งชุมชนเมืองและชุมชนแออัด ซึ่งประชากรภายในพื้นที่มีทั้งผู้บุกรุกพื้นที่รัฐ และผู้เช่าอาศัย ได้แก่

(1) ชุมชนแออัด ประกอบด้วยชุมชนทั้งหมด 5 ชุมชน ดังนี้ ชุมชนเทพลีลา ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา ชุมชนทรัพย์สินเก่า ชุมชนน้อมเกล้า และชุมชนร่วมสามัคคี

(2) ชุมชนเมือง ประกอบด้วยชุมชนทั้งหมด 4 ชุมชน ดังนี้ ชุมชนทรัพย์สินใหม่ ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา และชุมชนคลองพลับพลา

สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้ร่วมมือกับสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ได้ดำเนินการปรับปรุงพื้นที่อยู่อาศัย พัฒนาชุมชนท้องถิ่น ยกกระดับคุณภาพชีวิตผู้ที่อยู่ในชุมชน โดยเน้นความมั่นคงของที่อยู่อาศัย ที่เรียกว่า “โครงการบ้านมั่นคง” เป็นการพัฒนาพื้นที่พักอาศัยในชุมชนแออัด และได้แบ่งการพัฒนาพื้นที่ออกเป็น 5 รูปแบบ ดังนี้ (สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์, 2558; สกุนตลา ปัญจกุล, ม.ป.ป.)

- 1) ปรับปรุงชุมชนเดิมให้มีสภาพที่ดีขึ้น มีความมั่นคง (Slum Upgrading)
- 2) ปรับปรุงชุมชนเดิมให้มีผังและโครงสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานที่ดีขึ้น (Reblocking)
- 3) การแบ่งปันที่ดินไปใช้เพื่อประสานประโยชน์ (Land Sharing)
- 4) การรื้อย้ายและสร้างชุมชนใหม่ในบริเวณเดิม (Reconstructing)
- 5) การรื้อย้ายชุมชนออกไปอยู่ในที่ใหม่ (Relocation)

ซึ่งจากการลงสำรวจพื้นที่ชุมชนพบว่า ชุมชนเก่าพัฒนา ชุมชนร่วมสามัคคี ชุมชนน้อมเกล้าได้รับการปรับปรุงพื้นที่เสร็จเรียบร้อยแล้ว ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา ชุมชนทรัพย์สินเก่า ชุมชน

ทรัพย์สินเก่า และชุมชนเทพลีลา อยู่ระหว่างดำเนินการปรับปรุงพื้นที่ สำหรับชุมชนคลองปลับปลา และชุมชนหมู่บ้านปลับปลา จัดอยู่ในกลุ่มการแบ่งปันที่ดินเพื่อใช้ประสานประโยชน์

5. บทบาทของพยาบาลต่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

กระบวนการชราที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังสำรองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนทางด้านการศึกษา หรือส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การพัฒนา การคงไว้ และการป้องกันการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเป็นการมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้นเป็นบทบาทที่มีความสำคัญ พยาบาลควรตระหนักถึงความรับผิดชอบในการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้บุคคลมีร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตที่สมบูรณ์ มีอายุที่ยืนยาว มีการสูงวัยอย่างมี สุขภาวะ มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2551; อรรวรรณ แผนคง, 2553; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554; ประภาพร จินันท์พญา, 2555) บทบาทพยาบาลต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีดังนี้

1. การประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย เช่น ประวัติการรักษาและการรับประทานยา ประวัติและปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน ภาวะโภชนาการ ช่องปากและฟัน เป็นต้น การประเมินสุขภาพจิต เป็นการประเมินและคัดกรองสภาวะทางจิตใจและการรู้คิด อย่างเช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างเช่น ครอบครัว ผู้ดูแล การสนับสนุนทางด้านหน่วยงานภาครัฐและภาคชุมชน การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

2. การสอนและการให้ความรู้ ซึ่งการสอนนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถ ความมั่นใจ และความสามารถในการเรียนรู้ของตนเอง พยาบาลควรคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเชื่อ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถระบุปัญหาสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง นำมาวางแผน และตัดสินใจเลือกที่จะพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดความต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ (อรรวรรณ แผนคง, 2553)

2.1 การให้ความรู้ทางด้านภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การแก้ปัญหาการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งเกิดปัญหาการเคี้ยว การย่อย การและขับถ่าย

2.2 การให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย เป็นการมุ่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับสมรรถนะของอวัยวะ เพื่อไม่ให้เกิดการเสื่อมถอยเพิ่มมากขึ้น เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การแกว่งแขนลดพุง การใช้อุปกรณ์ไม้พลอง หรือหนังยางยืด เป็นต้น

2.3 การให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดในผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคัมรวมกัน ซึ่งแนวทางการให้ความช่วยเหลือนั้นจะเป็นการให้คำแนะนำ และส่งเสริมวิธีการจัดการกับความเครียดให้เหมาะสมกับบุคลิกภาพ

2.4 การให้ความรู้ในเรื่องการบริหารยา เรื่องยาเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นผลมาจากการใช้ยาไม่ตรงตามแผน การใช้ยาหลายชนิด และการใช้ยามืด พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญต่อการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อการใช้ยา ดังนั้นพยาบาลควรมีการพูดคุยกับผู้ดูแลหรือญาติ ในการจัดเตรียมยาให้ผู้สูงอายุรับประทาน ในกรณีที่ผู้สูงอายุจัดยารับประทานเอง ควรให้ผู้สูงอายุอ่านบททวนหน้าของยา ว่าปริมาณยาและเวลาที่รับประทานยามีความถูกต้อง

3. การจัดโปรแกรมส่งเสริมป้องกันภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่กระฉับกระเฉงสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง หรือกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะพึ่งพาอีกทั้งกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่อาศัยอยู่ในบ้าน สถานสงเคราะห์ หรือในโรงพยาบาล เพื่อให้คงความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างสูงสุด อย่างเช่น การจัดโปรแกรมการบริหารร่างกาย โดยให้มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย ความสนใจ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เป็นต้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552)

4. การสร้างคุณค่าและแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก เกิดความรู้ ทักษะที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ จำเป็นต้องใช้ประสบการณ์ของพยาบาลในการเป็นแบบอย่างที่ดี

5. ดำเนินการโดยใช้กลุ่มที่มีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ อย่างเช่น ชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มทางศาสนาที่วัด โบสถ์ หรือมัสยิดเป็นแกนหลักที่พยาบาลสามารถเข้าไปส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากจะเป็นตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณแล้ว ยังสามารถสอดแทรกกิจกรรมทางสุขภาพให้เข้าถึงชุมชนได้อย่างแท้จริง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552)

6. การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพกับหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน อย่างเช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ (ที่มีทั้งทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด

นักจิตวิทยา เกสซ์กร และนักสังคมสงเคราะห์) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยใช้ทักษะการสื่อสารในการให้ข้อมูล การแลกเปลี่ยน และการส่งต่อข้อมูลของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ทำการประสานงานกับหน่วยงานเพื่อค้นหาและวางแผนการสร้างเสริมสุขภาวะร่วมกัน

7. การสร้างสัมพันธภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกปลอดภัยและมีอิสระ การประสานงานระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ทีมสุขภาพ และเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะด้วยตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย

8. การเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีข้อจำกัด หรือมีปัญหาโดยเฉพาะ อีกทั้งพยาบาลยังสามารถสังเกตและให้คำแนะนำในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่ดีสามารถช่วยลดปัญหาการหกล้ม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา การจัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่พักอาศัย ได้แก่ ลดสิ่งกีดขวาง การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและช่วยในการเคลื่อนไหว การจัดเฉดสีของสิ่งของ พื้นต่างระดับ ให้มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เป็นต้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552)

9. การจัดโครงการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552)

การที่พยาบาลจะใช้วิธีใดในการส่งเสริมให้ประชากรมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องทราบถึงสภาพ และความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวิเคราะห์ วางแผนร่วมกันทั้งสหสาขาโดยให้เกิดความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้สามารถวินิจฉัยปัญหา วางแผน และนำไปปฏิบัติตลอดจนการติดตามประเมินผลสิ่งที่สำคัญ คือ การนำผู้สูงอายุและญาติให้เข้ามามีส่วนในการแสดงความคิดเห็นในการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ธัญพร สุรินทร์คำ (2544) ได้ทำการศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในตำบลเหมืองจี้ อ.เหมือง จังหวัดลำพูน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีทั้งเพศชายและเพศหญิง ในตำบลเหมืองจี้ อ.เหมือง จ.ลำพูน จำนวน 200 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นผู้สูงอายุวัยต้นคิดเป็นร้อยละ 60.5 เพศชายมากกว่า

เพศหญิง ด้านความจำส่วนใหญ่มีการจดจำเรื่องราวได้อย่างแม่นยำ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ มีการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน แต่ดื่มน้ำผลไม้ น้ำสมุนไพร และนมถั่วเหลืองเป็นประจำ การดื่มน้ำ 4 แก้วขึ้นไปต่อวัน มีการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน การทำงานบ้าน มีการเข้าร่วมกิจกรรมภายในหมู่บ้าน และการร่วมกิจกรรมทางศาสนา

กัตติกา ธนะขว้าง (2551) ได้ทำการศึกษาทฤษฎีการชราของ Rowe and Kahn (1998) และทฤษฎีความสัมพันธ์ในสังคมกับสุขภาพของ Berkman (2000) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดน่าน จำนวน 469 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในมิติองค์รวม คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในภาพรวมของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.7 และอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงวัยต้น โดยเพศชายมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เพศหญิงมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ระดับการศึกษา และการมีรายได้สูงมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อีกทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐานสามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R^2=.87$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแบบใช้อุปกรณ์สามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R^2=.85$)

ชุลีกร ตำนายุทธศิลป์ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุสุขภาพดีจากมุมมองผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาผู้สูงอายุ หมู่บ้านในภาคเหนือของประเทศไทย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ในชุมชนตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามกาลเวลา เพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ดังนี้ การรับรู้ด้านบวกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความสามารถในการกระทำหรือปฏิบัติต่อสิ่งที่ให้คุณค่า มีแรงมีกำลังใจ จิตใจแข็งแรง ไม่เจ็บไม่ไข้ ครอบครัวปรองดองอบอุ่น มีจิตใจที่สงบ นับถือและศรัทธาต่อผีบรรพบุรุษ และมีความภาคภูมิใจในชีวิต

สมพร รัตนพันธ์ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเข้าสู่สุขภาวะในภาวะการสูงวัยของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ของประเทศไทย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุของ Rowe and Kahn (1997) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในตำบลท่าศาลา อำเภوتاศาลา จังหวัด

นครศรีธรรมราช ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร่วมกันให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไว้ว่า เป็นการไม่มีโรค ร่างกายมีความสมบูรณ์ สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต การไม่มีเคราะหกรรม และการไม่ลบลู่สิ่งที่อยู่เหนือตน เมื่อทำการศึกษาระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวม ($\bar{X}=71.39$) การมีสมรรถนะที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีดังนี้ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์แค่พอดี การออกกำลังกายให้ได้เหงื่อ การทำจิตใจให้สงบ และการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า ซึ่งการปฏิบัติเพื่อให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะนั้นจะมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม และบรรทัดฐานทางสังคม

สุกัญญา สุขวรรณโน (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ: กรณีศึกษาตำบลนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของ Orem (2001) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การดูแลตนเองที่ส่งผลให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ได้แก่ การเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอโดยการทำงานบ้าน ทั้งการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การรับประทานอาหารเช้าที่บ้าน รับประทานอาหารที่ถูกหลักครบ 3 มื้อ การได้รับยกย่องและศรัทธาจากลูกหลาน การวางแผนทางการเงิน การยึดหลักความพอเพียง การเข้าสังคม การร่วมงานบุญ และการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นจะเป็นการสร้างคุณค่าให้กับตนเอง

6.2 งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

Haveman-Nies, Groot and Staveren (2003) ได้ทำการศึกษาเรื่อง อาหารที่มีคุณภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิต และการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในกลุ่มประเทศยุโรป เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยเก็บข้อมูลจำนวน 19 เมืองในกลุ่มประเทศแถบยุโรป กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70-75 ปี ซึ่งผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทำให้สุขภาพไม่ดี ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพต่ำ และการไม่ออกกำลังกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ออัตราการตายที่สูงขึ้น ดังนั้นการรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพทำให้มีโอกาสเกิดสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

Peel, McClure and Bartlett (2005) ได้ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมที่เป็นตัวกำหนดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นการศึกษาด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 8 ฉบับ เป็นงานวิจัยถึงผลลัพธ์ต่อการเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่สามารถทำนายผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางร่างกาย ภาวะน้ำหนักเกิน และการรับประทานอาหารเช้า

Gilbert, Hagerty and Taggart (2012) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1971) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80-95 ปี ที่พักอาศัยในชุมชนเขตเมือง ที่อยู่ทางตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 10 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง เป็นการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีเป้าหมาย อย่างเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการมีกิจกรรมทางสังคม 2) ทักษะคิดเชิงบวก และการมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็น เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการมีชีวิตที่ยืนยาว ช่วยบรรเทาผลกระทบจากการสูงวัย และ 3) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย หรือ มีความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุเพลิดเพลิน และส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าอุปสรรคต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การทำเลือกที่จะทำหรือไม่ทำสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง 2) ข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกิดจากกระบวนการสูงวัย และ 3) ข้อจำกัดจากสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

McLaughlin, Jette, and Connell (2012) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะตามแนวคิด ประมาณความสุข รูปแบบด้านประชากรศาสตร์ และความเที่ยง เป็นการศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุของ Rowe and Kahn (1987) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ใน Health and Retirement Study ซึ่งผลการวิจัยพบว่าความสุขของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะคิดเป็นร้อยละ 3.3-35.5 ส่วนใหญ่อยู่ในผู้สูงอายุวัยต้น (65-74 ปี) ซึ่งเพศชายมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเพิ่มขึ้น

Thanakwang et al. (2012) ได้ทำการศึกษาเรื่อง มุมมองการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี ที่อาศัยในชุมชน จำนวน 160 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ เลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) การส่งเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วย การมีทัศนคติเชิงบวก การแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเอง เป็นการช่วยลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าที่มีในจิตใจของตน และการทำให้ตนเองสนุกสนาน 3) การทำกิจกรรมในชีวิต ประกอบด้วย การคงไว้ซึ่งการติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และการแบ่งความรู้ ประสบการณ์ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน

Bell et al. (2014) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยในบั้นปลายของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในผู้สูงอายุเพศชาย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุของ Rowe and Kahn (1987) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ ฐานข้อมูลของผู้ป่วยใน The Honolulu Heart Program เป็นผู้สูงอายุชายชาวอเมริกันเชื้อสายญี่ปุ่น จำนวน 1,292 ผลการวิจัยพบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 มีความสัมพันธ์กับการเกิดสุขภาพที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 มีโอกาสเกิดสุขภาพไม่ดีสูง 1.69 เท่าของผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่า (OR=1.69) และระดับการศึกษาน้อยกว่า 12 ปี มีความสัมพันธ์การเกิดสุขภาพที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า 12 ปี มีโอกาสเกิดสุขภาพที่ไม่ดีสูง 1.69 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า 12 ปี (OR=1.69) อีกทั้งความสามารถทางด้านการรู้คิดในระดับปานกลางมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางด้านการรู้คิดอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสเกิดสุขภาพที่ไม่ดีสูง 2.75 เท่าของผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางด้านการรู้คิดอยู่ในระดับสูง (OR=2.75)

Cramm and Lee (2014) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสูบบุหรี่ กิจกรรมทางร่างกาย และการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในประเทศอินเดีย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จำนวน 1,683 คน จาก 8 อำเภอใน 4 รัฐ ได้แก่ Punjab Rajhathan Kerala และ Karnataka ผลการศึกษาพบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีโอกาสดังกล่าวที่ไม่ดี 1.059 เท่าของอายุน้อย (OR=1.059) และการไม่มีกิจกรรมทางร่างกายมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทางร่างกายมีโอกาสดังกล่าวที่ไม่ดีสูง 2.437 เท่าของผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางร่างกาย (OR=2.437)

Han et al. (2015) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของชาวเกาหลีวัยผู้ใหญ่ เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 45-77 ปี คัดเลือกจากอาสาสมัครในชุมชนท้องถิ่น ศูนย์ชุมชนสวัสดิการ และชุมชนคริสตจักร จำนวน 171 คน ในเมืองโซล และเมืองเคียงจิ ประเทศเกาหลีใต้ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ สำหรับระดับการศึกษา และรายได้สูงมีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในระดับสูง การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.525$) และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมนันทนาการมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.539$)

White et al. (2015) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การมีรายได้และการประกอบอาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา บทบาทของรายได้และการประกอบอาชีพในการเชื่อมโยงกับการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ: ผลลัพธ์ที่ได้จากประชากรที่ใช้ศึกษาแบบ cohort study กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในฐานข้อมูลของ the Manitoba Study of Health and Aging เป็นการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพร่างกาย สุขภาพด้านการรู้คิด สุขภาพด้านสังคม และสุขภาพด้านจิตใจ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การสำเร็จการศึกษามีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษามีโอกาสการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสูง 1.6 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้สำเร็จการศึกษา (OR=1.16) เมื่อทำการปรับระดับการศึกษาพบว่า รายได้และการประกอบอาชีพสามารถทำนายโอกาสเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในเพศชาย แต่ไม่สามารถนำไปอธิบายในเพศหญิงได้ อีกทั้งเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมี สุขภาวะ

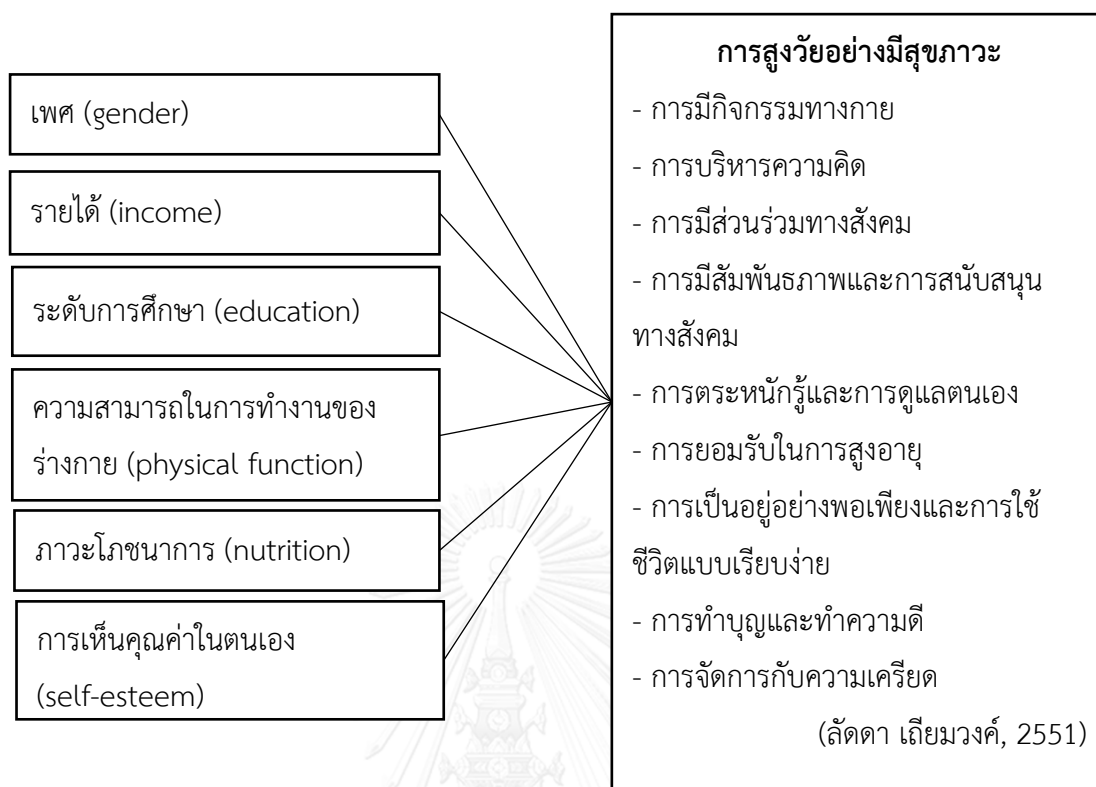
Manasatchakul et al. (2016) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 453 คน จังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส เขตพื้นที่พักอาศัย ระดับการศึกษา ภาวะทุพพลภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ถึงคุณค่าของชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 145.25) มีการรับรู้ถึงคุณค่าของชีวิตในระดับสูง ถึงสูงมากคิดเป็นร้อยละ 81.9 สถานภาพสมรส เขตพื้นที่พักอาศัย ภาวะทุพพลภาพ รายได้ และการรับรู้ถึงคุณค่าของชีวิตมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมีความสำคัญเนื่องจากเป็นกระบวนการเริ่มต้นให้สามารถเปลี่ยนผ่านในแต่ละช่วงชีวิตให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม ซึ่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะประกอบมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีผู้ให้นิยามความหมายและองค์ประกอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไว้หลายแนวคิด แต่แนวคิดที่ผู้วิจัยได้เลือกมาศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร คือ แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ลัดดา เกียมวงศ์ (2551) เป็นแนวคิดที่ศึกษาในบริบทของผู้สูงอายุไทยโดยเฉพาะ อีกทั้งยังมีความครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การบริหารความคิด การมีส่วนร่วมทางสังคม การมีสัมพันธ์ภาพและการสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง การยอมรับในการสูงวัย การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย การทำบุญและการทำความดี และการจัดการกับความเครียด

เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นชุมชนเมืองที่มีความจำเพาะกว่าเขตพื้นที่อื่น จึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในชุมชน ในปัจจุบันพบว่าบทบาทความรับผิดชอบทั้งในเพศหญิงและเพศชายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และความแตกต่างทางเพศที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ อีกทั้งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายเกิดความเสื่อมถอยลงของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลต่อการทำงานของร่างกายในการดูแลตนเองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับบุตรหลานได้ ถึงแม้ว่าประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน แต่จากการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีการปฏิบัติพฤติกรรมทางการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วน ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน และการมีรายได้ที่สูงกว่าเขตพื้นที่อื่น แต่ด้วยความเป็นเมืองมหานครอัตราค่าครองชีพก็สูงตามมาเช่นกัน ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ปานกลางไปจนถึงรายได้น้อย ดังนั้นจึงเกิดความไม่เพียงพอของรายได้ ส่งผลต่อการดูแลตนเองและภาวะโภชนาการได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีน้อย อีกทั้งในวัยสูงอายุบทบาทหน้าที่ทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าของตนเองที่ลดลง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครได้

ดังนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยนำมาเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 2

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้เช่าอาศัยในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ทั้งหมด 2 เขต ได้แก่ เขตห้วยขวาง มีจำนวนทั้งหมด 2 ชุมชน คือ ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา และ ชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 และเขตวังทองหลาง มีจำนวน 9 ชุมชน คือ ชุมชนเก่าพัฒนา ชุมชนร่วมสามัคคี ชุมชนคลองพลับพลา ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา ชุมชนเทพลีลา ชุมชนทรัพย์สินเก่า ชุมชนทรัพย์สินใหม่ และชุมชนน้อมเกล้า รวมทั้งหมด 11 ชุมชน ซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. สามารถฟัง พูด และติดต่อสื่อสารได้ปกติ
3. ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยตนเอง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
4. มีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973) (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 5% โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

โดยที่ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดเป็น .05 สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{524}{1 + 524(0.05)^2} \\ &= 234 \text{ คน} \end{aligned}$$

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) คือ ผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ได้แก่ เขตห้วยขวาง และเขตวังทองหลาง ซึ่งมีจำนวนชุมชนทั้งหมด 11 ชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร

ขั้นที่ 2 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ดังนี้ เขตห้วยขวาง มีจำนวนชุมชนที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 2 ชุมชน คือ ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา และชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 และ เขตวังทองหลาง มีจำนวนชุมชนที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 9 ชุมชน คือ ชุมชนแก้วพัฒนา ชุมชนร่วมสามัคคี ชุมชนคลองพลับพลา ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา ชุมชนเทพลีลา ชุมชนทรัพย์สินเก่า ชุมชนทรัพย์สินใหม่ และชุมชนน้อมเกล้า ซึ่งผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาชุมชนทั้ง 11 ชุมชน แต่เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกให้เข้าเก็บข้อมูล จำนวน 3 ชุมชน คือ ชุมชนเทพลีลา ชุมชนทรัพย์สินใหม่ และชุมชนน้อมเกล้า อีกทั้งชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 เป็นชุมชนที่ลงทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ดังนั้นชุมชนในการลงเก็บข้อมูลมีทั้งหมด 7 ชุมชน คือ ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา ชุมชนแก้วพัฒนา ชุมชนร่วมสามัคคี ชุมชนคลองพลับพลา ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา และชุมชนทรัพย์สินเก่า จากข้อมูลของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2559 จำนวนประชากรสูงอายุจากชุมชนทั้ง 7 ชุมชน เท่ากับ 524 คน เมื่อนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 234 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Polit and Hungler, 1999) ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 282 คน

ขั้นที่ 3 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) สืบรายชื่อและจำนวนประชากรในชุมชนเพื่อทำการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรสูงอายุในแต่ละชุมชน ด้วยวิธีการเทียบบัญชีไตรยางศ์ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1) โดยชุมชนที่มีจำนวนประชากรสูงอายุน้อยกว่า 30 คน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมด เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดีของประชากรใน

การศึกษา จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) ตามจำนวนที่คำนวณไว้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชุมชน (n = 282 คน)

เขต	ชุมชน	จำนวนประชากร (คน)	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ห้วยขวาง	ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา	74	38
วังทองกลาง	ชุมชนร่วมสามัคคี	17	17
วังทองกลาง	ชุมชนเก้าพัฒนา	13	13
วังทองกลาง	ชุมชนคลองพลับพลา	114	58
วังทองกลาง	ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา	76	39
วังทองกลาง	ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา	110	56
วังทองกลาง	ชุมชนทรัพย์สินเก่า	120	61
	รวม	524	282

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกาย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน the Barthel ADL index ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากเครื่องมือที่ปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544)

ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การเข้าใช้ห้องสุขาและทำความสะอาดหลังขับถ่าย การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง การเคลื่อนย้ายตนเองภายในห้อง/บ้าน การขึ้นลงบันได การกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระ เป็นการประเมินกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในระยะ 24-48 ชั่วโมง ข้อคำถามมีลักษณะมาตราส่วน ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมมีการแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

คะแนน 0-4	หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
คะแนน 5-8	หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง
คะแนน 9-11	หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง
คะแนน 12-20	หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutrition Assessment (MNA) เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นโดย ศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ฉบับแปลภาษาไทย โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องการได้รับอาหาร การเคลื่อนที่ ดัชนีมวลกาย (BMI) การประเมินน้ำหนักร่างกายที่ลดลง ความเครียดด้านจิตใจ การเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม หรือปัญหาทางด้านจิตสังคม

โดยส่วนนี้จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-14 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมมีการแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ (Vellas et al., 2006)

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12-14 หมายถึง ภาวะโภชนาการปกติ

คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

และทำแบบสอบถามต่อในตอนที่ 2

ตอนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นการประเมินในเรื่อง การพักอาศัย การรับประทานยา การเกิดแผลกดทับ จำนวนมือในการรับประทานอาหาร การรับประทานโปรตีน การรับประทานผลไม้ การดื่มเครื่องดื่ม ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองต่อการรับประทานอาหาร ทศนคติเรื่องภาวะโภชนาการของตน เส้นรอบวงแขน และเส้นรอบวงขา โดยส่วนนี้จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนจะนำคะแนนส่วนที่ 1 และ 2 มารวมกัน คะแนนจะอยู่ช่วงระหว่าง 0-30 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมมีการแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Vellas et al., 2006)

คะแนนน้อยกว่า 17 หมายถึง มีภาวะขาดสารอาหาร

คะแนน 17-23.5 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

คะแนน 24-30 หมายถึง มีภาวะโภชนาการปกติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ที่แปลมาจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's self-esteem scale ของ Rosenberg (1965) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน โดยข้อคำถามทางบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 6 และ 7 และข้อคำถามทางลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 5, 8, 9 และ 10 ซึ่งแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย

การให้คะแนนการแปลผล มีดังนี้ (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529)

ระดับความคิดเห็น	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

การแปลผลคะแนนรวม มีการแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529)

คะแนน 10 - 20	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ
คะแนน 21 - 30	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง
คะแนน 31 - 40	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ Healthy Aging Instrument (HAI) ของ ลัดดา เทียมวงศ์ (2551) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ Hansen-kyle (2005) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 35-175 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ แบ่งออกทั้งหมด 9 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4 และ 5
- 2) ด้านการบริหารความคิด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6, 7 และ 8
- 3) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 9, 10 และ 11
- 4) ด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12, 13, 14 และ 15
- 5) การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 16, 17, 18 และ 19
- 6) ด้านการยอมรับในการสูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 20 และ 21
- 7) ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 22, 23, 24, 25 และ 26
- 8) ด้านการทำบุญและการทำความดี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 27, 28, 29 และ 30
- 9) ด้านการจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 31, 32, 33, 34 และ 35

การแปลผล เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ (rating scale) คะแนนจะอยู่ในช่วง 35-175 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ไม่ใช้อย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่ใช่	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3	คะแนน
ใช่	เท่ากับ	4	คะแนน
ใช้อย่างยิ่ง	เท่ากับ	5	คะแนน

เพื่อให้ค่าคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะรายด้านและโดยรวม สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ การแปลผลคะแนนรวมจึงมีการใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยจัดแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) 3) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment) 4) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem Scale) และ 5) แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Aging Instrument) เข้าปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

1.2 หลังจากนำไปปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิรวมทั้งหมด 5 คน ได้แก่

- | | |
|--|------|
| 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ | 1 คน |
| 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ | 2 คน |
| 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษงานการพยาบาลและบริหารงานชุมชน | 1 คน |
| 4) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ | 1 คน |

เป็นผู้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็น ดังนี้

1.2.1 เนื้อหาและเกณฑ์ที่ใช้วัดของเครื่องมือแต่ละชุดมีความถูกต้อง ครอบคลุมในเรื่องที่ต้องการวัดตามคำจำกัดความหรือไม่

1.2.2 การใช้สำนวนภาษาสามารถสื่อความหมายให้เข้าใจ เป็นภาษาที่มีความเหมาะสมกับเนื้อหา และถูกต้องตามหลักวิชาการหรือไม่

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้อง และยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ใน 5 คน จากนั้นนำมารวมความถูกต้องของการวัด และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไปจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดีจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม (Polit and Beck, 2004)

สูตรคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาแล้วผู้วิจัยได้นำมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขและเพิ่มเติมข้อคำถาม เพื่อให้มีความครอบคลุมกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา ดังนี้

ข้อ 7 รายได้ ปรับเพิ่มเติม ข้อคำถาม ที่มาของรายได้ เพื่อจะได้ทราบกรณีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ข้อ 8 ความเพียงพอของรายได้ ปรับเพิ่มเติมตัวเลือก เพียงพอ ไม่เพียงพอไม่ต้องกู้ยืม และไม่เพียงพอต้องกู้ยืม เพื่อจะนำไปสนับสนุนตัวแปรเรื่องการสู้งานอย่างมีสุขภาพะ ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกาย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกาย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกายได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น แต่ยังคงจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อเท่าเดิม ดังนี้

ข้อ 2 ปรับเพิ่มคำอธิบายภายในวงเล็บข้อคำตอบให้ผู้ตอบเข้าใจมากยิ่งขึ้นเป็น รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์เอง และทำได้เองแต่มีคนช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้

ข้อ 5 เพิ่มเติมคำว่า การเดิน ทั้งในข้อคำถามและคำตอบ เนื่องจากคำว่า การเคลื่อนที่ผู้สูงอายุอาจไม่เข้าใจได้

ข้อ 7 ปรับคำอธิบายภายในวงเล็บของคำตอบข้อที่ 3 เป็น ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย หรือ เกาะราวบันไดขึ้นลงได้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะโภชนาการไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินภาวะโภชนาการได้ค่า CVI เท่ากับ .83 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น แต่ยังคงจำนวนข้อคำถาม 18 ข้อเท่าเดิม ดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการอยากอาหารลดลง ปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือ ปัญหาการกลืน หรือไม่ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่า ควรปรับข้อคำถามให้ชัดเจนมากขึ้น ให้เห็นถึงปัญหาที่ส่งผลให้เกิดความอยากอาหารที่ลดลงว่ามาจากหลายสาเหตุ จะได้สอดคล้องกับข้อคำตอบที่ระบุถึงความอยากอาหารที่ลดลง

ข้อ 5 ปรับข้อคำถามจาก ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับจิตประสาทบ้างหรือไม่เป็น ท่านมีปัญหาทางระบบประสาทหรือไม่ เนื่องจากคำว่าจิตประสาท อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ตอบแบบสอบถามได้ และปรับเพิ่มคำขยายคำตอบให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มคำว่า หลงลืม ในคำตอบข้อที่ 1 และ 2

ข้อ 9 เพิ่มวงเล็บขยายความหมายของคำว่า แผลกดทับ เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่า ผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่เข้าใจคำว่า แผลกดทับ

ข้อ 10 ปรับคำตอบข้อ 3 ปรับเป็น มากกว่าหรือเท่ากับ 3 มื้อเนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าผู้ตอบแบบสอบถามอาจรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อต่อวัน

ข้อ 11 ปรับข้อคำตอบจาก หน่วยบริโภค เป็น คำ ช่วยให้เข้าใจแบบสอบถามมากกว่า เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ทราบถึงปริมาณ 1 หรือ 2 หน่วยบริโภค ปรับเป็นจำนวนคำที่รับประทานผู้ตอบแบบสอบถามจะเข้าใจได้ง่ายกว่า

ข้อ 13 ตัดข้อความในข้อคำถามบางส่วนออก คือ กาแฟ ชา เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่า ถึงแม้จะต้องการทราบปริมาณการดื่มน้ำ แต่กาแฟ ชา เป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพควรตัดออก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองได้ค่า CVI เท่ากับ .9 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น แต่ยังคงจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อเท่าเดิม ดังนี้

ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 9, และ 10 เพิ่มคำว่า รู้สึก เข้าไปในข้อคำถาม เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่า เกณฑ์การตอบแบบสอบถามนี้ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึก ดังนั้นจึงปรับข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และปรับสำนวนภาษาตามข้อเสนอแนะ

ข้อ 1 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นคนที่มีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น

ข้อ 2 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านรู้สึกว่าคุณเองยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ

ข้อ 4 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านรู้สึกว่าคุณเองยังสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่นในวัยเดียวกัน

ข้อ 5 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองน้อย

ข้อ 7 ปรับข้อคำถามเป็น โดยทั่วไปท่านรู้สึกพอใจในตนเอง

ข้อ 9 ปรับข้อคำถามเป็น ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้ค่า CVI เท่ากับ .97 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น แต่ยังคงคำถาม 35 ข้อ เท่าเดิม ดังนี้

ชื่อจากแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ปรับเป็น แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่า เนื่องจากเครื่องมือนี้ผู้วิจัยทำการลงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดังนั้นข้อมูลที่ได้จะได้จากการพูดคุยสอบถามจากผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่า ดังนั้นควรใช้เป็นแบบสอบถามแทนแบบประเมิน

ข้อ 32 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านขอคำปรึกษาผู้อื่นเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนต้นแบบบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ คือ ชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยง โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเกณฑ์พิจารณาความเที่ยงของเครื่องมือที่ยอมรับได้เท่ากับ .7 - .8 (Devellis, 2003)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง กลุ่มทดลอง (N=30)
1 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	.85
2 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	.80
3 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะรายด้าน	
3.1 ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	.72
3.2 ด้านการบริหารความคิด	.72
3.3 ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	.95
3.4 ด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม	.73
3.5 ด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง	.78
3.6 ด้านการยอมรับในการสูงวัย	.83
3.7 ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย	.78
3.8 ด้านการทำบุญและการทำความดี	.84
3.9 ด้านการจัดการกับความเครียด	.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอร้องการดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตจากคณะพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงหัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยติดต่อดำเนินการผ่านหัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน กองโครงการชุมชน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ อธิบายวัตถุประสงค์ การวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดหมายเพื่อเข้าพบประธานหรือผู้นำชุมชน

3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยการฝึกผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยเก็บข้อมูลในกลุ่ม ตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบสอบถามที่ใช้ ในการเก็บข้อมูล และลองนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะ เดียวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยต้องมีการบันทึก ข้อมูลลงในแบบสอบถามถูกต้อง และตรงกับผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยเข้าพบประธานหรือผู้นำชุมชนในแต่ละชุมชนเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอทราบรายชื่อของ ผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อนำมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและแจ้งรายชื่อผู้สูงอายุที่ถูกจับฉลากได้กับ ประธานหรือผู้นำชุมชน โดยประธานหรือผู้นำชุมชน สอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล และหาก ผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะทำการนัดหมายวัน เวลา ในการเข้าเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุกลุ่ม ตัวอย่าง ซึ่งก่อนเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อประธานหรือผู้นำชุมชนเพื่อยืนยัน การนัดหมาย โดยผู้วิจัยได้ลงเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2559

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุกลุ่ม ตัวอย่างทีละคน เริ่มจากการแนะนำตัวเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่จะได้รับ และขอ ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่สามารถเขียนหนังสือได้ หรือมีปัญหาทางด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ซึ่งระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับ

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่ม สหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 11 ตุลาคม 2559 ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการ พินิจพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ

รวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในบางข้อคำถามอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ยินดีให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกในการสัมภาษณ์ สามารถปฏิเสธถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องให้เหตุผล ไม่มีความเสี่ยง ไม่ก่อให้เกิดผลเสีย หรือผลกระทบใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ถือเป็นความลับ การนำเสนอต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ที่แท้จริง การขอข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยจะพยายามให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสาร ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient / Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Information Consent Form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร มีดังนี้

3.1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta (Eta Coefficient: η) มีค่าระหว่าง 0 ถึง +1

3.2 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation: r)

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ซึ่งการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร,
2553)

r เท่ากับ 1.00	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r มากกว่า .70	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง .30-.70	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
r น้อยกว่า .30	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
r เท่ากับ 0	หมายถึง	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเลย



ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครมีอายุเฉลี่ย 70.76 ปี โดยมีอายุต่ำสุดคือ 60 ปี และมีอายุสูงสุด 100 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาอยู่ในกลุ่ม 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.5 เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 71.6 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมา คือ สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 39.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สูงถึงร้อยละ 84 กว่าร้อยละ 58.9 ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในช่วง 2,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.2 รองลงมาคือ น้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.8 ซึ่งรายได้หลัก คือ เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ รองลงมาคือ จากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 45.7 โดยร้อยละ 44.0 มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายในแต่ละเดือน รองลงมาร้อยละ 37.2 มีรายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่กู้ยืม อีกทั้งยังพบว่าโรคประจำตัวหลักของกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 61.7 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 31.9 และอันดับ 3 คือ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 27.7 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=282)	ร้อยละ
อายุ (\bar{x} =70.76 ,SD=7.465 ,Min=60 ,Max=100)		
60-69 ปี	139	49.3
70-79 ปี	103	36.5
80 ปีขึ้นไป	40	14.2
เพศ		
หญิง	202	71.6
ชาย	80	28.4
สถานภาพสมรส		
โสด	5	1.8
คู่	143	50.7
หม้าย	112	39.7

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=282)	ร้อยละ
หย่า/แยก	22	7.8
ศาสนา		
พุทธ	244	86.5
คริสต์	2	0.7
อิสลาม	36	12.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	23	8.2
ประถมศึกษา	237	84.0
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	22	7.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	166	58.9
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	60	21.3
รับจ้าง	49	17.4
ข้าราชการ/บำนาญ	5	1.8
เกษตรกร	2	0.7
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 2,000	84	29.8
2,000-5,000	88	31.2
5,001-10,000	63	22.3
ตั้งแต่ 10,000 ขึ้นไป	47	16.7
ที่มาของรายได้		
(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบี้ยยังชีพ	282	100
บุตร/หลาน	129	45.7
ประกอบอาชีพ	103	36.5
คู่สมรส	10	3.5
อาสาสมัคร	7	2.5
เบี้ยผู้พิการ	7	2.5
บำเหน็จ/บำนาญ	5	1.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=282)	ร้อยละ
เงินออม	2	0.7
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	124	44.0
ไม่เพียงพอไม่ต้องกู้ยืม	105	37.2
ไม่เพียงพอต้องกู้ยืม	53	18.8
โรคประจำตัว		
มี	222	78.7
ไม่มี	60	21.3
โรคประจำตัวที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ความดันโลหิตสูง	174	61.7
ไขมันในเลือดสูง	90	31.9
เบาหวาน	78	27.7
กระดูกและข้อ	39	13.8
หัวใจ	34	12.1
โรคตา	11	3.9
หลอดเลือดสมอง	11	3.9
ไตเรื้อรัง	8	2.8
ต่อมลูกหมากโต	7	2.5
ทางเดินหายใจ	7	2.5
มะเร็ง	2	0.7

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร และหาความแตกต่างของระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครกับระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยทำการวิเคราะห์ ข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ จำนวน 282 คน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ตอนที่ 1 ข้อมูลระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	จำนวน	ร้อยละ
การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูงที่สุด	72	25.53
การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง	202	71.63
การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง	8	2.84
รวม	282	100

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.63 รองลงมาคือ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูงที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 25.53

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	\bar{X}	SD	การแปลผล
ด้านการยอมรับในการสูงวัย	4.71	0.56	สูงที่สุด
ด้านการทำบุญและการทำความดี	4.63	0.54	สูงที่สุด
ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย	4.55	0.56	สูงที่สุด
ด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง	4.43	0.57	สูง
ด้านการมีสัมพันธ์ภาพและการสนับสนุนทางสังคม	4.42	0.65	สูง
ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	4.18	0.69	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.90	0.74	สูง
ด้านการบริหารความคิด	3.87	0.81	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	3.60	1.37	สูง
การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวม	4.25	0.72	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อทำการแยกศึกษาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการยอมรับในการสูงวัย ด้านการทำบุญและการทำความดี และด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย อยู่ในระดับสูงที่สุด

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของระดับความสามารถในการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ความสามารถในการทำงานของร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะพึ่งพา	278	98.6
ภาวะพึ่งพานกลาง	2	0.7
ภาวะพึ่งพารุนแรง	2	0.7
รวม	282	100

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครไม่มีภาวะพึ่งพาสูงถึงร้อยละ 98.6 ภาวะพึ่งพาระดับปานกลางและระดับรุนแรงเท่ากันที่ ร้อยละ 0.7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของผลการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการปกติ	242	85.8
เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	39	13.8
มีภาวะขาดสารอาหาร	1	0.4
รวม	282	100

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 85.8 รองลงมาคือมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร คิดเป็นร้อยละ 13.8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร

การเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
การเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง	232	82.3
การเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง	49	17.4
การเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ	1	0.4
รวม	282	100

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.3 รองลงมาคือ การเห็นคุณค่าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.4

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเพศ รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta coefficient: η)

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ (Eta)
เพศ	0.484*

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 สรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation: r)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ					
2. รายได้	.199*				
3. ความสามารถในการทำงานของร่างกาย	.197**	.083			
4. ภาวะโภชนาการ	.265**	.152*	.184*		
5. การเห็นคุณค่าในตนเอง	.499**	.190*	.157**	.301*	

** p<.01, * p<.05

จากตารางที่ 10 พบว่า รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .199, .197, .265$ และ $.499$ ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการศึกษากับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร (n=282)

ระดับการศึกษา	การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ		F-test
	\bar{x}	SD	
ไม่ได้เรียน	4.31	.47	1.668
ประถมศึกษา	4.27	.35	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	4.22	.29	

* $p < .05$

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
ไม่ได้เรียน			
ประถมศึกษา	.139		
มัธยมศึกษา	.089	-.498	

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่า เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบ Scheffe พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามระดับการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
2. รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
3. ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะแตกต่างกัน

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยเป็นผู้เช่าอาศัยในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 7 ชุมชน ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยต้องมีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูด และติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ ทั้งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยใช้สูตรคำนวณของ Yamane (1973) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 234 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือ

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Polit and Hungler, 1999) ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 282 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ	จำนวน 35 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้อง และยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ใน 5 คน จากนั้นนำมาหาความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเรียงตามลำดับ ดังนี้ 1.0, .83, .90 และ .97 เมื่อนำแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน จากนั้นนำไปหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ดังนี้ .85 และ .80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับผลการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยดำเนินการผ่านฝ่ายบริหารงานชุมชน กองโครงการชุมชน 1 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ประสานงานกับประธานหรือผู้นำชุมชนในการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอรับทราบรายชื่อ ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ทั้งหมด 7 ชุมชน โดยผู้วิจัยเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อได้แบบสอบถามพร้อมตรวจสอบความเรียบร้อยและความครบถ้วนของข้อมูลจาก นั้นจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติจำนวน 282 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลเพศ ระดับการศึกษา รายได้ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร มีดังนี้
 - 3.1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta (Eta Coefficient: η)
 - 3.2 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation: r)
4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 เป็นเพศหญิง มีช่วงอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.3 และมีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84 รายได้ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 2,000-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.2 โดยร้อยละ 100 จะได้จากเบี้ยผู้สูงอายุเป็นหลัก และจากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 45.7 ซึ่งร้อยละ 44 เพียงพอใช้ในแต่ละเดือน ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 78.7 มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 61.7
2. วิเคราะห์การสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.25$, $SD=12.76$)
3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับไม่มีภาวะพึ่งพา คิดเป็นร้อยละ 98.6
5. วิเคราะห์ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 85.8

6. วิเคราะห์การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงมีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง ($\bar{X}= 35.6$, $SD=4.36$) คิดเป็นร้อยละ 82.3

7. วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

7.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Eta=.484$)

7.2 รายได้ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .199$)

7.3 ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .197$)

7.4 ภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .265$)

7.5 การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .499$)

8. ผู้สูงอายุที่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.25$, $SD=12.76$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่จะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้นั้น จะต้องประกอบด้วย การมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกวันเพื่อให้ตนเองแข็งแรง อีกทั้งจะต้องมีการติดตามข่าวสาร การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เพื่อให้ตนเองมีการจดจำที่ดี และมี

สัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้การดูแลตนเองที่ดี มีการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย พอเพียง ยอมรับว่าการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีการจัดการกับความเครียดได้ดี คิดในแง่บวก และปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนาของตน ส่วนประกอบเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกัตติกา ธนะขว้าง (2551) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน สมพร รัตนพันธ์ (2551) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช และ Manasatchakul (2016) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง

เมื่อทำการพิจารณาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นรายด้านทั้งหมด 9 ด้าน อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1.1 ด้านการมีกิจกรรมทางกาย

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การมีกิจกรรมทางกายเป็นการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกวัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีแรง มีพลังที่จะทำสิ่งต่าง ๆ และส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ แต่ในผู้สูงอายุที่อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำกิจกรรม จะมีความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยง่าย และมีความรู้สึกเบื่อในการดำเนินชีวิต (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551) ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร มีกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งกิจกรรมนั้นมีตั้งแต่ การทำงานบ้าน การค้าขายในบ้าน การออกไปทำงานนอกบ้าน การการมีอะไรทำหลายอย่างในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่เช้าก็ทำกับข้าวใส่บาตร จากนั้นกับข้าวให้ตนและคนในครอบครัวรับประทาน การทำงานบ้าน ซักรีดผ้า ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น ถ้าได้ทำแล้วจะรู้สึกสบาย เมื่อได้ออกแรงทำงานแล้วรู้สึกสบายใจ ถ้าวันไหนไม่ได้ทำแล้วจะรู้สึกเบื่อ หงุดหงิด และรู้สึกว่าตนเองไม่มีแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สุขวรรณโณ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ จะให้ความเห็นว่าการทำงาน ทำงานบ้าน มีการหยิบจับต่าง ๆ ทำงานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุด ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำให้ตนเองแข็งแรง แต่ถ้าอยู่เฉย ๆ นิ่ง ๆ ไม่ทำอะไรทำให้ตนเองป่วยเป็นโรคได้ง่าย

1.2 ด้านการบริหารความคิด

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการบริหารความคิดอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า เป็นกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาด้านความรู้คิด เป็นการวางแผน ส่วนใหญ่เป็นการวางแผนในใจ การจดบันทึกถึงความต้องการในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน การคิดคำนวณจากการจับจ่ายซื้อสินค้า การเล่นเกมสปริศนา การติดตามข่าวสารจากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือ การได้พูดคุยกับเพื่อนบ้าน ล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดี (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551) ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครติดตามข่าวสารจากทางโทรทัศน์และฟัง

วิทย์ อีกทั้งในแต่ละวันมีการวางแผนว่าในแต่ละวันจะทำอะไรบ้าง บางครั้งก็จะจดบันทึกไว้เพื่อไม่ให้ตนเองลืม อีกทั้งมีการคิดและทำโน้มนำนี้อยู่เสมอถ้าไม่มีข้อจำกัดทางร่างกาย และยังคงคิดบวกกลับตัวเลขเวลาขายของ หรือจ่ายซื้อของ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bell et al. (2014) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในผู้สูงอายุเพศชาย พบว่า การรู้คิดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้สูงอายุที่เริ่มมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีคะแนนประเมินการรู้คิดอยู่ในระดับต่ำ สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดีตามมาสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McLaughlin et al. (2012) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีการบกพร่องในการรู้คิดจะมีความสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง

1.3 ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า เป็นการได้ทำสิ่งที่มีความหมายอย่างต่อเนื่อง การคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เนื่องจากการได้เป็นอาสาสมัคร การไปร่วมกิจกรรมที่วัดตามเทศกาลต่าง ๆ การไปร่วมงานแต่งงาน ทำให้ผู้สูงอายุได้พบเจอญาติ พี่น้อง และเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างเข้มแข็ง และเป็นการรับรู้ว่าคุณเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อสังคม (ลัดดา เทียมวงศ์, 2551) ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่อยู่บนพื้นที่โครงการนำร่องนี้ ทางสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์จะมีการจัดกิจกรรม และประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชนมีประกาศเสียงตามสายเชิญชวนให้ผู้สูงอายุในแต่ละบ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมอยู่เสมอ ได้แก่ การสวดมนต์ทำวัตรเย็นร่วมกัน การจัดงานรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ การตั้งกลุ่มทำผลิตภัณฑ์ของชุมชนออกขาย เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้ออกจากบ้านมาทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน มีการพบปะ พูดคุยกัน อีกทั้งยังสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่น ๆ ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนออกมาร่วมงานทุกครั้งที่สามารถออกมาได้ และชอบช่วยเหลืองานชุมชนในบางคนที่ไม่สามารถออกมาร่วมงานเองได้จะให้บุตรหลานออกมาร่วมแทน หรือจะช่วยเหลือทางด้านเงิน อีกทั้งในชุมชนยังมีอาสาสมัครและจิตอาสาที่ลงเยี่ยมบ้าน เพื่อพูดคุยสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุ และมีการช่วยเหลือกันภายในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิริยา ตันสวัสดิ์ (2556) ว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เข้าร่วมกลุ่มงานเป็นอาสาสมัคร นอกจากได้ทำสาธารณกุศลแล้ว ยังส่งทางบวกต่อสุขภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sirven and Debrand (2008) และ Sowa et al. (2016) พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

1.4 ด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า การมีสัมพันธภาพทางสังคมและภายใน

ครอบครัว ยังมีความหมายต่อร่างกาย การรู้คิด และการมีกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานทางธรรมชาติที่ส่งผลต่อสุขภาพ และความผาสุกในวัยสูงอายุ (Waldman-Levi et al, 2015) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวนำมาซึ่งความรัก ความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว อย่างเช่น การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ การเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน และการที่ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือหลาน เป็นต้น ดังนั้นการมีสัมพันธ์ภาพและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน เป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีสุขภาพที่ดี มีความสะดวกสบาย และมีความปลอดภัยในชีวิต (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551; ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, 2551) ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ช่วยบุตรเลี้ยงหลานและเหลน พี่น้องบุตรหลานช่วยเหลือ พาไปโรงพยาบาลเมื่อไม่สบาย พาไปเที่ยวในวันหยุด ซื้ออาหารมาเตรียมไว้ให้ มีการพูดคุยกันทุกวัน เมื่อบุตรหลานกลับมาจากที่เรียนหรือที่ทำงาน สำหรับเพื่อนบ้านเวลามีปัญหาจะช่วยเหลือกันดี พูดคุยกันทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สุขวรรณโณ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลูกหลานอยู่ใกล้ชิด คอยดูแล มีลูกหลานพร้อมหน้า คอยสนับสนุนไปรับส่งเมื่อไปโรงพยาบาล ไปทำธุระ หรือไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการสูงวัยอย่างมีความสุข

1.5 การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่าการตระหนักรู้และการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีความสุข ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ที่ดี มีการยอมรับตนเองในบวกเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และยังคงไว้ซึ่งกิจกรรมในการดูแลตนเอง เป็นการดำเนินชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้นจากเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติ การปรับทัศนคติ และการปรับตัวในการดูแลตนเอง อย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร หรือ ในผู้สูงอายุที่มีความกลัวเรื่องการพลัดตกหกล้ม เมื่อจะเดินเปลี่ยนท่าทาง หรือ ทำกิจกรรมต่าง ๆ จะทำด้วยความระมัดระวังมากขึ้น เนื่องจากจะรู้ว่าตนเองมีอายุมากขึ้น มีการทรงตัวลดลงไม่ดีเท่ากับวัยหนุ่มสาว มีแนวโน้มให้เกิดการพลัดตกหกล้มขึ้นได้ตลอดเวลา นอกจากนั้นผู้สูงอายุจะมีการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยหลีกเลี่ยงการเดินในบริเวณที่พื้นลื่น หรือ เดินขึ้น-ลงทางลาดเอียง เป็นต้น (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551) ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครมีการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี คอยดูแลตนเองอยู่เสมอเวลาไม่สบาย รับประทานยาที่แพทย์สั่งตามเวลา อีกทั้งระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ต้มน้ำสะอาด และหลีกเลี่ยงการทานอาหารที่แพทย์สั่ง เช่น อาหารมัน ของทอด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gilbert, Hagerty and Taggart (2012) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการดูแล

ตนเองให้มีสมรรถภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีและก่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ

1.6 ด้านการยอมรับการสูงอายุ

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการยอมรับการสูงอายุอยู่ในระดับสูงที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพไปตามกระบวนการทางธรรมชาติ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้นานเท่าเดิม (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551) อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาท การทำหน้าที่การงาน ค่านิยมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจไปถึงการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ยอมรับการเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวยอมรับการสูงอายุได้ อาจจะมีปัญหาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น (เกษม ต้นติผลาชีวะ และ กุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2528) ทั้งนี้ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร มีการยอมรับว่าตนเองอายุมากแล้ว และไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับตอนหนุ่มสาว ยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่สามารถแก้ไขได้ ต้องยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง และปรับการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัดทางร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ทางด้านบวกเกี่ยวกับการสูงอายุ มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิดา พรหมขุนทอง (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเจตคติทางด้านบวกเกี่ยวกับการสูงอายุ และยอมรับสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ

1.7 ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่ายอยู่ในระดับสูงที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า เป็นความเพียงพอในการใช้ชีวิต ตั้งอยู่ในความพอมีพอใช้ ดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองเป็นการใช้จ่ายอย่างมีเหตุผล ลดความซับซ้อนของการดำเนินชีวิต ใช้จ่ายอย่างประหยัด และสามารถเก็บออมเงินได้ (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551) ทั้งนี้ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 2,000-5,000 บาท และเมื่อสอบถามถึงความเพียงพอของรายได้พบว่า ร้อยละ 44 มีรายได้เพียงพอ แต่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการโดยรวม มีถึงร้อยละ 56 และในผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ พบว่าไม่กู้ยืม คิดเป็นร้อยละ 37.2 ผู้สูงอายุต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด ใช้อย่างพอเพียง ใช้จ่ายแต่ของที่จำเป็นต่อความต้องการเท่านั้น ก็จะผ่านไปได้ในแต่ละเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงแม้มีรายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่กล้ากู้ยืม เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะไม่สามารถใช้หนี้ได้ จะเป็น

ภาระต่อบุตรหลาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา สุขวรรณโณ (2551) ผู้สูงอายุที่มีการวางแผนรายจ่าย ยึดหลักการใช้ชีวิตอย่างพอเพียง ใช้จ่ายอย่างประหยัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

1.8 การทำบุญและการทำความดี

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการทำบุญและการทำความดีอยู่ในระดับสูงที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขสงบทางจิตใจ การทำบุญและการทำสิ่งที่ดีด้วยตนเองตามความเชื่อทางศาสนาอย่างต่อเนื่องหรือการทำโดยไม่หวังผลตอบแทน เชื่อว่าทำให้เกิดความสุข ความสงบในชีวิต การได้พบเจอแต่สิ่งที่ดี และการสะสมความดีช่วยสร้างความแข็งแรง ทำให้ชนะอุปสรรค ความโชคร้าย หรือความทุกข์ทรมาน (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551) ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่นับถือศาสนาพุทธ มีการใส่บาตรทุกเช้า ไปทำบุญตามกำลังที่มี ไปถือศีลที่วัดในวันพระ อีกทั้งในชุมชนมีการจัดกิจกรรมสวดมนต์ทำวัตรเย็นเดือนละครั้งก็จะออกมาร่วมด้วยเกือบทุกครั้ง และสิ่งใดที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จะช่วยไม่หวังผลตอบแทน และผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่รับถือศาสนาอิสลาม จะยึดหลักตามคำสอนของศาสนา จะทำการละหมาดเพื่อ สวดมนต์ขอพรวันละ 5 เวลา นอกจากนั้นยังไปสวดมนต์และทำบุญที่มีสัจดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สุขวรรณโณ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีการยึดหลักคำสอนของแต่ละศาสนาของตนเป็นที่พึ่งของชีวิต ในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีการยึดหลักคำสอนของศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิต มีการคิดดี ทำดี และทำประโยชน์ให้กับสังคม

1.9 ด้านการจัดการกับความเครียด

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า ความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ ถ้าบุคคลมีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ดังนั้นการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี (ลัดดา เถียมวงศ์, 2551) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในกรุงเทพมหานครมีการจัดการกับความเครียด โดยไม่คิดกังวลเกินเหตุ ไม่กังวลกับสิ่งที่ยังมาไม่ถึง เมื่อมีปัญหาส่วนใหญ่จะปรึกษากับคู่สมรส หรือกับบุตร แต่ในผู้สูงอายุบางคนเลือกที่จะหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาใคร แต่เมื่อปัญหาที่เผชิญอยู่ไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้สูงอายุเลือกที่จะปลง และปล่อยวางปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา สุขวรรณโณ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปล่อยวาง วางเฉย สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง ควบคุมความโกรธได้ ไม่ยึดติดอยู่กับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการส่งผลที่ดีต่อจิตใจส่งผลให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงาน ของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Eta=0.484$) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร อธิบายได้ว่า ความแตกต่างทางเพศมีผลกับบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ ในด้านการทำงาน (กัตติกา ณะชว่าง, 2551) อีกทั้งความแตกต่างทางด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่กำหนด ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงส่งผลต่อสุขภาวะของแต่ละบุคคล (Rattanapun et al., 2009)

ผลการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง เพศหญิงจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สูงกว่าเพศชาย ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.29$, $SD=.34$) กว่าเพศชาย ถึงแม้ว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง เช่นกัน ($\bar{X}=4.17$, $SD=.39$) จากการสอบถามข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการทำ กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลสามี บุตร และหลาน มีการดูแลตนเองโดย สังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอ มีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและโรค ประจำตัวของตนเอง สำหรับผู้สูงอายุเพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยง อย่างเช่น ยังมีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rattanapun et al. (2009) พบว่า เพศหญิงมีการ สูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางด้าน สุขภาพมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงมีการดูแลตนเอง และเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า แต่ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัตติกา ณะชว่าง (2551) พบว่า เพศชายมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มากกว่าเพศหญิง ซึ่งเพศชายส่วนใหญ่มีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง ส่วนเพศหญิงมี ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ McLaughlin et al. (2012) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดยเพศชายจะมี การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากกว่าเพศหญิง

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.199$) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อธิบายได้ว่า รายได้เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการเข้าถึงทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิต สามารถเลือกทำกิจกรรมได้ตามความพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดความสุขทั้งกายและทางใจได้ (Zimmer and Kwong, 2004) รายได้ที่ดี เนื่องจากการมีรายได้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจทำอะไรได้ตามความต้องการ อีกทั้งนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ใช้ชีวิตได้อย่างไม่ขัดสน ต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีแหล่งรายได้จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต (กัตติกา ณะขว้าง 2551; Rattanapun et al., 2009; อาภาพร อรุณรัศมี, 2553; กิริยา ตันสวัสดิ์, 2556)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร รายได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะต้องนำมาใช้ในการใช้จ่ายใช้สอยในแต่ละวัน อีกทั้งผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 58.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้หลักของผู้สูงอายุคือเบี้ยยังชีพ รองลงมาคือ จากบุตรหลาน ร้อยละ 45.7 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียงทำให้ต้องจำกัดการใช้จ่าย เพื่อให้เพียงพอในแต่ละเดือน ในผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง ก็จะสามารถซื้อของได้ตามความพอใจของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

สอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ณะขว้าง (2551) พบว่า ผู้สูงอายुरายได้สูงมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระดับสูง ผลการศึกษาของสุกัญญา สุขวรรณโณ (2551) พบว่า รายได้ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้สูงอายุจะที่มีการวางแผนรายรับรายจ่าย ประหยัด ออมเงิน และหารายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายด้วยตนเองเป็นผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Manasatchakul (2016) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Burke et al. (2001) ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้สูง มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำงานของร่างกายกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r=.197$) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ว่า ความสามารถในการทำงานของร่างกายมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการทำงานของร่างกายเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Han et al, 2015) เนื่องจากความสามารถในการทำงานของร่างกาย เป็นความสามารถในการดูแลตามความต้องการของตัวบุคคลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ในการช่วยเหลือตนเองตั้งแต่กิจกรรมขั้นพื้นฐาน ไปจนถึงการมีกิจกรรมในการใช้ชีวิตทางสังคมที่มีความซับซ้อน ถ้าการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นไปอย่างยากลำบาก จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางลบต่อสุขภาพตามมา ผู้สูงอายุที่มาสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่เป็นภาระของลูกหลาน (Thanakwang et al., 2012) อีกทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างปกติ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ตนเองมีกำลังที่จะดำเนินกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเอง จะส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (ชุลีกร ตำนายุทธศิลป์, 2551)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร มีระดับความสามารถในการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับไม่พึงพา คิดเป็นร้อยละ 98.6 สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การลุกจากที่นอน การขึ้นบันได การกลั้นปัสสาวะ และกลั้นอุจจาระ ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 49.3 ซึ่งผู้สูงอายุวัยต้นนี้ยังมีความเสื่อมของร่างกายน้อย ผู้สูงอายุจะยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (Saxon, Etten and Perkins, 2015) ส่งผลให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช (2558) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 59.43 คือกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.10 ไม่ต้องการผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัตติกา ธนะขว้าง (2551) พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองสามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mhaoláin et al. (2012) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ McLaughlin et al. (2012) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานไปจนถึงการทำกิจกรรมที่มีการใช้อุปกรณ์ได้จะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง และ Han et al (2015) พบว่าการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับสูง เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.265$) ยอมรับสมมติฐานที่ว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร หรือไม่มีภาวะขาดสารอาหารมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภาวะโภชนาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีคุณภาพ ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เป็นสิ่งที่ช่วยถนอม ป้องกัน และชะลอความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ (Touhy, 2014) อีกทั้งยังช่วยให้ร่างกายมีการทำงานอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งนำไปสู่ความผาสุก และคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการได้มากมาย ทางด้านร่างกาย เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การเกิดโรคเรื้อรัง การติดเชื้อภายในร่างกาย เป็นต้น และทางด้านจิตใจ เช่น อาการสับสน อาการซึมเศร้า เป็นต้น (Wahlqvist and Savage, 2000; Bernstein, 2010)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 85.8 ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง ซึ่งส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำเป็นหลักเนื่องจากย่อยง่าย อีกทั้งยังชอบรับประทานผักต้ม น้ำพริก แกงจืด อาหารที่ไม่มีรสจัด อีกทั้งบุตรหลานยังดูแลด้วยการซื้อนมถั่วเหลือง หรือนมถั่วเหลืองจืดมาให้รับประทานเสริมอีกด้วย ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน บรรจง และคณะ (2548) ที่ทำการศึกษาระยะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอพุทธมณฑลพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 50 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันสรุา เขาวนนิยม (2557) ได้ทำการศึกษาระยะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนบางพระพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าประเภทต้ม จะรับประทานขนมหวานที่มีส่วนผสมของกะทิ นาน ๆ ครั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haveman-Nies (2003) พบว่าการรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดสุขภาพที่ไม่ดี อีกทั้งจากการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์ (2551) สุกัญญา สุขวรรณโณ (2551) และ Sowa et. Al. (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นผักผลไม้ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย งดรับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารถูกหลัก และดื่มน้ำสะอาดอย่างพอดี

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r=.499$) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอธิบายได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นมุมมองแนวคิด และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านบวก หรือด้านลบ ซึ่งการที่บุคคลมีการยอมรับนับถือตนเองสูง จะมีความรู้สึกที่ตนเองมีค่า มีเกียรติ และมีความพึงพอใจในตนเอง (Rosenberg, 1965)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร มีการเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ยังมีประโยชน์ รู้สึกที่ตนเองเป็นพึ่งให้ลูกหลานได้อยู่เสมอ เพราะยังสามารถช่วยบุตรดูแลหลาน ดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน ให้คำปรึกษา อีกทั้งยังสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับคนในวัยเดียวกัน อีกทั้งในผู้สูงอายุที่ได้ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครชุมชน มีความรู้สึกภูมิใจในตนเองที่ช่วยเหลือเพื่อนบ้านทั้งการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือเรื่องทั่วไปได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพอใจในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่า

สอดคล้องกับผลการศึกษาของไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์ (2548) พบว่า ผู้สูงอายุที่เห็นคุณค่าและการได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม และได้รับการยกย่องจากลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ดำเนินชีวิตอย่างมีความหวัง ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา สุขวรรณโณ (2551) พบว่าการที่ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือลูกหลานจัดการเรื่องที่ไม่สำเร็จให้สามารถทำสำเร็จได้ และเป็นที่ปรึกษาให้ลูกหลานได้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อະเคื้อ กุลประสูติติก และคณะ (2557) การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในเขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการยอมรับนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นและเคารพในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ในครอบครัว ชุมชน และสังคม และผลการศึกษาของ Manasatchakun et al. (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้คุณค่าในชีวิตอยู่ในระดับสูงจะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสูงเช่นกัน

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะจำแนกตามระดับการศึกษา

จากการศึกษาครั้งพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะแตกต่างกัน ($p < .05$)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษาขึ้นไป ต่างมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง จากผลการศึกษาในครั้งนี้ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 82.6 มีระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสืออยู่ที่ร้อยละ 9.6 อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการสังสรรค์ประสบการณ์ชีวิต เรียนรู้การดำเนินชีวิต การเลือกสิ่งที่ดีสำหรับตนเอง จากประสบการณ์ที่สั่งสมมา อีกทั้งผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาศัยในชุมชนชุมชนต้นแบบที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้รู้ความรู้ทางด้านการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังมีการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป นอกจากนั้นยังมีการดำเนินการลงให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจากภาคีต่าง ๆ อย่างเช่น ศูนย์แพทย์พัฒนา คลินิกเรือพระร่วง เป็นต้น (สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์, 2558) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิณี พรหมขุนทอง (2549) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองภาคใต้มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Manasatchakul et al. (2016) ทำการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันพบว่าผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์วางแผนรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพ โดยการนำปัจจัยทางด้านรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุเข้ามาใช้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสำคัญ และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน

3. ความสามารถในการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญ ประโยชน์ที่ได้รับ

4. รายได้มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้สูงอายุในชุมชนมีรายได้หลัก คือ เบี้ยยังชีพ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการ แต่ไม่กล้ากู้ยืม การส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่พื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ สามารถติดต่อประสานงานกับศูนย์ฝึกอบรมอาชีพกรุงเทพมหานคร เพื่อจัดฝึกอบรมส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนได้ อีกทั้งการตั้งกลุ่มเพื่อผลิตสินค้าของชุมชน เพื่อวางจำหน่ายให้กับบุคคลทั่วไป

5. บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้สำหรับบุคคลทั่วไป ในการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

6. ควรมีการขยายพื้นที่ในการจัดโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้ทั่วถึงชุมชนอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระหว่างชุมชนที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและชุมชนอื่น ๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. (2555). *รายงานการศึกษา: แนวโน้มการเติบโตของชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2554*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานผังเมือง กรุงเทพมหานคร

กัตติกา ณะขว้าง. (2551). *กลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยจังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิตติกร นิลมานัต, ขนิษฐา นาคะ, วิภาวี คงอินทร์, เอมอร แซ่จิ้ว, พัชรียา ไชยลังกา, และปิยะภรณ์ บุญพัฒน์. (2556). *ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. *วารสารสภาการพยาบาล* 28(1): 75-84

กิริยา ตันสวัสดิ์. (2556). *ปัจจัยเกื้อหนุนและสุขภาวะที่ผู้สูงอายุในชมรมอาสาสมัคร โรงพยาบาลชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการจัดการบริการสังคม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

ขวัญหทัย อิมสมโภชน์. (2549). *ผลของศิลปะเพื่อการบำบัดต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, พัสมณท์ คุ่มทวีพร, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, นิตยา ภาสุนันท์, และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2545). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

จิตรา โรจน์ขจรนภาลัย. (2556). *ผู้สูงอายุ คนที่ควรใส่ใจ*. *แพทยสารทหารอากาศ*, 59(1), 60-62.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2551). *การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ: แนวคิดและหลักการ*, เอกสารประกอบการบรรยายหัวข้อ Holistic Approach: Elderly Care การประชุมวิชาการพยาบาล ประจำปี 2551 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). *เอกสารคำสอน การพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2558). *การศึกษาศาสนาการณการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2551). *ผู้สูงอายุสุขภาพดีจากมุมมองผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาผู้สูงอายุหมู่บ้านในภาคเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาการพยาบาล สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์. (2548). *ปัจจัยเกื้อหนุนและสุขภาวะที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมทำงานอาสาสมัคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวีศิลป์ ศรีอักษร. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นปภัช กันแพงศรี และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก. *รวมาริบัติพยาบาลสาร* 20(2): 163-178
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 6(2): 160-164.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- ประภาพร จินันทุยา. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ ใน ศิริพร ชัมภลิจิต และ จุฬาลักษณ์ บารมี(บรรณาธิการ) *คู่มือการสอน การสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. ขอนแก่น: แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.).
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. บรรณาธิการ. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.

- ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2553). นิยามผู้สูงอายุด้วยช่วงชีวิตข้างหน้า. ใน
 สุขาดา ทวีสิทธิ์ และ สวรรีย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ), *คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย*,
 15-28. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. บรรณาธิการ. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557*.
 กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- พรรณธร เจริญกุล. (2555). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Care of Elderly)*. พิมพ์ครั้งที่ 2 .
 กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากาชาดไทย.
- พรรณวดี พุชวัฒนา และ นพวรรณ เปี้ยชื้อ. (2557). การจัดการดูแลทางการแพทย์ในผู้ป่วย
 สูงอายุที่มีปัญหาทุพโภชนาการ ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล(บรรณาธิการ) *การจัดการภาวะ
 โภชนาการในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- ภาวิดา พรหมขุนทอง. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
 ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล
 ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554*. กรุงเทพมหานคร:
 บริษัท ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด.
- ลัดดา เกียมวงศ์. (2551). *การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินการสูงวัยอย่างมี
 สุขภาวะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันสรุา เขาวินยอม, ศิริพร จันทรฉาย และ สุนิศา แสงจันทร์. (2557). รายงานวิจัย: *แบบแผนการ
 บริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี*. ภาควิชา
 พื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*.
 พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวดี และ สุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยง
 การ มีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากร* 3(2): 87-109.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2557). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 กรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธนเชษฐ์ จำกัด
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณห์ คุ่มทวีพร และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2554). พฤติกรรม
 ส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล* 26 (มกราคม-มีนาคม):
 140-153

- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วราลักษณ์ ประทานวงปัญญา และ จิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 5(2): 32-40
- ศศิประภา วัฒนากิตติกุล. (2552). *การเตรียมการเพื่อให้เป็นวัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีของกำลังพลที่ปฏิบัติงานภายในกองทัพภาคที่ 1*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สกุลตลา ปัญจกุล. (ม.ป.ป.). *บทความ: "ที่อยู่อาศัยผู้มีรายได้น้อยในกรุงเทพมหานคร"* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://cpd.bangkok.go.th/cpd/tp/resedentText.html> [5 ธันวาคม 2559]
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *แนวคิดพื้นฐานในการพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน การดูแลโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, พัสมณห์ คุ่มทวีพร, และ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2545). *การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันอุบัติเหตุ และการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุ ใน จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ(บรรณาธิการ). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- สมพร รัตนพันธ์. (2551). *การเข้าสู่สภาวะในภาวะสูงวัยของผู้สูงอายุเขตภาคใต้ของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.nmt.or.th/trat/mueangtrat/DocLip9/\[12 มกราคม 2559\]](http://www.nmt.or.th/trat/mueangtrat/DocLip9/[12 มกราคม 2559])
- สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์. (2558). *สู่การพัฒนาอย่างสมดุลและยั่งยืน รายงานประจำปี 2557*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดาวฤกษ์ คอมมูนิเคชั่น จำกัด. 40-41
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากรและสุขภาพจิต พ.ศ. 2554*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th/nso/web/survice/surpop2-4-11.html> [18 พฤศจิกายน 2558]
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthy/healthyExec58.pdf>[17 พฤศจิกายน 2558].
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สาระสุขภาพ ฉบับวันที่ 15-30 กันยายน 2558*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.moph.go.th/ops/thp/>[12 ตุลาคม 2558]
- สุกัญญา สุขวรรณโน. (2551). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กรณีศึกษาตำบลนครไทย จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พิมพ์ครั้งที่ 3*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาณี กาญจนจारी. (2552). *การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล(บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1*. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ(Gerontology)*. ประมวลการสอนรายวิชาวิทยาการผู้สูงอายุ (Gerontology). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และ กวิสรา พชรเบญจกุล. (2554). *สิ่งแวดล้อมเมืองกับสุขภาพจิต: การวิเคราะห์ตัวแปรหลายระดับในเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร*. *ประชากรและสังคม*, 215-233
- อรพินท์ บรรจง, จินต์ จรุงรักษ์, พิสมัย เอกก้านตรง และ โสภา ฆมโชติพงศ์. (2548). *ความสามารถในการเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ*. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 28(2): 77-90.
- อรรรรณ แพนคง. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- อะเคื้อ กุลประสูติติติก, โสภณา จีรวงศ์นุสรณ์, ณิชวดี จิตรมานะศักดิ์ และดุชนี ศุภวรรณะกุล. (2557). *การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร*. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 8(2): 35-46
- อภาพร อุษณร์ศรี. (2553). *โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหลังเกษียณอายุงาน อิทธิพลของการรับรู้สุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่ส่งผ่านระดับกิจกรรม และการควบคุม*

การตัดสินใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร. สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Bass, S. & Caro, F. (2001). Productive aging: a conceptual framework. In: N. Morrow-Howell, J. Hinterlong, & M. Sherraden (Eds.), *Productive aging: perspectives and research directions* (pp. 37 – 80). Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press.
- Bell, C. L., Chen, R., Masaki, K., Yee, P., He, Q., Grove, J. et al. (2014). Late-Life Factors Associated with Healthy Aging in Older Men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 880-888.
- Bernstein, M. and Luggen, A. (2010). *Nutrition for the Older Adult*. Jones & Bartlett Learning.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for Mastery. *Evaluation comment*, 1(2), n2.
- Burn, N. and Grove, S. K. (2001). *The Practice of nursing research: Conduct, Critique & Utilization*. 4th edition. New York: W. B. Saunder
- Chakravarty, E. F., Hubert, H. B., Krishnan, E., Bruce, B. B., Lingala, V. B., & Fries, J. F. (2012). Lifestyle risk factors predict disability and death in healthy aging adults. *The American journal of medicine*, 125(2), 190-197.
- Coopersmith, S. (1981). *The Antecedents of Self-esteem*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Cramm, J. M. and Lee, J. (2014). Smoking, Physical activity and Healthy Aging in India. *BioMed Center Public Health*, 14(256), 1-7
- Devellis, R. F. (2003). *Scale development: theory and applications*. 2nd ed. California: Thousand Oaks.
- Gilbert, C., Hagerty, D., Taggart, H. M. (2012). Exploring Factors Related to Healthy Aging. *Self-care, Dependent-Care & Nursing*, 19(1), 20-25.
- Guardiola-Lamaitre, B. (1997). Toxicology of melatonin. *Journal of Biological Rhythms*, 12(6), 697-706.

- Han, K., Lee, Y., Gu, J., Oh, H., Han, J., & Kim, K. (2015). Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 1.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A Concept Analysis of Healthy Aging. *Nursing Forum*, 40(2), 457.
- Haveman-Nies, A., De Griit, L. C., and Van Staveren, W. A. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and Aging*, 32(4), 427-434.
- Havinghurst, R. J. and Albrecht, R. (1953). *Older People*. New York: Longman.
- Hayflick, L. (1996). *How and why we age*. New York: Ballantine Book.
- Hayflick, L. and Moorehead, P. S. (1961). The Serial Cultivation of Human Diploid Cell Strains. *Experimental Cell Research*, 25, 585-621.
- Health Canada. (2004). *Workshop on healthy aging*[online]. Available from: http://www.hc.sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/workshop_healthyaging/pdf/workshop1_e.pdf[2015, October 18]
- Kanamori, S., Kai, Y., Aida, J., Kondo, K., Kawachi, I., Hirai, H., et al. & JAGES Group. (2014). Social participation and the prevention of functional disability in older Japanese: the JAGES cohort study. *PLOS ONE*, 9(6), 1-10
- Khaw, K-T. (1997). Healthy Aging. *British Medical Journal*, 315: 1090-1096.
- Lawrence, D. (2006). *Enhancing self-esteem in the classroom*. Pine Forge Press.
- Lawton, M. P. (1992). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In Lawton, M. P., Windy, P. G., and Byertes, T. O.(Eds.) *Aging and the environmental: theoretical approaches*. New York: Springer.
- Mathew, A. C., Jose, J., S, A., and Vijayakumar, M. (2015). The reliability of Mini Nutritional Assessment (MNA) questionnaire in screening malnutrition among elderly aged 60 years and above. *Asian Pacific Journal Health Sciences*, 2(3); 47-48.
- Mhaolain, A. M., Gallagher, D., Connel, H. O., Chin, A. V., Bruce, C., Hamilton, F. et al. (2012). Subjective well-being amongst community-dwelling elder: what determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International Psychogeriatric*, 24(2), 316-323.

- Manasatchakun, P., Chotiga, P., Hochwalder, J., Roxberg, A., Sandborgh, M., & Asp, M. (2016). Factors Associated with Healthy Aging among Older Persons in Northeastern Thailand. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1-16.
- Peel, N. M., McClure, R. J., and Bartlett, H. P. (2005). Behavioral Determinants of Healthy Aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304.
- Polit, D. F. and Beck, T. (2004). *Nursing research: Principle and method 3rd edition*. Philadelphia: J. B. Lippincotte.
- Polit, D. F. and Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research Principles and Method 6th edition*, Philadelphia, PA: Lippincott Company.
- Rattanapun, S., Fongkaew, W., Chontawan, R., Panuthai, S., and Wesumperuma, D. (2009). Characteristics Healthy Ageing among the Elderly in Southern Thailand. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences*, 8(2), 143-160.
- Rizzo, V. M., & Seidman, J. (n.d.). Health Promotion & Aging Section 2: A Framework for Health Promotion in Aging.
- Rosenberg, M. (1965). The measurement of self-esteem. *Society and the adolescent self-image*, 297, V307.
- Rosenberg, M., & Pearlman, L. I. (1978). Social class and self-esteem among children and adults. *American Journal of sociology*, 53-77.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Saxon, S. V., Etten, M. J., and Perkins, E. A. (2015). *Physical Change & Aging (A guide for the helping profession 6th edition*, pp.285-301. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Sirven, N., & Debrand, T. (2008). Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2017-2026.
- Sodergren, M. (2013). Lifestyle predictors of healthy aging in men. *Maturitas*, 75(2), 113-117.
- Sowa, A., Tobiasz-Adamczyk, B., Topor-Mądry, R., Poscia, A., & la Milia, D. I. (2016). Predictors of healthy ageing: public health policy targets. *BMC Health Services Research*, 16(5), 289.

- Thanakwang, K., Soonthorndhada, K., & Mongkolprasoet, J. (2012). Perspectives on healthy aging among Thai elderly: A qualitative study. *Nursing & health sciences, 14*(4), 472-479.
- Thiamwong, L., Maneesriwongul, W., Malathum, P., Jitapunkul, S., Vorapongsathorn, T., and Stewart, A. L. (2008). Development and Psychometric testing of the Healthy Aging Instrument. *Thai Nursing Research, 12*(4): 285-296.
- Touhy, T. A. (2014). Rest, Sleep, and Activity. In T. A. Touhy and K. Jett (eds.), *Gerontological Nursing & Healthy Aging* 4th edition, pp. 175-176. St. Louise, MO: Mosby Elsevier Inc.
- Touhy, T. A., and Jett, K. (2012). *Ebersole & Hess' Toward Healthy Aging Human Needs & Nursing Response* eight edition. St. Louis, Missouri: Elsevier
- United Nations DESA. (2015). *World population projected to reach 9.7 billion by 2015*[online]. Available From: <http://www.un.org/en/development/desa/news/population/2015-report.html>[2016, 9 March].
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., & Soto, M. E. (2006). OVERVIEW OF THE MNA®-ITS HISTORY AND CHALLENGES/DISCUSSION. *The journal of nutrition, health & aging, 10*(6), 456.
- Wahlqvist, M. L., & Savage, G. S. (2000). Interventions aimed at dietary and lifestyle changes to promote healthy aging. *European Journal of Clinical Nutrition, 54*(3), S148-S156.
- White, C. M., John, P. D. S., Cheverie, M. R., Iraniparast, M., & Tyas, S. L. (2015). The role of income and occupation in the association of education with healthy aging: results from a population-based, prospective cohort study. *BMC public health, 15*(1), 1.
- WHO Expert consultant. (2004). Appropriate Body-Mass Index for Asia Populations and Its Implications for Policy and Interventions Strategies. *Lancet, 363*(9403), 157-163
- World Health Organization. (2002). *Active Aging a Policy Framework*. World health organization.

- World Health Organization. (2015). *Aged and life-course WHO Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*[online]. Available from: <http://who.int/ageinglobal-strategy/en>[2015, November 7].
- World Health Organization. (2015). *Mental health and older adults*[online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>[2015, October 15]
- Zimmer, Z., and Kwong, J. (2004). Socioeconomic Status and Health among Older Adults in Rural and Urban China. *Journal of Aging and Health*, 16(1), 44-70





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	หัวหน้าสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปัจฉิมวัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการ พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ม.ล.สมจินดา ชมพูนุท	อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชนและ จิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. เรืออากาศโทหญิงทศพร ศรีบริกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้า กลุ่มงานการพยาบาลและบริหารทั่วไป รักษาการผู้อำนวยการ ศูนย์บริการ สาธารณสุข 35 หัวหมาก
5. นาวาตรีหญิงยุพิน ชัยชล	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ โพรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ

ภาคผนวก ข
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ที่ ศธ 0512.11/ 089 4



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชุตินา สินชัยวนิชกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ หัวหน้าสาขาวิชาอายุศาสตร์ปัจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1136
นางสาวชุตินา สินชัยวนิชกุล โทร. 08-6664-1746



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๖๓๔

วันที่ ๒๔ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุดิมา สิ้นชัยวนิชกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสู้อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY


(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1136
นางสาวสุดิมา สิ้นชัยวนิชกุล โทร. 08-6664-1746

ที่ ศธ 0512.11/ 0854



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล. สมจินดา ชมพูนุท อาจารย์ พยาบาลประจำภาควิชาอนามัยชุมชนและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอแสดงความนับถือ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จิราพร เกศพิชญวัฒนา

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล. สมจินดา ชมพูนุท
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1136
นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล โทร. 08-6664-1746

ที่ ศธ 0512.11/1935



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ เรืออากาศโทหญิง ทศพร ศรีบริกกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและบริหารทั่วไป รักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 35 หัวหมาก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

เรืออากาศโทหญิง ทศพร ศรีบริกกิจ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1136
นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล โทร. 08-6664-1746

ที่ ศธ 0512.11/0854



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ พฤษภาคม 2559

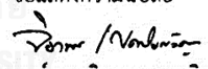
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง ยูพิน ชัยชล พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

 (รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง ยูพิน ชัยชล

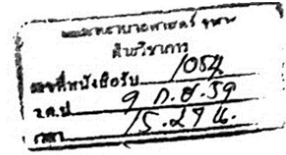
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1136

นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล โทร. 08-6664-1746

ภาคผนวก ค
หนังสือขอยืมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



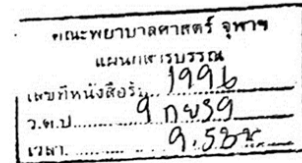


บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถนนพหลโยธินสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๐๒ / ๐๗๙๐๖
วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๙๔๙ ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า
ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ
เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวลัดดา เกียมวงศ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ)
โครงการร่วมระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๕๑
เรื่อง “การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (DEVELOPMENT AND
PSYCHOMETRIC TESTING OF THE HEALTHY AGING INSTRUMENT)” ซึ่งมี ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้
นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ
แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรปรัชญา
ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ)
โครงการร่วมระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมี
การละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ
แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย

..... /๒.

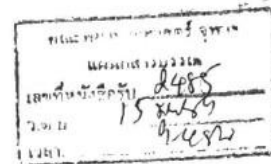


บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๗๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๑๐๐๐๖
วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๙๔๘ ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า
ผู้ใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุใน
ชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๒๙ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง
รับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี” ซึ่งมี ผศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้
นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ
แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้า
ยินยอมให้คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรอง
การนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย

...../๑๖

ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1968

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

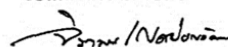
เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน สำนักงานงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชุติมา สิ้นชัยนิกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตห้วยขวาง คือ ชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชุติมา สิ้นชัยนิกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
นางสาวชุติมา สิ้นชัยนิกุล โทร. 08-6664-1746

ที่ ศธ 0512.11/ 1967

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

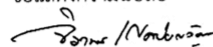
เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน สำนักงานงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชุตินา สินชัยวนิชกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตห้วยขวาง และเขตวังทองหลาง ได้แก่ ชุมชนทรัพย์สินใหม่ ชุมชนร่วมสามัคคี ชุมชนแก้วพัฒนา ชุมชนคลองพลับพลา ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา ชุมชนเทพลีลา ชุมชนน้อมเกล้า ชุมชนร่มฉัตรพัฒนา ชุมชนทรัพย์สินเก่า และชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา จำนวน 276 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางสาวชุตินา สินชัยวนิชกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
นางสาวชุตินา สินชัยวนิชกุล โทร. 08-6664-1746

ภาคผนวก จ
เอกสารพิจารณาจริยธรรม
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย
และหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 175/2559



ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 120.1/59 : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน
เขตกรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวชุตินา สิ้นชัยนิกุล

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม... ... ลงนาม... ...
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสินประคิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 11 ตุลาคม 2559 วันหมดอายุ : 10 ตุลาคม 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย..... 120.1/59
- 4) แบบสอบถาม วันที่รับรอง..... 11 ต.ค. 2559

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participation Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย บังคับที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชุตินา สินชัยวิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถนน วังหลัง แขวง
ศิริราช เขต บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
(ที่บ้าน) 73/1 หมู่ 5 ซอย พระราม 2 33 ถนน พระราม 2 แขวง ท่าข้าม เขต บางขุน
เทียน กรุงเทพมหานคร 10150 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-426-5299

โทรศัพท์มือถือ 086-664-1746 E-mail: chutimakae06@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่
ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูล
ต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา หาก
ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านเขียนได้ ผู้วิจัยจะทำการอ่านข้อความในเอกสาร เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย
พิจารณาก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถ
ในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมจำนวน 276 คน
- 2) มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 3) สามารถฟัง พูด และติดต่อสื่อสารได้ปกติ
- 4) มีความสมัครใจและยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการมีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

- 1) มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์

5. เมื่อท่านยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กรุณาให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม จำนวน
5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (จำนวน 10 ข้อ) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวัน (จำนวน 10 ข้อ) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (จำนวน 18 ข้อ) แบบสอบถามการเห็นคุณค่าใน



เอกสารโครงการวิจัย 120.1/59
วันที่รับรอง 11 ต.ค. 2553
วันหมดอายุ 10 ต.ค. 2560

AF 04-07

ตนเอง (จำนวน 10 ข้อ) และแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (จำนวน 35 ข้อ) รวมทั้งหมด 83 ข้อ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

6. ผู้วิจัยจะเป็นผู้วัดขนาดเส้นรอบวงแขน-น่องให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยตนเองด้วยสายวัดคิ้ว และในกรณีที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ทราบว่าเป็นจุดบนน้ำหนักคิ้วและส่วนสูงเท่าใด ผู้วิจัยได้เตรียมเครื่องชั่งน้ำหนักยี่ห้อ TANITA และวัดความสูงให้โดยใช้สายวัดคิ้ว

7. หากพบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถามพบว่ามีความเครียดรุนแรง ผู้วิจัยจะให้การดูแลโดยพูดคุยเพื่อสอบถามถึงปัญหา ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้พูดคุย ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งประสานงานส่งต่อข้อมูลให้ทีมบุคลากรทางสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลาดพร้าว ซึ่งรับผิดชอบเขตวังทองหลาง และศูนย์บริการสาธารณสุข 25 ห้วยขวาง ซึ่งรับผิดชอบดูแลในเขตพื้นที่ห้วยขวาง ให้การดูแลคือ

8. ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุได้ทราบถึงสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการของตนเอง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะขาดสารอาหาร และในผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกิน อีกทั้งพูดคุยถึงเอาจุดเด่นของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้สึทางด้านบวก และเกิดความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อบุคลากร ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ที่รับผิดชอบพื้นที่ เจ้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ทราบถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ อีกทั้งความสามารถทางด้านร่างกาย ภาวะโภชนาการ ของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่ได้ไปส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

9. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ ในบางข้อคำถามอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของท่าน สามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ หากท่านไม่ยินดีให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกในการสัมภาษณ์ สามารถปฏิเสธถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องให้เหตุผล ไม่มีความเสี่ยง ไม่ก่อให้เกิดผลเสีย หรือผลกระทบใด ๆ

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำการสอบถามแบบสอบถาม และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

11. ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายผู้เข้าร่วมการวิจัยในการตอบแบบสอบถามผ่านผู้นำชุมชน ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสะดวกและสามารถเคลื่อนที่ได้เอง ผู้วิจัยจะนัดหมายที่ลานกิจกรรมของชุมชน กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวก หรือไม่สะดวกเดินทางได้เอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามที่บ้าน โดยผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครจะพาผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลแบบสอบถามที่บ้าน



แผนโครงการวิจัย..... 120-1/59
วันที่รับรอง..... 11 ต.ค. 2553
วันหมดอายุ..... 10 ต.ค. 2560

AF 04-07

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. การวิจัยนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย แต่มีของที่ระลึกเป็น ผ้าขนหนูผืนเล็ก 1 ผืน เพื่อมอบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท



กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ - โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

อยู่ที่โครงการวิจัย..... 180.1/59

วันที่รับรอง..... 11 ต.ค. 2559

วันหมดอายุ..... 10 ต.ค. 2560

ขอขอบพระคุณในความร่วมมื่อ
ของท่านมา ณ ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 05-07

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ผู้ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย บัญชีที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขต
กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชุตินา สิ้นชัยนิชกุล

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16 โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ ถนน วังหลัง
แขวง ศิริราช เขต บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 73/1 หมู่ 5 ซอย พระราม 2 33 แขวง ท่าข้าม เขต บางขุนเทียน
กรุงเทพมหานคร 10150

โทรศัพท์ (ทำงาน) 02-4194553-5 (มือถือ) 086-6641746

E-mail Address: chutimakae06@gmail.com



ข้าพเจ้า ได้รับทราบคำอธิบายอย่างชัดเจน เกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้า มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ามีความยินดีตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินการสูบบุหรี่อย่างมีสุขภาพะ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำแบบสอบถามไปประเมินและรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง เมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย ภายใต้งานใจที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะเก็บรักษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลสรุปเข้าร่วมการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานการวิจัยที่นำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

เลขที่โครงการวิจัย..... 120-1/59
ทำที่รับรอง..... 11 ต.ค. 2559
วันหมดอายุ..... 1.0 ต.ค. 2560



AF 05-07

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202
E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(นางสาวสุติมา สิ้นชัยนชกุล) (.....)
ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
เอกที่โครงการวิจัย..... 120.1/59 (.....)
วันที่รับรอง..... 11 ต.ค. 2559..... พยาน
วันหมดอายุ..... 10 ต.ค. 2560.....



แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

No.

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบหรือเครื่องหมาย (√) ลงในช่องหรือเติมข้อความที่ตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี (นับจาก พ.ศ. เกิด)
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่า/แยก
4. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์
 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา 1. ไม่ได้เรียน
 2. ต่ำกว่าประถมศึกษา
 3. ประถมศึกษา
 4. มัธยมศึกษา หรือ เทียบเท่า
 5. อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า
 6. ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 2. ข้าราชการ/บ้านานาญ
 3. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
 4. รับจ้าง
 5. เกษตรกรรม
 6. อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้โดยประมาณ บาท/เดือน
8. ที่มาของรายได้
9. ความเพียงพอของรายได้ 1. เพียงพอ 2. ไม่เพียงพอไม่ต้องกั้ยืม
 3. ไม่เพียงพอต้องกั้ยืม
10. โรคประจำตัว 1. ไม่มี
 2. มี โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมเครื่องหมาย (v) ลงในช่องที่ตรงกับความสามารถของร่างกายท่านในช่วง 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว
 - () 1. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - () 2. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้
 - () 3. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด
 - () 1. ต้องการความช่วยเหลือ
 - () 2. ทำเองได้ (รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์เอง และทำได้เองแต่มีคนช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. ลุกจากที่นอน หรือ ลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - () 1. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น
 - () 2. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งได้
 - () 3. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องการให้มีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - () 4. ทำได้เอง
4. ใช้ห้องน้ำ
 - () 1. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - () 2. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - () 3. ทำได้เอง
5. การเดินหรือการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 - () 1. เดินหรือเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - () 2. ต้องใช้รถเข็นช่วยให้ตัวเองเคลื่อนที่ได้ (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - () 3. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือ บอกให้ทำตาม หรือ ต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - () 4. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- () 1. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- () 2. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- () 3. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- () 1. ไม่สามารถทำได้
- () 2. ต้องการคนช่วย
- () 3. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย หรือเกาะราวบันไดขึ้นลงได้)

8. การอาบน้ำ

- () 1. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- () 2. อาบน้ำเองได้

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- () 1. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- () 2. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- () 3. กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- () 1. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- () 2. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- () 3. กลั้นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 18 ข้อ โปรดตอบคำถามนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบหรือเครื่องหมาย (✓) และเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

1. ท่านรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือ ปัญหาการกลืน หรือไม่
 - () 1. รับประทานอาหารลดลงอย่างมาก () 2. รับประทานอาหารลดลง
 - () 3. รับประทานอาหารได้ตามปกติ
2. น้ำหนักตัวของท่านลดลงหรือไม่
 - () 1. น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม () 2. ไม่ทราบ
 - () 3. น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม () 4. น้ำหนักเท่าเดิมไม่ลดลง
3. ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของท่านเป็นอย่างไร
 - () 1. นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา
 - () 2. ลุกจากเตียง หรือ ใช้รถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง
 - () 3. เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
4. ท่านมีภาวะเครียดรุนแรง หรือ เกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือไม่
 - () 1. มี () 2. ไม่มี
5. ท่านมีปัญหาทางระบบประสาทหรือไม่
 - () 1. มีความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง หรือ หลงลืมมาก
 - () 2. มีความจำเสื่อมเล็กน้อย หรือ หลงลืมเล็กน้อย
 - () 3. ไม่มีปัญหาทางระบบประสาท
6. ค่าดัชนีมวลกายของท่าน คำนวณได้จาก น้ำหนักตัว.....(กิโลกรัม) / ส่วนสูง.....(เมตร²)
 - () 1. ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 19
 - () 2. ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21
 - () 3. ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23
 - () 4. ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23
7. ท่านช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ (ไม่อยู่ในการดูแลของสถานพักฟื้นคนชราหรือโรงพยาบาล)
 - () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่
8. ท่านกินยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน
 - () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่

9. ท่านมีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังหรือไม่ (แผลที่เกิดจากเนื้อเยื่อขาดเลือดเนื่องจากการถูกกดทับเป็นเวลานาน เกิดขึ้นบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ สะโพก ตาตุ่ม)
- () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่
10. ท่านกินอาหารเต็มมือ ได้กี่มื้อต่อวัน
- () 1. 1 มื้อ () 2. 2 มื้อ () 3. มากกว่าหรือเท่ากับ 3 มื้อ
11. ในแต่ละวันท่านกินอาหารที่มีโปรตีนบ้างหรือไม่
- 11.1 นมหรือผลิตภัณฑ์จากนมอย่างน้อย 8 คำต่อวัน (เช่น ซีส โยเกิร์ต นมหรือน้ำเต้าหู้ 1 แก้ว)
- () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่
- 11.2 ถั่วเมล็ดแห้ง หรือ ไข่ อย่างน้อย 15 คำ ต่อ สัปดาห์
- () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่
- 11.3 กินเนื้อสัตว์ ปลา หรือสัตว์ปีก ทุกวัน
- () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่
12. ท่านกินผักหรือผลไม้ทุกวันอย่างน้อย 16 คำ ต่อ วัน
- () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่
13. ท่านดื่มน้ำหรือเครื่องดื่ม เช่น น้ำเปล่า น้ำผลไม้ นม หรือเครื่องดื่มอื่นๆประมาณกี่แก้วต่อวัน
- () 1. น้อยกว่า 3 แก้ว () 2. 3-5 แก้ว () 3. มากกว่า 5 แก้ว
14. ท่านสามารถช่วยเหลือตนเองขณะกินอาหาร
- () 1. ไม่สามารถกินอาหารได้เอง
- () 2. กินอาหารได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก
- () 3. กินอาหารได้เองไม่มีปัญหา
15. ท่านคิดว่าตนเองมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร
- () 1. ขาดสารอาหาร
- () 2. ไม่แน่ใจว่ามีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร
- () 3. ไม่ขาดสารอาหาร
16. เมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
- () 1. ดีกว่าคนวัยเดียวกัน () 2. ไม่ทราบ
- () 3. เท่ากันกับคนวัยเดียวกัน () 4. ตีกว่าคนวัยเดียวกัน
17. เส้นรอบวงแขนของท่านมีขนาดเท่ากับ.....(เซนติเมตร)
- () 1. น้อยกว่า 21 เซนติเมตร
- () 2. 21 เซนติเมตร ถึง 22 เซนติเมตร
- () 3. ตั้งแต่ 22 เซนติเมตร ขึ้นไป
18. เส้นรอบวงน่องของท่านมีขนาดเท่ากับ.....(เซนติเมตร)
- () 1. น้อยกว่า 31 เซนติเมตร () 2. ตั้งแต่ 31 เซนติเมตร ขึ้นไป

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบหรือเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามความเป็นจริง กรุณาตอบทุกข้อโดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเป็น

ส่วนมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

	คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นคนที่มีความดีเทียบผู้อื่น				
2	ท่านรู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ				
3	ท่านรู้สึกว่าตนเองทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4	.				
5	.				
6	.				
7	.				
8	.				
9	.				
10	บางครั้งท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสู้งวัยอย่างมีสุขภาวะ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 35 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบหรือเครื่องหมาย (v) ลงในช่องที่ตรงกับตัวของท่านตามความเป็นจริง สิ่งเหล่านี้ตรงกับสิ่งที่ท่านทำในแต่ละวันใช่หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

ใช่อย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ใช่ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็น
ส่วนมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็น
ส่วนมาก

ไม่ใช่อย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

	คำถาม	ใช่ อย่างยิ่ง	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	ไม่ใช่ อย่างยิ่ง
1	ในแต่ละวันท่านยังคงทำโน่นทำนี่ไม่ว่างเว้น					
2	ถ้าต้องอยู่เฉยๆโดยไม่ทำอะไร ท่านจะรู้สึก เบื่อ					
3	ท่านรู้สึกอ่อนเปลี้ยเพลียแรง ถ้าไม่ได้ทำอะไร					
4	ท่านมีอะไรทำหลายอย่างในแต่ละวัน					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
35	ท่านปล่อยวางได้ ถ้ามีสิ่งมาทวนใจ					



ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

Cronbach's Alpha	N of Items
.78	10

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสู้งวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

Cronbach's Alpha	N of Items
.80	35

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสู้งวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีกิจกรรมทางกาย

Cronbach's Alpha	N of Items
.720	5

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสู้งวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการบริหารความคิด

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	3

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสู้งวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

Cronbach's Alpha	N of Items
.95	3

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม

Cronbach's Alpha	N of Items
.73	4

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง

Cronbach's Alpha	N of Items
.78	4

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการยอมรับในการสูงวัย

Cronbach's Alpha	N of Items
.83	2

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย

Cronbach's Alpha	N of Items
.78	5

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการทำบุญและการทำความดี

Cronbach's Alpha	N of Items
.84	4

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการจัดการกับความเครียด

Cronbach's Alpha	N of Items
.77	5

ตารางที่ 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีกิจกรรมทางกาย (n=282)

ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
	ใช่	ไม่		ไม่ใช่	SD			
	อย่าง ยิ่ง	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ใช่				
1. ในแต่ละวันท่านยังคงทำ โน่นทำนี่ไม่ว่างเว้น	164 (58.2)	31.2 (88)	2 (0.7)	26 (9.2)	2 (0.7)	4.37	.943	สูง
2. ถ้าต้องอยู่เฉยๆโดยไม่ทำ อะไร ท่านจะรู้สึกเบื่อ	145 (51.4)	105 (37.2)	6 (2.1)	22 (7.8)	4 (1.4)	4.29	.944	สูง
3. ท่านรู้สึกอ่อนเปลี้ยเพลีย แรง ถ้าไม่ได้ทำอะไร	101 (35.8)	89 (31.6)	12 (4.3)	65 (23)	15 (5.3)	3.70	1.31	สูง
4. ท่านมีอะไรทำหลาย อย่างในแต่ละวัน	133 (47.2)	115 (40.8)	7 (2.5)	23 (8.2)	4 (1.4)	4.24	.946	สูง
5. ท่านรู้สึกสบายใจ เมื่อได้ ออกแรงทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละ วัน	133 (47.2)	125 (44.3)	6 (2.1)	14 (5.0)	4 (1.4)	4.31	.852	สูง

จากตารางที่ 24 พบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะด้านการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้สูงอายุมีอะไรทำหลายอย่างในแต่ละวัน และวันยังคงทำโน่นทำนี่ไม่ว่างเว้น ถ้าไม่ทำแล้วจะรู้สึกเบื่อ รู้สึกอ่อนเปลี้ยเพลียแรง ถ้าได้ออกแรงทำแล้วจะมีความรู้สึกสบายใจ

ตารางที่ 25 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการบริหารความคิด

ด้านการบริหารความคิด	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับ ความ คิดเห็น
	ใช่	ไม่		ไม่ใช่	ไม่ใช่			
	อย่าง ยิ่ง	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ใช่	อย่าง ยิ่ง			
1. ท่านชอบที่จะคิดทำโน่น ทำนี่อยู่เสมอ	128 (45.4)	117 (41.5)	12 (4.3)	23 (8.2)	2 (0.7)	4.23	.91	สูง
2. ท่านจะคิดอะไรอยู่เรื่อย ๆ เพื่อไม่ให้ลืม	63 (22.3)	141 (50.0)	18 (6.4)	48 (17.0)	12 (4.3)	3.69	1.23	สูง
3. ในแต่ละวันท่านยังคง คิดบวกลบตัวเลขในเรื่อง ต่างๆ	115 (40.8)	76 (27.0)	16 (5.7)	42 (14.9)	33 (11.7)	3.70	1.42	สูง

จากตารางที่ 25 พบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะด้านการบริหารความคิดของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการคิดทำโน่นทำนี่อยู่เสมอ มีการคิดเพื่อไม่ให้ตัวเองลืม และยังคงบวกลบเลขในเรื่องต่าง ๆ

ตารางที่ 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

ด้านการมีส่วนร่วมทาง สังคม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับ ความ คิดเห็น
	ใช่	ไม่		ไม่ใช่	ไม่ใช่			
	อย่าง ยิ่ง	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ใช่	อย่าง ยิ่ง			
1. ท่านชอบไปร่วมงานทุก งานที่ท่านไปได้	106 (37.6)	95 (33.7)	15 (5.3)	22 (7.8)	44 (15.6)	3.70	1.44	สูง
2. ท่านชอบไปช่วยงานของ ชุมชน	104 (36.9)	91 (32.3)	19 (6.7)	22 (7.8)	46 (16.3)	3.66	1.45	สูง
3. ท่านชักชวนเพื่อนบ้าน ไปร่วมงานของชุมชน	96 (34)	80 (28.4)	21 (7.4)	26 (9.2)	59 (20.9)	3.45	1.54	ปาน กลาง

จากตารางที่ 26 การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้สูงอายุจะชอบไปร่วมงานและไปช่วยงานของชุมชนทุกงานที่สามารถไปได้

ตารางที่ 27 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
	ใช่	ไม่		ไม่ใช่	SD			
	อย่างยิ่ง	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่อีก				
1. ท่านและพี่น้อง ลูกหลาน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	179 (63.5)	81 (28.7)	6 (2.1)	12 (4.3)	4 (1.4)	4.49	.85	มาก
2. ท่านและพี่น้องลูกหลาน พุดคุยกันทุกวัน	176 (62.4)	80 (28.4)	9 (3.2)	15 (5.3)	2 (0.7)	4.46	.85	มาก
3. ท่านและเพื่อนบ้าน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	149 (52.8)	101 (35.8)	10 (3.5)	14 (5.0)	8 (2.8)	4.31	.96	มาก
4. ท่านและเพื่อนบ้าน พุดคุยกันเป็นประจำ	164 (58.2)	93 (33.0)	9 (3.2)	11 (3.9)	5 (1.8)	4.42	.87	มาก

จากตารางที่ 27 การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุกับพี่น้องลูกหลานช่วยเหลือกันดี มีการพุดคุยกันเป็นประจำ อีกทั้งผู้สูงอายุกับเพื่อนบ้านมีการเกื้อกูลกันดี และพุดคุยกันเป็นประจำ

ตารางที่ 28 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง

ด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
	ใช่อย่างยิ่ง	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	ไม่ใช่อย่างยิ่ง			
1. ท่านไม่ทุกข์ร้อนที่ตนเองอายุมากขึ้น	175 (62.1)	55 (19.5)	8 (2.8)	38 (13.5)	6 (2.1)	4.26	.63	สูง
2. ท่านคอยดูแลตัวเองเมื่อไม่สบาย	199 (70.6)	72 (25.5)	6 (2.1)	4 (1.4)	1 (0.4)	4.65	.63	สูงที่สุด
3. ท่านระมัดระวังเรื่องการกินอยู่เสมอ	151 (53.5)	86 (30.5)	4 (1.4)	18 (6.4)	23 (8.2)	4.15	1.23	สูง
4. ท่านเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตัวเอง	199 (70.6)	77 (27.3)	2 (0.7)	4 (1.4)	0 (0)	4.67	.57	สูงที่สุด

จากตารางที่ 28 พบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูงที่สุด ผู้สูงอายุเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง และดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 29 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการยอมรับในการสูงวัย

ด้านการยอมรับในการสูงวัย	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
	ใช่อย่างยิ่ง	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	ไม่ใช่อย่างยิ่ง			
1. ท่านยอมรับว่าท่านอายุมากแล้ว	226 (80.1)	50 (17.7)	2 (0.7)	2 (0.7)	2 (0.7)	4.76	.57	สูงที่สุด
2. ท่านยอมรับว่าตอนนี้ฉันทำอะไรไม่ได้เท่าตอนเป็นหนุ่มสาว	211 (74.8)	59 (20.9)	4 (1.4)	5 (1.8)	3 (1.1)	4.67	.69	สูงที่สุด

จากตารางที่ 29 การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะด้านการยอมรับในการสูงวัยของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูงที่สุด ผู้สูงอายุยอมรับว่าตนเองอายุมากแล้ว ทำอะไรได้ไม่เท่ากับตอนที่เป็นนุ่นสาว

ตารางที่ 30 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย

ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
	ใช่		ไม่ใช่		ไม่ใช่			
	อย่างยิ่ง	ใช่	ไม่แน่ใจ	อย่างยิ่ง				
1. ท่านมีทุกสิ่งทุกอย่างเพียงพอแล้ว	135 (47.9)	94 (33.3)	15 (5.3)	31 (11.0)	7 (2.5)	4.13	1.09	มาก
2. ท่านใช้จ่ายอย่างระมัดระวัง	196 (69.5)	66 (23.4)	8 (2.8)	9 (3.2)	3 (1.1)	4.57	.79	มากที่สุด
3. ท่านใช้ชีวิตอย่างพออยู่พอกิน	211 (74.8)	61 (21.6)	4 (1.4)	6 (2.1)	0 (0)	4.69	.61	มากที่สุด
4. ท่านใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย	214 (75.9)	60 (21.3)	2 (0.7)	5 (1.8)	1 (0.4)	4.71	.61	มากที่สุด
5. ท่านใช้จ่ายเฉพาะแต่สิ่งที่จำเป็น	207 (73.4)	66 (23.4)	3 (1.1)	5 (1.8)	1 (0.4)	4.68	.62	มากที่สุด

จากตารางที่ 30 การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตที่เรียบง่ายของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูงที่สุด ผู้สูงอายุมีการใช้ชีวิตที่เรียบง่าย อยู่อย่างพออยู่พอกิน ใช้จ่ายอย่างระมัดระวัง และซื้อเฉพาะของที่จำเป็นเท่านั้น

ตารางที่ 31 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการทำบุญและการทำความดี

ด้านการทำบุญและการทำความดี	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
	ใช่อย่างยิ่ง	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	ไม่ใช่อย่างยิ่ง			
1. ท่านทำบุญตามกำลังที่มี	188 (66.7)	81 (28.7)	6 (2.1)	2 (0.7)	53 (1.8)	4.58	.74	สูงที่สุด
2. ท่านหมั่นทำบุญทำทานเมื่อมีโอกาส	195 (69.1)	75 (26.6)	6 (2.1)	23 (0.7)	4 (1.4)	4.61	.70	สูงที่สุด
3. ท่านหมั่นทำความดี	217 (77.0)	60 (21.3)	2 (0.7)	3 (1.4)	0 (0)	4.73	.58	สูงที่สุด
4. ท่านช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน	190 (67.4)	82 (29.1)	6 (2.1)	2 (0.7)	2 (0.7)	4.62	.64	สูงที่สุด

จากตารางที่ 31 การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะด้านการทำบุญและการทำความดีของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูงที่สุด ผู้สูงอายุจะหมั่นทำความดี ทำบุญเมื่อมีโอกาสตามกำลังที่มี และช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 32 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครด้านการจัดการกับความเครียด

ด้านการจัดการกับความเครียด	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
	ใช่อย่างยิ่ง	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	ไม่ใช่อย่างยิ่ง			
1. ท่านไม่คิดกังวลเกินเหตุ	132 (46.8)	87 (30.9)	15 (5.3)	39 (13.8)	9 (3.2)	4.04	1.17	สูง
2. ท่านขอคำปรึกษาจากคนอื่นเมื่อไม่สบายใจ	60 (21.3)	106 (37.6)	4 (1.4)	26 (9.2)	86 (30.5)	3.10	1.59	ปานกลาง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล เกิดเมื่อวันที่ 6 เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2526 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร ศึกษาในระดับอนุบาลถึงระดับชั้นมัธยมศึกษา ที่โรงเรียนช่างตาครูส์คอนแวนท์ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ.2550 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน 9 ปี

