

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

Factors Related to Healthy Aging Among The Older Persons in Community-Dwelling of Bangkok Metropolitan

ชุตินา สินชัยวนิชกุล* จิราพร เกศพิชญวัฒนา

Chutima Sinchaiwanichakul* Jiraporn Kespichayawattana

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร ในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เขตห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ซึ่งเป็นชุมชน ต้นแบบที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวน 282 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (3) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (4) แบบสอบถาม การเห็นคุณค่าในตนเอง และ (5) แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองและแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อีตา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค่าความแปรปรวนทางเดียว โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้สูงอายุมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.72$) (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ ($\eta^2 = .484$) รายได้ ($r = .199$) ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ($r = .197$) ภาวะโภชนาการ ($r = .265$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = .499$) (3) ระดับ การศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ความสามารถในการในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ การเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุ

Abstract

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].

Corresponding Author: *E-mail: Chutimakae06@gmail.com

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 .05.

The finding can be summarized as follows: (1) The older persons in the communities were found to have high scores for healthy aging. ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.72$) (2) Gender was found to be positively correlated with healthy aging the statistical at .05 ($\text{Eta} = .484$) (3) 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) (4) Older persons with difference education levels had no difference in terms of healthy aging with statistical significance at .05

Keywords: Healthy Aging, Physical function, Nutrition, Self-esteem, the older person

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรสูงอายุทั่วโลกได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันมีจำนวนประชากรสูงอายุจำนวน 10,021,400 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลก ได้มีการเสนอให้การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นประเด็นที่สำคัญ โดยกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นต้นไป¹

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy aging) เป็นการนำแนวคิดหลายมิติมาเกี่ยวข้องกัน ในการส่งเสริมสุขภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น ทั้งในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและสูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง¹ ซึ่งการเข้าสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้นั้นนอกจากจะเป็นการปรับตัวเพื่อชดเชยกระบวนการที่ไม่สมบูรณ์ของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมแล้ว² จะต้องมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งความสนุกสนาน ความเป็นอิสระในการทำหน้าที่และการตัดสินใจด้วยตนเอง ประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{1, 2, 3} สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในบริบทของผู้สูงอายุไทยนั้นประกอบด้วย สุขภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต

วิญญาณ เป็นการดูแลรักษาเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และแข็งแรงสมบูรณ์ จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต⁴

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองมหานครที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความซับซ้อนทางด้านโครงสร้าง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ได้แบ่งออกเป็น 50 เขตการปกครอง ประกอบด้วยชุมชนจัดตั้งทั้งหมด 2009 ชุมชน โดยมีหน่วยงานถือกรรมสิทธิ์พื้นที่หลายหน่วยงาน หนึ่งในนั้นคือสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ซึ่งสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขึ้นในเขตห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ประกอบด้วยชุมชนทั้งหมด 11 ชุมชน ซึ่งมีลักษณะเป็นทั้งชุมชนเมือง และชุมชนแออัด⁵ ประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีทั้ง ผู้อยู่อาศัยเดิม ผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากที่อื่นเข้ามาอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งส่งผลให้ชีวิตความเป็นอยู่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมการอยู่อาศัยที่ไม่คุ้นเคย อีกทั้งลักษณะการอยู่อาศัยของประชาชนในเมืองใหญ่ต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของสุขภาวะ การทำงานหารายได้มาใช้ในการดูแลเลี้ยงชีพของตนเองให้เพียงพอกับค่าครองชีพ ทำให้การดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพของตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยง และความเปราะบางทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่ากลุ่มอายุอื่น^{6, 7, 8}

ถึงแม้ว่าประชากรในเขตกรุงเทพมหานครจะมีระดับการศึกษาและรายได้ที่ต่ำกว่าเขตพื้นที่อื่นจากข้อมูลของสำนักงานกอนามย ปี พ.ศ.2558 พบว่ากว่าร้อยละ 75.3 มีรายได้เพียงพอบางครั้งถึงรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 29.069 และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ.2557 พบว่าผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ยังคงมีการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน¹⁰ ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อสุขภาวะ กว่ร้อยละ 87 ในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเหมาะสมส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง²² นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเอง และมีการเข้าร่วมชมรมเพื่อทำกิจกรรมทางสังคมเล็กน้อยเท่านั้น¹¹ อีกทั้งบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป และความเสื่อมถอยของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลงจากเดิมจนเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองลดลง²² ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ทั้งนี้การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองที่มีความจำเพาะอย่างกรุงเทพมหานครครั้งนี้ ได้คัดเลือกตัวแปรจากแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ Hansen-kyle² ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาวิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ในการวางแผนและการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป้าหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การให้บริการ และด้านวิชาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมเมืองได้อย่างมีความสุข มีสุขภาวะที่ดี มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของลัดดา เกียรติวงศ์⁴ เป็นแนวคิดที่พัฒนาจากพื้นฐานแนวคิดของ Hansen-kyle² และได้มีการเพิ่มเติมมิติของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเพื่อให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ซึ่งคุณลักษณะของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะประกอบด้วย 9 องค์

ประกอบ ดังนี้ 1) การมีกิจกรรมทางกาย 2) การบริหารความคิด 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม 4) การมีสัมพันธ์ภาพและการสนับสนุนทางสังคม 5) การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง 6) การยอมรับในการสูงวัย 7) การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย 8) การทำบุญและการทำความดี และ 9) การจัดการกับความเครียด

วัตถุประสงค์การวิจัย

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

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
 2. รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร
 3. ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะแตกต่างกัน
- วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยในชุมชนต้นแบบบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เขตห้วยขวางและเขตวังทองหลาง ทั้งหมด 7 ชุมชน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จากนั้นนำมาคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Yamane กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 234 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20

เพื่อป้องกันการสูญหายและความสมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 282 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

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

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานชนิด basic ADL (Barthel ADL index) นำมาจากเครื่องมือที่ดัดแปลงและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล¹² ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ การแปลผลแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาบางส่วน 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA) เป็นแบบประเมินสำหรับผู้สูงอายุฉบับแปลภาษาไทย โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งแบ่งคำถามออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ช่วงคะแนน 0-14 คะแนน การแปลผลแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 2 ระดับ¹³ ดังนี้ มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง ภาวะโภชนาการปกติ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และประเมินต่อส่วนที่ 2 ซึ่งส่วนที่ 2 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ การแปลผลจะใช้ผลรวมคะแนนของส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ช่วงคะแนน 0-30 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ น้อยกว่า 17 คะแนน หมายถึง ภาวะโภชนาการปกติ 17-23.5 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และ 24-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะขาดสารอาหาร

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ เยาวลักษณ์ มหาสัทธิวัฒน์¹⁴ ที่แปลงจากแบบประเมินการ

เห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's self-esteem scale ของ Rosenberg²⁵ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ การแปลผลแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 10-20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ 21-30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง และ 31-40 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ Healthy Aging Instrument (HAI) ของ ลัดดา เกียรติวงศ์⁴ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ Hansen-kyle² ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1.00-1.50 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำ 2.51-3.50 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง และ 4.51-5.00 หมายถึง การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูงที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ในส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ 1.00, .83, .90 และ .97 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไปหาค่าความเที่ยงจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนต้นแบบซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีเลขที่หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 120.1/59 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตแจ้งวัตถุประสงค์ และ สิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที โดยข้อมูลที่ได้รับจะถือเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย
2. ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อีตา มีค่าระหว่าง 0 ถึง +1
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร มีอายุเฉลี่ย 70.76 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.3 เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 71.6 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สูงถึงร้อยละ 84 กว่าร้อยละ 58.9 ของผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 2,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.2 ซึ่งรายได้หลัก คือ เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ รองลงมาคือ จากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 45.7 โดยร้อยละ 44.0 มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายในแต่ละเดือน อีกทั้งยังพบว่าโรคประจำตัวหลัก 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 61.7 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 31.9 และอันดับ 3 คือ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 27.7

ตอนที่ 1 ข้อมูลระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร (n = 282)

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

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.63

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเพศ รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ (Eta)
เพศ	.484*

*p<.05

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ 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 3 พบว่า รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .199, .197, .265$ และ $.499$ ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการศึกษากับการ สูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร (n = 282)

ระดับการศึกษา	การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ		F-test
	$\bar{X}$	SD	
ไม่ได้เรียน	4.31	0.47	1.668
ประถมศึกษา	4.27	0.35	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	4.22	0.29	

* p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.25, SD = 12.76$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่จะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้นั้นจะต้องประกอบด้วย การมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกวันเพื่อให้ตนเองแข็งแรง อีกทั้งจะต้องมีการติดตามข่าวสาร การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เพื่อให้ตนเองมีการจดจำที่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดี

กับครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนั้นการดูแลตนเองที่ดี มีการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย ยอมรับว่าการสูงวัยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีการจัดการกับความเครียดได้ดี คิดในทางบวก และปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนาของตน ส่วนประกอบเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanawang et al.¹⁵ ที่

ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน Rattanapun et al.¹⁶ ศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช และ Manasatchakul et al.¹⁷ ศึกษาจังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Eta = .484$) อธิบายได้ว่า ความแตกต่างทางของเพศมีผลกับบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบในด้านการงาน¹⁵ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงในชุมชนมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูงกว่าเพศชาย ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.34$) ถึงแม้ว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.39$) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเพศหญิงมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลสามี บุตร และหลาน มีการดูแลตนเองโดยสังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอ มีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและโรคประจำตัวของตนเอง สำหรับผู้สูงอายุเพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยง อย่างเช่น ยังมีการสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanapun et al.¹⁶ พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .199$) อธิบายได้ว่า รายได้เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการเข้าถึงทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิต สามารถเลือกทำกิจกรรมได้ตามความพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดความสุขทั้งกายและใจได้ รายได้ที่ดี เนื่องจากการมีรายได้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจทำอะไรได้ตามความต้องการ อีกทั้งนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ใช้ชีวิตได้อย่างไม่ขัดสน ต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีแหล่งรายได้จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงใน

ชีวิต^{15, 16} ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนรายได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องนำมาใช้ในการใช้จ่ายใช้สอยในแต่ละวัน อีกทั้งผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 58.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้หลักของผู้สูงอายุคือเบี้ยยังชีพ และจากบุตรหลาน ร้อยละ 45.7 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียงต้องใช้เงินอย่างจำกัด เพื่อให้เพียงพอในแต่ละเดือน สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะสามารถซื้อของได้ตามความพอใจของตนเองและสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanakwang et al.¹⁵ และ Manasatchakul et al.¹⁷ พบว่า ผู้สูงอายุรายได้สูงมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระดับสูง

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำงานของร่างกายกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความสามารถในการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .197$) อธิบายได้ว่า ความสามารถในการทำงานของร่างกายเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ¹⁸ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่กิจกรรมขั้นพื้นฐานไปจนถึงการมีกิจกรรมที่มีความซับซ้อน ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมีความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระของลูกหลาน¹⁹ ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนมีระดับความสามารถในการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับไม่พึงพา ร้อยละ 98.6 สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้เป็นอย่างดี อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 49.3 ซึ่งผู้สูงอายุวัยต้นนี้ยังมีความเสื่อมของร่างกายน้อย ผู้สูงอายุจะยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง²⁰ ส่งผลให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญพัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช¹¹ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 59.43 คือกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.10 ไม่ต้องการผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mhaolain et al.²¹ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาพบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .265$) อธิบายได้ว่า

ภาวะโภชนาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีคุณภาพ ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เป็นสิ่งที่ช่วยถนอม ป้องกัน และชะลอความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ²² ส่งผลให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การเกิดโรคเรื้อรัง การติดเชื้อภายในร่างกาย อาการสับสน อาการซึมเศร้า เป็นต้น²³ ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 85.8 ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง รับประทานเนื้อปลาเป็นหลักเนื่องจากย่อยง่าย อีกทั้งยังชอบรับประทานผักต้ม น้ำพริก แกงจืด อาหารที่ไม่มีรสจัด อีกทั้งบุตรหลานยังดูแลด้วยการซื้อนมถั่วเหลือง หรือนมถั่วเหลืองงาดำมาให้รับประทานเสริมอีกด้วย ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanapun et al.¹⁶ และ Sowa et. al.²⁴ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นผักผลไม้ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย งดรับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารถูกหลัก และดื่มน้ำสะอาดอย่างพอดี

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .499$) อธิบายได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นมุมมองแนวคิด และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งการที่บุคคลมีการยอมรับนับถือตนเองสูง จะมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีเกียรติ มีความพึงพอใจในตนเอง²⁵ อีกทั้งการเห็นคุณค่าในตนเองจะทำให้สามารถเผชิญอุปสรรคในชีวิต และสามารถปรับตัวได้ในสังคม²⁶ ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนมีการเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ยังมีประโยชน์ รู้สึกว่าตนเองเป็นพึ่งและเป็นที่ปรึกษาให้ลูกหลานได้อยู่เสมอ อีกทั้งยังสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดี ผู้สูงอายุที่ได้ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครชุมชนจะมีความรู้สึกภูมิใจในตนเองที่ช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีความพอใจในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Han et al.¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้คุณค่าในชีวิตอยู่ในระดับสูงจะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพสูงเช่นกัน

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพจะจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ การศึกษาระดับประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษาขึ้นไป ต่างมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอยู่ในระดับสูง ถึงแม้ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 82.6 มีระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสืออยู่ที่ร้อยละ 9.6 อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการสังสรรค์ประสบการณ์ชีวิต เรียนรู้การดำเนินชีวิต การเลือกสิ่งที่ดีสำหรับตนเอง จากประสบการณ์ที่สั่งสมมา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้การสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Manasatchakul et al.¹⁷ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันพบว่าผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์วางแผนรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพ โดยการนำปัจจัยรายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้สำหรับบุคคลทั่วไป ในการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการสูงวัยอย่างมีสุขภาพระหว่างชุมชนที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและชุมชนอื่น ๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร

References

1. World Health Organization. World report on aging and health. Luxemburg: WHO Press; 2015.
2. Hansen-Kyle L. A Concept Analysis of Healthy Aging. *Nursing Forum* 2005; 40(2): 457
3. Peel, N. M., McClure, R. J., and Bartlett, H. P. Behavioral Determinants of Healthy Aging. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28(3), 298-304.
4. Thiamwong L, McManus MS, Suwanno J. Development of the Thai healthy aging model: A grounded theory study. *Nursing & health sciences*. 2013 Jun 1; 15(2): 256-61. (in Thai).
5. The Crown Property Bureau. Sustainable Development and Balance. Annual Report, 2014. Bangkok: Daoreuk Communications. 2015. (in Thai).
6. Chamratrithiwong A, Pacharabenjakul K. Urban Environment and Mental Health: A Multi-Level Analysis of Districts in Bangkok Metropolis, Population and Social. Nakhon Pathom: Duantula press 2011: 215-233. (in Thai).
7. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksombat S. Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. *Thai Population Journal* 2012; 3(2): 87-109. (in Thai).
8. College of Population Studies Chulalongkorn University. The Plan to improve the quality of life of the older persons in Bangkok Phase 1(2557-2560 BC). Bangkok: Thana Chet Press; 2014. (in Thai).
9. Health Department Bangkok Metropolitan Administration. The project evaluation report on the implementation of Long-Term Care for Elderly in Community Health Centers in Bangkok Metropolitan. Bangkok: Chula Press; 2015. (in Thai).
10. National Statistical Office. The elderly population survey in Thailand, 2014. Ministry of Digital Economy and Society; 2015. (in Thai).
11. Kespichayawattana J, Wivatvanit S. Participation in the study of the situation of the older persons in Society. Bangkok. 2015. (in Thai).
12. Jitapunkul S. Principles of Geriatric Medicine 3rd edition. Bangkok: Chula Press. 2001. (in Thai).
13. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME. Overview of the MNA®-ITS history and challenges/discussion. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2006; 10(6): 456.
14. Mahasitiwat Y. The relationship between perception of Bio-Psychosocial change, self-esteem and health behavior of the elderly in Amphur Muang Saraburee Province. [Thesis]. Bangkok. Mahidol University, 1983. (in Thai).
15. Thanakwang K. Mechanisms by which social networks influence healthy aging among the Thai elderly in Nan province. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2008. (in Thai).
16. Rattanapun S, Fongkeaw W, Chontawan R, Panuthai S, Wesumperuma D. Characteristics healthy ageing among the elderly in Southern Thailand. *Chiang Mai University Journal of Natural Science* 2009; 8(2), 143-160.
17. Manasatchakun P, Chotiga P, Hochwälder J, Roxberg Å, Sandborgh M, Asp M. Factors Associated with Healthy Aging among Older Persons in Northeastern Thailand. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2016 Jul 18:1-6.
18. Han K, Lee Y, Gu J, Oh H, Han J, Kim K. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. Health and quality of life outcomes. 2015 Mar 7; 13(1): 1.

19. Thanakwang K, Soonthorndhada K, Mongkolprasoet J. Perspectives on healthy aging among Thai elderly: A qualitative study. *Nursing & health sciences*. 2012; 14(4): 472-479.
20. Saxon SV, Etten MJ, Perkins EA. *Physical Change & Aging a guide for the helping profession* 6th edition. New York, NY: Springer Publishing Company; 2015.
21. Mhaolain AM, Gallagher D, Connel HO, Chin AV, Bruce C, Hamilton F, et al. Subjective well-being amongst community-dwelling elder: what determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International Psychogeriatric*. 2012; 24(2): 316-323
22. Touhy TA, Jett K, Ebersole & Hess' *Toward Healthy Aging Human Needs & Nursing Response* 8th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2012.
23. Wahlqvist ML, Savage GS. Interventions aimed at dietary and lifestyle changes to promote healthy aging. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2000 Jun 1; 54(3): S148.
24. Sowa A, Tobiasz-Adamczyk B, Topór-Mądry R, Poscia A, la Milia DI. Predictors of healthy ageing: public health policy targets. *BMC Health Services Research*. 2016; 16(5): 289.
25. Rosenberg M, Pearlin LI. Social class and self-esteem among children and adults. *American Journal of sociology*. 1978 Jul 1: 53-77.
26. Wongpanarak N, Wongpiriyayothar A. Relationships between self-esteem, social support, and quality of life among persons with disabilities in urban area. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2015: 16(3) : 14-22. (in Thai)