

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ*

Factors Related to Healthy Aging among Elderly

สุชาดา สมบูรณ์ (Suchada Somboon)**

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (Sirilak Somanusorn)***

ชมนาด สุ่มเงิน (Chommanard Sumgern)***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกด้านจิตวิญญาณกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 100 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89, .80, .89, .92, .94, และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 144.66$, $S.D = 10.29$) การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .59$ และ $.38$ ตามลำดับ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$, และ $.24$ ตามลำดับ) ส่วนความพึงพอใจ

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

ในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ /การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ/ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

The research aimed to study healthy aging among elderly and its related factors included perceived health status, health promotion behavior, life satisfaction, social support and spiritual wellbeing. The participants were 100 community dwellers aged 60 and older living in Warinchamrap town municipality, Ubonratchathanee province. They were selected by using a simple random sampling. The research instruments included the perceived health status scale, health promotion behavior scale, self-anchoring life satisfaction scale, Personal Resource Questionnaire 2000, Spiritual well-being, and the healthy aging scale, with their reliabilities of .89, .80, .89, .92, .94, and .96, respectively. Descriptive statistic and Pearson's product moment correlation were employed to analyze the data.

The results indicated that the elderly informed themselves with high level of healthy aging ($\bar{x} = 144.66$, $S.D = 10.29$). Social support and Spiritual Well-being were significant positive correlation with healthy aging at moderate level ($r = .59$, and $.38$), respectively. Perceived health status and health promotion behavior were significant positive correlation with healthy aging at low level ($r = .22$, and $.24$, respectively) and self-anchoring life satisfaction were significant negative correlation with healthy aging. According to the research findings, nurses and health care professionals should enhance social support, spiritual well-being, perceived healthy status and health promotion behavior of the elderly as they are important factors related to their healthy aging.

Keywords: Older adults/Healthy aging / Related factors

บทนำ

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy ageing) นับว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความผาสุก ความเป็นอิสระและคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านความประสบความสำเร็จตลอดชีวิตของบุคคลที่สูงอายุ (Peel, McClure, & Bartleet, 2005) และสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญและควรคำนึงถึงในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ซึ่ง Hansen-Kyle (2005) ได้นิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ในการทำหน้าที่ของด้านร่างกายและสติปัญญา นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี เพื่อให้ผู้สูงอายุที่จะใช้เวลาส่วนร่วมในสังคมโดยไม่เลือกปฏิบัติกับการเป็นอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (โปรตปราบ เพชรสด, 2558)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (ลัดดา เทียมวงศ์, 2551) มีดังนี้ 1) สภาพของร่างกายด้านชีวภาพ (biologic measures) เมื่อบุคคลเริ่มมีภาวะสูงอายุก็นั้น หลีกเลียงไม่ได้ที่จะเริ่มมีการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง 2) พฤติกรรมสุขภาพ (health habits) เกี่ยวกับการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) ภาวะสุขภาพพื้นฐานด้านร่างกาย (baseline conditions) เมื่อสุขภาพไม่ดี การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงอาจเนื่องจาก

ผู้สูงอายุเองขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพเรื่องโรคต่างๆ รวมทั้งการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ลักษณะทางด้านประชากร (sociodemographic characteristics) เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิต การศึกษาระดับสูง และการมีรายได้สูง เป็นต้น

Alberta Health and Wellness (2002) (อ้างถึงใน วิไลพร วงศ์ศิริ, 2556) กล่าวว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (promoting health and preventing disease and injury) โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างเสริมความสามารถและการทำหน้าที่ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการสร้างทางเลือกที่ดีและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ดีและปลอดภัย

2. การส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านจิตใจและร่างกาย (optimizing mental and physical function) โดยการทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระเท่าที่จะสามารถทำได้

3. การจัดการกับอาการเรื้อรัง (managing chronic conditions) โดยการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการอาการที่เกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเองและความเป็นอิสระ โดยใช้การประสานความร่วมมือของบุคลากรและผู้ดูแล

4. การมีส่วนร่วม (engaging with life) โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมที่ดีกับ

ผู้อื่น และมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจ อย่างมีจุดมุ่งหมาย

การศึกษาเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ Hansen-Kyle (2005) ที่กล่าวถึง การทำหน้าที่ครอบคลุมในทุกด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เป็นปัจจัยภาวะโภชนาการที่ดี พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต พันธุกรรมที่ดี การออกกำลังกายและไม่มี ความพิการหรือโรคเรื้อรัง 2) ด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ศักยภาพทางจิตใจ และการทำหน้าที่ทางจิตใจ 3) ด้านสังคม เป็นปัจจัยด้านครอบครัว ด้านศาสนา ด้านชุมชน การนับถือตนเองและทัศนคติ โดยคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3) ความพึงพอใจในชีวิต 4) การสนับสนุนทางสังคม และ 5) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่า สภาวะที่ร่างกายปกติมีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ปราศจากโรคและความพิการใด ๆ (WHO, 2012) การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคล จะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่า สิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง (Rosenstock, 1974)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behavior) เป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ Pender (2002)

ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction with Life) ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวของตนเอง ให้มีความรู้สึกว่ามีความสุขรู้สึกพอใจในตนเอง และยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว ของชีวิตที่ผ่านมาที่ทัศนคติที่ดีต่อตนเองมีการมอง ชีวิตของตนเองและผู้อื่นในสังคมในทางบวก รวมทั้งมีความสามารถรับรู้ในสถานการณ์ของตนเอง (เกศรินทร์ ยาทรัพย์, 2552)

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุม และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความหวังของผู้สูงอายุซึ่งมี อิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ความผาสุก (well-being) และคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง เพื่อน เพื่อนบ้านหรือบุคคลากร ทางการแพทย์จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต เป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองทาง จิตวิญญาณอย่างเพียงพอที่ทำให้มีความหวังกำลังใจ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจสามารถก้าวผ่านปัญหาและ อุปสรรค ดังที่ รอฮานี เจอะอาแซ, วันดี สุทธิรงค์,

กิตติกร นิลมานัต, รัศมี สังข์ทอง (2553) กล่าวว่า ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณเป็นความผาสุกในการดำเนินชีวิต เป้าหมายของชีวิต ความหวังในชีวิตมีความภาคภูมิใจในตัวเอง การทำประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่น ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นต่อศาสนามีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์โน้มนำให้ปฏิบัติตามคำสอน เพื่อให้เกิดความสุข ได้รับการตอบสนองของบุคคลจะเกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being)

วัตถุประสงค์การวิจัย

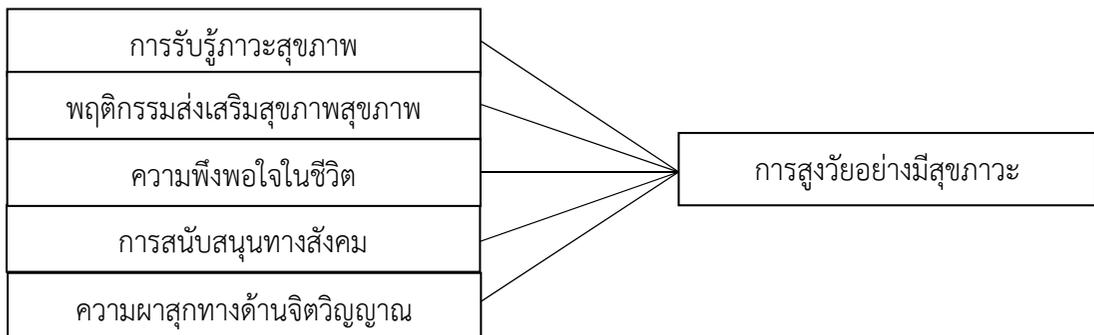
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกด้านจิตวิญญาณกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ Hansen-kyle (2005) ซึ่งได้ให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย และสติปัญญาโดยการปรับและชดเชยสภาพร่วมกับการทำงานทุกส่วนของร่างกายโดยครอบคลุมในทุกด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลเพื่อนำมาซึ่งการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะและมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถติดต่อสื่อสาร พูดคุยรู้เรื่อง มีการรับรู้วันเวลา สถานที่และไม่มี ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินจากแบบทดสอบ สภาวะสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT) ผลคะแนนมากกว่า 7 จากคะแนนเต็ม 10 แสดงว่า ความรู้คิดปกติ ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตร ประจำวันได้ มีความยินดี และเต็มใจเข้าร่วมใน การวิจัย มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมือง วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาด ตัวอย่าง โดยใช้สูตร Thorndike (1978 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ดังนี้ $n = 10k + 50$ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k คือ จำนวนตัวแปรต้น รวมทั้งสิ้น 5 ตัวแปร แทนค่าในสูตร จะได้ $n = 10 \times 5 + 50 = 100$ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ได้ เท่ากับ 100 คน ทำการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือสำหรับการคัดกรอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินการทดสอบ สภาวะสมอง

ชุดที่ 2 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินการ รับรู้ภาวะสุขภาพ ของ สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ์

(2544) พัฒนาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ซึ่งแปลจาก เครื่องมือของ Anderson (1980 cited in Mossey & Shapiro, 1982) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

ชุดที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุที่กระทำอย่างต่อเนื่อง ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุของ ประอรนุช เชื้อถื่อ (2548) ที่พัฒนา จากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (ealth-Promoting Lifestyle Profile II: HPLP-II) Pender et al. (2002) เป็นข้อความ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน จำนวน 46 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93

ชุดที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินความ พึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ของ สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) ที่พัฒนาจากแบบวัด ความพึงพอใจในชีวิต ของ Cantril (1965) แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุนี้ มีการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95

ชุดที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทาง สังคมของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดการสนับสนุน ทางสังคมของ Piboon (2011) ซึ่งพัฒนามาจาก แนวคิดของ Weiss (1974) เพื่อประเมินการ สนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

นี้มีความเชื่อมั่นโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93

ชุดที่ 7 แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ของ อุไรวรรณ ชัยชนะโรจน์ (2543) แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้ได้ผลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84

ชุดที่ 8 แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ลัดดา เกียมวงศ์ (2551) ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ Hansen-kyle (2005) ใช้ประเมินกระบวนการของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในบริบทความเป็นไทย เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ และแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน

มีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยไม่ได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงจึงนำมาใช้ได้โดยไม่ต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ และแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต หาค่าความเที่ยงโดยวัดความคงที่ด้วยวิธีการโดยทดสอบซ้ำ (test-retest) โดยทิ้งระยะห่างนาน 1 เดือน วัดความเที่ยงได้เท่ากับ .89 ในส่วนของแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89, .80, .93, .94 และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลข 18-01-2558 ผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน

2 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์การทำวิจัยและมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่คนที่มีอิทธิพลหรือในพื้นที่นั้นและไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยอธิบายและสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย ให้ดำเนินการวิจัยได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมและข้อมูลนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองวารินชำราบ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือสำรวจชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกรายชื่อของผู้สูงอายุ ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แล้วสอบถามกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบในแบบประเมิน

ให้ฟังทีละข้อ พร้อมทั้งทำการบันทึกคำตอบที่ผู้สูงอายุลงในแบบประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินใช้ประมาณ 50-60 นาทีต่อราย จนครบจำนวน 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานส่วน โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 58) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54) มีสถานสมรสคู่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79) มีแหล่งรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 82) และครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53) มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (n = 100)

ตัวแปร	\bar{x}	S.D	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.76	0.85	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	119.03	10.24	มาก
ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ	8.51	0.98	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	84.19	9.68	สูง
ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ	77.98	8.55	สูง
การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ	144.66	10.29	ดี

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (n = 100)

ตัวแปร	การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ		
	R	P-valule	ระดับความสัมพันธ์
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.23	.023*	ต่ำ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.24	.015*	ต่ำ
3. ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ	.19	.066	-
4. การสนับสนุนทางสังคม	.59	.001*	ปานกลาง
5. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ	.38	.001*	ปานกลาง

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 144.66$, S.D = 10.29) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมือง ร้อยละ 58 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งอาจเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ร้อยละ 54 มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการมีชีวิตคู่จะทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงาและว้าเหว่ จากมีคู่สมรสทั้งร่วมรับประทานอาหารกัน ให้ความรักความห่วงใยซึ่งกันและกันทำให้เกิดพลังเสริมซึ่งกันและกัน (พิริยะ ผลพิรุฬห์ และปึงปอนด์ รักอำนวยกิจ, 2550) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79 อ่านออกเขียนได้ การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาซึ่งสามารถอ่านออกเขียนได้จึงช่วยให้สามารถศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเองได้ ร้อยละ 79 ไม่ได้ประกอบอาชีพแต่มีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และร้อยละ 82 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธตามประเพณีที่สืบทอดกันมา เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุไม่ได้ทำงานส่วนใหญ่จะเข้าวัดทำบุญตามความเชื่อและความศรัทธา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมดมีการไปตรวจตามแพทย์ทุกครั้ง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชนที่จัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ มีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่ดูแลส่งเสริมสุขภาพตามชุมชนต่างๆอย่างเหมาะสม แต่การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเองและร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมได้ อาจเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.19 (S.D = 9.68) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .59$) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมกันอย่างต่อเนื่องในเขตเทศบาลที่มีการจัดกิจกรรมหรือหากไม่มีการจัดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างก็จะเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำ ด้วยเหตุนี้ การสนับสนุนทางสังคมจึงมีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น และนับเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุต้องการที่จะได้รับจากบุคคลในสังคม เพื่อสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อความต้องการของตนเอง (Weiss, 1974) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัตติกา ณะขว้าง (2551) ที่พบว่า เครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

ระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.98 (S.D = 8.55) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 ($r = .38$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาที่คนไทย นับถือและปฏิบัติตามหลักคำสอนสืบทอดกันมา และเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นระดับความเชื่อ ทางด้านจิตวิญญาณมักจะเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากช่วงเวลาที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งปัญหา ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ทั้งการสูญเสียคู่ครอง การออกจากชีวิตราชการ/การทำงาน สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคง สูญเสียอำนาจ จึงต้องหาเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อปรับสมดุล ตนเอง

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทาง บวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ใน ระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 (S.D = .85) การรับรู้เป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลที่ สามารถรับรู้ได้แตกต่างกันตามสภาพของแต่ละ บุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 58 อยู่ใน วัยสูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่จะสามารถจดจำเรื่อง รวในอดีตได้ดี และยังคงจดจำเรื่องราวในปัจจุบัน ได้ และยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดย ไม่ต้องพึ่งพาหรือต้องการความช่วยเหลือในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน สอดคล้องกับ การศึกษา พบว่า ระดับการรับรู้สุขภาวะดีใน ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีต้องมีความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับวัยของ ตนเอง สามารถปรับตัวในวัยที่เพิ่มขึ้น สามารถ ใช้ชีวิตเมื่อมีโรคประจำตัว มีจิตใจที่ดี มีความพอดี

ในการใช้ชีวิต และความสามารถอยู่ได้กับ ธรรมชาติ ชีวิตมีคุณค่าสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีสังคมและการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นเป็น ผู้สูงอายุที่สามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและ ต่อพระพุทธศาสนา

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 119.03 (S.D = 10.24) พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .24$) แต่พิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก ทุกประเด็น เพราะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ตระหนัก เห็นความสำคัญในการมีพฤติกรรมสุขภาพในด้าน ต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โดยในเขตเทศบาลวารินชำราบมีโครงการ สนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่งและนพนันท์ สิงห์ลาว (2545) ที่พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ($r = .66$)

5. ความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์ กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ มีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลจะมีความ แตกต่างกันถึงแม้ว่าจะต้องตกอยู่ในสถานการณ์ เดียวกันก็ตามมีทั้งในด้านที่เป็นบวกและด้าน ที่เป็นลบ สอดคล้องกับศึกษาของ ประนอม

โอทกานนท์ (2554) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีชีวิตที่สุขสมบูรณ์ ที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต มีชีวิตอย่างมีคุณภาพ สามารถปฏิบัติตามภารกิจตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยเลือกปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือกิจกรรมที่สร้างเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดยเน้นในด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ศึกษาการสนับสนุนและการส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่อง

4. ควรศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความแตกต่างจากเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เอกสารอ้างอิง

- กัตติกา ณะขว้าง. (2551). *กลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดน่าน*. คุชภินิพนธ์ประชากรศาสตร์คุชภินิพนธ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประอรนุช เชื้อถือ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โปรดปราน เพชรสด. (2558). *แนวโน้วการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง* วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- พรพรรณ มนัสจกุล, กาญจนา ปัญญาธร, วิไลพร พลสูงเนิน, เปรมฤดี บริบาล และ พลอย ฤทัยพิน นานนท์. (2557). *รูปแบบการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ หมู่บ้านหนองตะไกร อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี*. “ การประชุมใหญ่และนำเสนอผลงานวิชาการระดับชาติ สหวิทยาการ : ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน.วันที่ 17-18 กรกฎาคม 2557 ณ โรงแรมธรรมรินทร์ธนา อ. เมือง จ. ตรัง. วิทยาลัยบรมราชชนนีอุดรธานี.

- พิริยะ ผลพิรุฬห์ และปิงปอนด์ รักอำนาจกิจ. (2550). ความสุขจากทุนทางสังคม: กรณีศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดกาญจนบุรี. ใน *หลากหลายมิติแห่งความอยู่ดีมีสุขของคนไทย* (หน้า 32-48). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลัดดา เลียมวงศ์. (2551). *การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ*. ปรัชญา ดุษฎีนิพนธ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลพร วงศ์ศรี. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์. (2543). *การพึ่งพาอัตโนมัติและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณา วุฒิธรรณฤทธิ. (2544). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Form*, 42(2), 45-57.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982) Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.
- Motta, L., Bennati, E., Ferlito, L., Malaguarnera, M., & Motta, L. (2005). Successful aging in centenarians: Myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 40, 241-251.
- Peel, N. M., Bartlell, H. P., & Mc Clure, R. J. (2004). Healthy aging: How is it defined and measured? *Australasian Journal on Aging*, 23(3), 115-119.
- Peel, N. M., Mc Clure, R. J., & Bartlelet, H.P. (2005). Behavioral Determinants of Healthy Aging. *American journal of Preventive Medicine*, 28 (3), 298-304.
- Pender, N. J. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall
- Piboon, K. (2011). *A causal model of depression among older adults in Chonburi province*. Doctor of Philosophy in Nursing (International Program), Faculty of Nursing, Burapha University.