ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ*

อภิรดี โชนิรัตน์**
วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์***
คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล****
ศริยามน ติรพัฒน์*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง และอำนาจทำนายของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไทยอายุ 60 ปี และมากกว่า ในจังหวัดระยอง จำนวน 383 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูง ร้อยละ 84.9 และพบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สามารถร่วมทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 42.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .425, p < .001) โดยปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสูงสุด คือ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (β = .420, p < .001) รองลงมาคือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (β = .292, p < .001) ภาวะซึมเศร้า (β = -.108, p = .020) และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (β = .100, p = .017) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ, ภาวะซึมเศร้า, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, สิ่งแวดล้อม

---

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
**นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Corresponding Author; E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th
****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
Received: February 17, 2020 / Revised: May 11, 2020 / Accepted: May 25, 2020

Factors predicting healthy ageing of older adults*

Apiradee Chonirat**
Virapun Wirojratana***
Kanaungnit Pongthavornkamol****
Sariyamon Tiraphat*****

Abstract

This predictive research aimed to study healthy ageing characteristics and predictive power of health enhancement lifestyles, depression, spiritual well-being and age-friendly environments over healthy ageing among the elderly. The sample was 383 elderly Thais aged 60 years and over living in Rayong Province. Data were collected by using a questionnaire on general information, the Healthy Ageing Instrument (HAI), the Health Enhancement Lifestyle Profile Screener (HELP Screener), the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15), the Spiritual Well-Being Scale (SWBS) and the Survey of Age-friendly Physical and Social Environment. Data were analyzed by using descriptive statistics and enter multiple linear regression analysis.

The findings revealed that the sample had a high level of healthy ageing (84.9%). In addition, health enhancement lifestyles, depression, spiritual well-being and age-friendly environments were found to be able to co-predict the healthy ageing of the elderly at 42.5% with statistical significance (R^2 = .425, p < .001). The factors with the highest predictive power were health enhancement lifestyles (β = .420, p < .001), followed by spiritual well-being (β = .292, p < .001), depression (β = -.108, p = .020) and age-friendly environments (β = .100, p = .017), respectively.

This study suggests that health providers should promote health enhancement lifestyles, spiritual well-being and age-friendly environment and prevent depression in order for the elderly to have healthy ageing.

Key words: older adults, healthy ageing, depression, spiritual well-being, environment

---

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

**Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University
***Associate Professor, Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University
Corresponding Author; E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th
****Associate Professor, Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University
*****Assistant Professor, ASEAN Institute of Health Development, Mahidol University

Received: February 17, 2020 / Revised: May 11, 2020 / Accepted: May 25, 2020

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก ร้อยละ 65 ของการเพิ่มขึ้นทั่วโลกเกิดขึ้นในทวีปเอเชีย[1] ประเทศไทยจัดเป็นประเทศหนึ่งในทวีปเอเชียที่มีแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุดำเนินไปเช่นเดียวกับนานาประเทศ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 13 ล้านคน และในอีก 20 ปีข้างหน้าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[2] เมื่อจำแนกจำนวนผู้สูงอายุตามรายภาคพบว่า ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.87, 17.7, 16.04, 14.85 และ 14.56 ตามลำดับ[3] จังหวัดระยองเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย จำนวนผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 20.54[4] จึงจัดเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาทางสังคมเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีสถานะความเป็นอยู่และพฤติกรรมไม่เหมาะสม[5] และมีความสุขระดับสูงเพียงร้อยละ 27.8[6]

เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในทางเสื่อม โดยได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล[7] ส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถของผู้สูงอายุที่ลดลง การใช้บริการด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น[8] ซึ่งกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง และงบประมาณโดยรวมที่จะนำมาใช้จ่ายในการพัฒนาประเทศ[4] ดังนั้นการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะจะช่วยลดปัญหาและผลกระทบดังกล่าวนี้ได้

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดนิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy ageing) ไว้ว่าเป็นกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ อันนำไปสู่ความผาสุก ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กำหนดกรอบการดำเนินงานตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2015-2030 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความผาสุก[7] สำหรับประเทศไทย รัฐบาลปัจจุบันกำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 71 และสอดรับกับกรอบการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และเทคโนโลยีนวัตกรรม[4]

ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) อันนำไปสู่ความผาสุกในช่วงบั้นปลายของชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่ขึ้นอยู่กับความสามารถภายใน (Intrinsic capacity) ทั้งร่างกายและจิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ การศึกษาพบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health enhancement lifestyles) ซึ่งเป็นความสามารถภายในด้านร่างกาย ช่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพตลอดช่วงชีวิต อันส่งเสริมระดับความสามารถทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น[1] และพบว่าดัชนีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ[9] และ

การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[10] ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น แต่มีรายงานว่าผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้[11] ภาวะซึมเศร้า (Depression) จัดเป็นความสามารถภายในด้านจิตใจ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่[12] และเป็นหนึ่งในสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไทย 3 อันดับแรก[13]

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่ลดลง และสามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้[14] ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและมีความสำเร็จที่ตั้งไว้[15] และมักเป็นเรื่องที่ถูกมองข้ามในผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริงแล้วมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณตามหลักพระพุทธศาสนา จะทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข[16] และพบว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูงจะทำให้การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุสูงตาม[10] สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly environments) รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่สนับสนุนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ จะทำให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น[7] เป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ[17] และพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รายงานว่ามีสุขภาวะดีขึ้น[18] นอกจากนี้ยังพบว่า การมีกิจกรรมทางกาย[9] ภาวะโภชนาการ การรับรู้คุณค่าในตนเอง[19] ดัชนีด้านจิตสังคม[9] และการสนับสนุนทางสังคม[10] ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างสมบูรณ์พบการศึกษาของประเทศไทย ร้อยละ 18.1[20] กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความพิการ[10] และมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ[14] ส่วนใหญ่เลือกศึกษาตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งจากองค์ประกอบแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบการศึกษาที่มีความครอบคลุมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์[10,19] และการศึกษาสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ที่การศึกษาครอบคลุมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม[21] ยังมีค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ ยังไม่ครอบคลุมภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นเงื่อนไขทางสุขภาพที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้สูงอายุไทย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการศึกษาปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดระยองครั้งนี้ แบบครอบคลุมทุกองค์ประกอบข้างต้น เพื่อใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สามารถพึ่งพาตนเองได้ และยังช่วยสร้างประโยชน์ตอบแทนคืนให้แก่ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง

2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ WHO[7] ซึ่งได้อธิบายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไว้ว่าเป็นกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) ในสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญหรือคุณค่าอันนำไปสู่ความผาสุกในชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่ขึ้นอยู่กับ ความสามารถภายใน ของบุคคล ซึ่งมีความเกี่ยวพันธ์กับลักษณะของสิ่งแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถภายในกับสิ่งแวดล้อม ความสามารถภายใน (Intrinsic capacity) ประกอบด้วยความสามารถด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากความสามารถในการเดิน การคิด การเห็น การได้ยิน และความจำ ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับความสามารถภายในนั้นมีหลายปัจจัย เช่น การป่วยเป็นโรค การบาดเจ็บและการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ สำหรับสิ่งแวดล้อม (Environments) หมายถึง ปัจจัยภายนอกทั้งหมดที่อยู่ในบริบทรอบตัวของแต่ละบุคคล เช่น บ้าน ชุมชน และสังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้น ประชาชน และการมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน ทัศนคติและค่านิยม นโยบายด้านสุขภาพและสังคม ระบบสนับสนุนและบริการที่ให้กับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่ความผาสุก (Well-being) เช่น การมีความสุข มีความพึงพอใจ และบรรลุเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสามารถภายใน และความสามารถในการทำหน้าที่จะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาอำนาจการทำนาย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ ≥ 60 ปี ที่อาศัยอยู่จังหวัดระยอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ ≥ 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่จังหวัดระยอง เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ คัดกรองโดยแบบประเมินจีพีค็อก (ฉบับภาษาไทย) โดยได้คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน[22] และ 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกคือ 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตอยู่ระหว่างรับการรักษา เช่น โรคจิตเภท เป็นต้น และ 2) ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเรื้อรังที่มี

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไตระยะสุดท้ายอยู่ระหว่างล้างไต โรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคหัวใจล้มเหลว Functional class 3-4 หรือโรคหัวใจอื่นๆ ที่มีอาการหายใจไม่สะดวก และโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ที่มีอาการหายใจไม่สะดวก เป็นต้น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Lemeshow และคณะ[23] ดังนี้

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)N/d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2}P(1-P)$$

โดย n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N คือ ขนาดของประชากรที่ทราบแน่ชัด (79,323 คน), $Z^2_{1-\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ (1.960), P คือ จำนวนตัวแทนของประชากรครึ่งหนึ่ง (.5), d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสมบูรณ์ที่ยอมให้เกิดได้สูงสุด (.05)[23] เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ 382.313 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 383 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มอำเภอในจังหวัดระยองทั้ง 8 อำเภอ เป็น 4 กลุ่ม ตามจำนวนประชากรสูงอายุที่มีอยู่ และสุ่มเลือกอำเภอตัวอย่างจากแต่ละกลุ่ม จนได้อำเภอตัวอย่าง 4 อำเภอ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกตำบลตัวอย่างจากทั้ง 4 อำเภอที่สุ่มได้ จนได้ตำบลตัวอย่าง 4 ตำบล ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากทั้ง 4 ตำบลที่สุ่มได้ จนได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัวอย่าง 4 แห่ง ขั้นตอนที่ 4 เลือกหน่วยตัวอย่างจากหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง ด้วยวิธีการแบ่งเป็นสัดส่วนตามจำนวนของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ ดังนี้ แห่งที่ 1 จำนวน 77 คน แห่งที่ 2 จำนวน 134 คน แห่งที่ 3 จำนวน 77 คน และแห่งที่ 4 จำนวน 95 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก (ฉบับภาษาไทย) พัฒนาโดย Brodaty และคณะ[24] แปลเป็นภาษาไทย โดย Griffiths และคณะ[22] ใช้เฉพาะส่วนที่ 1 ประเมินผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 6 ข้อ โดยคะแนนเท่ากับ 9 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหาความรู้ความเข้าใจบกพร่อง

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 14 ข้อ สอบถามข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว จำนวนยาที่รับประทานเป็นประจำ ลักษณะของสิ่งแวดล้อมในละแวกบ้าน และจำนวนปีที่อาศัยอยู่ในชุมชน

3. แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ Thiamwong และคณะ[25] เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย และมีความครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ WHO[7] สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ของ Hansen-kyle[26] มีข้อคำถาม 35 ข้อ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีกิจกรรมทางกาย 2) การบริหารความคิด 3) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน 5) การตระหนักรู้และดูแลตนเอง 6) การยอมรับการสูงวัย

7) การใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ 8) การทำบุญและทำความดี และ 9) การจัดการกับความเครียด ลักษณะคำถามและการตอบเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วน 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่ 1 (ไม่ใช่อย่างยิ่ง) ถึง 5 (ใช่อย่างยิ่ง) แบ่งการแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น[27] คือ คะแนน 35-81.67 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับต่ำ คะแนน 81.68-128.34 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับปานกลาง และคะแนน 128.35-175 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูง

4. แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ สร้างโดย Hwang[28] พัฒนาเพิ่มเติมจากฉบับเต็ม ของ Hwang[29] เนื่องจากยังไม่ปรากฏว่ามีผู้นำมาใช้ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ มีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะของคำถามและการตอบเป็นแบบตอบรับหรือปฏิเสธ (Dichotomous scale) 2 ระดับ (0-1 คะแนน) หากตอบ “ใช่” (1 คะแนน) หรือ “ไม่ใช่” (0 คะแนน) โดยคะแนนมาก หมายถึง มีแบบแผน การดำเนินชีวิตที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ และถ้าคะแนน < 9 หมายถึง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

5. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ของ Sheikh และ Yesavage[30] พัฒนาโดย Wongpakaran และ Wongpakaran[31] มีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะของคำถามและการตอบเป็นแบบตอบรับหรือปฏิเสธ (Dichotomous scale) 2 ระดับ (0-1 คะแนน) แบ่งการแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-5 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6-10 หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และคะแนน 11-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

6. แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของ Paloutzian และ Eillison[15] แปลเป็นภาษาไทย พร้อมทั้งปรับปรุงให้เหมาะสมกับคนไทยที่นับถือศาสนาพุทธ โดย ธนิญา น้อยเปียง[32] มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ และ 2) ด้านความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา ลักษณะคำถามและการตอบเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วน 6 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ถึง 6 (เห็นด้วยมากที่สุด) แบ่งการแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 20-40 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ คะแนน 41-99 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง และคะแนน 100-120 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง

7. แบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ของ ศริยามน ติรพัฒน์ และคณะ[21] ปรับปรุงจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมละแวกบ้าน ของผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียซื่อ[33] มีข้อคำถาม 32 ข้อ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการในละแวกบ้าน 2) ถนนในละแวกบ้าน 3) สถานที่สำหรับเดินและขี่จักรยาน 4) สุนทรียภาพละแวกบ้าน 5) อันตรายจากการจราจร 6) อาชญากรรมในชุมชน 7) ความไว้วางใจในชุมชน 8) ความมีปฏิสัมพันธ์กันในชุมชน และ 9) การช่วยเหลือกันในชุมชน ลักษณะคำถามและการตอบเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วน (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดย

คะแนนมาก หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุมาก แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุมากและน้อย ตามค่า Median (The cut point) ที่คะแนน 102 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน และมีการใช้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ ประกอบกับในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาดัดแปลงหรือปรับปรุง จึงนำไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ดังนี้ แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากลักษณะคำถามและการตอบเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วน (Rating scale) จึงคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.877, 0.706 และ 0.806 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย เนื่องจากลักษณะคำถามและการคำตอบเป็นแบบตอบรับหรือปฏิเสธ (Dichotomous scale) "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" และมีการให้คะแนนเป็น 0 และ 1 จึงคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.729 และ 0.702 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและได้รับอนุญาตให้ลงพื้นที่จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ/หรือกำนัน ผู้ใหญ่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 แห่ง ในจังหวัดระยอง ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างดังรายละเอียดข้างต้น ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์งานวิจัย และประสานกับผู้วิจัยให้เข้าพบผู้สูงอายุ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง หากผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 50 นาที ต่อคน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS 2019/485.0103 วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัด

ระยอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลของตัวแปรตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของสถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ[34] ดังนี้

3.1 ตัวแปรตามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ และตัวแปรอิสระความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากกราฟ Normal P-P plot มีการกระจายเป็นโค้งปกติ สำหรับตัวแปรอิสระแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า จากกราฟ Normal P-P plot ไม่มีการกระจายเป็นโค้งปกติ แต่จากการศึกษาของ Norman[35] ได้ทำการตรวจสอบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการเลือกวิธีการทางสถิติจากทฤษฎีของนักวิจัยในอดีต สรุปได้ว่า สถิติพาราเมตริก (Parametric statistics) สามารถใช้ได้กับข้อมูลที่ไม่มีการกระจายเป็นโค้งปกติ โดยไม่ทำให้การสรุปผลการวิจัยผิดพลาด

3.2 ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระแต่ละตัว โดยดูจากกราฟ Scatterplot ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามไม่มี Multicollinearity จากค่า VIF ของตัวแปรมีค่าตั้งแต่ 1.137 - 1.388 และค่า Tolerance ของตัวแปรมีค่าตั้งแต่ 0.721 - 0.880 ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากพยากรณ์ จากกราฟ Normal P-P plot มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ Residual = .000 และค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์จากกราฟ Scatterplot มีการกระจายของพื้นที่เหนือและใต้เส้นระดับ 0.0 ใกล้เคียงกัน ทำให้สามารถนำไปวิเคราะห์ขั้นต่อไปได้ จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรแบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว โดยควบคุมเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ เนื่องจากผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าตัวแปรควบคุมดังกล่าวยังมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-97 ปี (mean = 71.10, SD = 7.801) อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 49.6) มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.8) เป็นเพศหญิง มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 52.7) และยังคงประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60.6) 2 ใน 3 (ร้อยละ 66.6) มียารับประทานเป็นประจำ มากกว่า 2 ใน 3 (ร้อยละ 67.4) มีโรคประจำตัว ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 40.3, 20.3 และ 16.1 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ย ≤ 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 68.7) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 69.2) และมีสิ่งแวดล้อมในละแวกบ้านอยู่ติดถนน (ร้อยละ 77.0) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาศัยอยู่บ้านตนเอง (ร้อยละ 91.4) ไม่ได้อยู่คนเดียว (ร้อยละ 91.6) โดยอยู่กับลูก/หลานมากที่สุด (ร้อยละ 59.3) และอาศัยอยู่ในชุมชน > 6 ปี (ร้อยละ 95.8)และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100)

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูง (mean= 142.54, SD = 13.912) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการยอมรับการสูง

วัย (mean = 4.42, SD = .562) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และด้านการจัดการกับความเครียด (mean = 3.73, SD = .828) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (ดังแสดงในตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 89.0) (mean = 11.73, SD = 2.521) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 87.2) (mean = 3.21, SD = 2.359) มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง (ร้อยละ 88.0) (mean = 84.65, SD = 11.912) และมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับมาก (ร้อยละ 52.2) (mean = 101.61, SD = 9.776)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ และค่าพิสัยของลักษณะการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างโดยรวม และรายด้าน (N=383)

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	ช่วงคะแนน	mean	SD	การแปลผล
โดยรวม	**102-173**	**142.54**	**13.912**	**ระดับสูง**
1. การยอมรับการสูงวัย	1.0-5.0	4.42	.562	ระดับสูง
2. การมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน	1.0-5.0	4.31	.624	ระดับสูง
3. การทำบุญและทำความดี	2.5-5.0	4.30	.472	ระดับสูง
4. การตระหนักรู้และดูแลตนเอง	2.8-5.0	4.26	.511	ระดับสูง
5. การใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ	2.8-5.0	4.23	.471	ระดับสูง
6. การมีกิจกรรมทางกาย	1.0-5.0	3.88	.721	ระดับสูง
7. การบริหารความคิด	2.0-5.0	3.84	.618	ระดับสูง
8. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	1.0-5.0	3.83	.968	ระดับสูง
9. การจัดการกับความเครียด	1.0-5.0	3.73	.828	ระดับสูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ($r = .518$) ภาวะซึมเศร้า ($r = -.278$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .378$) และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ($r = .199$) ตามลำดับ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (N = 383)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ	1				
2. ภาวะซึมเศร้า	-.212**	1			
3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.188**	-.400**	1		
4. สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	.234**	-.193**	.009	1	
5. การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ	.518**	-.278**	.378**	.199**	1

**p < .01

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ (Enter multiple linear regression) โดยควบคุมตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สามารถร่วมทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 42.5 (R^2 = .425, p < .001) และเมื่อพิจารณาจากค่า β พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสูงสุด คือ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (β = .420, p < .001) รองลงมาคือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (β = .292, p < .001) ภาวะซึมเศร้า (β = -.108, p = .020) และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (β = .100, p = .017) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อำนาจทำนายของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยควบคุมตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ (N = 383)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE.	β	t	p-value
ค่าคงที่	74.599	8.113		9.195	<.001*
แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ	2.320	.236	.420	9.824	<.001*
ภาวะซึมเศร้า	-.635	.273	-.108	-2.329	.020*
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.341	.051	.292	6.663	<.001*
สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	.142	.060	.100	2.389	.017*
R = .652, R^2 = .425, F = 30.672, p < .001					

*p < .05

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[10,19] อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 49.6) และมีอายุเฉลี่ย 71.10 ปี ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.7) มีสถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.6) ไม่ได้อาศัยอยู่ตามลำพัง และมากกว่า 2 ใน 3 (ร้อยละ 69.2) มีรายได้เพียงพอ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย และมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้โดยรวมมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูง (ร้อยละ 84.9) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 15.1) เมื่อพิจารณาจากความแตกต่างของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ทั้ง 2 ระดับ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.4) ของผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูงอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) แต่ในผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับปานกลางอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 43.1) ผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561 ที่ว่าระดับความสุข ความแข็งแรงของร่างกาย และความต้องการทำงานของผู้สูงอายุจะลดลงตามช่วงวัย[36] จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูงเป็นผู้สูงอายุวัยต้นมากกว่าวัยกลาง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุพบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 42.5 โดยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้โดยรวมมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนรวมรายข้อที่ว่าฉันมีเวลาเพียงพอในการดูแลตนเองสูงสุด อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น และประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่กับบ้าน จึงมีเวลามากพอในการดูแลตนเองและมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้สามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุทวีปยุโรปพบว่า ดัชนีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ครอบคลุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุราต่อวัน การมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางหรือมาก การรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ การรับประทานเนื้อสัตว์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และการดื่มน้ำที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดีมากขึ้น[9] และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ WHO[7] การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแบบแผน การดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Han และคณะ[14] และกรอบแนวคิดของ WHO[7] แสดงให้เห็นว่าไม่ใช่แต่เพียงปัจจัยด้านร่างกายที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ แต่ปัจจัยด้านจิตใจก็มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุข

ภาวะของผู้สูงอายุเช่นกัน[14] เพราะภาวะซึมเศร้าอาจนำไปสู่การพร่องความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง อันเกิดจากการพร่องความสามารถภายในด้านจิตใจ ส่งผลให้การสูงวัยอย่างสุขภาวะลดลงได้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Han และคณะ[14] และกรอบแนวคิดของ WHO[7] โดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า การที่คนเราจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความศรัทธายึดมั่นทางศาสนาเป็นสำคัญ แต่ขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเองและความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเองเป็นหลัก ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่เพื่อสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ของผู้สูงอายุว่าอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรในระดับสูงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดีขึ้น[21] และมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 3.79 เท่า[37] สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ WHO[7] โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนที่สิ่งแวดล้อมมีความเกื้อหนุน และปลอดภัยจากอาชญากรรม เป็นต้น ทำให้มีความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับสูง จึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่เป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรมีการประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนาระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบกับจัดให้มีระบบการคัดกรองหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ สู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีระบบคัดกรองหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เพื่อใช้ผลการวิจัยอ้างอิงสำหรับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะในอนาคตต่อไป

References

1. World Health Organization. Ageing and Life Course [Internet]. 2018. [cited 2018 June 20]. Available from: http://www.who.int/ ageing/en/
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly. Nakhon Pathom: Printery; 2016.p4. (in Thai).

3. Ministry of Social Development and Human Security. Statistics of the elderly in Thailand as of 31 December 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 April 15]. Available from: http://www.dop.go.th/ th/know/1/275 (in Thai).
4. Ministry of Social Development and Human Security. Report of the social situation and human security year 2018 (January - March) presented to the Cabinet [Internet]. 2018. [cited 2018 June 12]. Available from:http:// tpso4.m-society.go.th/ images/ Database TPSO4/ News _TPSO/ Advertise/2561/ article_20180530120 954- 2.pdf (in Thai).
5. Ministry of Social Development and Human Security, Rayong Province. Social Report of Rayong Province 2017 [Internet]. 2017. [cited 2018 June 12]. Available from: http://www. rayong.m- society.go.th (in Thai).
6. Tuntichaivanit C, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C. Life happiness of the elderly in Rayong province. Journal of Public Health. 2009; 39(1): 34-7. (in Thai)
7. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. 2015. [cited 2018 June 13]. Available from: http:// apps.who.int/ iris/ bitstream/ handle_eng.pdf;jsessionid= E27DC9 D44319120E9DBE08F18EA00FA 0?sequence=1
8. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011;10(4):430-9. doi:10.1016/j.arr.2011.03.003
9. Sowa A, Adamczyk BT, Madry RT, Poscia A, Milia DI. Predictors of healthy ageing: public health policy targets. BMC Health Serv Res. 2016; 16(5): 441-79.
10. Somboon S, Somanusorn S, Sumgern C. Factors related to healthy aging among elderly. Kuakarun Journal of Nursing. 2018; 25(1): 141-53. (in Thai).
11. Department of Health, Ministry of Public Health. Report of the Thai elderly health survey 2013 [Internet]. 2013. [cited 2018 June 12]. Available from: www.hitap.net/wp-content/uploads/ 2014/ 10/ elderly report-2556.pdf (in Thai).
12. World Health Organization. Depression: definition [Internet]. 2018. [cited 2018 June 22]. Available from: http:/ / www.euro.who.int/ en/ home/ copyright-notice
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The statistics of the elderly suicides are ranked 2, also police career [Internet]. 2018. [cited 2018 June 12]. Available from: https:// www. dmh.go.th/news-dmh/view.asp? id=27623 (in Thai).
14. Han K, Lee Y, Gu J, Oh H, Han J, Kim K. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. Health Qual Life Outcomes. 2015;13:31. Published 2015 Mar 7. doi:10.1186/ s12955-015-0225-5

15. Paloutzian RF, Eillison CW. Loneliness, Spiritual well-being, and Quality of Life. J Psychol Theol.1982; 11(4): 330-40.
16. Khemaweero PW, Pattanasing T, Khankaew T, Khumtua K, Lapontan S. Enhancement of elder people's spiritual well-being according to Buddhism doctrines. Journal of MCU Peace Studies. 2017; 5(1): 78-8. (in Thai).
17. Intraratsamee J, Wannajak P,Ratnun Y, Thirapongsawat K, Somtua J, Keawsod C, et al. Co-operative learning between elderly people and care giver to develop inside and outside environment of the elderly people's home within provinces under responsibility regional health promotion center 6. Khon Kaen: Khon Kaen print; 2016. (in Thai).
18. Lehning AJ, Smith RJ, Dunkle RE. Age-friendly environments and self-rated health: an exploration of Detroit elders. Res Aging. 2014;36(1):72-94. doi:10.1177/0164027512469214
19. Sinchaiwanichakul C, Kespichayawattana J. Factors related to healthy aging among the older persons in community-dwelling of Bangkok metropolitan. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(19): 100-9. (in Thai).
20. Tavares RE, Jesus MC, Machado DR, Braga VA, Tocantins FR, Merighi MA. Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative. Rev Bra Geriatr Gerontol. 2017; 20(6): 878-89.
21. Tiraphat S, Thamma-Aphiphol K, Suthisukon K, Hong SA. Do age-friendly environments promote healthy aging among Thai older population? Know their needs to do planning before too late. Nakhon Pathom: P.A. Living; 2016. (in Thai).
22. Griffiths J, Puttinoi S, Pongsaksri M. The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai version): Validity and Reliability. Poster session presented at 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum, 21st Annual Congress of Gerontology. Hong Kong; 2014.
23. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. Chippenham: Great Britain by Antony Rowe; 1993.
24. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, Huppert FA. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. J Am Geriatr Soc. 2002; 50: 530-4.
25. Thiamwong L, Maneesriwongul W, Malathum P, Jitapunkul S, Vorapongsathorn T, Stewart AL. Development and psychometric testing of the healthy aging instrument. Thai Journal of Nursing Research. 2008; 12(4): 285-96. (in Thai).
26. Hansen-kyle L. A Concept analysis of healthy aging. Nurs Forum. 2005; 40(2): 45-7.

27. Best JW. Research in Education. 3rd Edition. New York: McGraw-Hill; 1997.
28. Hwang JE. Development and validation of a 15-item lifestyle screening for community-dwelling Older Adults. Am J Occup Ther. 2012; 6(66): 97-106.
29. Hwang JE. Promoting healthy lifestyles with aging: development and validation of the Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) using the Rasch measurement model. Am J Occup Ther. 2010;64(5):786-795. doi:10.5014/ajot.2010. 090 88
30. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Clinical gerontologist. 1986; 5(1-2): 165-73.
31. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics. 2012;12(1):11-17. doi: 10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x
32. Noipiang T. Perceived severity of illness social support and spiritual well-being among breast cancer patients. [Master Thesis of Nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002. (in Thai).
33. Kraithaworn P, Piaseu N. A sense of community belonging and perceived neighborhood environment and facilities in older Thais living in low socioeconomic communities, Bangkok metropolitan. Ramathibodi Nursing Journal. 2013; 19(1): 143-56. (in Thai).
34. Burns N, Grove SK, Gray J. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. 6th ed. St. Louis Missouri: Elsevier; 2015.
35. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. Adv Health Sci Educ. 2010; 15(5): 625-32.
36. Department of mental health, Ministry of public health. Happy-strong-still working look at the Thai elderly through statistics [Internet]. 2018. [cited 2019 Sep 6]. Available from: https:// dmh.go.th/ news-dmh/view.asp?id= 27820 (in Thai).
37. Tiraphat S, Peltzer K, Thamma-Aphiphol K, Suthisukon K. the role of age-friendly environment on quality of life among Thai older adults. Int J of Environ Res Public Health. 2017; 14: 282-95.