

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ในตำบลสวนใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

พุทธิพร พิธานธนากุล พย.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ เป็นแนวทางให้บุคคลที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสวนใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 180 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ร้อยละ 58.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\text{Eta} = .149, p = .035$) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($\text{Eta} = .251, p < .001$) โรคประจำตัว ($\text{Eta} = .335, p < .001$) สถานะทางการเงิน ($\text{Eta} = .367, p < .001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\text{Eta} = .688, p < .001$) การร่วมกิจกรรมในชุมชน ($\text{Eta} = .641, p < .001$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ($r = .585, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .609, p < .001$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .689, p < .001$) และ ภาวะซึมเศร้า ($r = -.423, p < .001$) จากการวิจัยทำให้เห็นว่า การพัฒนาโปรแกรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: ปัจจัย ความสัมพันธ์ สุขภาวะแบบองค์รวม ผู้สูงอายุ

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Corresponding e-mail: putti.pitan@gmail.com

วันที่รับ (received) 4 ก.พ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 เม.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 เม.ย. 2566

Factors Related to Holistic Health of Older People in Duan Yai Sub-district, Wang Hin District, Sisaket Province

Puttiporn Pitanthananukul M.N.S.*

Abstract

The study of factors related to the holistic health of older people is for the concerned individual to apply the appropriate activities to support the well-being of elderly people with greater quality of life. This research aimed to study factors related to holistic health of older people in Duan Yai Sub-district, Wang Hin District, Sisaket Province. Using simple random sampling, the samples were 180 older people aged 60 years old. The instruments included questionnaires of personal data, perceived health status, community involvement, Barthel ADL index, Thai geriatric depression scale: TGDS-15, social support assessment, spiritual well-being assessments, and an assessment of holistic health for older people. Moreover, data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Chi-Square test, Eta coefficient and Pearson's product-moment correlation. The findings revealed that the samples had a high level of holistic health (58.4%). The factors included age ($\text{Eta} = .149$, $p = .035$); senior club members ($\text{Eta} = .251$, $p < .001$); chronic disease ($\text{Eta} = .335$, $p < .001$); financial status ($\text{Eta} = .367$, $p < .001$); perceived health status ($\text{Eta} = .688$, $p < .001$); community involvement ($\text{Eta} = .641$, $p < .001$); capacity in daily living ($r = .585$, $p < .001$); social support ($r = .609$, $p < .001$); spiritual well-being ($r = .689$, $p < .001$); and depression ($r = -.423$). According to the findings, nurses and other healthcare professionals should pay special attention to personal factors, perceived health status, community involvement, daily living ability, depression, social support, and spiritual well-being when developing programs or projects to promote the holistic health of older people.

Keywords: factor, related to, holistic health, older people

* Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University
Corresponding e-mail: putti.pitan@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society)¹ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาหลายๆ ด้านตามมา ดังเช่นผู้สูงอายุจำนวนมากในประเทศไทยประสบปัญหาด้านภาวะสุขภาพ การเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น การมีภาวะทุพพลภาพ และขาดการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและการให้บริการสุขภาพด้วย นอกจากนี้ ยังมีปัญหารายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน (Poverty line) ปัญหาสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า² จากปัญหาดังกล่าวทำให้สังคมต้องหันมาให้ความสำคัญกับมาตรการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy ageing) ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดนิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพไว้ว่าเป็นกระบวนการพัฒนา และคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ อันนำไปสู่ความผาสุก ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กำหนดกรอบการดำเนินงานตั้งแต่ปี ค.ศ.2015 - 2030 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพและใช้ชีวิตที่เหลื่ออยู่อย่างมีความสุข⁴ ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพาผู้อื่น มีการแยกตัวจากสังคมลดลง มีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ประโยชน์ต่อชุมชน ผู้สูงอายุมีส่วนช่วยในด้านแรงงานในชุมชน โดยใช้ประสบการณ์ ทักษะ และภูมิปัญญาที่สั่งสมมา ทำงานเป็นอาสาสมัคร ทำงานต่อเนื่องหลังเกษียณอายุ หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่เอื้อประโยชน์แก่ชุมชน⁴ และจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of health) ขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านสุขภาพและระบบบริการด้านสังคม ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ⁵

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ⁶⁻⁸ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก⁹ ผู้สูงอายุที่ยังคงร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นการเพิ่มโอกาสในการมีกิจกรรมทางกาย การทำงานอดิเรกที่สนใจ ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกมีชีวิตรื่นจิด ลดภาวะซึมเศร้า อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁰ ความสามารถในการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ⁷⁻⁸ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุที่ลดลง⁹ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ¹¹⁻¹² รวมทั้งความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ¹¹ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่เพื่อสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพ⁶ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคลในทุกด้าน

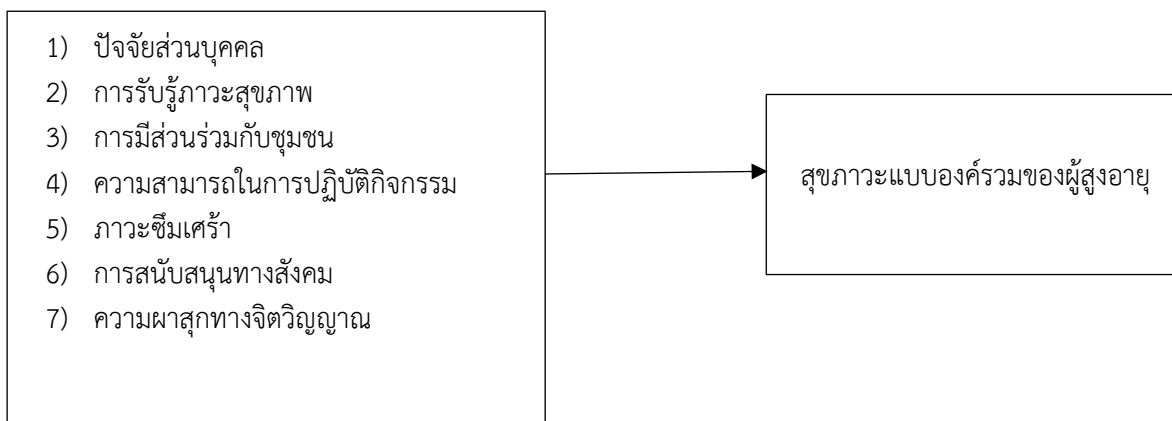
จากข้อมูลพื้นที่ตำบลดอนใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดถึง 1,256 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.33 ของจำนวนประชากรทั้งหมด บ่งชี้ว่าชุมชนนี้มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.09 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.24 และกลุ่มโรคกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ร้อยละ 20.90 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีความพิการ ร้อยละ 9.83 โดยส่วนใหญ่พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 64.89

ผู้สูงอายุที่มีสภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน พบว่าเป็นกลุ่มป่วย ไปไหนมาไหนได้ร้อยละ 76.05 กลุ่มป่วยอยู่กับบ้านไปไหนมาไหนไม่ได้ ร้อยละ 13.8 และป่วยติดเตียง ร้อยละ 4.6 โดยพบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ร้อยละ 5.45 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะเสี่ยงจากการทำงานพบว่า ใช้สารเคมีในการเกษตรโดยป้องกันตนเองไม่เหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 68.01 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงร้อยละ 56.61¹³ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง รวมทั้งภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะแบบองค์รวม แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดสุขภาวะแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ในการประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ และคัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of health) และมิติสุขภาพ (Dimension of health) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมกับชุมชน 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 5) ภาวะซึมเศร้า 6) การสนับสนุนทางสังคม และ 7) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งจะทำให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชุมชนและเกิดความเข้มแข็งของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาวะแบบองค์รวม¹⁴ ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ และมิติสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมกับชุมชน 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 5) ภาวะซึมเศร้า 6) การสนับสนุนทางสังคม และ 7) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลควนใหญ่ อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ทั้ง 18 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 1,256 คน นำมาคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Thorndike¹⁵ $N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษา 13 ตัวแปร) ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 180 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจากทุกหมู่บ้าน หลังจากนั้น คำนวณหาสัดส่วนกับประชากรในแต่ละหมู่บ้าน การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากตามบ้านเลขที่ให้ได้จำนวนตามที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ หมายเลข HE642007 วันที่ 19 มกราคม 2565 ได้รับความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) มีข้อคำถาม 11 ข้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นฉบับที่พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล¹⁶ ซึ่งได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน โดยมีการจำแนกระดับการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เองหรือมีภาวะพึ่งพาทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยหรือมีภาวะพึ่งพาระดับรุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองปานกลางหรือมีภาวะพึ่งพาน้อย 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่หรือมีภาวะพึ่งพาน้อย หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.78

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS-15) ที่พัฒนาโดย Wongpakaran N, Wongpakaran T¹⁷ เป็นมาตรประเมินแบบถูก - ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 - 5 หมายถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน 6 - 10 หมายถึงเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และคะแนน 11 - 15 หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า หากความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.86

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ วิลาวรรณ รัตน¹⁸ มีข้อคำถาม 21 ข้อ โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบประเมินมีค่าระหว่าง 21 - 105 คะแนน เกณฑ์การแปลผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น¹⁹ ดังนี้ คะแนน 21 - 48 หมายถึงมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คะแนน 49 - 76 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คะแนน 77 - 105 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

5. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ธนิญา น้อยเปิง²⁰ ประกอบด้วยแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ 2 ด้าน คือ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่าง และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบประเมินมีค่าระหว่าง 20 - 100 คะแนน เกณฑ์การแปลผลความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น¹⁹ ดังนี้ คะแนน 20 - 46.6 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ คะแนน 46.7 - 73.3 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง และคะแนน 73.4 - 100 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์มาจากแบบประเมินสุขภาพแบบองค์รวมของศักดิ์สิทธิ์ พรรัตนศรีกุล²¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดมิติสุขภาวะ ขององค์การอนามัยโลก มีข้อคำถาม 22 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สุขภาวะด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ 2) สุขภาวะด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) สุขภาวะด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และ 4) สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งการแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น¹⁹ คือ คะแนน 22-51 หมายถึง มีสุขภาวะแบบองค์รวมระดับต่ำ คะแนน 52 - 81 หมายถึง มีสุขภาวะแบบองค์รวมระดับปานกลาง และคะแนน 82-110 หมายถึง มีสุขภาวะแบบองค์รวมระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00, 0.90, 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ได้แก่ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของ

ผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเทียบเคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91, 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่บ้าน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลโดยใช้แบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ และแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที ถ้าการสัมภาษณ์ไม่สามารถทำให้เสร็จในครั้งเดียว ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายกับผู้สูงอายุเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งการสัมภาษณ์ได้คำนึงถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุ โดยให้เวลาผู้สูงอายุได้คิดไม่เร่งรีบ ใช้เทคนิคการถามซ้ำหรือทวนคำถามเมื่อผู้สูงอายุไม่เข้าใจ และเปลี่ยนคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น ใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม พูดเสียงดังชัดเจน และอยู่ในที่มีแสงสว่างเพียงพอ มีการตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน ลักษณะครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน กับระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ ซึ่งมีความหมาย 0 ถึง +1 โดยพิจารณาค่าระดับความสัมพันธ์ดังนี้ ถ้าค่า Eta มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.30 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ถ้าค่าอยู่ระหว่าง 0.30-0.50 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และถ้ามีค่ามากกว่า 0.50-0.70 แปลว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูง²²
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ซึ่งมีค่า -1 ถึง +1 โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ ถ้าค่า r เท่ากับ 0 แปลว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่า r น้อยกว่า 0.30 แปลว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่า r อยู่ระหว่าง 0.30-0.70 แปลว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และค่า r มากกว่า 0.70 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง²³

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.8 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.1 โรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.2 และโรคระบบกระดูกและข้อ ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ ส่วนมากประกอบอาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 64.4 สถานะทางการเงินมีรายได้พอใช้ถึงร้อยละ 72.9 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 48.5 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 71.9

ข้อมูลระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.4 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ (n=180)

ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	11	6.0
ระดับปานกลาง	64	35.6
ระดับสูง	105	58.4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

พบว่าเพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .003, .027, < .001, < .001, < .001, < .001, < .001$) ส่วนสถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ($p\text{-value} = .089, .562$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับชุมชน และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ (n=180)

ตัวแปร	ระดับสุขภาวะแบบองค์รวม			Chi-square χ^2	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
1. เพศ					
1.1 ชาย	9.8	28.0	62.2	11.904	.003**
1.2 หญิง	2.5	42.5	55.0		
2. อายุ					
2.1 ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	3.8	30.0	66.2	10.976	.027*
2.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	7.4	34.7	57.9		
2.3 ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	7.7	51.9	40.4		
3. สถานภาพสมรส					
3.1 โสด	0	29.4	70.6	10.976	.089
3.2 คู่	5.8	30.1	64.2		
3.3 หม้าย	6.5	45.4	48.1		
3.4 หย่าร้าง/แยก	20.0	40.0	40.0		
4. โรคประจำตัว					
4.1 มี	0	29.2	70.8	33.450	< .001**
4.2 ไม่มี	12.7	43.0	44.4		
5. สถานะทางการเงิน					
5.1 พอใช้	0.9	32.1	67.0	47.916	< .001**
5.2 ไม่พอใช้	19.5	45.1	35.4		

ตัวแปร	ระดับสุขภาวะแบบองค์รวม			Chi-square χ^2	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
6. ลักษณะครอบครัว	0	36.4	63.6	2.976	.562
6.1 อยู่คนเดียว	7.5	32.0	60.5		
6.2 ครอบครัวเดียว	4.8	39.3	55.9		
6.3 ครอบครัวขยาย					
7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ				166.243	< .001**
7.1 ดีมาก	0	18.2	81.8		
7.2 ดี	0.9	23.9	75.2		
7.3 ปานกลาง	0	48.0	52.0		
7.4 ไม่ดี	50.0	47.1	2.9	128.704	< .001**
8. การร่วมกิจกรรมในชุมชน					
8.1 เป็นประจำ	0	21.2	78.8		
8.2 ค่อนข้างประจำ	0	30.0	70.0		
8.3 บางครั้ง	0.8	44.2	55.0	26.311	< .001**
8.4 ไม่เข้าร่วม	38.6	50.0	11.4		
9. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					
9.1 เป็น	1.4	35.2	63.3		
9.2 ไม่เป็น	16.1	36.6	47.3		

*p value < .05; **p value < .01

โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eta = .149, p = .035) โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eta = .335, p < .001) สถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eta = .367, p < .001) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eta = .688, p < .001) การร่วมกิจกรรมในชุมชนมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eta = .641, p < .001) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eta = .251, p < .001) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ (Eta = .038, p = .511) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ (Eta)	P-value
1. เพศ	.038	.511
2. อายุ	.149	.035*
3. โรคประจำตัว	.335	< .001**
4. สถานะทางการเงิน	.367	< .001**
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.688	< .001**

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ (Eta)	P-value
6. การร่วมกิจกรรมในชุมชน	.641	< .001**
7. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	.251	< .001**

*p value < .05; **p value < .01

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .585, p < .001$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.423, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .609, p < .001$) และความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .689, p < .001$)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ (n=180)

ตัวแปร	สุขภาวะแบบองค์รวม		
	R	P-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	.585	< .001**	ปานกลาง
2. ภาวะซึมเศร้า	-.423	< .001**	ปานกลาง
3. การสนับสนุนทางสังคม	.609	< .001**	ปานกลาง
4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.689	< .001**	ปานกลาง

**p value < .01

อภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลตวนใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ไม่มีโรคประจำตัว รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้วยตนเองได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้สูงอายุวัยต้นมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไม่ชัดเจนมากนักเหมือนผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย¹⁶ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จากการที่กลุ่มตัวอย่างยังสามารถดูแลตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี โชนิรัตน์ และคณะ⁶ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ชุตินา สิ้นชัยนิชกุล และคณะ⁷ ศึกษาผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร สุชาดา สมบูรณ์ และคณะ¹¹ ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้ง Manasatchakun et al.⁸ ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีความสุขในระดับสูง

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) แต่ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวม

ในระดับปานกลาง และต่ำอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุวัยต้นยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุไม่เด่นชัด การทำงานของร่างกายในระดับกำลังสำรองในวัยนี้ยังสามารถชดเชยการเปลี่ยนแปลงได้ ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะพบชัดเจนมากขึ้นในผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิตี โชนิรัตน์ และคณะ⁶ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับสูงอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) แต่ในผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระดับปานกลางอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) มากที่สุด และการศึกษาของ Han et al.¹⁰ พบว่าคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 61 - 70 ปีสูงกว่าในกลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไป

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว แต่ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ทุกคนอยู่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคระบบกระดูกและข้อ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดโรคประจำตัวและภาวะทุพพลภาพตามมา²⁴ อาการเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามความรุนแรง การดำเนินของโรคทำให้มีการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่เคยทำได้ และอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Manasatchakun et al.⁸ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

สถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสถานะทางการเงินพอใช้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสถานะทางการเงินไม่พอใช้ ทั้งนี้เนื่องจากการมีรายได้เพียงพอส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมทั้งเลือกทำกิจกรรมได้ตามความต้องการ ส่งผลให้เกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต⁷⁻⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา สีนชัยวนิชกุล และคณะ⁷ Manasatchakun et al.⁸ และ Han et al.¹⁰ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระดับสูง

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ เนื่องจากการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะหรือผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก⁹ แต่ถ้าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังก็จะมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางลบ²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของสมหญิง ฤทธิ์ลือไกร¹² สุขาดา สมบูรณ์ และคณะ¹¹ และ Han et al.¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือและจัดการกับโรคเรื้อรังได้²⁷

การร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง

ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นประจำ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นบางครั้ง และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะแบบองค์รวมในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อธิบายได้จากทฤษฎีการมีกิจกรรม เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิต ถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม และส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน และการมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ดี²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และคณะ²⁹ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมกับชุมชนมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาของ ชูติเดช เจียนดอน และคณะ³⁰ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงเป็นการเพิ่มโอกาสในการมีกิจกรรมทางกาย การทำงานอดิเรกที่สนใจ เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวา ลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุได้¹⁰

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าดีหรือไม่ จะพิจารณาจากความสามารถในการทำหน้าที่หรือความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้แม้ว่าจะมีโรคเรื้อรังหลายโรค³¹ สอดคล้องกับการศึกษาของชูติมา สิ้นชัยนิชกุล และคณะ⁷ พบว่าความสามารถในการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Manasatchakun et al.⁸ พบว่าภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ¹⁰

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน อันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้จากความเจ็บป่วยทางกาย เกิดโรคเรื้อรัง ไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม รายได้น้อยลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง บทบาททางสังคมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพิงมากขึ้น ส่งผลให้รู้สึกไม่มีความสุข ท้อแท้ ไร้ค่า ความเปลี่ยนแปลงที่มากระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานานๆ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (Sad) ภาวะซึมเศร้า (Depression) แล้วในที่สุดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ได้ เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า มีผลต่อชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เศร้า หดหู่ ผิดหวัง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากทำอะไร หรือทำสิ่งต่างๆ ลดน้อยลงไป ขาดการแสวงหาการช่วยเหลือ ความสามารถในการด้านต่างๆ ลดลง ไม่สามารถจัดการปัญหาได้เหมาะสม ขาดกำลังใจ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเกิดปัญหาสุขภาพทางกายต่างๆ ตามมาได้ด้วย³² สอดคล้องกับการศึกษาของอิรตี โชนิรัตน์ และคณะ⁶ และ Han, et al.¹⁰ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้ จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่สำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เพราะภาวะซึมเศร้าอาจนำไปสู่การพร่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง อันเกิดจากความพร่องความสามารถภายในด้านจิตใจ ส่งผลให้การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะลดลงได้ แสดงให้เห็นว่าไม่เพียงแต่ปัจจัยทางด้านร่างกายที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ แต่ปัจจัยทางด้านจิตใจก็มีความสำคัญและมีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน^{6,10}

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสนับสนุนทางบวกที่ผู้สูงอายุ

ได้รับจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม และเป็นสิ่งสำคัญในช่วงวัยนี้ที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียบ่อยครั้ง³³ สอดคล้องกับการศึกษาของสมหญิง ฤทธิ์สื่อไกร¹² และสุชาดา สมบูรณ์ และคณะ¹¹ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ในแง่บวกของความหมายและความต้องการของชีวิต มองโลกในแง่ดี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความเชื่อ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การนับถือศาสนา ตระหนักถึงการเชื่อมโยงของตนกับสิ่งต่างๆ รอบตัว และมีการดำเนินชีวิตอย่างมั่นคงเป็นคุณลักษณะสำคัญและเป็นแหล่งที่มาของสุขภาวะในทุกด้าน³⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ ไซนิรัตน์ และคณะ⁶ สุชาดา สมบูรณ์ และคณะ¹¹ และ Han, et al.¹⁰ ที่พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การออกจากงาน สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคง สูญเสียอำนาจ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก็ช่วยให้เกิดการพัฒนาและคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ อันจะส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ^{6,11}

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางให้บุคลากรทีมสุขภาพวางแผนพัฒนาโปรแกรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในตำบลดอนใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุ โรคประจำตัว สถานะทางการเงิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนใหญ่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยสำเร็จ การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

เอกสารอ้างอิง

1. Beauchet O. Care of the Older Person [Internet]. 2019 [cited 2023 May 1]. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e680tww&AN=2345917&site=ehost-live>
2. สุภาดา คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26:1156-1164.
3. WHO. World report on ageing and health [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 4]. Available from: <https://books.google.co.th/books?id=n180DgAAQBAJ&lpg=PP1&ots=uTG6lmQZk5&dq=World%20Health%20Organization.%20World%20report%20on%20ageing%20and%20health&lr&hl=th&pg=PR2#v=onepage&q&f=false>

4. วิไลพร วงศ์คินี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2556;40:91-99.
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
6. อภิรดี ไชยรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, ศรียามน ตีรพัฒน์. ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2563;31:93-108.
7. ชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19:100-109.
8. Manasatchakun P, Chotiga P, Hochwälder J, Roxberg A, Sandborgh M, Asp M. Factors Associated with Healthy Aging among Older Persons in Northeastern Thailand. Journal of Cross-Cultural Gerontology [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 14];31:369–384. Available from: DOI 10.1007/s10823-016-9296-y
9. Kim WK. The mediated effect of expectation about aging in correlation between health perception and successful aging in elderly participating in dance sports. The Journal of Korean Dance 2018;36:53–72.
10. Han K, Lee YJ, Gu J, Oh H, Han JH, Kim KB. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 14];13:31. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0225-5>
11. สุชาดา สมบูรณ์, ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, ชมนาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. วารสารเกื้อการุณย์ 2561;25:141-153.
12. สมหญิง ฤทธิ์สื่อไกร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่ 10, อุดรธานี; 2559. หน้า 2191-2200.
13. องค์การบริหารส่วนตำบลทวนใหญ่. ข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://duanyai.go.th/public/>
14. Walter, S. Holistic Health [Internet]. 2564 [cited Feb 28]. Available from: <https://ahha.org/selfhelp-articles/holistic-health/>
15. Thorndike R. Correlational procedures for research. New York: Gardner Press, Inc; 1978.
16. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics. [Internet]. 2012 [cited 2021 Dec 14];12:11-17. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x>
18. วิลาวัลย์ รัตน. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.

19. Best JW. Research in education. 3rd edition. New York: McGraw-Hill; 1997.
20. ธัญญา น้อยเปียง. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมและการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
21. ศักดิ์สิทธิ์ พรรัตน์ศรีกุล. นวัตกรรมเทคโนโลยีการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
22. ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
23. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
24. Charis WL, Luo N, Heng BH. Health status profiles in community-dwelling elderly using self-reported health indicators: a latent class analysis. *Quality of Life Research* 2014;23:2889-2898.
25. ศิริพันธุ์ สาสัดย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
26. Chang JY, Boo KC. Self-rated health status of Korean older people: An introduction for international comparative studies. *Korea Journal of Population Study* 2007;30:45-69.
27. Jung HY, Jeong HM. The effect of perceived health status and society support and health promotion behaviors on successful aging of the elderly in rural area. *JKDAS* 2016;18:2167-81.
28. วณิชา พึ่งชมภู. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที.ปรี้นติ้ง; 2563
29. กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, ยุวดี รอดจากภัย. สุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* 2561;13:113-127.
30. ชุตติเดช เจียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณผอง, ฉวีวรรณ บุญสุยา, นพพร ไหวธีระกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2554;41:229-239.
31. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
32. สา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557;15:24-31.
33. Cha KS, Lee HS, Kim C, Kim EM. The level of successful aging and influencing factors of the community elderly. *Korean Journal of Health Promotion* 2019;19:39-48.
34. Adams TB, Bezner JR, Drabbs ME, Zambarano RJ, Steinhard MA. Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. *Journal of American college health* 2000;48:165-173.