ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

ปริญญา

จิตวิทยาชุมชน | จิตวิทยา

สาขา | **ภาควิชา**

เรื่อง การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

Self-Reliance, Health Empowerment, Health Literacy and Happiness of the Elderly at Tambon Thap Yai Chiang in Amphoe Phrom Phiram, Phitsanulok Province

นามผู้วิจัย นางสาวฐิตินันท์ นาคผู้

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

(รองศาสตราจารย์สุปาณี สนธิรัตน, Ed.D.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพย์วัลย์ สุรินยา, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถวัลย์ เนียมทรัพย์, ปร.ด.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

.....

(รองศาสตราจารย์กัญจนา ธีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ _____ **เดือน** _____ **พ.ศ.** _____

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

Self-Reliance, Health Empowerment, Health Literacy and Happiness of the Elderly at Tambon Thap Yai Chiang in Amphoe Phrom Phiram, Phitsanulok Province

โดย

นางสาวฐิตินันท์ นาคผู้

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)
พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ฐิตินันท์ นาคผู้ 2557: การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์สุปาณี สนธิรัตน, Ed.D. 258 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ:- 1) ศึกษาระดับการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 2) ศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้สูงอายุ ในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งสิ้น 226 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ และการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t - test, F – test, LSD (Least Significant Difference) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพาตนเองโดยรวมได้มาก ในขณะที่การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ และรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ 3) การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

_____ _____ ___ / ___ / ___

ลายมือชื่อนิสิต ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Thitinan Nakphu 2014: Self-Reliance, Health Empowerment, Health Literacy and Happiness of the Elderly at Tambon Thap Yai Chiang in Amphoe Phrom Phiram, Phitsanulok Province. Master of Science (Community Psychology), Major Field: Community Psychology, Department of Psychology. Thesis Advisor: Associate Professor Supanee Sontirat, Ed.D. 258 pages.

The purposes of this study were as the follows:- 1) to study level of self-reliance, health empowerment, health literacy and happiness of the elderly at Tambon Thap Yai Chiang in Amphoe Phrom Phiram, Phitsanulok Province, 2) to compare happiness of the elderly according their personal factors, 3) to investigate the correlation between self-reliance, health empowerment, health literacy and happiness of the elderly.

Samples were 226 elderly. Selected by stratified random sampling and simple random sampling. Instruments were questionnaires and analyzed by computer program. Statistical analyzes were percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test (ONE WAY ANOVA), LSD (Least Significant Difference) and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Results indicated that 1) self-reliance was at high level while health empowerment, health literacy and happiness were at moderate levels, 2) age, occupation and salary affected on happiness showed the statistically significant at .01. Marital status and type of family structure affected on happiness, which were statistically significant at .05 and .001 respectively, 3) self-reliance, health empowerment, health literacy showed the positive correlation with happiness statistically significant at .001.

_____ _____ ___ / ___ / ___

Student's signature Thesis Advisor's signature

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุปาณี สนธิรัตน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาสละเวลาในการให้คำปรึกษา และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ อาทิ การตั้งหัวข้อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการเขียนวิทยานิพนธ์ การใช้ภาษาเขียนและศัพท์เฉพาะทางวิชาการ การสืบค้นเอกสารหรือข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไข และดูแลความเรียบร้อยในการจัดทำวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อารี เพชรผุด รองศาสตราจารย์บัวทอง สว่างโสภากุล ผู้ทรงคุณวุฒิ ภาควิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์อนงค์นาฏ คงประชา หัวหน้าสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือและให้คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายสมคิด ทองน้อย ประธานชมรมผู้สูงอายุ นายชูชาติ ดีมั่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนบ้านศรีเจริญ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ที่ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย รวมทั้งประสานงาน และให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้สูงอายุตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน นอกจากนี้ขอขอบพระคุณกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ของผู้วิจัยที่สนับสนุนการศึกษา และการทำวิจัยคอยให้กำลังใจจนการเรียนผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตรุ่นที่ 11 สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่เป็นกำลังใจในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วง ทั้งนี้วิทยานิพนธ์เรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระปกเกล้า ปีงบประมาณ 2557 ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณ สถาบันฯ ที่ได้เล็งเห็นความสำคัญของงานวิจัยเรื่องนี้ และให้เงินทุนสนับสนุนจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ฐิตินันท์ นาคผู้

สิงหาคม 2557

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง (4)

สารบัญภาพ (10)

บทที่ 1 บทนำ 1
ความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4
ขอบเขตของการวิจัย 4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 6
นิยามศัพท์ 7
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร 12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 12
ความหมายของผู้สูงอายุ 12
การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 15
การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ 17
แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง 20
ความหมายของการพึ่งพาตนเอง 20
แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง 21
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการพึ่งพาตนเอง 22
แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ 24
ความหมายของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ 24
แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ 25
แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ 28
ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพ 28
แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ 30
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ 31

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

แนวคิดเกี่ยวกับความสุข 32
ความหมายของความสุข 32
มุมมองเกี่ยวกับความสุข 34
ปัจจัยที่มีผลต่อความสุข 37
แนวคิดเกี่ยวกับความสุข 39
การสร้างความสุขในผู้สูงอายุ 45
ตัวชี้วัดความสุข 48
เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 50
เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งพาตนเอง 50
เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ 56
เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ 62
เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข 66
กรอบแนวคิดในการวิจัย 76
สมมุติฐานในการวิจัย 77
บทที่ 3 วิธีการวิจัย 78
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 78
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 80
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 101
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 103
การวิเคราะห์ข้อมูล 103
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 104
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์ 105
ผลการวิจัย 105
ข้อวิจารณ์ 164
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 182
สรุปผลการวิจัย 182
ข้อเสนอแนะ 188

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

เอกสารและสิ่งอ้างอิง 198

ภาคผนวก 214

ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย 215

ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย 217

ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำการวิจัย 221

ภาคผนวก ง แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย 224

ภาคผนวก จ ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 237

ภาคผนวก ฉ ค่าดัชนีความสอดคล้องโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC) 250

ประวัติการศึกษาและการทำงาน 258

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้พลังเอราวัณ 3 ประสาน	27
2	แสดงแนวทางปฏิบัติตัว ตามหลัก “ปรับ 4”	58
3	แสดงแนวทางปฏิบัติตัว ตามหลัก “เติม 3”	58
4	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจำแนกตามหมู่บ้าน	80
5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	106
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม	110
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม	123
8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม	128
9	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม	135
10	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามเพศ	140

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอายุ	141
12	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามอายุ	141
13	ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)	143
14	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา	144
15	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามระดับการศึกษา	145
16	ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง ด้านชีวิตที่มีความหมาย จำแนกตามระดับการศึกษา เป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)	147
17	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามสถานภาพสมรส	148
18	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ	149

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
19	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามอาชีพ	150
20	ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ เป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)	151
21	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามรายได้	153
22	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามรายได้	154
23	ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ เป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)	156
24	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามชนิดของโครงสร้างครอบครัว	157
25	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามการมีโรคประจำตัว	159
26	ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเองและความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง	160
27	ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง	162

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
28	ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง	163
29	สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	187
ตารางผนวกที่		
1	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ)	238
2	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ)	238
3	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน)	239
4	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว)	239
5	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง)	240
6	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเองโดยรวม	240

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
7	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (ด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม)	242
8	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง)	242
9	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (ด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ)	243
10	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยรวม	243
11	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ (ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน)	244
12	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ (ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์)	245
13	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ (ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์)	245
14	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม	246
15	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุข (ด้านชีวิตที่รื่นรมย์)	247

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
16	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุข (ด้านชีวิตที่ดีงาม)	247
17	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุข (ด้านชีวิตที่มีความหมาย)	248
18	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุขโดยรวม	248
19	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ	251
20	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ	253
21	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ	255
22	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุข จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ	256

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	Gross National Happiness Index	42
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	76

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ในขณะที่โลกกำลังเข้าสู่ยุคโลกาภิวัฒน์ นวัตกรรมและเทคโนโลยีไม่ได้มีส่วนเพียงแค่เพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ชีวิตมนุษย์เท่านั้น แต่วิวัฒนาการและการพัฒนาดังกล่าว โดยเฉพาะวิวัฒนาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยังช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ผลที่ตามมาจากการที่มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้จำนวนผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รายงานของสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 2012 คาดการณ์ว่า จำนวนคนที่ก้าวเข้าสู่ภาวะผู้สูงวัยในอีก 10 ปีข้างหน้า จะเพิ่มสูงขึ้นจากระดับปัจจุบันอีก 200 ล้านคน ไปอยู่ที่ 1,000 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวไปที่ระดับ 2,000 ล้านคน ในปี 2050 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมากที่สุด ส่วนกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา จะมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุน้อยลงตามลำดับ สำหรับประเทศไทยนั้นสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุไว้ว่า ประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ในปี พ.ศ. 2547 คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ.2553 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น ร้อยละ 11.9 และคาดว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2568 คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ รวมทั้งจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2573 ประชากรวัยสูงอายุ คาดว่าจะมีสัดส่วนเพิ่มเป็นร้อยละ 25.12 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ในส่วนของสถิติผู้สูงอายุในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 ภาคเหนือ ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ พบว่ามีจำนวนรวมผู้สูงอายุมากถึง 396,508 คน คิดเป็นร้อยละ 11.64 ของประชากรทั้งหมด โดยในส่วนของจังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.57 ของประชากรทั้งหมด (ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก, 2552) และเมื่อศึกษาเฉพาะลงไปในพื้นที่ของตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก็พบแนวโน้มผู้สูงอายุมีจำนวนสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยสถิติล่าสุด พบผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนถึง 379 คน คิดเป็นร้อยละ 9.12 ของประชากรทั้งหมด (ฝ่ายทะเบียนและบัตร อำเภอพรหม-พิราม จังหวัดพิษณุโลก, 2556)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย เป็นสัญญาณที่หน่วยงานภาครัฐ และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลงไปตามอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อบทบาทหน้าที่และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสัมพันธภาพทางสังคมก็จะลดลงไปด้วย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อ “ความสุข” ของผู้สูงอายุรายนั้น ๆ ในส่วนของภาครัฐบาลก็ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของการเสริมสร้างความสุขให้แก่ผู้สูงอายุ โดยได้จัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 - 2564 ซึ่งมีปรัชญาที่มุ่งให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างความสุขในวัยผู้สูงอายุ โดยระบุว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเอง อย่างมีคุณภาพและมีความสุขที่สมวัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ หากได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม ก็ย่อมปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ในส่วนของแผนยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพและการส่งเสริมผู้สูงอายุ ก็มุ่งเน้นมาตรการหลายข้อที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ มาตรการเสริมสร้างความรู้ด้านการส่งเสริม ป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น (สอดรับกับการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยเน้นการกระตุ้นและการหาวิธีการเสริมสร้างความตระหนักในศักดิ์ศรีของตนเอง เกิดพลังในการมองเห็นคุณค่าในตนเอง (สอดรับกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของผู้สูงอายุ) ตลอดจนมาตรการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ได้รับการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อทางสุขภาพต่าง ๆ ได้ (สอดรับกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ) ซึ่งล้วนมีส่วนช่วยยกระดับความสุขในชีวิตให้ผู้สูงอายุ

หากผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้มาก ย่อมทำให้ผู้สูงอายุสามารถกำหนดเป้าหมาย แก้ไขปัญหา และตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ยืนอยู่บนความสามารถของตนได้อย่างภาคภูมิ มีศักยภาพในการดูแลกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ของตน ในด้านชีวิตความเป็นอยู่และการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมพึ่งพาอาศัยกันได้อย่างมีความสุข

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เป็นกระบวนวิธีที่ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถดึงความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ออกมาใช้ในการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม มีศักยภาพในการค้นหาและระบุความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งมีแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมาย และความสำเร็จทางสุขภาพแบบ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

องค์รวมได้อย่างเป็นระบบ (Anderson, 2000) ทำให้ผู้สูงอายุมีพลัง และตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพได้ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความสุขของตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างแท้จริงต่อไป (Gibson, 1991)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุ ในการใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ รวมทั้งการเกิดทักษะในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถวิเคราะห์วิจารณ์ข้อมูลทางสุขภาพจนเกิดการปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม (Nutbeam, 2008) ซึ่งหากผู้สูงอายุถึงพร้อมในเรื่องดังกล่าวย่อมนำมาซึ่ง “ความฉลาด (ความรอบรู้) อย่างเป็นสุข” (สุมน อมรวิวัฒน์, 2553) กล่าวคือจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ไปตลอดชีวิต เกิดความสามารถในการเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีสติปัญญาและไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว ท้ายที่สุดจะนำความสุขอย่างแท้จริงให้เกิดขึ้นในชีวิตต่อไป

ความสุขของผู้สูงอายุ ถือเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเข้าถึงชีวิตที่มีคุณค่าโดยสมบูรณ์ (Lawton, 1983) ผู้สูงอายุทุกคนจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลตนเอง หมั่นพัฒนาภาวะอารมณ์และจิตใจของตนเองให้มีความรู้สึกเชิงบวก ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจ อิ่มเอมภายในจิตใจ ภาคภูมิใจในสิ่งดีงามของตนเอง มองเห็นคุณค่าและความหมายในชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างและสังคม จนนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น เกิดความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างพอเพียงและมีใจที่สงบ ภายใต้สภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไปได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุมีด้วยกันหลายเรื่อง การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพของแต่ละบุคคล ก็เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว โดยเลือกกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมให้มีความสุข มากขึ้น ตอบสนองต่อมาตรการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุ ตามแผนพัฒนาผู้สูงอายุของประเทศไทยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยาย-เชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรจากผู้สูงอายุ ในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งสิ้น 379 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 11 กรกฎาคม 2556); (ฝ่ายทะเบียนและบัตรอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก, 2556)

ตัวแปรที่ศึกษาวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

1.1 เพศ

1.2 อายุ

1.3 ระดับการศึกษา

1.4 สถานภาพสมรส

1.5 อาชีพ

1.6 รายได้

1.7 ชนิดของโครงสร้างครอบครัว

1.8 การมีโรคประจำตัว

2. การพึ่งพาตนเอง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

2.1 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ

2.2 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ

2.3 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

2.4 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

2.5 กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

3. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

3.1 การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3.2 การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

3.3 การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ

4. ความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่

4.1 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน

4.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

4.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์

ตัวแปรตาม ได้แก่

5. ความสุข ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

5.1 ชีวิตที่รื่นรมย์

5.2 ชีวิตที่ดีงาม

5.3 ชีวิตที่มีความหมาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงระดับการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

2. ทำให้ทราบถึงความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

3. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

5. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

6. พัฒนาและเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุโดยรวม และนำเสนอเพื่อเป็นแนวทางให้ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปประยุกต์หรือปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสม ในการพัฒนาและเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในตำบล ให้สอดรับกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติต่อไป

นิยามศัพท์

เพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมายของคำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาตรงกัน จึงกำหนดความหมายเฉพาะที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไว้ดังนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลทับยาย-เชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ชนิดของโครงสร้างครอบครัว และการมีโรคประจำตัว

1. เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงความเป็นชายหรือหญิงของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศชาย และ เพศหญิง

2. อายุ หมายถึง อายุปัจจุบันของผู้สูงอายุ แสดงด้วยตัวเลขจำนวนเต็ม หน่วยเป็นปี แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 80 – 89 ปี

3. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาอย่างเป็นทางการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นระดับการศึกษาหรือวุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งให้สอดคล้องกับระดับการศึกษาในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่ได้รับการศึกษา กลุ่มต่ำกว่าประถมศึกษา (ป.มูล, ชั้น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เตรียมอนุบาล, ชั้นอนุบาล) กลุ่มประถมศึกษา (ป.1 – ป.7) และ กลุ่มมัธยมศึกษา (ม.1 – ม.8, มศ.1 – มศ.5)

4. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพการครองคู่ของผู้สูงอายุ ที่เป็นจริงตามพฤตินัย หรือนิตินัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาศัยอยู่ด้วยกัน และกลุ่มหม้าย (สามี/ภรรยาเสียชีวิต), หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่

5. อาชีพ หมายถึง การทำงานหรือกิจกรรมใด ๆ ของผู้สูงอายุ ที่ก่อให้เกิดผลผลิตและรายได้ เป็นงานที่สุจริต ไม่ผิดศีลธรรม เป็นที่ยอมรับของสังคม แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มรับจ้าง/ข้าราชการเกษียณอายุ กลุ่มค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว และกลุ่มไม่ประกอบอาชีพ

6. รายได้ หมายถึง รายได้ของผู้สูงอายุที่ได้รับต่อเดือน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท กลุ่มรายได้ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท และกลุ่มรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป

7. ชนิดของโครงสร้างครอบครัว หมายถึง ขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มคนที่มีความผูกพันกันทางกฎหมาย หรือกลุ่มคนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิตที่อาศัยอยู่ร่วมกันในหนึ่งหลังคาเรือน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว (ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ เป็นลักษณะครอบครัวหลักเพียง 1 ครอบครัว เช่น พ่อ แม่และลูก, สามีและภรรยา เป็นต้น หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในหนึ่งหลังคาเรือน เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/แยกกันอยู่) และครอบครัวขยาย (ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ เป็นลักษณะครอบครัวหลักอยู่ 1 ครอบครัว แล้วมีครอบครัวอื่นเสริมเข้ามาในหนึ่งหลังคาเรือน เช่น ปู่ ย่า ตายาย หรือญาติคนอื่น ๆ อาศัยอยู่กับพ่อ แม่ และลูกหลาน เป็นต้น)

8. การมีโรคประจำตัว หมายถึง ภาวะที่บ่งชี้ต่อสุขภาพการเจ็บป่วยทางกาย หรือการมีโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุมาไม่น้อยกว่า 1 ปี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่มีโรคประจำตัว (ผู้สูงอายุที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี ไม่มีการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคเรื้อรังใด ๆ) และกลุ่มมีโรคประจำตัว (ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ต้องรับประทานยาหรือรักษาเป็นประจำมาไม่น้อยกว่า 1 ปี) โดยกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบ คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคข้อและกระดูก โรคมะเร็ง และโรคอื่น ๆ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การพึ่งพาตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ที่ใช้ทักษะการพึ่งพาตนเองทางด้านต่าง ๆ มีขีดความสามารถในการใช้ความคิดความเข้าใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ให้เป็นปัญหาหรือภาระแก่ผู้อื่น มีการใส่ใจดูแลตนเอง ป้องกันการเจ็บป่วยและโรคภัยต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถสร้างสังคมในการพึ่งพา ช่วยเหลือดูแลครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย ใช้แนวคิดของ Mathuranath *et al*. (2005) และแนวคิดของ Collin *et al*. (1988) ประกอบด้วย 5 ด้านคือ

1. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ หมายถึง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ที่ใช้ทักษะด้านการพึ่งพาตนเอง ในการใช้ความคิดความเข้าใจ การเก็บข้อมูล และการนำความคิดความเข้าใจออกมาใช้ ได้แก่ การจัดการค่าใช้จ่าย การใช้โทรศัพท์ ความรับผิดชอบในการจัดยารับประทานเอง กิจกรรมการสวดมนต์ เป็นต้น

2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ หมายถึง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ที่ใช้ทักษะด้านการพึ่งพาตนเองทางสังคม รวมทั้งทักษะที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายเพลิดเพลินใจ เกิดความสนุกสนานทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น ได้แก่ การสร้างปฏิสัมพันธ์ การแสวงหาข้อมูลและแหล่งสันทนาการ การดูแลบุตรหลาน การดูแลฟาร์มเลี้ยงสัตว์หรือสัตว์เลี้ยง การทำงานอดิเรกอื่น ๆ เช่น การเย็บปักถักร้อย การทำสวน เป็นต้น

3. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ที่ใช้ทักษะด้านการพึ่งพาตนเองทางการประสานงานและการมีส่วนร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ได้แก่ การเดินทางท่องเที่ยว หรือการจับจ่ายใช้สอยต่าง ๆ ในร้านค้า เป็นต้น

4. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว หมายถึง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ที่ใช้ทักษะด้านการพึ่งพาตนเองในการทำหน้าที่หรือการรับผิดชอบงานต่าง ๆ ภายในครอบครัว ได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การทำอาหาร เป็นต้น

5. กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง หมายถึง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ที่ใช้ทักษะด้านการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นกิจวัตรพื้นฐานในอันที่จะดูแลตนเอง รวมถึงการเคลื่อนไหวเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระ ได้แก่ การโกนหนวด การดูแลเรื่องส่วนตัวต่าง ๆ เช่น การใช้ห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การเปลี่ยนอิริยาบถ การแต่งตัว การขึ้นบันได เป็นต้น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนวิธีที่ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถดึงความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ออกมาใช้ในการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม มีศักยภาพในการค้นหาและระบุความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งมีแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างเป็นระบบ ใช้แนวคิดของ Anderson (2000) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการความเครียด การสร้างแรงจูงใจให้ตนเองในการจัดการสุขภาพ และการตัดสินใจทางสุขภาพที่คิดว่าถูกต้องสำหรับตนเอง

2. การประเมินความไม่พึงพอใจ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถในตนเองของผู้สูงอายุในการระบุความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพ และความสามารถที่จะกำหนดว่าเมื่อใดจะมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงแผนการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองให้ดีขึ้น

3. ด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถในตนเองของผู้สูงอายุ ในการกำหนดเป้าหมายที่แท้จริงทางสุขภาพ และไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ โดยการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ จนบรรลุผลสำเร็จทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้

ความรอบรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุ ในการใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ รวมทั้งการเกิดทักษะในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถวิเคราะห์วิจารณ์ข้อมูลทางสุขภาพ จนเกิดการปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม ใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความสามารถและทักษะขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ในเรื่องความรู้ความเข้าใจด้านการอ่านและการเขียน ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอในทุก ๆ สถานการณ์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถและทักษะทางสังคมของผู้สูงอายุ ในเรื่องความรู้ความเข้าใจด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางสุขภาพ สามารถนำข้อมูลจากการปฏิสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น มาใช้ให้เป็นประโยชน์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ให้ดีขึ้น

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ หมายถึง ความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุ ในเรื่องความรู้ความเข้าใจด้านการคิดวิเคราะห์วิจารณ์ การกลั่นกรองข้อมูลทางสุขภาพการไตร่ตรองอย่างมีเหตุมีผล รวมถึงการตัดสินใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างดี

ความสุข หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวก ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ อิ่มเอมภายในจิตใจ ภาคภูมิใจในสิ่งที่ดีงามของตนเอง รวมทั้งมองเห็นคุณค่าและความหมายในชีวิต จนสามารถจัดการเรื่องต่าง ๆ ได้ตามความปรารถนาในภาพรวม และสามารถพัฒนาตนเองไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้สภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป ใช้แนวคิดของ Seligman (2002) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ชีวิตที่รื่นรมย์ หมายถึง ความรู้สึก ทัศนคติ และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความสบายใจ เบิกบานใจ ความรู้สึกมีชีวิตชีวา รวมถึงความสนใจที่จะเพิ่มพูนความพอใจให้กับชีวิตมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ในชีวิต

2. ชีวิตที่ดีงาม หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้งในบริบทต่าง ๆ ได้แก่ ครอบครัว ความรัก การงาน และงานอดิเรก เป็นต้น โดยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่สร้างความเข้มแข็งและหล่อหลอมความดีงามให้เกิดขึ้น หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองพึงพอใจ ในขอบเขตที่ทำให้เกิดพลังในการสร้างสรรค์และขับเคลื่อนให้ชีวิตดีขึ้น

3. ชีวิตที่มีความหมาย หมายถึง การสร้างความหมาย และสร้างคุณค่าให้กับชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีความมุ่งมั่นและความตั้งใจจริงในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุผลสำเร็จ พัฒนาจุดแข็ง/ข้อเด่นที่ตนเองมีอยู่ และปรับปรุงจุดอ่อน/ข้อด้อยของตน เพื่อสนับสนุนสิ่งที่ยิ่งใหญ่ที่ตั้งเป้าหมายไว้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับความสุข
6. เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

Yurick *et al.* (1980) ได้ให้ความหมายของ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุวัยต้นคือระหว่าง 60 - 74 ปี ไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ สุขภาพกาย สุขภาพจิตดี ถ้าวัย 75 ปีขึ้นไป ถือว่าชราอย่างแท้จริง

United Nations (UN) (1991) ได้ให้นิยามว่า ผู้สูงอายุ คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด อย่างไรก็ตามประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) โดยในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45 - 55 ปี ส่วนชายสูงอายุ อยู่ในช่วง 55 - 75 ปี

สุรกุล เจนอบรม (2541: 6 – 7) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging/Biological aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542: 347) ให้ความหมายของคำว่า “ชรา” ไว้ว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง ทั้งนี้ จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” แทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิและประสบการณ์

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (2546) ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้เสนอผลการศึกษาภาคสนามว่า การกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่ามีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่น ๆ ประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50 – 55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมขาว หลังโก่ง ก็เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่าเริ่มแก่ และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุ แต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบ ได้แก่ สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยสูงอายุอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดในผู้ที่สูงอายุ คือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ คนทั่วไป

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดประกอบอาชีพ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. การจัดการกับความเครียดและความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคภัยไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปีขึ้นไป

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ บทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพ ไปในทางที่เสื่อมถอยและลดน้อยลง

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

Yurick *et al*. (1980: 31) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - old) มีอายุ 60 – 74 ปี

2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2538 อ้างถึง Kahn, 1952) ได้เสนอการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี

2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี

3. คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) แบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วงโดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิต-สังคม ชีววิทยา ดังนี้

1. ช่วงไม่ค่อยแก่ (The young - old) ช่วงนี้ อายุประมาณ 60 – 69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครองรายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่ว ๆ ไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ดีสำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัวช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก การปรับตัวในช่วงนี้มีข้อแนะนำว่าควร ใช้แบบ “Engagement” คือ ยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The middle - aged old) อายุประมาณตั้งแต่ 70 – 79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “Disengagement” คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนักอีกต่อไป

3. ช่วงแก่จริง (The old - old) อายุประมาณ 80 – 89 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้นเพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้นไม่วุ่นวาย แต่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตามวัย (Both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

4. ช่วงแก่จริง ๆ (The very old - old) อายุประมาณ 90 – 99 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ มีจำนวนค่อนข้างน้อย เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขันสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ได้พบผ่านวิกฤตต่าง ๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย จะเป็นคาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (2546) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงวัยได้ 3 กลุ่ม คือ

1. วัยสูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. วัยสูงอายุตอนกลาง (70 - 79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

3. วัยสูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

จากข้อมูลการจัดเกณฑ์ช่วงอายุของผู้สูงอายุที่นักวิชาการ หรือหน่วยงานต่าง ๆ กำหนดไว้นั้น สรุปได้ว่าการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ค่อนข้างใกล้เคียงกัน แตกต่างกันเล็กน้อยตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ และภูมิศาสตร์ในแต่ละประเทศ

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วันเพ็ญ วงศ์จันทรา (2539 : 10) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุ มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย ทั้งนี้สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง มีอยู่ด้วยกัน 3 ประการใหญ่ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลง การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อย ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักจะประเมินว่าความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุ มิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541: 37 - 38) ได้นำเสนอข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลา โดยในผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญ ทั้งนี้การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึกว่าโดดเดี่ยว อ้างว้าง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. ระบบหายใจเสื่อมสภาพลง เพราะอวัยวะในการหายใจเข้า – ออก ลดความสามารถในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแลกเปลี่ยนแก๊สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง

3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การสูบ-ฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และแรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สติปัญญาของผู้สูงอายุ สติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิด วิเคราะห์ ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผลและประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร

5. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้ แต่การเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว

6. พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1 ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทำ อยู่ว่าง ๆ จะรำคาญ และคิดฟุ้งซ่านหรืออาจจะบ่นพึมพำ

6.2 บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ

6.3 สายตาไม่ดี อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน

6.4 ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่าบันเทิงหรือตำราวิชาการ

6.5 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนาน และมีสมาธิดี ถ้ามีความตั้งใจจะทำสิ่งใด

จากข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุข้างต้น สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพทางสังคมลดลง เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่ง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมลงไปตามอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว หากไม่มีวิธีป้องกันและการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจ และนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง

ความหมายของการพึ่งพาตนเอง

Thorpe, Clark and Tiegs (1953) ได้ให้ความหมาย ของการพึ่งพาตนเองไว้ว่า หมายถึง ความมีอิสระในการกระทำที่ไม่ขึ้นต่อใคร มีอารมณ์มั่นคง และมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน

Hope (1983) กล่าวว่า การพึ่งพาตนเอง หมายถึง การมีอิสระในการตัดสินใจ และสามารถระดมทรัพยากรของสังคม มาใช้ตามแนวความคิดและแนวทางของตนเองได้

ธำรง เปรมปรีด์ (2534) ให้ความหมายการพึ่งพาตนเอง ไม่ใช่ความเพียงพอในตนเอง แต่เป็นการปะทะสังสรรค์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น ๆ และกับสภาพแวดล้อมอย่างพลวัตสร้างสรรค์ ซึ่งแสวงหาการเติบโตในแง่ความภูมิใจในความเป็นมนุษย์

เสรี พงศ์พิศ และ ยงยุทธ ตรีนุช (2545) ได้ให้ความหมายการพึ่งพาตนเอง หมายถึง ขีดความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง การจัดการดูแลตนอง ทั้งการมีชีวิตความเป็นอยู่ ที่ทำให้สุขภาพแข็งแรง การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ และการดูแลรักษาตนเองในครอบครัวและในชุมชน

นวลละออ แสงสุข (2549) กล่าวว่า การพึ่งพาตนเอง ตามหลักพุทธศาสตร์ หมายถึง ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน โดยการใช้ ความขยัน ปัญญา และอื่น ๆ ที่ตนมี ในการแก้ปัญหาที่อาการและ/หรือรากเหง้า

วิชัย โปษยะจินดา (2550) กล่าวว่า การพึ่งพาตนเอง หมายถึง การที่คนมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพขั้นต้นของตนเองและครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยรู้วิธีการป้องกันการเจ็บป่วย มีการติดตาม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สถานการณ์การเกิดโรค รู้ว่าคนในครอบครัวต้องดูแลสุขภาพเรื่องใดในช่วงเวลาใด มีการตรวจสุขภาพประจำปีและการประกันสุขภาพ

บุญเลิศ พูนสุขโข (2553) ได้ให้ความหมายการพึ่งพาตนเองไว้ว่า หมายถึง การที่บุคคลได้แสดงออกถึงความพยายามที่จะช่วยเหลือตนเอง โดยใช้ความรู้ความสามารถที่ตนเองมีอยู่แก้ไขปัญหา แก้ไขอุปสรรคหรือการกระทำใด ๆ ให้สำเร็จได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจ ทั้งในด้านการศึกษาเล่าเรียน ด้านการปฏิบัติภารกิจประจำวันและด้านเศรษฐกิจ

จากความหมายของการพึ่งพาตนเองดังกล่าวข้างต้น กล่าวโดยสรุป การพึ่งพาตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ที่ใช้ทักษะการพึ่งพาตนเองทางด้านต่าง ๆ มีขีดความสามารถในการใช้ความคิดความเข้าใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ให้เป็นปัญหาหรือภาระแก่ผู้อื่น มีการใส่ใจดูแลตนเอง ป้องกันการเจ็บป่วยและโรคภัยต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถสร้างสังคมในการพึ่งพา ช่วยเหลือดูแลครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง

Colin *et al*. (1988) กล่าวว่า การพึ่งพาตนเอง เกี่ยวข้องกับกิจวัตรพื้นฐาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องทำอยู่เป็นประจำวัน ในอันที่จะดูแลตนเองและเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านและชุมชนอย่างเป็นอิสระในระดับที่ยอมรับได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากการนอนมานั่ง การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้น-ลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระ

Jitapunkul *et al.* (2001) กล่าวว่า การพึ่งพาตนเอง จำแนกออกเป็น การทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องรวมห้าชนิด ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน (ถูบ้าน หรือ ซักผ้า หรือ รีดผ้า) การใช้จ่ายเงิน และการใช้ขนส่งสาธารณะ

ประวีณ รอดเขียว (2522) ได้แบ่งการพึ่งตนเองเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

1. ระดับปัจเจกบุคคล หมายถึง คนที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้จากสิ่งที่ตนเองหามาได้เอง เป็นอิสระได้อย่างแท้จริงโดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับผู้ใด ทั้งยังหมายถึง ความร่วมมือในการทำงานกับผู้อื่นได้ เต็มใจช่วยคนอื่นและให้คนอื่นช่วย มิได้เอาแต่พึ่งพาอาศัยผู้อื่น

2. ระดับชุมชน หมายถึง ชุมชนสามารถใช้ทรัพยากรและทักษะซึ่งเป็นเจ้าของร่วมกัน เพื่อสวัสดิการของตนเองและเพื่อพัฒนาของตนเอง จะต้องไม่มีความคิดว่ารัฐบาลหรือหน่วยงานในท้องถิ่น จะมาช่วยวางโครงการและแก้ไขปัญหาได้ แต่ความช่วยเหลือจะมาในรูปแบบคำแนะนำ

3. ระดับประเทศ หมายถึง เมื่อทุกคนและชุมชนในประเทศพึ่งตนเองได้ ประเทศก็สามารถพึ่งตนเองได้ด้วย พลเมืองในประเทศต้องยอมรับร่วมกันหาวิถีทางที่จะมุ่งไปข้างหน้า ซึ่งต้องเกิดจากการตัดสินใจร่วมกัน ใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีความพยายามร่วมกัน ที่จะบรรลุอุดมการณ์การพึ่งตนเองได้ในที่สุด

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา (2549) กล่าวว่า ศักยภาพในการพึ่งพาตนเองในเชิงบูรณาการ มีดังนี้ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสังคมและวัฒนธรรม มิติด้านการศึกษา การวิเคราะห์ และการบริหารจัดการ มิติด้านการเมือง มิติด้านสิ่งแวดล้อม มิติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มิติด้านสุขภาพ มิติด้านศาสนาและปรัชญา

สรุปได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด Colin *et al.* (1988) มาประยุกต์ใช้ โดยมุ่งเน้นในมิติด้านสุขภาพ ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการพึ่งพาตนเองมีหลายระดับ แต่ไม่ว่าจะเป็นการพึ่งพาตนเองระดับใดก็ตาม ระดับที่สำคัญที่สุดคือ ระดับบุคคล เพราะถ้าบุคคลสามารถพึ่งตนเองได้ ก็จะมีส่วนผลักดันให้ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติเข้มแข็งตามไปด้วย โดยในส่วนของงานวิจัยนี้มุ่งเน้นการพึ่งพาตนเองในระดับบุคคล ทั้งในส่วนกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ที่ปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการดำรงชีวิตในบ้าน รวมทั้งอีกส่วนคือ กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ซึ่งมุ่งเน้นการปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการพึ่งพาตนเอง

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2539) กล่าวว่า การประเมินการพึ่งพาตนเอง มีเครื่องมือที่ใช้หลายแบบ ได้แก่ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index: Barthel ADL index) ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula Activities of Daily Living index: Chula ADL index) หรือดัชนี Katz ADL

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

index เป็นต้น ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินสำหรับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เป็นกิจกรรมที่ต้องทำอยู่เป็นประจำวันในอันที่จะดูแลตนเองและเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระในระดับที่ยอมรับได้) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (กิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติได้เพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน) ตามลำดับ สำหรับตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการพึ่งพาตนเองในประเทศไทย ประกอบด้วย 2 แบบหลักที่นิยมใช้ คือ

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ซึ่ง Colin *et al*. (1988) เป็นผู้คิดค้นขึ้น ประกอบไปด้วยการสัมภาษณ์กิจวัตรรวม 10 ชนิด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้น-ลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระ โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 20 คะแนน ซึ่งดัชนีการวัดรูปแบบนี้ ได้รับการประเมินคุณค่าในการใช้ในประชากรสูงอายุไทยและพบว่าใช้ได้ โดยนอกจากจะพิจารณาเป็นรายกิจกรรมแล้ว ยังพิจารณาด้วยคะแนนรวมเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการพึ่งพาระหว่างกลุ่มประชากรได้

ดัชนีจุฬาเอดีแอล ซึ่ง Jitapunkul *et al.* (2001) เป็นผู้พัฒนาขึ้น โดยเครื่องมือจำแนกการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน (ถูบ้าน หรือซักผ้า หรือรีดผ้า) การใช้จ่ายเงิน และการใช้ขนส่งสาธารณะ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน การพิจารณาภาวะพึ่งพาจะพิจารณาทั้งเป็นรายกิจกรรมและการใช้คะแนนรวม เช่นเดียวกับดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ทั้งนี้ดัชนีจุฬาเอดีแอล ได้รับการพัฒนาขึ้นมาสำหรับประชากรสูงอายุไทยโดยเฉพาะ ในการประเมินภาวะพึ่งพาทั้งเป็นรายกิจกรรมและภาพรวมได้

แบบประเมินการพึ่งพาตนเองยังมีการนำไปใช้ในผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่ม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วย Dementia โดย Mathuranath *et al.* (2005) มีการพัฒนาสร้างแบบสอบถาม Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL scale) โดยมีองค์ประกอบของการวัดการพึ่งพาตนเองด้วยกัน 5 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ (Cognitive activities) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สังคมและนันทนาการ (Social/Recreational activities) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (Community activities) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (Household activities) กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Self - care items)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กล่าวโดยสรุปในส่วนของงานวิจัยครั้งนี้ นอกจากมีการนำแนวคิดของ Colin *et al*. (1988) มาปรับใช้ในงานวิจัยแล้ว ยังได้มีการนำแนวคิดของ Mathuranath *et al.* (2005) ในเรื่องการแบ่งองค์ประกอบของการวัดการพึ่งพาตนเอง มาปรับใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย โดยแบ่งองค์ประกอบของการพึ่งพาตนเองเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ 2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ 3) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน 4) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว และ 5) กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

Kieffer (1984:62) ให้นิยามของ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ไว้ว่า เป็นการมองตามกระบวนการ ซึ่งเป็นการถ่ายทอดกระบวนการช่วยเหลือและพัฒนาตัวบุคคล ให้เกิดความตระหนักถึงต้นเหตุของปัญหาและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ตลอดจนหาวิธีการแก้ปัญหาให้ดีขึ้น

World Health Organization (WHO) (1986) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ คือ การทำกิจกรรมที่มุ่งเสริมสร้างทักษะชีวิตและความสามารถของบุคคลให้เข้มแข็งขึ้น ตลอดจนการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมูลเหตุของปัญหาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

Gibson (1991) ให้นิยาม การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ไว้ว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทำให้บุคคลมีพลัง เกิดความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพจะช่วยให้เกิดประโยชน์ทั้งในส่วนบุคคลและสังคม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Ellis - Stoll and Popkess - Vawter (1998) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ใช้บริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือให้ผู้ใช้บริการได้มีการพัฒนาตนเอง ไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ให้นิยามของ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนวิธีที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเอง ออกมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เป็นกลไกที่ถือได้ว่าเป็นหัวใจของแนวทาง "สร้าง" นำ "ซ่อม" ซึ่งหมายถึงการให้ความสำคัญกับการสร้างความแข็งแกร่งทางด้านสุขภาพองค์รวม เพื่อป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาด้านสุขภาพองค์รวมที่ร้ายแรง ที่อาจจะเกิดตามมาจากการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในมุมมองของผู้วิจัย หมายถึง กระบวนวิธีที่ทำให้บุคคลสามารถดึงความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ออกมาใช้ในการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม มีศักยภาพในการค้นหาและระบุความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งมีแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างเป็นระบบ

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

Kieffer (1984: 62) ระบุว่า การพัฒนาของมนุษย์ในการเสริมสร้างพลังแห่งตน เมื่อเผชิญเรื่องต่าง ๆ สามารถออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีส่วนร่วมในการสำรวจค้นหาปัญหา

2. ระยะของความเป็นจริง เป็นระยะที่มุ่งเน้นการเผชิญหน้าและต่อสู้อุปสรรคยุ่งยาก ที่ขัดขวางการตัดสินใจของตนเอง ในระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ พัฒนาทักษะ และธำรงรักษาสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ให้คงอยู่

3. ระยะการมีข้อยึดมั่นผูกพัน เป็นระยะที่มีการบูรณาการความรู้ใหม่ ๆ และทักษะในการเผชิญหน้ากับความเป็นจริง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ได้ระบุองค์ประกอบในการสร้างเสริมพลังทางสุขภาพ โดยเรียกว่า “พลังเอราวัณ 3 ประสาน" ซึ่งเป็นขุมพลังอันยิ่งใหญ่ที่สามารถนำไปใช้นำทางสู่ความสำเร็จทุกชนิดในโลกได้อย่างมีประสิทธิผล

องค์ประกอบสู่ความสำเร็จของ "พลังเอราวัณ 3 ประสาน" ก็คือ

1. พลังใจ (Heart)

2. พลังสมอง (Head)

3. พลังทำ (ปฏิบัติ) (Hand)

เรื่องที่ 1 ต้องสร้างจิตใจให้มีความพร้อม (พลังใจ) - (Heart): ทำให้เกิดความสนใจใส่ใจ เห็นคุณค่า เกิดความรัก จะทำให้มุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงจุดหมาย

เรื่องที่ 2 ต้องมีความรู้ความเข้าใจ (พลังสมอง) - (Head): ทำให้เกิดความรู้ ความคิด มุมมอง การวิเคราะห์วิจัย การเชื่อมโยง การเห็นภาพรวม

เรื่องที่ 3 ต้องลงมือปฏิบัติ (พลังทำ) - (Hand): ทดลองฝึกฝน สร้างวินัย ลงมือปฏิบัติ ตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไข พัฒนาสร้างสรรค์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 1 แสดงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้พลังเอราวัณ 3 ประสาน

		สุขภาพองค์รวม (สุขภาวะ 4 ด้าน)			
		ทางกาย	**ทางจิต**	**ทางสังคม**	**ทางจิตวิญญาณ (ปัญญา)**
พลังเอราวัณ 3 ประสาน	พลังใจ – Heart (สร้างแรงจูงใจ)	กิจกรรมสร้างความตระหนักในคุณค่าการสร้างเสริมสุขภาวะทางกาย	กิจกรรมสร้างความตระหนักในคุณค่าการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต	กิจกรรมสร้างความตระหนัก ในคุณค่าการสร้างเสริมสุขภาวะทางสังคม	กิจกรรมสร้างความตระหนักในคุณค่าการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (ปัญญา)
	พลังสมอง – Head (ให้ความรู้)	กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางกาย	กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต	กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางสังคม	กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (ปัญญา)
	พลังทำ – Hand (นำสู่ปฏิบัติ)	กิจกรรมภาคปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางกาย	กิจกรรมภาคปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต	กิจกรรมภาคปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางสังคม	กิจกรรมภาคปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (ปัญญา)

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552: 18)

ตารางข้างต้นนี้ใช้เป็น "แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ" ได้ทั้งระดับบุคคลและองค์กร เพื่อให้รับรู้และตระหนักว่าการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมนั้น มีหลายเรื่องหลายมิติที่สำคัญ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

และสัมพันธ์กัน การทำเรื่องใดเพียงเรื่องเดียวเป็นหลักโดยละเลยมิติสัมพันธ์ด้านอื่น ๆ จะไม่เพียง-พอที่จะทำให้เกิดสุขภาวะแบบองค์รวมได้

จากตารางนี้ สามารถนำมาใช้เพื่อตรวจสอบการใช้ชีวิตของคน (ระดับบุคคล) หรือขอบข่ายการทำงานด้านสุขภาพขององค์กรว่าเท่าที่เป็นอยู่ ยังละเลยหรือไม่ครอบคลุมเรื่องอะไร เพื่อที่จะได้ "สร้างเสริมเติมเต็ม" ส่วนที่ยังบกพร่องอยู่ให้ครบถ้วนต่อไป

ในส่วนของ Health empowerment ยังมีการประยุกต์ไปใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉพาะ ได้แก่ โรคเบาหวาน ตัวอย่างเช่น Anderson (2000) ได้สร้างแบบสอบถามเพื่อวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม (Managing the psychosocial aspects of health) การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Assessing dissatisfaction and readiness to change) และการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ (Setting achieve health goals)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Anderson (2000) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบด้านการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และ การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ มาปรับใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพ

The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association (AMA) (1999: 553) ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ทักษะความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความต่าง ๆ และการคำนวณตัวเลข เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติตน ให้สามารถดูแลรักษาสุขภาพได้ดีขึ้น

The Center for Health Care Strategies Inc. (CHCS) (2000) นิยาม ความรอบรู้ทางสุขภาพไว้ว่า เป็นความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติ เมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Ishikawa *et al*. (2008) นิยามความรอบรู้ทางสุขภาพ ว่าเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และสามารถใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

Pleasant and Kuruvilla (2008) นิยามความรอบรู้ทางสุขภาพ ว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการสืบค้น ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และลดทอนความไม่เสมอภาคทางสุขภาพให้น้อยลง

Nutbeam (2008) ให้นิยามของความรอบรู้ทางสุขภาพ ไว้ 3 ด้าน คือ (1) เป็นความรู้ ความเข้าใจ และการใช้ทักษะทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสร้างแรงจูงใจ และก่อให้เกิดความสามารถเฉพาะบุคคลในการทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจบริบททางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (2) ศักยภาพของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีไว้ (3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ รวมทั้งความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ

พิสมัย จันทวิมล (2541 อ้างถึง World Health Organization, 1998) นิยามว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของ ปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพ ของตนเองให้ดี อยู่เสมอ

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2553) ให้นิยาม ความรอบรู้ทางสุขภาพ ไว้ว่า เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

สุมน อมรวิวัฒน์ (2553) กล่าวว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความฉลาด (ความรอบรู้) อย่างเป็นสุข เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ การเรียนเพื่อรู้ (Learning to learn) หรือการฝึกฝนให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (Learning to do) หรือการสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ที่แวดล้อม การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (Learning to live together) หรือการมี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของมวลมนุษย์ และการเรียนรู้เพื่อชีวิต (Learning to be) หรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการที่จำเป็น ประพฤติตนด้วยความรับผิดชอบและเป็นธรรม

กล่าวโดยสรุป ความรอบรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อค้นหาทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ รวมทั้งการเกิดทักษะในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถวิเคราะห์วิจารณ์ข้อมูลทางสุขภาพ จนเกิดการปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

Baker *et al*. (1999) กล่าวว่า ลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการมีอายุมากขึ้น

Manganello (2008) กล่าวว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ เป็นต้น

ความรอบรู้ทางสุขภาพ จำแนกออกได้เป็น 4 ระดับ คือขั้นพื้นฐาน (Functional literacy), ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy), ขั้นวิจารณญาณ (Critical literacy) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)

Nutbeam (2008) จำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ไว้ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน และการเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ตัวอย่างเช่น การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ระดับ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการรู้คิด (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร ที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

ในส่วนของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งแบ่งความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2553) ได้ศึกษาพบว่า เครื่องมือวัดความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adults) มีหลากหลายรูปแบบ ยกตัวอย่าง ดังนี้

1. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM)

2. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened Version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S – REALM)

3. แบบทดสอบความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสาร และความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adults: (TOFHLA)

4. แบบทดสอบความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสาร และความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Short - Test of Functional Health Literacy in Adult: S - TOFHLA)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

5. แบบทดสอบความจำคำศัพท์สำคัญ (Wide Range Achievement Test: WRAT)

6. แบบประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพพื้นฐาน การสื่อสาร และวิจารณญาณ (Functional Communication and Critical Health Literacy Scales: FCCHL)

7. แบบประเมินระดับชาติเรื่องการรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL)

8. แบบประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพทางอิเล็กทรอนิคส์ (e - Health Literacy Scales: eHEALS)

9. แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการใช้ภาษาสเปน ในการพูดสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Short Assessment of Health Literacy for Spanish Speaking Adult: SAHLSA)

ชนิดของเครื่องมือวัดความรอบรู้ทางสุขภาพนั้น มีด้วยกันหลายรูปแบบ การเลือกเครื่องมือเพื่อนำไปใช้ ขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการลงไปเก็บข้อมูล โดยจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบหลาย ๆ ด้านในการเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสม เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับความสุข

ความหมายของความสุข

Wu (1992) กล่าวว่า ความสุข คือ การมีอายุยืนยาว ความไม่มีโรค สุขภาพดี ความสงบ และการรู้สึกผ่อนคลายจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับชีวิต

Veenhoven (2004) ให้นิยามความสุข หมายถึง การประเมินของแต่ละบุคคลว่าชื่นชอบชีวิตโดยรวมของตนเองมากน้อยเพียงใด คนที่มีความสุขนั้นเป็นคนที่ไม่รู้สึกวิตกกังวลกับชีวิต ชอบสนุกสนานอยู่กับเพื่อนฝูง ชอบแสวงหาประสบการณ์ใหม่ ๆ มีอารมณ์มั่นคงไม่เปลี่ยนแปลงหรือขึ้นลงง่าย และมักจะหวังว่าตนจะพบเจอสิ่งดี ๆ ต่อไป

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Lyubomirsky, Sheldon and Schkade (2008) ให้นิยาม ความสุข คือ การที่บุคคลมีประสบการณ์ด้านอารมณ์ทางบวกมาก เช่น ความสนใจ ความภาคภูมิใจ และความปีติ รวมทั้งมีประสบการณ์กับอารมณ์ทางลบน้อย เช่น ความเศร้า ความวิตกกังวล และความโกรธ

พระอาจารย์ทศพล เขมาภิรโต (2543) ให้นิยามของความสุข ว่าเป็นความสบาย หรือความสำราญ แยกออกได้เป็นสองฝ่าย คือความสุขทางกาย ได้แก่ ความสุขที่สัมผัสได้จากประสาททั้ง 5 คือ รูป เสียง กลิ่น รส และผิวหนัง เรียกว่า “กามคุณ 5” ซึ่งจัดเป็นความสุขที่เกิดจากเนื้อหนังมังสา อันเป็นสิ่งสกปรก ส่วนความสุขทางใจ ได้แก่ ความสุขที่สัมผัสได้ทางจิต คือความสบายใจ ความสุขใจ ความอิ่มใจ ความพอใจ อันเกิดจากจิตใจที่สงบและเย็น อันเป็นความสุขที่สะอาด แม้กระนั้นความสุขทางกายและทางใจก็ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

วลัยพร รัตนเศรษฐ (2547: 1) ความสุขเป็นเป้าหมายสำคัญที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา ที่จะมีความอยู่ดีกินดี รวมทั้งบรรลุในสิ่งที่ตนเองตั้งความหวัง

ศิริบูรณ์ สายโกสุม (2550) กล่าวว่า ความสุข คือ ภาวะทางอารมณ์ทางบวก ความร่าเริง สนุกสนาน และความพึงพอใจในชีวิตทั้งมวลหรือบางส่วนของชีวิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้ให้ความหมายความสุขไว้ คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี มีความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

เชษฐพล มานิตย์ (2554) กล่าวว่า ความสุขคือ สภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้ทำในสิ่งที่ตนต้องการและทำได้สำเร็จ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจในการกระทำของตน มีความคิดเชิงบวก มีความกระตือรือร้นล้นในการดำเนินชีวิตที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาตน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างและสังคม สามารถดำเนินชีวิตอย่างพอเพียงและมีใจที่สงบ

กล่าวโดยสรุป ความสุข โดยทั่วไป หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวก ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ อิ่มเอมภายในจิตใจ ภาคภูมิใจในสิ่งที่ดีงามของตนเอง รวมทั้งมองเห็นคุณค่าและ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความหมายในชีวิต จนสามารถจัดการเรื่องต่าง ๆ ได้ตามความปรารถนาในภาพรวม และสามารถพัฒนาตนเองไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้สภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป

มุมมองเกี่ยวกับความสุข

ความสุข สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 มุมมอง (วลัยพร รัตนเศรษฐ, 2547) ได้แก่

มุมมองที่หนึ่ง ความสุขแบ่งตามเนื้อหาสาระ

มุมมองที่สอง ความสุขจากการมองตามเวลา

มุมมองที่สาม ความสุขในทางศาสนา ซึ่งเน้นความสุขในทางพระพุทธศาสนา

มุมมองที่สี่ ความสุขที่แบ่งตามสังคมวิทยาและจิตวิทยา

ความสุขแบ่งตามเนื้อหาสาระ

ในมุมมองดังกล่าวได้ให้มุมมองของความสุขไว้ 3 มุมมอง ได้แก่

1. ความสุขที่เป็นความพึงพอใจ (Good is pleasure)

วลัยพร รัตนเศรษฐ (2547 อ้างถึง Aristipus and Epicurus, 435-366 BC) ระบุว่า Aristipus and Epicurus ได้ริเริ่มแนวคิดของสำนักที่เรียกว่า Hedonism เน้นที่ความยินดี ความพอใจตามความปรารถนา ซึ่งเป็นความสุขระยะสั้น ๆ เน้นสิ่งที่ได้รับจากภายนอก และความสุขเช่นนี้สามารถวัดได้ ซึ่งมีการพัฒนาการวัดด้วยเทคนิคเชิงปริมาณ (Quantitative method), การใช้การรายงานตนเอง หรือ Self - report questionnaire และใช้การสังเกต (Observation) เช่น การยิ้มที่จริงใจเป็นสุขแบบ Duchene smile เป็นต้น จากแนวคิดดังกล่าวทำให้สำนักประโยชน์นิยม (Utilitarianism) นำแนวคิดนี้มาปรับใช้ในการวัดความสุขในปัจจุบัน โดยศึกษาในประเด็นเงื่อนไขภายนอกต่าง ๆ ที่สร้างความสุขตามอรรถประโยชน์ที่ได้รับ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. ความสุขที่เป็นผลผลิตของการไตร่ตรอง มีเหตุผล การประนีประนอมของความขัดแย้งในตนเอง (Good is reason)

วลัยพร รัตนเศรษฐ (2547 อ้างถึง Plato, 427 – 347 BC) ระบุว่า Plato ได้ริเริ่มแนวคิดที่เน้นการปรองดองความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเริ่มจากตัวคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม หรือที่เรียกว่า Harmonize conflicting ความสุขตามมุมมองนี้ต้องอาศัยการไตร่ตรอง ใช้เหตุและผล มีการรับข้อมูล ใช้ระยะเวลาพอสมควร โดยมีเทคนิควิธีการวัดความสุขในการมีเหตุผลเช่นนี้ทั้งเทคนิคแบบเชิงปริมาณและเทคนิคเชิงคุณภาพ

3. ความสุขที่เป็นความดีสูงสุด (Good is virtue)

วลัยพร รัตนเศรษฐ (2547 อ้างถึง Aristotle, 384–322 BC, Augustine, 354-430 and Aquinas, 1256) ระบุว่า Aristotle, Augustine and Aquinas ได้ริเริ่มแนวคิดที่เน้นเกี่ยวกับการกระทำที่ดีที่สุด (Excellent activity) เป็นความสุขที่มีรากฐานของความถูกต้อง ความสมดุลของชีวิตที่มีปรัชญาและศาสนาผสมผสานอยู่ด้วย

ความสุขจากการมองตามเวลา

ในมุมมองดังกล่าว แบ่งความสุขไว้ 3 ลักษณะ คือ (Yew - Kwang Ng and Lok Sang Ho, 2006: 10)

1. การมองความสุขไปข้างหน้าซึ่งยังมาไม่ถึง (Happiness prospective)

2. การมองความสุขที่กำลังเป็นหรืออยู่ในกระบวนการในปัจจุบันหรือ Here and now (Happiness in process)

3. การมองความสุขย้อนหลัง เป็นการย้อนคิด (Happiness retrospective) ซึ่งการมองความสุขย้อนหลังนี้สำคัญ หากไม่มีความพยายามที่จะให้เกิดความสุขมาแต่อดีตก็จะไม่เกิดความสุขในปัจจุบันหรืออนาคตซึ่งขึ้นอยู่กับการบรรลุความสำเร็จของแต่ละคน (Self - achievement) ด้วย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตามมุมมองนี้มองว่าความสุขใน อดีต ปัจจุบัน และอนาคตมีความสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา มนุษย์มีความสุขที่ต่อเนื่องส่งผลต่อกันทั้งภายในตนและผู้คนรอบข้าง

ความสุขในทางศาสนา

มุมมองความสุขในทางศาสนา ซึ่งเน้นความสุขในทางพุทธศาสนา มุมมองความสุขในพุทธศาสนาแบ่งได้เป็นกรอบ 2 กรอบ คือ ความสุขที่เกิดจากปัจจัยภายในและความสุขที่เกิดจากปัจจัยภายนอก โดยแบ่งความสุขเป็น 3 ขั้น คือ 1) ขั้นทราม (กามสุข) เป็นความสุขที่ต้องหา 2) ขั้นดี (ฌานสุข) ความสุขที่สร้างขึ้นเองได้ และ 3) ขั้นดีเลิศ (นิพพานสุข) เป็นความสุขอันเป็นอิสระ ไม่ต้องหา มีอยู่ทุกเวลา โดยเน้นที่ความสุขสูงสุดที่มีความดีและศาสนาเป็นรากฐาน มนุษย์จึงควรเพียรพัฒนาความสุขให้ขึ้นสู่ขั้นสูงขึ้นเรื่อย ๆ การพัฒนาความสุขยิ่ง ๆ ขึ้นไป เป็นการพัฒนามนุษย์และสังคม ทั้งทางด้านกาย จิตใจ และปัญญา (พระพรหมคุณาภรณ์, 2554) ซึ่งสามารถวัดความสุขแบบนี้ได้จากเทคนิคเชิงคุณภาพ

ความสุขที่แบ่งตามสังคมวิทยาและจิตวิทยา

มุมมองนี้แบ่งความสุขไว้ 2 ลักษณะ ได้แก่ (เสาวลักษม์ กิตติประภัสร์, 2550)

1. ความสุขที่เกิดจากภายนอก/ความสุขจากวัตถุวิสัย (Objective happiness) เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ เป็นความสุขทางกายภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการมองเห็นเชิงประจักษ์

2. ความสุขที่เกิดจากภายใน/ความสุขจากอัตวิสัย (Subjective happiness) เน้นการวัดผลในเชิงนามธรรม มีเทคนิควิธีการวัดหลายแบบ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth interview)

จากข้อมูลด้านมุมมองเกี่ยวกับความสุข สรุปได้ว่ามุมมองเกี่ยวกับความสุขนั้น มีด้วยกันหลายมิติ ทั้งส่วนที่เป็นความสุขตามเนื้อหาสาระ ความสุขตามเวลา ความสุขในทางศาสนา และความสุขทางสังคมวิทยาและจิตวิทยา ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคล แต่ในส่วนของงานวิจัยนี้มุ่งเน้นในมุมมองความสุขทางสังคมวิทยาและจิตวิทยา โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลตามความสุขที่เกิดจากภายในหรือความสุขจากอัตวิสัยในเชิงนามธรรม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุข

ปัจจัยสำคัญ 7 ประการ ที่มีผลต่อความสุข (The big seven factors affecting happiness) (Layard, 2005) มีดังนี้

1. ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family relationships)

ปัจจัยนี้เกี่ยวข้องในลักษณะความสมบูรณ์ของครอบครัว ได้แก่ การแต่งงานสร้างครอบครัว การมีบุตร การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นประจำ เป็นต้น ทั้งนี้ บุคคลที่มีครอบครัวที่อบอุ่น ย่อมมีภาวะทางอารมณ์ที่ดี ส่วนการหย่าร้างจากคู่สมรส การแยกกันอยู่กับคู่สมรส การเป็นหม้าย ส่งผลต่อสุขภาพ และทำให้ความสุขลดลง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2553)

2. เศรษฐกิจ (Financial situation)

ผลกระทบทางด้านรายได้ อาทิ การที่รายได้ลดลง เป็นสาเหตุทำให้ความสุขลดลง

3. งาน (Work)

งานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล โดยงานไม่ได้ทำให้บุคคลมีรายได้เท่านั้น แต่ยังเพิ่มคุณค่าให้กับชีวิตอีกด้วย กล่าวคือคนส่วนมากต้องการรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมทำประโยชน์เพื่อสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการว่างงาน ไม่เพียงแต่ทำให้รายได้ลดลงเพียงอย่างเดียว ยังทำให้สูญเสียความเคารพตนเอง รวมทั้งยังลดความสุขลงอีกด้วย

4. สังคมและเพื่อนฝูง (Community and friends)

คุณภาพของสังคมเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้บุคคลมีเพื่อนใหม่หรือไม่มีได้ เรียกคุณภาพของสังคมอีกแบบหนึ่งว่า ‘ต้นทุนทางสังคม’ และถ้าคนในสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หรือมีจิตสาธารณะก็จะส่งผลให้มีความสุขมากขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2551)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

5. สุขภาพ (Health)

สุขภาพกายและความสุขมีความสัมพันธ์กันในทางบวก ทั้งนี้บุคคลที่มีร่างกายแข็งแรงจะไม่พบความผิดปกติทางด้านอารมณ์มากนัก

6. เสรีภาพส่วนบุคคล (Personal freedom)

ความสุขนั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของรัฐบาลและเสรีภาพของบุคคล รวมถึงสันติภาพ เมื่อพิจารณาความสุขของคนในประเทศ สิ่งที่จะเห็นได้คือคนมีความทุกข์เมื่อต้องอยู่ภายใต้การปกครองที่มีการใช้กฎเกณฑ์ซับซ้อน ซึ่งต่างจากการปกครองโดยหลักกฎหมาย มีเสถียรภาพและปราศจากความรุนแรง มีสิทธิมีเสียงและความรับผิดชอบ ซึ่งส่งผลให้เกิดความสุขในภาพรวมของคนได้มากกว่า

7. ค่านิยมส่วนบุคคล (Personal values)

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือความสุขของบุคคลขึ้นอยู่กับตัวตนภายใน และปรัชญาแห่งชีวิตของบุคคลเอง สิ่งหนึ่งที่เห็นได้ชัด คือบุคคลจะมีความสุขมากกว่าถ้าตนเองสามารถพึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะเป็นอะไร ถ้าเขาไม่เปรียบเทียบตนเองกับคนอื่นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น เคล็ดลับของความสุขจึงอยู่ที่ความพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ซึ่งตรงกับความสันโดษ ในทางพระพุทธศาสนานั่นเอง

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ระบุว่าปัจจัยสัมพันธ์กับความสุข ประกอบด้วย

1. ปัจจัยระดับบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ การนับถือศาสนา เป็นต้น

2. ปัจจัยระดับสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ภูมิภาคที่อาศัย การเป็นหัวหน้าครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน การบริจาคทรัพย์ ให้การช่วยเหลือผู้เดือดร้อน การใช้หลักคำสอนทางศาสนามาเป็นแนวทางในการใช้ชีวิต การมีเวลาให้แก่กันอย่างเพียงพอ และการสนับสนุนของครอบครัว

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. ปัจจัยระดับเศรษฐกิจ อาทิ ความเหลื่อมล้ำในการกระจายรายได้ การคมนาคม และการสื่อสาร

สรุป ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของบุคคลนั้นมีด้วยกันหลายประการ ซึ่งในแต่ละบุคคลอิทธิพลของแต่ละปัจจัยจะมีผลมากน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับสภาวการณ์และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ที่จะมีโอกาสในการเผชิญเหตุและปัจจัยต่าง ๆ หรือมีประสบการณ์ต่อเรื่องหนึ่ง ๆ ได้ไม่เท่ากัน

แนวคิดเกี่ยวกับความสุข

Andrews and Whithey (1976) เสนอแนวคิดว่า ความสุข มีองค์ประกอบดังนี้

1. อารมณ์ทางบวก (Positive affect) ภาวะอารมณ์ความนึกคิดที่ส่งผลในด้านบวกของชีวิต เช่น อารมณ์เบิกบาน อารมณ์ร่าเริง เป็นต้น

2. ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ทัศนคติในเชิงบวกต่อชีวิต เกิดความรู้สึกพึง-พอใจและปีติในชีวิตทุก ๆ ด้าน

3. อารมณ์ทางลบหรือความเศร้าโศก (Negative affect) โดยปกติแล้วผู้ที่มีความสุขมักเป็นผู้ที่ปราศจากอารมณ์ในด้านนี้

Diener (2004) ได้กล่าวถึงความสุข โดยสามารถสรุปองค์ประกอบได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. เป็นความรู้สึกที่ดี เรียกว่า สุขภาวะ (Well - being) ซึ่งได้ให้คำจำกัดความมาจากเกณฑ์ภายนอก เช่น ความดีงาม (Virtue) หรือ ความศักดิ์สิทธ์ (Holiness) เป็นการให้คำจำกัดความสุขที่ไม่ได้พิจารณาถึงสภาพความรู้สึกส่วนตัว แต่คำนึงถึงคุณลักษณะอันพึงปรารถนา

2. เป็นความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นการประเมินภาพรวมถึงคุณภาพชีวิตทั้งหมดของบุคคลตามเกณฑ์ที่บุคคลนั้นเลือกเอง หรือจะกล่าวว่าความสุขในความหมายนี้ คือ “ทัศนคติ” ที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเอง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. อารมณ์ที่เป็นสุข (Good affective element) หมายถึง การมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบ

แหล่งที่มาของความสุข มีองค์ประกอบด้วยกัน 9 ด้าน (Luo Lu and Jian Bin Shih, 1997) ดังนี้

1. การได้รับการยอมรับนับถือ (Gratification of need for respect) เช่น คำชมเชย การให้เกียรติ

2. การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี (Harmony of interpersonal relationships) เช่น ครอบครัวอบอุ่น ลูกประสบความสำเร็จในชีวิต

3. ความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทางวัตถุ (Satisfaction of material needs) เช่น หาเงินได้มาก มีเงินเพียงพอในการจับจ่ายใช้สอย

4. ความสำเร็จในการทำงาน (Achievement at work) เช่น มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน ทำงานบรรลุเป้าหมาย

5. มีความสบายใจ รู้สึกผ่อนคลาย (Being at ease with life) เช่น เข้าใจความหมายของชีวิต หรือเชื่อในโชคชะตามันเป็นเช่นนั้นเอง

6. มีความสุขจากการที่คนอื่นยอมเสียสละ (Taking pleasure at other's expense) เช่น ได้หยุดพักผ่อนในขณะที่คนอื่นทำงานหนัก

7. รู้สึกถึงการควบคุมตนเองและมีความประจักษ์ในตน (Sense of self – control and self - actualization) เช่น บรรลุเป้าหมายในชีวิตหรือพยายามให้ดีที่สุดและได้รับคำวิจารณ์ที่ตนปรารถนา

8. อารมณ์ทางบวก เบิกบานใจ ผ่อนคลาย ไม่โกรธ (Pleasure and positive affect)

9. สุขภาพ (Health) เช่น ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Seligman (2002) ได้คิดค้น “Happiness formula” ขึ้น โดยมีสูตรคือ H = S + C + V

H = ระดับของการยืนระยะความสุข (Enduring level of happiness)

S = การจัดระดับอารมณ์ (Set range) ซึ่งมีทั้งในส่วนของอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ

C = ปัจจัยภายนอก (Life circumstances) ที่มีอิทธิพลต่อความสุข เช่น เงินทอง การแต่งงาน การศึกษา เป็นต้น

V = ปัจจัยภายใน (Factor under your control) ที่มีอิทธิพลต่อความสุข อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล หากควบคุมได้ดี ความสุขจะเพิ่มขึ้นได้ เช่น การให้อภัย ความพอใจ เป็นต้น

นอกจากนี้ Seligman ยังได้จัดแบ่งองค์ประกอบของความสุขออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

ชีวิตที่รื่นรมย์ (Pleasant life) หมายถึง ความรู้สึก ทัศนคติ และระดับความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ในชีวิต โดยเป็นไปในเชิงประเมินค่าว่าความรู้สึกหรือทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น เป็นไปในทางบวก สามารถตอบสนองความต้องการในสิ่งที่ขาดหายไปได้ หรือเป็นไปในทางลบ

ชีวิตที่ดีงาม (Good life) หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคคลต่อครอบครัว และสังคมในบริบทต่าง ๆ เข้าถึงศีลธรรมความดีงาม ความเข้มแข็งของชีวิต และพลังสร้างสรรค์ให้ชีวิตดีขึ้น ได้แก่ การเข้าร่วมทำงานเพื่อสาธารณประโยชน์ เป็นต้น

ชีวิตที่มีความหมาย (Meaningful life) หมายถึง ความมุ่งมั่นและความตั้งใจจริงในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุผลสำเร็จของบุคคล โดยใช้จุดแข็งที่ตนเองมีอยู่เพื่อสนับสนุนสิ่งที่ยิ่งใหญ่ สร้างความหมาย และสร้างคุณค่าให้กับชีวิตในท้ายที่สุด

ต่อมา Steen (2005) ได้นำแนวคิดของ Seligman ไปพัฒนาและสร้างแบบสอบถาม ชื่อว่า Steen Happiness Index (SHI) ขึ้น ซึ่งมีทั้งสิ้น 20 items และครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดของ Seligman

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Ura, Alkire and Zangmo (2010) ได้นำแนวคิดเรื่องความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness, GNH) ของประเทศภูฏาน ซึ่งเป็นการมองการพัฒนาประเทศที่ไม่ได้เน้นตัวเลขในการเติบโตทางเศรษฐกิจ (Gross Domestic Product, GDP) แต่เน้นมุมมองเรื่อง “ความสุข” ที่แท้จริงของสังคมเป็นหลัก มาประยุกต์และพัฒนาตัวชี้วัด ซึ่งได้ 9 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความผาสุกทางใจ สุขภาพ การใช้เวลา การศึกษา ความยืดหยุ่นและความหลากหลายทางวัฒนธรรม การปกครองที่ดี พลังทางสังคม ความหลากหลายและความยืดหยุ่นทางเศรษฐกิจ และการใช้ชีวิตพื้นฐาน ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย ๆ ทั้งสิ้น 33 ตัวชี้วัด

ภาพที่ 1 Gross National Happiness Index

ที่มา: International Development Research Centre (2010: 13)

ระบบค่านิยมของขงจื้อ แบ่งองค์ประกอบความสุขเป็น 4 ด้าน (ศิริบูรณ์ สายโกสุม, 2550) ได้แก่

1. องค์ประกอบของครอบครัว ความรับผิดชอบต่อครอบครัว การเชื่อฟังผู้ใหญ่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. องค์ประกอบของกลุ่ม ยอมรับโครงสร้างของลำดับชั้นทางสังคม ไว้วางใจผู้มีอำนาจ ทำให้เกิดความเป็นปึกแผ่น ความกลมกลืนและเป็นไปตามบรรทัดฐานของกลุ่ม

3. องค์ประกอบการทำงานได้แก่การศึกษา การเรียนรู้ ทักษะ การทำงานหนัก การอดออม

4. องค์ประกอบในการประพฤติปฏิบัติ ความสงบสุข ความถ่อมตน และความมีวินัย ความสุขตามปรัชญาของขงจื้อ เน้นที่ความเป็นอยู่อันดีของครอบครัว สังคมมากกว่าความสุขส่วนบุคคล

กรมสุขภาพจิต (2554) ได้จัดแบ่งองค์ประกอบของความสุขออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

2. สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

4. ปัจจัยสนับสนุน (Family support) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

กรมสุขภาพจิต (2554) ยังได้คิดหลักสมการความสุขของคนไทย โดยมีสูตรคือ สมการความสุขของคนไทย = ความพึงพอใจ (ในชีวิตและตนเอง) + สมรรถภาพของจิตใจ (ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์และจัดการปัญหาในชีวิต) + คุณภาพของจิตใจ (ใช้หลักคำสอนทางศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต บริจาคทรัพย์ ยกโทษและให้อภัยผู้สำนึกผิดอย่างจริงใจ ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติตน เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน) + ปัจจัยสนับสนุน (ครอบครัวมี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เวลาให้แก่กันอย่างเพียงพอ แต่งงานหรือเป็นโสด ไม่ประสบปัญหาหย่าร้าง ไม่มีหนี้นอกระบบ การงานมั่นคง เกษตรกรมีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ไม่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีการเร่งพัฒนารายได้ โดยครอบครัวตนเองมีรายได้น้อย)

เชษฐพล มานิตย์ (2554) กล่าวว่า องค์ประกอบของความสุข ประกอบด้วย

1. การได้ทำในสิ่งที่ต้องการ: มีอิสระที่จะเลือกทางเดินชีวิตของตัวเอง เลือกทำสิ่งต่าง ๆ ได้ตามที่ตัวเองต้องการ ไม่ต้องฝืนใจทำสิ่งที่ไม่ต้องการ

2. การมีความสัมพันธ์ที่ดี: สามารถแบ่งปันความรู้สึกกับคนที่ใกล้ชิดได้ กล้าที่จะรักและไว้ใจผู้อื่น มีคนที่รักอย่างจริงใจ ได้รับการยอมรับจากคนใกล้ชิด

3. การมีจิตใจที่สงบ: มีจิตใจที่มั่นคงไม่หวั่นไหวความเปลี่ยนแปลงง่าย ๆ สามารถรับมือกับทุกสิ่งได้เป็นอย่างดี

4. การพัฒนาตน: มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวังในการดำรงชีวิต รู้ว่าประสบการณ์ชีวิตในแต่ละวันมีคุณค่า เรียนรู้จากชีวิตที่ผ่านมา

5. การคิดเชิงบวก: ไม่ว่าจะล้มเหลวบ่อยแค่ไหนก็ไม่คิดจะยอมแพ้ มองหาสิ่งดี ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ยอมแพ้กับอุปสรรค

6. การมีสุขภาพกายและจิตที่ดี: รู้สึกภูมิใจในสิ่งที่เป็น ร่าเริงแจ่มใส ไม่เจ็บป่วยบ่อย ๆ

7. การกระตือรือร้นทำสิ่งต่าง ๆ: สนุกสนานกับชีวิต มีแรงจูงใจ ควบคุมตัวเองให้ทำในสิ่งที่ต้องการได้ รับผิดชอบต่อตัวเอง ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตัวเองได้

8. การรับรู้ถึงความสำเร็จ: ได้ในสิ่งที่ต้องการ ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งใจไว้ อิ่มเอมเมื่อได้ช่วยเหลือคนอื่น

9. การรู้สึกพอใจในสิ่งที่มี: รู้สึกพอใจในสิ่งที่เป็น พอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจไม่เอาตัวเองไปเปรียบเทียบกับใคร

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

10. การกระทำของตน: มีความภูมิใจในสิ่งที่ทำ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม เห็นคุณค่าของตนรู้สึกว่าตัวเองมีค่า

กล่าวโดยสรุป ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนทฤษฎีของ Seligman (2002) ประกอบด้วยการวัดผล 3 ด้าน คือ 1) ชีวิตที่รื่นรมย์ (Pleasant life) 2) ชีวิตที่ดีงาม (Good life) และ 3) ชีวิตที่มีความหมาย (Meaningful life)

การสร้างความสุขในผู้สูงอายุ

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2550) กล่าวไว้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลตนเองให้มากขึ้น การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ต้องพิจารณาว่า “ทำอย่างไรที่จะให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน”

การที่ผู้สูงอายุจะสร้างความสุขให้ตนเองได้นั้น ผู้สูงอายุจะต้องถามและตอบคำถามตนเองให้ได้ก่อนว่า “ความสุขคืออะไร” และ “ความสุขที่แท้จริงของตนเองคืออะไร” เมื่อตอบคำถามของตนเองได้แน่นอนแล้วว่า ความสุขที่แท้จริงในชีวิตของตนเองคืออะไร ก็เริ่มสร้างความสุขให้กับตนเอง วิธีที่จะสร้างความสุขให้กับตนเองนั้นเริ่มจากตัวเองก่อน ดังต่อไปนี้

1. การปรับตัวของผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุบางคนรับไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น บางคนคับข้องใจในตนเอง บางคนมีความขัดแย้งกับลูกหลานหรือคนใกล้ชิด จึงเป็นที่มาของความเครียด อาการซึมเศร้าและการไม่มีความสุข การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้นั้น สิ่งแรกที่ผู้สูงอายุจะต้องทำ คือ การปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ และสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง โดยเริ่มจากการปรับใจของตนเอง ด้วยการเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งของตนเองและสิ่งใหม่ ๆ ในสังคม เปิดรับและยอมรับความคิดเห็นของลูกหลานและคนอื่นให้มากขึ้น ไม่เก็บตัวหรือแยกตัวเองออกจากครอบครัวหรือสังคม พยายามเข้ามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชนหรือสังคม มีความยืดหยุ่นในเรื่องต่าง ๆ ให้คิดอยู่เสมอว่า ทำอย่างไรจึงจะอยู่ร่วมกับครอบครัวและคนอื่นให้ได้อย่างดีที่สุดเท่าที่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ทำได้ ตลอดจนพยายามช่วยตนเองในด้านต่าง ๆ ให้มากที่สุด และยอมรับความช่วยเหลือและการดูแลของลูกหลานเมื่อถึงเวลาที่จำเป็น ก็จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต

การจะมีความสุขได้นั้น สุขภาพกายและสุขภาพจิตก็ต้องดีด้วย ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องหมั่นไปตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ และรีบไปพบแพทย์แต่เนิ่น ๆ เมื่อเริ่มมีอาการที่บ่งชี้ว่าเจ็บป่วย ระมัดระวังและป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย หรือเกิดอุบัติเหตุ หมั่นคอยดูแลสุขอนามัยของตนเอง โดยออกกำลังกายทุกวันหรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 20 - 30 นาที เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของตนเอง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งให้คุณค่าทางอาหารครบ 5 หมู่ เหมาะสมกับวัย เป็นอาหารที่ย่อยง่าย และมีปริมาณเพียงพอในแต่ละวัน ดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ดูแลระบบขับถ่ายของตนเองให้เป็นปกติ นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และอยู่ในที่ ๆ มีอากาศถ่ายเทได้ดี เมื่อผู้สูงอายุดูแลสุขภาพกายของตนเองเป็นอย่างดีแล้ว ก็ต้องดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย โดยทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ ไม่ให้ตนเองเกิดความเครียด หงุดหงิด ฉุนเฉียว ท้อแท้หรือน้อยใจด้วยการหากิจกรรมที่ทำให้ตนเองได้พักผ่อนหย่อนใจ มิฉะนั้น จะเป็นผลเสียต่อสุขภาพจิตของตนเองและสัมพันธภาพกับลูกหลานและคนอื่น

3. การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

ด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชื่นชอบ เช่น การทำงานอดิเรกต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของตนเอง เช่น การปลูกต้นไม้ การทำดอกไม้ประดิษฐ์ การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง การเล่นดนตรี การฟังเพลง การสวดมนต์ การเขียนหนังสือ การอ่านหนังสือ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ฯลฯ การช่วยทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคมหรือชมรม และ/หรือการประกอบอาชีพเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่าที่ทำได้ เช่น การทำขนมขาย ฯลฯ เป็นต้น เพื่อคลายเหงา เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ มีความสุข ได้รายได้เพิ่มขึ้น แถมยังเกิดประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมอีกด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ทำ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. การใช้ชีวิตที่เรียบง่าย

การดำเนินชีวิตประจำวันที่เรียบง่าย เป็นวิถีชีวิตที่จะพาไปสู่ความสุข ด้วยการทำตัวตามสบาย ไม่ผูกมัดตนเองด้วยกฎเกณฑ์ต่าง ๆ มากมาย กินง่าย อยู่ง่าย ดำรงชีวิตอยู่บนความพอเพียง ซึ่งไม่ได้หมายถึงการประหยัดจนอึดอัดหรือรัดตัวจนเกินไป แต่ให้ดำเนินชีวิตอยู่บนทางสายกลาง ใช้จ่ายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามแต่สถานภาพของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ ไม่ทำให้ตนเองหรือคนอื่นเดือดร้อน ไม่ทำอะไรเกินตัวหรือเกินฐานะที่ตนเองมี และหาความสุขจากสิ่งใกล้ตัว ที่มีอยู่ หรือเป็นอยู่ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข

5. การสร้างอารมณ์ขัน

อารมณ์ขันจะช่วยคลายความกดดันลง ทำให้ผู้สูงอายุที่เกิดอารมณ์ขันรู้สึกเป็นทุกข์น้อยลง เกิดความรู้สึกที่ดี จิตใจเบิกบาน การสร้างอารมณ์ขันจึงเป็นเรื่องที่ดี เพราะการที่ผู้สูงอายุได้หัวเราะและยิ้มจากใจจริง ๆ ในแต่ละครั้งนั้น เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสุขที่เกิดขึ้น ทำให้จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุดีขึ้น เพราะเมื่อหัวเราะก็จะมีสารเอ็นโดรฟินที่เป็นสารแห่งความสุขหลั่งออกมา ทำให้คนนั้นมีความสุข ช่วยทำให้อายุยืนยาว มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลานและคนใกล้ชิด เพราะสามารถทำให้คนรอบข้างได้ยิ้ม หัวเราะ และมีจิตใจที่แจ่มใสตลอดเวลาที่อยู่ด้วย การหัวเราะจึงเป็นพลังหรือยาวิเศษที่ช่วยให้คนมีความสุขและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต การสร้างอารมณ์ขันให้ตนเองทำได้โดยเริ่มจากการรู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง ทำตัวให้ผ่อนคลาย แบบสบาย ๆ ไม่เคร่งเครียด จากนั้น ดูภาพยนตร์ตลก ดูการแสดงตลกจากวีซีดีหรือรายการโทรทัศน์ อ่านหนังสือที่ทำให้เกิดอารมณ์ขัน เข้าไปพูดคุยหรืออยู่ในกลุ่มหรือสภาพแวดล้อมที่มีคนชอบพูดหรือเล่าเรื่องตลก และ/หรือพูดตลกด้วยตนเองด้วยการใช้คำพูดที่เล่นคำ เล่นคารม ล้อเลียน หรือเล่าเรื่องตลกเพื่อทำให้ คนอื่นและตนเองได้หัวเราะและมีความสุข ตลอดจนฝึกยิ้มและหัวเราะทุกครั้งเมื่อมีโอกาส แต่ทั้งนี้ต้องเหมาะสมตามสถานการณ์และอยู่บนความพอดี

กรมสุขภาพจิต (2554) ได้เสนอบัญญัติ 10 ประการในการสร้างความสุขในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ดังนี้

1. พูดจาทักทายด้วยอารมณ์ชื่นบานแจ่มใสและน้ำเสียงไพเราะน่าฟัง

2. ยิ้มแย้มแจ่มใสทักทายด้วยสีหน้าและแววตาเบิกบาน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. เรียกชื่อเขา ทำให้เกิดความพอใจและแสดงถึงความสนิทสนม

4. มีน้ำใจไมตรี และทำตัวเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น

5. มีความจริงใจทั้งคำพูดและการกระทำ ก่อให้เกิดความไว้วางใจและศรัทธาในตัวเรา

6. เป็นผู้ฟังที่ดีในการสนทนา และให้ความสนใจต่อคู่สนทนา

7. มีความใจกว้างและมีสติทั้งต่อคำวิจารณ์และคำชม

8. รู้จักนึกถึงความรู้สึกของคนอื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา

9. พร้อมเสมอที่จะให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลเท่าที่จะช่วยได้

10. เติมอารมณ์ขันเข้าไว้ มีขันติ อดทน

กล่าวโดยสรุป การสร้างความสุขของผู้สูงอายุกระทำได้หลายวิธี แต่หลักสำคัญต้องเริ่มจากตัวของผู้สูงอายุเองก่อน ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อใช้ชีวิตให้มีความสุขมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถหาแนวทางในการสร้างความสุขให้ชีวิตได้ ย่อมส่งผลในด้านบวกทั้งต่อ ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติต่อไป

ตัวชี้วัดความสุข

เสาวลักษม์ กิตติประภัสร์ (2550) กล่าวว่า ความสุขเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากผู้กำหนดนโยบาย และเป็นวาระทางการเมืองมากขึ้นเรื่อย ๆ ในหลาย ๆ ประเทศ รวมทั้งความตื่นตัวในทางวิชาการ ที่มีงานที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ตีพิมพ์มากขึ้นในวารสารทางวิชาการในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา สิ่งที่อยู่ในความสนใจ ได้แก่ การจัดทำตัวชี้วัดความสุขของชาติ (National Happiness Indicator)

การวัดความสุข เป็นการวัดความอยู่ดีมีสุขของบุคคล ซึ่งมี 2 แบบ คือ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

1. การวัดความสุขเชิงอัตวิสัย ซึ่งสามารถได้ข้อมูลความสุขโดยรวมจากการสำรวจขนาดใหญ่ ที่มาจากการสัมภาษณ์บุคคลโดยตรงถึงระดับความสุขโดยรวมในชีวิต งานวิจัยในต่างประเทศมีการสำรวจความสุขโดยรวมในลักษณะนี้มาก โดยถามถึงระดับความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) โดยเป็นการสะท้อนถึงความพึงพอใจในชีวิตของตนโดยภาพรวม

มาตรวัดแบบอัตวิสัย (Subjective) ต่างจากแบบวัตถุวิสัย (Objective) ตรงที่การวัดแบบอัตวิสัยไม่ขึ้นกับผู้สังเกต แต่ขึ้นอยู่กับความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละบุคคล ตัวอย่างของมาตรวัดแบบอัตวิสัย ได้แก่ ความสุขส่วนบุคคล ความพึงพอใจในชีวิตของตน เป็นต้น การวัดความสุขแบบนามธรรมจะใช้วิธีการทางจิตวิทยา ที่เรียกว่า การประเมินตนเองในภาพรวม (Global self - report) เป็นวิธีการประเมินความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตของคนแต่ละคนด้วยตนเองว่า ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ที่ผ่านมา เขาคิดว่า ตัวเองมีความพึงพอใจหรือความสุขต่อชีวิตในภาพรวม ต่อเรื่องต่าง ๆ มากน้อยอย่างไร

การวัดความสุขเชิงอัตวิสัย ที่ใช้ในวงการวิชาการมีทั้งแบบการใช้คำถามเชิงเดี่ยว (คำถามเดียว) และคำถามเชิงซ้อน (คำถามหลายคำถามแล้วมาสังเคราะห์เป็นค่าเดียว) โดยเป็นการให้ลำดับคะแนนต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อความสุขของเขา ซึ่งแต่ละวิธีการมีข้อดีข้อเสียต่างกัน และการให้ระดับของความสุขของแต่ละวิธีก็ต่างกันด้วย ซึ่งยังมีข้อถกเถียงทางทฤษฎีอยู่ว่าจำนวนระดับใด จึงจะเหมาะสมครอบคลุมที่สุด

คำถามเชิงเดี่ยวเกี่ยวกับความสุขที่พบบ่อย เช่น คุณมีความรู้สึกเป็นสุขขนาดไหนในตอนนี้? หรือ โดยรวมคุณมีความสุข (มีความพึงพอใจ) กับชีวิตในระดับใด? นอกจากคำถามเกี่ยวกับความสุขหรือความพึงพอใจกับชีวิตโดยรวมแล้ว คำถามลักษณะดังกล่าว ยังใช้สำรวจความสุขหรือความพึงพอใจกับส่วนย่อยของชีวิต เช่น ด้านการเงิน ครอบครัว สุขภาพ หน้าที่การงาน เป็นต้น คำถามเหล่านี้มักเป็นคำถามแบบปรนัย (Multiple choice) ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันของผู้ตอบคำถาม ผู้ออกแบบสำรวจมักให้นิยามกับตัวเลือกด้วย

ตัวอย่างเช่น ในการสำรวจค่านิยมของโลก (The World Values Survey) ถามว่า “โดยภาพรวมแล้ว คุณคิดว่า คุณมีความสุขในระดับใดโดยมี 4 ระดับคือ มีความสุขมาก มีความสุขทีเดียว ไม่มีความสุข หรือไม่มีความสุขเลย” หลังจากนั้น แต่ละคนจะตอบโดยการให้คะแนนตามระดับความรู้สึก เป็นต้น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. การวัดความสุขเชิงวัตถุวิสัย ด้วยสุขภาพ ความรู้หรือการศึกษา การมีซึ่งสิ่งที่เป็นปัจจัยพื้นฐาน เช่น ที่อยู่อาศัย น้ำสะอาด อาหารเพียงพอ สภาพแวดล้อมดี มีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน มีธรรมาภิบาล เป็นต้น ซึ่งการวัดความอยู่ดีมีสุขนี้มีวิธีการวัดได้หลายแบบ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ (Component) ที่มาคำนวณและการให้น้ำหนัก (Weight) ของแต่ละตัวแปรหรือดัชนี ซึ่งในการคำนวณของแต่ละสถาบันที่ทำการศึกษาวิจัยและที่ใช้ในแต่ละประเทศ จะมีความแตกต่างกันไป

การวัดแบบวัตถุวิสัย เป็นการใช้มาตรที่สังเกตได้และผลลัพธ์ที่สังเกตได้ตรงกัน ไม่ว่าผู้สังเกตจะเป็นใครก็ตาม เช่น วัดความสุขแบบรูปธรรม เป็นการวัดความสุขจากวิธีการวัดของสรีรวิทยา เช่น การวัดคลื่นความถี่สมอง อัตราการเต้นของหัวใจ และตัวอย่างของมาตรวัดความอยู่ดีมีสุข ได้แก่ รายได้ ซึ่งบ่งบอกความอยู่ดีมีสุขด้านการเงิน การเข้าถึงของน้ำสะอาด ซึ่งบ่งบอกความอยู่เย็นเป็นสุขด้านสุขภาพ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนทฤษฎีของ Seligman (2002) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ชีวิตที่รื่นรมย์ (Pleasant life) 2) ชีวิตที่ดีงาม (Good life) และ 3) ชีวิตที่มีความหมาย (Meaningful life) โดยใช้มาตรวัดความสุขในเชิงอัตวิสัย คือเป็นการวัดความสุขแบบนามธรรมจากภายใน ให้บุคคลประเมินตนเองในภาพรวมออกมา

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งพาตนเอง

จินตหรา อรกุล (2540) ได้ศึกษางานวิจัยเรื่อง “ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านสร้างค้อ ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ซึ่งการวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และภาวะการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านสร้างค้อ ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร จำนวน 240 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการด้านสุขภาพ และแบบประเมินภาวะการช่วยเหลือตนเองจากสถาบันเวชศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.6 และส่วนใหญ่มีภาวะการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับไม่เป็นภาระพึ่งพา ร้อยละ 98.3

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542: 18) ได้เขียนบทความเรื่อง “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นต้น มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาวะและความสุขทางใจของผู้สูงอายุ

รสาพร หม้อศรีใจ (2544) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท” การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เอื้อต่อการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านแม่ฮาว หมู่ 3 ตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถหารายได้ด้วยตนเอง โดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีมาแต่เดิม การค้าขาย และการได้รับเงินจากบุตรหลาน ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่หาได้ในท้องถิ่น ของใช้ที่จำเป็นใช้ของที่มีอยู่เดิมหรือบุตรหลานซื้อให้ ส่วนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุมีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ดี มีการออกกำลังกายเป็นประจำ พักผ่อนเพียงพอ การเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรักษาแบบพื้นบ้าน แต่ถ้าอาการหนักจะไปรักษาที่โรงพยาบาล ปัจจัยที่เอื้อต่อการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยภายในได้แก่ ตัวผู้สูงอายุเองที่สามารถใช้ความรู้ที่มีมาแต่เดิมในการหารายได้ ปัจจัยภายนอกได้แก่ นโยบายบายการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการสุขภาพโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

เรณุการ์ ทองคำรอด (2545) ได้เขียนบทความเรื่อง “จิตสังคมผู้สูงอายุ” โดยกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถือเป็นการป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ด้วยวิธีการปฏิบัติตนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะการทำใจให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือการสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิตได้ จะช่วยให้สามารถปรับตัวต่อความสูญเสียและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ การแก้ปัญหาวิธีการหนึ่งให้แก่ผู้สูงอายุ คือ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ในการเรียนรู้การเข้าสังคมเพื่อทำกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์กับตนเองและผู้อื่น เช่น การร้องรำทำเพลง การรวมกลุ่มทำงานประดิษฐ์ที่สนใจ จะช่วยให้มีเพื่อนเพิ่มขึ้น และได้ทดลองทำกิจกรรมใหม่ ๆ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้จิตใจกระชุ่มกระชวย คลายความอ้างว้าง และเกิดความสุขในชีวิตได้

พัชรินทร์ คำอินทร์ (2548) ได้ศึกษา ความหมายการได้รับการดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุ อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study) ผู้ใช้ข้อมูลหลัก ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ คือ ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่อาศัยอยู่ที่บ้าน สรุปได้ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ 2) การปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจ 3) การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดคุยที่ดี และ 4) การปฏิบัติดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพัน สำหรับประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน สรุปได้ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) อารมณ์ในสภาพพึ่งพา 2) การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล 3) การปรับตัว และ 4) การรับรู้คุณค่าการดูแล ผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้เข้าใจความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวจากมุมมองของผู้สูงอายุ และประสบการณ์ได้รับการดูแลในครอบครัวมากขึ้น สามารถนำความรู้ที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และนำความรู้ไปใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลต่อไป

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2549: 172) ทำการศึกษาเรื่อง “ค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย” โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม และจัดทำสนทนากลุ่ม ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 2 ส่วน คือ พื้นที่ในเขตกรุงเทพฯ เขตมีนบุรี และภาษีเจริญ ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 117 คน พหุวัยจำนวน 183 คนพบว่า การคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย ได้แก่ การพึ่งพิงยามเมื่อตนเองเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ คาดหวังว่าตัวผู้สูงอายุเองจะสามารถดูแลตนเองได้ ในการทำกิจวัตรในชีวิตประจำวันต่าง ๆ โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น โดยเชื่อว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองในเรื่องเหล่านี้ได้

ปิยะดา ด้วงพิบูลย์ (2552) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี” การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะพึ่งพาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 2.3 : 1 อายุเฉลี่ย 80.86 ปี S.D = 7.58 โดยร้อยละ 59.8 มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลักคือบุตร เมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐบาลตามสิทธิการรักษาที่มีอยู่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก เมื่อประเมินภาวะพึ่งพา พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย (ร้อยละ 61.8) รองลงมามีภาวะพึ่งพาตนเองไม่ได้ (นอนติดเตียง) ร้อยละ 11.8 กิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ส่วนมาก คือการขึ้นลงขึ้นลงบันได รองลงมาคือการอาบน้ำ การล้างหน้า แปรงฟัน สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับภาวะพึ่งพา คือการมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กิจกรรมทางสังคม/ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก รายได้ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พบว่ามีระดับภาวะพึ่งพาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2552) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 - 2550” พบว่าจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ พ.ศ. 2545 - 2550 ใน 8 ประเด็น คือ ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ครอบครัวกับผู้สูงอายุ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุ การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย และการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ ผลการทบทวนสรุปได้ดังนี้

ด้านประชากรสูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีถึงประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ด้านสุขภาพ พบว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (Health Average Life Expectancy: HALE) ของประชากรไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย และล่าสุดปี พ.ศ. 2550 เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 75.2 ปี และเพศชายเท่ากับ 68.4 ปี ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นได้โดยอิสระ คือ มีความแข็งแรงของร่างกายพอที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้ โดยไม่ต้องการการพึ่งพาหรือเป็นภาระของบุคคลอื่น แสดงให้เห็นถึงการมีสุขภาวะที่ดี

การสำรวจในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้เองมากกว่าร้อยละ 90 ดีกว่าการสำรวจในปี พ.ศ. 2547 แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากก็มีทุกขภาวะจากปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน การบดเคี้ยวอาหาร และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จากข้อมูลปี พ.ศ. 2550 พบว่าประชากรวัยสูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 100,000 บาทต่อปีขึ้นไปมีอยู่เพียงประมาณร้อยละ 15.38 ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุที่ยากจน (รายได้ต่ำ 20,000 บาทต่อปี) มีอยู่ประมาณร้อยละ 34.13 ด้านครอบครัวและผู้สูงอายุ มีแนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียว อยู่กับสามีและภรรยาโดยไม่มีบุตรเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลาน และต้องรับภาระในการเลี้ยงหลานก็เพิ่มขึ้นด้วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีลูกเป็นโรคเอดส์ ครอบครัวขยายที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นมีแนวโน้มลดลง ผู้สูงอายุทั้งที่ยากจน ฐานะปานกลางยังได้รับการดูแลจากครอบครัวตามสถานภาพทางร่างกายและความสามารถที่มีอยู่ บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ หลาย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ชุมชนได้ตอบสนองปัญหาของผู้สูงอายุในรูปของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสริมรายได้ และการมีกองทุนในชุมชน ร้อยละ 36 ของหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถามรายงานว่ามีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุ ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าการสร้างชุมชนผู้สูงอายุ เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งพิง ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของรัฐ การอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จึงเป็นทางเลือกอันดับสุดท้าย หรืออันดับท้าย ๆ การดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุในด้านสุขภาพมีการดำเนินงานได้ค่อนข้างมาก แต่ก็มีบางอย่างยังต้องพัฒนาเพิ่มขึ้น สำหรับด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมมีการเตรียมความพร้อมค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรของประเทศไทยที่ก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว

พระมหาพีรพัฒน์ พันศิริ (2553) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การวัดภาวะการพึ่งพาตนเอง (Self - Reliance) ของผู้สูงอายุ” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาภาวะการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาวิจัยปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศกับรายได้แตกต่างกัน ไม่ได้มีภาวะการพึ่งพาตนเองที่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แตกต่างกัน พบว่ามีภาวะการพึ่งพาตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทยา อุดมพาณิชย์ (2554) ได้เขียนบทความเรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรัง” กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองให้สามารถเข้าร่วมกับกิจกรรมชุมชน จะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และทำนายระดับความสุขในชีวิตได้

เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ (2554) ได้เขียนบทความเรื่อง “คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต” กล่าวว่า การดำเนินการผ่านชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีอยู่ในทุกตำบล โดยให้ผู้สูงอายุที่ยังพึ่งพาตนเองได้ สนับสนุนส่งเสริมกันเอง จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายคือผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองอนาคตในแง่ที่ดี โดยใช้ภูมิปัญญา ประเพณีวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย ผ่านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ศรีประภา ชัยสินธพ (2554) ได้เขียนบทความเรื่อง “สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ” โดยกล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ อาจไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ (Abnormalities) แต่บ่อยครั้งที่การเปลี่ยนแปลงอันเป็นไปตามภาวะธรรมชาตินี้ ก็ก่อให้เกิดปัญหาที่เหมือนกับเป็นโรคภัยไข้เจ็บตามมา คือเกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือชีววิทยา (Biology of aging) รวมถึงปัญหาทางด้านจิตใจ มักจะเกิดจากความรู้สึกสูญเสีย โดยเฉพาะเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง เช่น การ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เคยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้นำให้กับคนอื่น การเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากสังคม การขาดที่พึ่ง เช่น ผู้-ใกล้ชิด เพื่อนสนิทถึงแก่กรรม เป็นต้น นอกจากนี้ การที่สุขภาพไม่แข็งแรงจะปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ขาดการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่น บุตรหลานก็เติบโตมีครอบครัวแยกย้ายกันไป ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ ซึ่งปัญหาทางด้านสังคม ก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้มากเช่นกัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีพัฒนาการทางด้านความรู้ ความเข้าใจในชีวิตประจำวันอยู่เสมอ เรียนรู้การพึ่งพาตนเอง ยอมรับความเป็นจริงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในตนเอง และใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2555) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้โครงการเฝ้าระวังทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการดูแลระยะยาวเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุไทย โดยสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอท่ามะกาและอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 24 คน ผลการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ และเป็นแกนนำหรือมีบทบาทในชุมชน จะมีความรู้สึกมีคุณค่า มีความภูมิใจในตนเอง และก่อให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิต

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2556) ศึกษาเรื่อง "การตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ" พบว่า คนไทยอายุ 18 - 59 ปี ราว 1 ใน 3 มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ เห็นว่า ผู้สูงอายุตามโลกไม่ทัน เป็นภาระบุตรหลาน น่าเบื่อ ขี้บ่นและมีประโยชน์น้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จึงควรเปิดใจมองความเป็นจริงของชีวิตและทำความเข้าใจต่อผู้สูงอายุให้ลึกขึ้น จะทำให้รับรู้ความต่างของช่วงวัย และอยู่ร่วมกันด้วยความรักอย่างมีความสุข โดยเฉพาะครอบครัวที่มีคนหลากหลายของวัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

สุภิศา สุขบาง (2556) ได้เสนอบทความเชิงวิชาการ เรื่อง ปัญหาผู้สูงอายุภาวะพึ่งพา โดยระบุว่าในปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 และข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2550 พบมีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวในครอบครัวตามลำพังร้อยละ 7.7 ทั้งนี้ร้อยละ 56.7 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังไม่มีปัญหา ที่เหลือร้อยละ 43.3 มีปัญหา ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงอยู่สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ “ความรู้สึกเหงา” สูงถึงร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว รองลงมาคือปัญหาไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ปัญหาด้านการเงินที่ต้องเลี้ยงชีพ ร้อยละ 15.7 และ ร้อยละ 5.3 ไม่มีลูกหลานมาช่วยแบ่งเบาภาระภายในบ้าน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและปัจจัยภายนอกกระทบต่อจิตใจ โดยจะเกิดมากที่สุดในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจากลูกหลานนอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีปัญหาด้านร่างกาย เนื่องจากสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลงตามกาลเวลา ส่งผลให้สุขภาพอ่อนแอ ช่วยเหลือได้น้อยลง อีกทั้งสังคมก็ยังเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกในทางลบ มองตนเองเป็นผู้ไร้ประโยชน์และเป็นภาระของสังคม เกิดความสับสนทางอารมณ์ จิตใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดน้อยลง ท้ายสุดทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้อยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า ท้อแท้ผิดหวัง และมีปมด้อย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ถือเป็นปัญหาทางสังคมที่จะต้องช่วยกันเร่งแก้ไขโดยด่วน

พวงชมพู ประเสริฐ (2557) เขียนบทความเรื่อง “ปลอดล็อค...ความคิดต่างวัยสร้างความเข้าใจในครอบครัว” พบว่า การเปิดใจยอมรับแล้วล้อมวงคุยกันของคนแต่ละวัยไม่ว่าใครจะอยู่ในบทบาทไหน พ่อ แม่ ลูก จะเป็นการสร้างการแลกเปลี่ยน ก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้กันและกัน ช่วยลดแรงกดดันในเรื่องต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุลงทันที ส่วนสิ่งที่จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุกับคนในวัยอื่น ๆ คือ ต้องทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ มีบทบาทและให้ความสำคัญในครอบครัว ยกผู้สูงอายุให้เป็นคลังสมองให้คนในครอบครัววัยอื่น ๆ

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

Wallenstein (1992) ได้เขียนบทความเรื่อง “การถอดถอยแห่งพลัง และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ: สำหรับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion programming) พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยการนำวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดึงเอาศักยภาพของตนเองในการใช้วิจารณญาณเพื่อประเมินสาเหตุและความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพออกมาได้ จะนำไปสู่แรงจูงใจในการวางแผนจัดการสุขภาพให้ดีขึ้น และนำไปสู่การเสริมสร้างพลังแห่งความสุขให้แก่ผู้สูงอายุ

Lamb (2002) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของโครงการเดินเพื่อสร้างเสริมพลังทางสุขภาพที่มีผู้นำในการเดิน โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีการออกกำลังกาย ในระดับปานกลาง ผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคคลที่มีอายุระหว่าง 40 – 70 ปี และเป็นผู้ที่มีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายในระดับปานกลาง คือประมาณ 120 นาที ต่อสัปดาห์ และได้รับรางวัลถ้าหากมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายตามโครงการที่ได้แนะนำไว้ ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเช่นเดียวกันกับกลุ่มที่ 1 แต่จะเพิ่มด้วยการให้ข้อมูล และการสนับสนุนให้เข้าร่วมใน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

โครงการเดินเพื่อสุขภาพที่มีสมาชิกภายในชุมชนเป็นผู้นำในการเดิน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านพ้นไป 1 ปี บุคคลในกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ได้ระดับปานกลาง (120 นาทีต่อสัปดาห์) มากกว่าบุคคลในกลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโครงการเดินเพื่อสร้างเสริมพลังทางสุขภาพที่มีผู้นำในการเดิน ก็เป็นวิธีการที่ดีอีกวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้

เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์ (2549) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การศึกษาระบบเสริมสร้างสุขภาวะสู่แนวทางการพัฒนาของกลุ่มผู้สูงอายุบ้านสันทรายหลวง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่” ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงปริมาณ (Combining qualitative and quantitative approaches) เพื่อศึกษาระบบเสริมสร้างสุขภาวะและกลไกการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในชมรมออกกำลังกายผู้สูงอายุตำบลสันทรายหลวง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคือ กลุ่มผู้สูงอายุชมรมออกกำลังไท้จี๋ชี่กง ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 59 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม คือส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 33 คน ร้อยละ 55.93 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี จำนวน 34 คน ร้อยละ57.62 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 18 คน ร้อยละ 30.50 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 38 คน ร้อยละ 64.40 อาชีพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 15 คน ร้อยละ25.42 รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 4,000 บาทขึ้นไป จำนวน 26 ร้อยละ 44.06 รายได้ของผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับรายจ่ายส่วนใหญ่พอเพียงและเหลือเก็บ จำนวน 33 คน ร้อยละ 55.93 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่คือจากตนเอง จำนวน 32 คน ร้อยละ 54.23 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 34 คน ร้อยละ 57.62

ผลการวิจัยด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายโดยรวมที่แข็งแรง แต่พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีระดับน้ำตาลในเลือดระดับสูง (ร้อยละ 22.0) มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน (ร้อยละ 53.02) และมีความดันโลหิตในระดับสูงกว่าปกติ (มากกว่าร้อยละ 50) และพบโรคประจำตัว คือ โรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน และโรคกระดูกบางตามลำดับ ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการวิจัยพบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุด 3 ลำดับ ดังนี้ ด้านการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย = 3.327 ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ค่าเฉลี่ย = 3.319 และด้านการจัดการความเครียด ค่าเฉลี่ย = 2.822 ตามลำดับ โดยมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย = 3.070

ชัญญาภรณ์ น้ำค้าง (2551) ได้เขียนบทความวิจัยเรื่อง “พลังสุขภาพจิตเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส” พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน โดยเฉพาะในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ซ้ำเติมด้วยภัยธรรมชาติ มีผลต่อความคิด จำเป็นต้องมีวิธีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านจิตสังคมให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยในการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุ แนวทางการสร้างพลังสุขภาพจิตเพื่อรับมือภาวะวิกฤต ควรใช้แนวทางปฏิบัติตัว"ปรับ 4 เติม 3"

ตารางที่ 2 แสดงแนวทางปฏิบัติตัว ตามหลัก “ปรับ 4”

ปรับอารมณ์	มีสติ ไม่ท้อแท้ ไม่โกรธตัวเองหรือผู้อื่น ไม่ใช้อารมณ์ แก้ปัญหา และให้อภัยกัน
ปรับความคิด	มองด้านดี ใช้เหตุผลข้อเท็จจริงให้มากขึ้น ค้นหาด้านดีของอีกฝ่าย ทำให้เกิดความร่วมแรงร่วมใจมากขึ้น
ปรับการกระทำ	เลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้
ปรับเป้าหมาย	รู้จักยืดหยุ่น ไม่ยึดมั่นถือมั่นกับเป้าหมายเดิม และการดำเนินชีวิต ให้เหมาะกับสถานการณ์ มองความขัดแย้ง เป็นเรื่องปกติ

ตารางที่ 3 แสดงแนวทางปฏิบัติตัว ตามหลัก “เติม 3”

เติมศรัทธา (I am)	เชื่อมั่นว่าทุกอย่างจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เชื่อว่าชีวิตมีความหวัง มีคุณค่าชีวิตย่อมมีอุปสรรคเป็นธรรมดา
เติมมิตร (I have)	มีคนที่ไว้ใจไว้ขอคำปรึกษา พูดคุยหาทางออก
เติมจิตใจให้กว้าง (I can)	รับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง ทำให้มีข้อมูลเพิ่ม มองอะไรรอบด้านมากขึ้น เห็นความลำบากและปัญหาของคนอื่น

ที่มา: สำนักงานพัฒนาระบบข่าวสารสุขภาพ (2551: 91-92)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ทั้งนี้เทคนิคเชิงปฏิบัติ ที่คนทั่วไป สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองได้ง่าย ภายใต้ 3 คำ คือ"อึด ฮึด สู้"โดย

อึด หมายถึง ศักยภาพที่ทนต่อแรงกดดันได้ดี

ฮึด หมายถึง มีกำลังใจเข้มแข็ง

สู้ หมายถึง การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค

นิตยา เพ็ญศิรินภา (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังสุขภาพกับภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมพลังสุขภาพ ต่อการลดภาวะเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 60 คน ที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมพลังสุขภาพ และ 2) แบบบันทึกข้อมูลซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลเกาะติดเม็ดเลือดแดง ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมพลังสุขภาพ เป็นเวลา 4 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าทางคลินิกของภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลเกาะติดเม็ดเลือดแดง) ทุกค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล จากบุคลากรสาธารณสุข และจากการศึกษายังพบอีกว่าค่าทางคลินิกของภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกลับมีค่าเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์ค่าทางคลินิกของภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามปัญหาเฉพาะรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลเกาะติดเม็ดเลือดแดง ก็พบกลุ่มทดลองมีรูปแบบเดียวกันว่า หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ค่าทางคลินิกทุกค่าของภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมพลังสุขภาพ สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ จึงควรมี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมพลังสุขภาพเข้าไป ในการพัฒนาระบบการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

อารีย์ สังข์น้อย (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัย “พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง” การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มุ่งศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทองตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในกลุ่มทดลองได้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลตนเอง 3 ด้านคือ การบริโภคอาหาร ความเครียด และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ แบบสัมภาษณ์อาการการเปลี่ยนแปลงภาวะพร่องฮอร์โมนเอสโตรเจนในสตรีวัยทอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 แบบสัมภาษณ์พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง ด้านการบริโภคอาหาร ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 ด้านความเครียด ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 ด้านการออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t – test และ Paired t – test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองสตรีวัยทองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกิจกรรมให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยอาการเปลี่ยนภาวะพร่องฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังการทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพแยกรายด้าน 3 รายประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ความเครียด การออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ได้เขียนบทความเรื่อง “Empowerment กับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ” กล่าวว่า การกระตุ้นเร้าให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพื่อปรับปรุงพัฒนาวิถีชีวิต วิถีการทำงาน ให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้จะนำความสุขมาให้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยองค์ประกอบสู่ความสำเร็จและความสุขคือ “พลังเอราวัณ 3 ประสาน" ได้แก่ 1) พลังใจ (heart) 2) พลังสมอง (head) 3) พลังทำ (ปฏิบัติ) (hand)

สุกัลยา นาดี (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อจัดการอาการเหนื่อยล้า กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จึงควรนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยต่อไป

วีณา บุญแสง (2555) ได้เขียนบทความเรื่อง “การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต สำหรับสื่อมวลชนท้องถิ่น” กล่าวว่า การเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตให้แก่ประชาชนเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยผลักดันความสำเร็จในการรณรงค์ให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งการเผยแพร่ความรู้นั้นสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบและวิธีการ รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้โดยผ่านสื่อต่าง ๆ ได้ถึงบ้าน ไม่ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ หอกระจายข่าว ฯลฯ ก็ล้วนเป็นวิธีการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องของพลังสุขภาพจิต ให้บุคคลนั้น ๆ สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว สังคมต่อไป

ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2557) ได้เขียนบทความเรื่อง “ผู้นำการสร้างพลัง: ด้านสาธารณสุข” กล่าวว่า การสร้างพลังทางสุขภาพเป็นทฤษฎีภาวะผู้นำทฤษฎีหนึ่ง (Health Empowerment as a leadership theory) ผู้นำในวันนี้ค่อนข้างแตกต่างจากสมัยของซีซาร์ เพลโต กรีกโบราณ อียิปต์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

โบราณ ผู้นำวันนี้ใช้การแบ่งปันอำนาจ (Power-sharing) ความเชื่อถือ (trust) การสร้างทีม (Team-building) และการสร้างพลัง (Empowerment) การที่บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมและกำหนดสุขภาพตนเองได้ โดยการเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น นับเป็นกลวิธีสำคัญของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยการพัฒนาทักษะและดึงเอาการเรียนรู้แบบผสมผสานมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นแบบองค์รวม ซึ่งนำไปสู่ความสุขในการดำเนินชีวิตอย่างยั่งยืนในอนาคต

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

Knowles, Holton and Swanson (1980) ศึกษาการวางแผนและความพึงพอใจในการเกษียณ : ความต้องการโปรแกรมเกษียณและนโยบายในฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนรวมทั้งสิ้น 1,078 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนวางแผนการเกษียณเพียงเล็กน้อย โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการวางแผนเกี่ยวกับกิจกรรม การเงิน และสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้ใหญ่วัยกลางคนในฮ่องกงไม่รู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาครอบครัวในเรื่องการวางแผนเกษียณหรือความพึงพอใจระหว่างเกษียณ การขาดการสนับสนุนทั้งภาคเอกชนและประชาชน ในเรื่องการวางแผนเกษียณทำให้ผู้ใหญ่วัยกลางคนไม่แน่ใจในความสามารถในการวางแผนอย่างเพียงพอในการเกษียณ อีกทั้งนโยบายยังเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นรายบุคคลในการวางแผนเกษียณ

Baker *et al.* (1999) ได้ศึกษาบทบาทการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนซึ่งมีการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาสเปน โดยใช้แบบวัด TOFHLA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ มีทักษะความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เหมาะสม แตกต่างกันตามตัวแปรสำคัญ ได้แก่ เชื้อชาติ ภาษา และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ ได้แก่ คนผิวดำ ผู้สูงอายุหรือมีอายุมากกว่า 85 ปี และการมีระดับการศึกษาต่ำ

Wisniewski (2003) ศึกษาการวางแผนเกษียณและความคาดหวังของผู้ใหญ่ ในสหรัฐ-อเมริกา 6 กลุ่ม โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 403 คน อายุ 19 - 96 ปี ที่อาศัยอยู่ในคลีฟแลนด์ ผลการศึกษา พบว่า มีความหลากหลายของกิจกรรมในการวางแผนเกษียณ รวมทั้งแนวโน้มในการออมและการจัดการการเงิน การเปิดกว้างด้านความคิดเกี่ยวกับการเกษียณ การวางแผนเกี่ยวกับอายุที่คาดหวังว่าจะเกษียณ และแต่ละบุคคลมีความคาดหวังในการเกษียณ รวมทั้งประเภทของแหล่งที่มาทางการเงินที่บุคคลคาดว่าจะได้รับที่แตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

DeWalt *et al.* (2004) ได้ศึกษาเรื่องผลลัพธ์ความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำทางด้านการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาทางสุขภาพได้มาก และเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข

Kanj and Mitic (2009) ได้เขียนบทความเรื่อง “ความรอบรู้ทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ: คำจำกัดความ แนวคิด และตัวอย่างในพื้นที่ฝั่งตะวันออกของเขตเมดิเตอเรเนียน (Eastern Mediterranean Region) กล่าวว่า สมรรถนะของผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ในการสามารถเข้าถึง เข้าใจ และประเมินการใช้ความรู้ขั้นพื้นฐาน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีได้ สัมพันธ์กับการเกิดความสุขโดยตรง

วิรัช แผ้วสกุล (2527) ศึกษาเรื่องความต้องการทางการศึกษานอกโรงเรียนของผู้สูงอายุที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ของกระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการความรู้เกี่ยวกับการป้องกันรักษาโรคภัยไข้เจ็บเบื้องต้น รองลงมาคือความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การออกกำลังที่เหมาะสมกับวัย ด้านสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์เมื่อเข้าวัยสูงอายุ และหลักจิตวิทยาในการดำรงชีวิตตามลำดับ

กัญญา แซ่โก (2552) ได้ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตาและการปฏิบัติตัวในการดูแลตา ตามข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตา เลือกผู้ป่วยผ่าตัดตา จำนวน 200 คน จากผู้ป่วยผ่าตัดตาที่มาตรวจตามนัด 1 เดือนหลังผ่าตัดที่แผนกตรวจตา ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ ด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบ Chi-square ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตา ร้อยละ 69.5 มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับเพียงพอและมีเพียง ร้อยละ 6.0 เท่านั้น ที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ข้อมูลเกี่ยวกับบริการผ่าตัดตาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ ได้แก่ กรณีที่ไม่จำเป็นต้องเช็ดทำความสะอาดตา (ร้อยละ 61) คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและขณะผ่าตัด (ร้อยละ 59.5) และการครอบตาและการป้องกันอันตรายแก่ตา (ร้อยละ 57) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 83.5) และไม่พบว่ามีผู้ที่มีการปฏิบัติตัวในระดับที่ต้องปรับปรุง สำหรับพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องคือการหยอดตา (ร้อยละ 58.5) คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ จะมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มากกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอและก้ำกึ่ง ดังนั้นจากผลที่พบนี้ในการบริการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล ควรตระหนักในเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการที่ให้ผ่านสื่อต่าง ๆ ของหน่วยบริการควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

อาชัญญา รัตนอุบล (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย” ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed method) โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยเพื่อ

1. ศึกษาสภาพการจัดการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

2. ศึกษาความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ศึกษาอนาคตภาพการจัดการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า

(1) สภาพการจัดการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จัดขึ้นเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในช่วงอายุ 60 - 64 ปี มากที่สุด ผู้จัดการศึกษาและผู้สอนคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในรูปแบบการจัดอบรมระยะสั้น โดยสื่อและแหล่งการเรียนรู้ที่ใช้มากที่สุดคือ สื่อบุคคล

(2) ความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ จัดขึ้นเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในช่วงอายุ 60 - 64 ปี มากที่สุด ผู้จัดการศึกษาและผู้สอน คือครูภูมิปัญญาหรือผู้รู้ในชุมชน ในรูปแบบการจัดอบรมระยะสั้น สื่อและแหล่งการเรียนรู้ที่ต้องการมากที่สุด คือ สื่อบุคคล

(3) อนาคตภาพการจัดการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย มีเป้าหมายการจัด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสามารถปรับตัวเข้ากับชุมชน สังคม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ กิจกรรมการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียน การศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยแบบบูรณาการในลักษณะสาระบันเทิง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ได้ทำการวิจัยเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพ และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยการศึกษาครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา 1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ของคนไทยในปัจจุบัน และ 2) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในจังหวัดราชบุรี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชน จำนวน 415 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสัมภาษณ์การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความรอบรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เฉพาะองค์ประกอบของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส และทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความรอบรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เฉพาะองค์ประกอบของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ในทุกองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน

4. กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อาชีพแตกต่างกันมีความรอบรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในองค์ประกอบความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

5. กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความรอบรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกองค์ประกอบ ยกเว้นองค์ประกอบการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ที่พบว่าไม่แตกต่างกัน

6. การดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดยง่ายเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ส่วนการจัดการกับอารมณ์นั้น เป็นเรื่องที่ยุ่งยากกับเจ้าหน้าที่ ในส่วนของการแก้ปัญหาหรือจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ในขณะที่พฤติกรรม 2 ส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก เป็นความชอบส่วนบุคคล

พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์ (2556) ได้เขียนบทความเรื่อง “ฉลาดคิด ชีวิตสุขภาพดี: เรียนรู้วิธีการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ” กล่าวว่า หลักการ “6 อ.” เพื่อการมี “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” คือแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเจ็บป่วย ได้แก่

1) อาศัยอยู่แบบไลฟ์สไตล์สุขภาพดี

2) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3) แอนตี้ความชรา

4) เอาน้ำหนักส่วนเกินลง

5 อาหารดี สุขภาพดี

6) อ่อนเยาว์ด้วยฮอร์โมนที่สมดุล

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข

Cutler (1973) ทำการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม (การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล) สัมพันธภาพในครอบครัว

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Easterlin (2003: 2) ศึกษาพบว่า ไม่สามารถตอบได้อย่างแน่ชัด ว่ารายได้หรือเงินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขหรือไม่ เงินในตัวของมันเองแล้ว ไม่ได้นำความสุขมาให้ เป็นเพียงสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนสิ่งของและบริการเท่านั้น แม้คนเราจะมีรายได้เพิ่มขึ้น ก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะมีความสุขเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน เนื่องจากอาจเกิดผลทางลบต่อการปรับตัวและการเปรียบเทียบทางสังคมในทางอื่นตามมาได้

Layard (2005: 77) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของบุคคลไว้เจ็ดประการ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานการณ์ด้านการเงิน การงาน สังคมและเพื่อนฝูง สุขภาพ เสรีภาพส่วนบุคคล และค่านิยมส่วนบุคคล และจากทฤษฎีนี้ยังพบว่าอายุมีผลต่อความสุขน้อยมาก

Davis and Smith (2010) ทำการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุได้ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความสุขได้สูงสุด

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2543: 1 - 6) ได้เขียนบทความเรื่อง “ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ กล่าวว่า ชนิดของโครงสร้างครอบครัวและความสมบูรณ์ในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ การสร้างครอบครัวและอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ มีบุตรหลานอยู่ร่วมกัน มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นประจำ เช่น การรับประทานอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งพร้อมหน้ากัน ดูโทรทัศน์ร่วมกัน และไปเที่ยวพักผ่อนพร้อมหน้ากันเป็นประจำ หรือการมีบุตรหลานมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสุขใจและมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น

สุนันทา คุ้มเพชร (2545: 96 – 97) ได้ศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุใน อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมและภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) เปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การประกอบอาชีพ เขตที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกัน 3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการบริการสวัสดิการสังคมที่มีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 4) องค์ประกอบของพฤติกรรมการส่งเสริม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สุขภาพตนเอง องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในชุมชน และองค์ประกอบของความต้องการบริการสวัสดิการสังคม ที่มีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง จำนวน 374 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi- stage random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t - test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One -Way Analysis of Variance) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายมีภาวะสุขภาพจิตดีมาก มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง และมีความต้องการบริการสวัสดิการสังคม อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส รายได้ และการประกอบอาชีพแตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน การมีส่วนร่วมในชุมชน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 31.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านร่างกาย และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านจิตใจ มีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ32.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เพ็ญนรินทร์ สารทจำเริญ (2549) ศึกษาทัศนะของผู้สูงอายุต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 291 คน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า รายได้ที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนะของผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์และทัศนะต่อแนวทางการดำเนินชีวิตให้มีความสุข

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2549) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความสุขบนความพอเพียง: ความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยภายนอก หรือสภาวะแวดล้อม และปัจจัยภายในทางด้านจิตใจของแต่ละบุคคล หน่วยตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่อาศัยในจังหวัดชัยนาทที่มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,036 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติบรรยาย การวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงซ้อน (Multiple Regression Analysis) ผลการศึกษาพบว่าระดับของความสุขขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย การไม่มีหนี้สิน/มีหนี้สินแต่ไม่เป็นภาระ การมีทรัพย์สินไว้ในครอบครอง การมีครอบครัวอบอุ่น ได้อยู่กับลูก การมีสุขภาพดี การอยู่ในชุมชนที่มี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความไว้เนื้อเชื่อใจกัน ช่วยเหลือกัน และมีความปลอดภัยในชีวิต ซึ่งปัจจัยภายนอกนี้อาจทำให้เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าความสุขที่มาจากภายในจิตใจของตนเอง หรือความสามารถในการ 'ทำใจ' ให้เกิดความรู้สึกพอเพียง พอใจในสิ่งที่ตนเองมี พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากหรือน้อยในการศึกษาครั้งนี้

ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และพิริยะ ผลพิรุฬ (2550) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความสุขในเชิงของสังคมศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ โดยสามารถจำแนกประเภทของการศึกษาได้เป็นสองประเภท แนวทางแรกคือ การศึกษาโดยใช้ข้อมูลทางด้านมหภาค (Macro level) ซึ่งผลจากการศึกษาในด้านนี้พบว่า ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา แม้รายได้เฉลี่ยของประชากรในโลกจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีระดับของการบริโภคเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับดัชนีชี้วัดทางความสุข (Happiness indicator) ต่าง ๆ แล้วพบว่า ประชากรโลกไม่ได้มีความสุขเพิ่มขึ้น กลับพบว่าประชากรในโลกมีระดับของความทุกข์มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาเหล่านี้ได้อธิบายไปในทิศทางเดียวกันว่า "การมีเงินเพิ่มขึ้น ไม่ได้ทำให้ประชากรในโลกมีความสุขเพิ่มขึ้นแต่อย่างไร" แต่ความสุขที่เพิ่มขึ้นน่าจะมาจากปัจจัยอื่น ๆ มากกว่าปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษาในระดับข้อมูลมหภาคนี้ได้ข้อสรุปว่า ความสุขเกิดขึ้นจากการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและสภาพชีวิตที่ดี ไม่มีการเอารัดเอาเปรียบ มีความช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นต้น การศึกษาในแนวทางที่สองก็คือ การใช้ข้อมูลในระดับจุลภาค (Micro level) โดยจะอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ต่อความสุขในระดับของปัจเจกชน (Individual) โดยพบว่าคนรวยที่มีฐานะที่ดีกว่า โดยเฉลี่ยจะมีความสุขมากกว่าคนจน เนื่องจากการไม่มีรายได้ทำให้คนยากจนกลุ่มนั้นไม่มีโอกาสที่จะบริโภคสินค้าที่สร้างความสุขให้แก่ตน มีระดับของการบริโภคที่ต่ำ และไม่มีระดับสวัสดิการที่ดีในการรองรับแก่ประชาชนที่มีฐานะยากจนเหล่านั้น ซึ่งผลที่ได้นั้นกลับตรงกันข้ามกับผลที่ได้จากการใช้ข้อมูลในระดับมหภาค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ซึ่งเป็นการศึกษาจากตัวแทนประชากรทุกภาคในประเทศไทย โดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage sampling กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 15 - 60 ปี ที่อยู่อาศัยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จาก 5 ภาค โดยแบ่งกลุ่มจังหวัดออกเป็น กลุ่มจังหวัดที่ร่ำรวย มีรายได้ ปานกลาง และยากจน ผลของการสุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมตัวอย่างที่อยู่ใน 15 จังหวัด ใน 5 ภาค ภาคละ 480 คน รวม 2,400 ตัวอย่าง และมีการเก็บข้อมูลได้จริง 2,402 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติบรรยาย คือ แสดงร้อยละและวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จากการประมาณการแบบจำลองทางเศรษฐมิติ เพื่ออธิบายถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรทางด้านความสุขทางกาย และความสุขทางใจ กับตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคม ผลการวิจัยพบว่า หากมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ แล้ว รายได้ไม่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทยอย่างมีนัยสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นคนเมืองหรือคน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ชนบท และหากเน้นประเด็นของความสุขของคนเมือง พบว่า ความเป็นเมืองส่งผลกระทบต่อความรู้สึกสบายใจของผู้อยู่อาศัยในเชิงลบ แต่ไม่มีผลต่อโอกาสในการเจ็บป่วย

รุ้งทอง ครามานนท์ และคณะ (2550) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสุขของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายในทางด้านจิตใจของแต่ละบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่อายุ 55 ปี ขึ้นไป ทั้งหมด 2,984 คน ในจังหวัดชัยนาท โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นสองขั้น (Stratified two-stage sampling) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยภายในที่วัดด้วยความรู้สึกยากจนเชิงเปรียบเทียบ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากกว่าปัจจัยภายนอก สำหรับปัจจัยภายนอกนั้น ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาระหนี้สิน (การเป็นเจ้าของทรัพย์สินสูงที่สุด มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของทรัพย์สินเพียง 1 หรือ 2 หรือไม่มีเลย) การมีสุขภาพดี มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และทุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข

เรวดี เพชรศิราสัณห์ และคณะ (2550) ได้จัดทำรายงานการวิจัยเรื่องความสุขและวิถีการสร้างเสริมสุขภาพ: ความต้องการที่แตกต่างระหว่างคนสามวัยในครอบครัวไทย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสุขและวิถีการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวไทย ซึ่งประกอบด้วยบุคคล 3 กลุ่มวัยในชุมชน ได้แก่ วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุในครอบครัวเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลเป็นประชาชน 3 กลุ่มวัยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ 6 หมู่บ้านของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย วัยรุ่น 100 คน วัยผู้ใหญ่ 150 คน และวัยผู้สูงอายุ 80 คน รวมทั้งสิ้น 330 คน จาก 75 ครอบครัว รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการระดมสมอง จำนวน 25 กลุ่ม กลุ่มละ 12 - 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) สำหรับวัยผู้สูงอายุให้ความหมายความสุข คือ ได้รับการยอมรับและเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลาน การสร้างเสริมสุขภาพคือการทำชีวิตให้มีคุณค่า 2) สาเหตุที่ทำให้ครอบครัวขาดความสุข ทุกกลุ่มเห็นตรงกันว่าเกิดจากความขัดแย้งซึ่งเป็นผลจากความต้องการที่แตกต่างกันระหว่างสมาชิกทั้ง 3 วัยในครอบครัว 3) การทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันสามารถส่งเสริมความสุขในครอบครัว ทั้งนี้ควรเป็นกิจกรรมที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับวิถีชีวิตพื้นบ้าน และ 4) ระบบสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องภายนอกที่ช่วยให้เกิดความสุขในครอบครัวคือ การมีส่วนร่วมสร้างความรัก ความเข้าใจ และเสริมสร้างทักษะการสื่อสารที่ช่วยให้บุคคลแต่ละกลุ่มวัยสามารถให้และรับการตอบสนองความต้องการระหว่างกันโดยไม่เกิดความขัดแย้ง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมพร โพธินาม (2550) ได้ทำการศึกษารวบรวมองค์ความรู้ ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และหาแนวทางในการที่จะพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงศึกษาช่องว่างของงานวิจัยต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการมาแล้วเพื่อที่จะได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross sectional descriptive study) ซึ่งใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และหน่วยตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,200 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของค์รวมของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดมหาสารคาม คือการเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมในชมรมในชุมชนของตนเอง รวมถึงจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตามลำดับ โดยทั้ง 9 ปัจจัย ได้แก่ ความเห็นคุณค่าในตนเอง การศึกษาระดับประถมศึกษา ความพึง-พอใจในชีวิตครอบครัว สุขภาพทั่วไป การศึกษาระดับมัธยมศึกษา การรับรู้คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต การเป็นสมาชิกชมรม การมีส่วนร่วมกับชมรม จำนวนสมาชิกในครอบครัว สามารถอธิบายความสุขของผู้สูงอายุได้น้อย

ชุติไกร ตันติชัยวนิช (2551) ได้ทำงานวิจัยเรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความสุขในชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง หน่วยตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 80 ปี จำนวน 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติบรรยาย โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปของตารางสถิติไคส-แควร์ (Chi-square), สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอดพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้สภาวะแวดล้อมทางสังคม

ประเวศ วะสี (2551: 18) ได้เขียนบทความเรื่อง "กรุ่นกลิบความสุข" กล่าวว่าการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ถือเป็นบ่อเกิดของความสุข ความสุขของผู้สูงอายุจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของโครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว หากคนในครอบครัวมีเวลาให้แก่กันและกัน ก็ย่อมทำให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รศรินทร์ เกรย์, อนุชาติ พวงสาลี และชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา (2551) ได้ทำการสำรวจความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณ และความภูมิใจในตนเอง โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 26,520 ครัวเรือน สัมภาษณ์ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยในเรื่องอาชีพ มีอิทธิพลต่อระดับความสุขมาก พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสที่จะมีความสุขมากที่สุด ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/กรรมกร มีโอกาสที่จะมีความสุขต่ำที่สุด

วรรณวิสาข์ ไชยโย (2551) ที่ศึกษาทรรศนะเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทรรศนะเรื่องความสุขในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้สูงอายุ ณ บ้านวัยทองนิเวศน์ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 10 คนและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 10 คน สุดท้ายคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่ม โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน10 คน

ผลการวิจัยพบว่า ความสุขในผู้สูงอายุ คือ ความสุขจากการมีสุขภาพร่างกายที่ดี และจิตใจสดชื่น ความสุขจากการพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน ความสุขจากการได้ช่วยเหลือผู้อื่นให้มีความสุข ความสุขจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และความสุขจากการได้ปฏิบัติกิจกรรมตามหลักพระพุทธศาสนา ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในผู้สูงอายุ คือ สุขภาพกาย รายได้ การยอมรับตนเอง การอยู่ร่วมกันและการช่วยเหลือผู้อื่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว และมีหลักศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

อุมาภรณ์ ภัทรวณิชย์ และภูวไนย พุ่มไทรทอง (2551) ได้เขียนบทความเรื่อง “สัมพันธภาพครอบครัว อะไรคือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” กล่าวว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ เพราะครอบครัวเป็นฐานเสริมและสนับสนุนให้มนุษย์ออกไปเผชิญกับโลกภายนอก การประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2544 - 2550 ด้านองค์ประกอบของครอบครัวอบอุ่นอยู่ในระดับปรับปรุง การศึกษาครั้งนี้ จึงสนใจปัจจัยที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพครอบครัว เพื่อว่าผลการศึกษานี้จะนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ให้มีความแข็งแกร่งมากขึ้น แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา คือ การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เก็บข้อมูลเดือน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตุลาคม พ.ศ. 2551 ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ และสถานภาพสมรส มีผลต่อสัมพันธภาพครอบครัว สิ่งที่น่าสนใจคือ ครอบครัวที่มีผู้ที่หย่า เป็นหม้ายหรือแยกกันอยู่ มีโอกาสที่สัมพันธภาพในครอบครัวจะต่ำกว่าครอบครัวที่กำลังอยู่ในภาวะสมรส วัยรุ่นชายมีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับต่ำกว่าวัยรุ่นหญิง นอกจากนี้วัยรุ่นที่ว่างงานหรือเป็นนักเรียน ให้เวลากับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มอื่น ผู้ที่มีฐานะครอบครัวดีมักมีความสัมพันธ์ในครอบครัวสูง การที่มีการศึกษาเพิ่มขึ้นจะเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวมากขึ้น ในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า ความเป็นเมือง ส่งผลต่อสัมพันธภาพครอบครัวลดลง สุดท้ายพบว่า ภาคที่อยู่อาศัยส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว โดยที่ภาคใต้มีแนวโน้มที่จะมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่าภาคอื่น ๆ

วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับตนเอง ด้านการดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย การส่งเสริมดูแลสุขภาพจิต และการมีปัจจัยขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิต และเพื่อศึกษาทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับครอบครัว ด้านการมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการมีครอบครัวอบอุ่น และเพื่อศึกษาทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมต่อชุมชน และการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค จำนวน 201 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบหาค่า t - test, F - test และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) โดยมีระดับนัยสำคัญที่ .05 ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีสถานภาพสมรสแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน) และไม่มีรายได้ที่หาได้เอง ในภาพรวม หน่วยตัวอย่างมีความคิดเห็นในการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับตนเองในระดับมาก ประกอบด้วยด้านการดูแลรักษาสุขภาพกาย ด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิต และด้านการมีปัจจัยขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิต ส่วนทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับครอบครัว ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวอบอุ่น อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างตัวแปร พบว่า หน่วยตัวอย่างที่มีเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับตนเอง ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับครอบครัว และทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พระไพศาล วิสาโล (2553: 33) กล่าวในงานวิจัยของมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ว่าทุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อระดับความสุขมากที่สุดคือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ชีวิตที่รู้จักพอย่อมมีความสุขกว่าชีวิตที่ดิ้นรนไม่หยุด ขณะเดียวกันก็มีเวลาสำหรับทำสิ่งที่มีคุณค่าต่อชีวิต ทำงานช่วยเหลือชุมชน และพัฒนาจิตใจ คุณภาพชีวิตจะเจริญงอกงามและมีความสุขมากขึ้นด้วย

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2553) ได้เขียนบทความเรื่อง “สุขภาพดีสมใจในวัยผู้สูงอายุ” ได้กล่าวว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อความสุขของผู้สูงอายุโดยตรง เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายย่อมเริ่มมีโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย บั่นทอนความสุขในชีวิตให้น้อยลง หากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีก็จะเป็นวิธีในการลดโอกาสในการเจ็บป่วยและทำให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การรับฟังคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

วัชรวรรณ พานิชเจริญ (2554) ได้เขียนบทความเรื่อง “คุณรู้จักความสุขดีแค่ไหน” ซึ่งเขาได้กล่าวว่า ทุนทางสังคม คือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีเพื่อนฝูง สามารถไว้วางใจผู้อื่น อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความไว้เนื้อเชื่อใจกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยกันดูแลภายในชุมชนให้มีความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สิน คนในสังคมก็จะมีความสุข

วิทมา ธรรมเจริญ (2555) ทำการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ ใช้ข้อมูลจากโครงการนำร่องสำรวจและศึกษาสุขภาพการสูงอายุและการเกษียณในประเทศไทย การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขเฉลี่ย 76.80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งจัดว่ามีความสุขในระดับมาก และผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายมีความสุขเฉลี่ย 76.63 คะแนน และ 77.05 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ใช้สถิติวิเคราะห์เส้นทาง ผลการศึกษาพบว่า โมเดลตามสมมติฐานการวิจัยของผู้สูงอายุมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับดี โดยปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสุขของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19 ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยภายนอก ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย มีอิทธิพลโดยรวมต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติภารกิจทางสังคมและศาสนา และสถานภาพสมรส ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าอิทธิพลที่มีต่อความสุขของตัวแปรทั้ง 3 ส่วนใหญ่ เป็นอิทธิพลทางตรงมากกว่าทางอ้อม ด้านการทำงานและการพบปะติดต่อกับบุตรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความสุข การทำงานมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านภาวะสุขภาพกาย และภาวะทางอารมณ์ ส่วนการพบปะติดต่อกับบุตรก็มีอิทธิพลต่อ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความสุข โดยผ่านภาวะทางอารมณ์ สำหรับปัจจัยภายในพบว่าภาวะสุขภาพกายมีอิทธิพลมากกว่าภาวะทางอารมณ์ นอกจากนี้ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย พบว่า การพบปะติดต่อกับบุตรมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติภารกิจทางสังคมและศาสนา มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสุขของผู้สูงอายุตอนปลาย ภาวะสุขภาพกายของทั้งผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย ต่างก็มีอิทธิพลต่อความสุขมากกว่าภาวะทางอารมณ์

อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณีย์ และพรรณี ภาณุวัฒน์สุข (2555) ได้เขียนบทความ เรื่อง “คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ” กล่าวว่า การเสริมสร้างความสุข 5 มิติ เป็นแนวคิดในการสร้างสุขจากหลักธรรมะ ผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยา และแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย

สุขสบาย หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่คล่องแคล่วมีกำลัง ตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ติดสิ่งเสพติด

สุขสนุก หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนานด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า

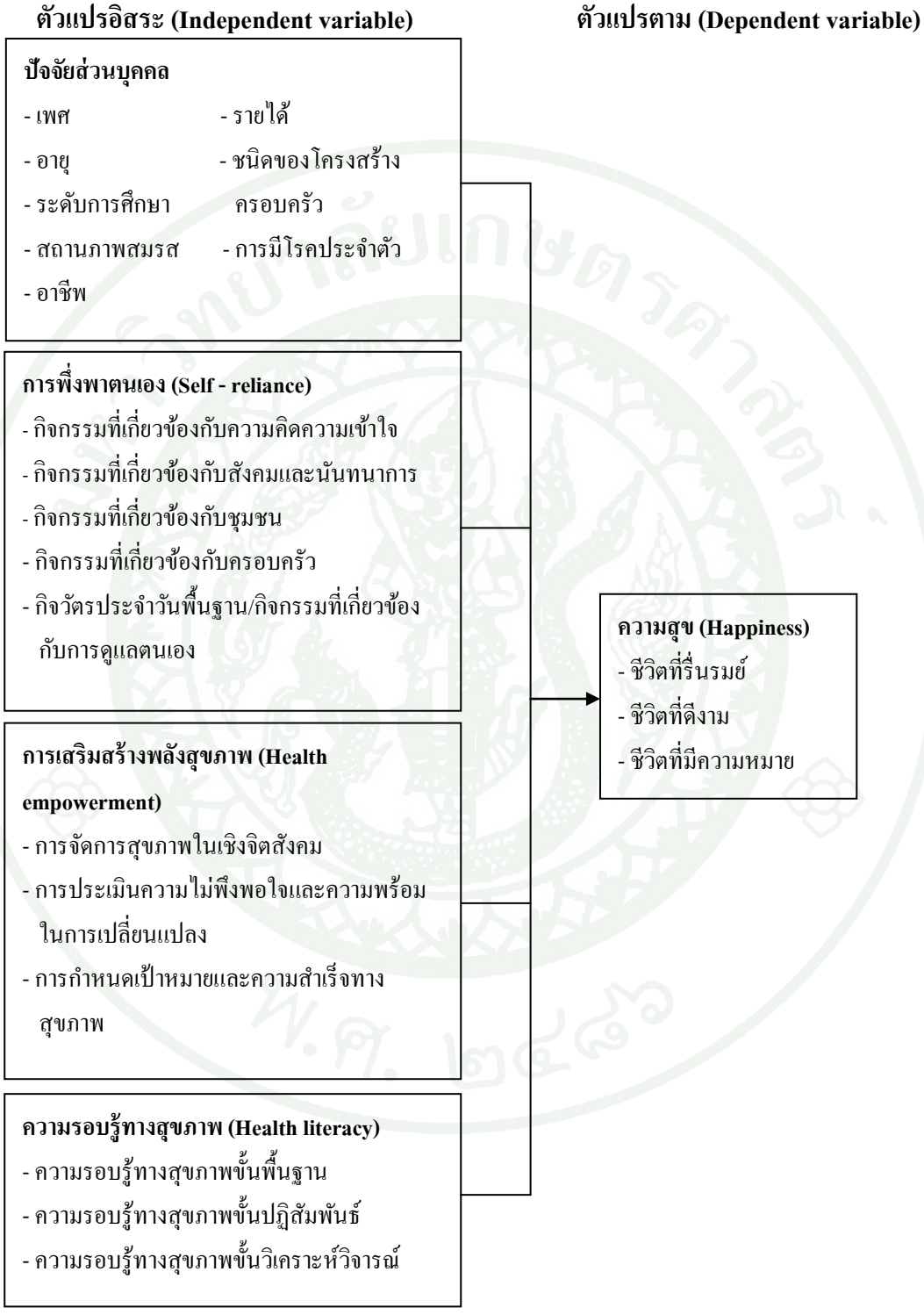
สุขสง่า หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเองได้ดี เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปันและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

สุขสว่าง หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผนและการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุขสงบ หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อน-คลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

1.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

1.5 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

1.6 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

1.7 ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

1.8 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 การพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เรื่องการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาระดับการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ 5) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 379 คน (ฝ่ายทะเบียนและบัตรอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก สถิติ เดือนกรกฎาคม 2556)

กลุ่มตัวอย่าง

1. การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของตัวอย่าง (Sample size) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณจากสูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างของ Yamane (1973) ดังนี้

คือ $$n = \frac{N}{1+e^2N}$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเท่ากับ .05

N = ขนาดของประชากรซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 379 คน

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{379}{1+ (.05)^2(379)}$$

$$= \frac{379}{1+ (.0025)\ (379)}$$

$$= \frac{379}{1+.9475}$$

$$= 194.608472$$

$$\sim 195 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 195 คน เพียงพอที่จะใช้แทนประชากรได้ ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริงในงานวิจัยครั้งนี้ คือ 226 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 226 คน ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. สามารถเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

2. สื่อสารเข้าใจ

3. ยินดีร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยใช้ประชากรในหมู่บ้านทั้ง 6 หมู่บ้านของตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นชั้นภูมิ โดยได้กลุ่มตัวอย่าง ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวน		
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ	กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริง
หมู่ที่ 1	47	24	30
หมู่ที่ 2	66	34	40
หมู่ที่ 3	39	20	26
หมู่ที่ 4	126	65	65
หมู่ที่ 5	76	39	45
หมู่ที่ 6	25	13	20
รวม	379	195	226

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากตามบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน ของตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มาเป็นกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณไว้ในขั้นตอนที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ รวบรวมข้อมูล นำกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยมาเป็นแนวทางการกำหนดขอบเขต และเนื้อหาในการสร้างเครื่องมือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ชนิดของโครงสร้างครอบครัว และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดการพึ่งพาตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิด ของ Mathuranath *et al*. (2005) และแนวคิดของ Collin *et al*. (1988)

แบบสอบถามเพื่อวัดการพึ่งพาตนเอง มีคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Independent) ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (Minor help) ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (Major help) และไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (Dependent) โดยมีจำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ ดังนี้

1. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ (Cognitive activities)	จำนวน 7 ข้อ	ได้แก่ ข้อที่ 1 – 7
2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ (Social/Recreational activities)	จำนวน 6 ข้อ	ได้แก่ ข้อที่ 8 – 13
3. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (Community activities)	จำนวน 7 ข้อ	ได้แก่ ข้อที่ 14 – 20
4. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (Household activities)	จำนวน 6 ข้อ	ได้แก่ ข้อที่ 21 – 26
5. กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Self – care items)	จำนวน 8 ข้อ	ได้แก่ ข้อที่ 27 – 34

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตรวัด ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ระดับของการพึ่งพาตนเอง	ค่าคะแนน
ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Independent)	3
ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (Minor help)	2
ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (Major help)	1
ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (Dependent)	0

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ (Cognitive activities) จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 0}{3} = 1$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ (Cognitive activities) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 1.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	1.01 – 2.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	2.01 – 3.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายด้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ (Cognitive activities) มีจำนวนด้านละ 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{21 - 0}{3} = 7$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ (Cognitive activities) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 7.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	7.01 – 14.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	14.01 – 21.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ (Social/Recreational activities) จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 0}{3} = 1$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ (Social/Recreational activities) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 1.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	1.01 – 2.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	2.01 – 3.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายด้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ (Social/Recreational activities) มีจำนวนด้านละ 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{18 - 0}{3} = 6$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ (Social/Recreational activities) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 6.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	6.01 – 12.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	12.01 – 18.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (Community activities) จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 0}{3} = 1$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (Community activities) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 1.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	1.01 – 2.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	2.01 – 3.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายด้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (Community activities) มีจำนวนด้านละ 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{21 - 0}{3} = 7$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (Community activities) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 7.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	7.01 – 14.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	14.01 – 21.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (Household activities) จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 0}{3} = 1$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (Household activities) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 1.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	1.01 – 2.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	2.01 – 3.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายด้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (Household activities) มีจำนวนด้านละ 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{18 - 0}{3} = 6$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (Household activities) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 6.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	6.01 – 12.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	12.01 – 18.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายข้อ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Self – care items) จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 0}{3} = 1$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Self – care items) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 1.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	1.01 – 2.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	2.01 – 3.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองรายด้าน ในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Self – care items) มีจำนวนด้านละ 8 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{24 - 0}{3} = 8$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Self – care items) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 8.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	8.01 – 16.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การพึ่งพาตนเองได้มาก	16.01 – 24.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการพึ่งพาตนเองโดยรวม จำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การพึ่งพาตนเองได้น้อย การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง และการพึ่งพาตนเองได้มาก ตามสูตรคำนวณดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{102 - 0}{3} = 34$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลโดยรวม ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การพึ่งพาตนเองได้น้อย	0.00 – 34.00
การพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง	34.01 – 68.00
การพึ่งพาตนเองได้มาก	68.01 – 102.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดของ Anderson (2000)

แบบสอบถามเพื่อวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยมีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ ดังนี้

1. การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม (Managing the psychosocial aspects of health) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 – 6

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Assessing dissatisfaction and readiness to change) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7 – 11

3. การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ (Setting and achieving goals of health) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12 – 17

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตรวัด ดังนี้

ระดับของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	ค่าคะแนน
มากที่สุด	4
มาก	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพรายข้อ การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม (Managing the psychosocial aspects of health) จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม (Managing the psychosocial aspects of health) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ	1.00 – 2.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง	2.01 – 3.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง	3.01 – 4.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพรายด้าน ในการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม (Managing the psychosocial aspects of health) มีจำนวนด้านละ 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{24 - 6}{3} = 6$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม (Managing the psychosocial aspects of health) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ	6.00 – 12.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง	12.01 – 18.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง	18.01 – 24.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพรายข้อ การประเมินความไม่พึง-พอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Assessing dissatisfaction and readiness to change) จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Assessing dissatisfaction and readiness to change) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ	1.00 – 2.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง	2.01 – 3.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง	3.01 – 4.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพรายด้าน ในการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Assessing dissatisfaction and readiness to change) มีจำนวนด้านละ 5 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{20 - 5}{3}$ = 5

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Assessing dissatisfaction and readiness to change) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ	5.00 – 10.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง	10.01 – 15.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง	15.01 – 20.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพรายข้อ การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ (Setting and achieving goals of health) จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{4 - 1}{3}$ = 1

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ (Setting and achieving goals of health) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ	1.00 – 2.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง	2.01 – 3.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง	3.01 – 4.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพรายด้าน ในการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ (Setting and achieving goals of health) มีจำนวนด้านละ 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{24 - 6}{3} = 6$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ (Setting and achieving goals of health) ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ	6.00 – 12.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง	12.01 – 18.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง	18.01 – 24.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวม จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{68 - 17}{3}$ = 17

กำหนดเกณฑ์แปลผลโดยรวม ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำ	17.00 – 34.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง	34.01 – 51.00
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง	51.01 – 68.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008)

แบบสอบถามเพื่อวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ มีคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ รู้/เข้าใจทั้งหมด รู้/เข้าใจส่วนมาก รู้/เข้าใจบางส่วน และไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด โดยมีจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ ดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 – 7
2. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8 – 14

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical health literacy) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15 – 21

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตรวัด ดังนี้

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ	ค่าคะแนน
รู้/เข้าใจทั้งหมด	3
รู้/เข้าใจส่วนมาก	2
รู้/เข้าใจบางส่วน	1
ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด	0

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพรายข้อเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ (Low understanding level) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (Average level) และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูง (Advanced level) ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 0}{3} = 1$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
ความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ	0.00 – 1.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง	1.01 – 2.00
ความรอบรู้ทางสุขภาพสูง	2.01 – 3.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ Interactive health literacy) และความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical health literacy) มีจำนวนด้านละ 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ (Low understanding level) ความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (Average level) และความรอบรู้ทางสุขภาพสูง (Advanced level) ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{21 - 0}{3} = 7$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
ความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ	0.00 – 7.00
ความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง	7.01 – 14.00
ความรอบรู้ทางสุขภาพสูง	14.01 – 21.00

จำแนกเกณฑ์การวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ (Low understanding level) ความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (Average level) และความรอบรู้ทางสุขภาพสูง (Advanced level) ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{63 - 0}{3}$ = 21

กำหนดเกณฑ์แปลผลโดยรวม ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
ความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ	0.00 – 21.00
ความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง	21.01 – 42.00
ความรอบรู้ทางสุขภาพสูง	42.01 – 63.00

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อวัดความสุข ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดของ Seligman (2002)

แบบสอบถามเพื่อวัดความสุข มีคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก เล็กน้อย ไม่มีเลย โดยมีจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ ดังนี้

1. ชีวิตที่รื่นรมย์ (Pleasant life)	จำนวน 7 ข้อ	ได้แก่ ข้อที่ 1 – 7
2. ชีวิตที่ดีงาม (Good life)	จำนวน 7 ข้อ	ได้แก่ ข้อที่ 8 – 14
3. ชีวิตที่มีความหมาย (Meaningful life)	จำนวน 7 ข้อ	ได้แก่ ข้อที่ 15 – 21

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตรวัด ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ระดับของการวัดความสุข	ค่าคะแนน
มากที่สุด	3
มาก	2
เล็กน้อย	1
ไม่มีเลย	0

จำแนกเกณฑ์การวัดความสุขรายข้อเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง มาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 0}{3} = 1$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายข้อ ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
ความสุขน้อย	0.00 – 1.00
ความสุขปานกลาง	1.01 – 2.00
ความสุขมาก	2.01 – 3.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จำแนกเกณฑ์การวัดความสุขรายด้าน ได้แก่ ชีวิตที่รื่นรมย์ (Pleasant life) ชีวิตที่ดีงาม (Good life) และชีวิตที่มีความหมาย (Meaningful life) มีจำนวนด้านละ 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความสุขน้อย ความสุขปานกลาง และความสุขมาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

เกณฑ์การวัดแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{21 - 0}{3} = 7$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลรายด้าน ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
ความสุขน้อย	0.00 – 7.00
ความสุขปานกลาง	7.01 – 14.00
ความสุขมาก	14.01 – 21.00

จำแนกเกณฑ์การวัดความสุขโดยรวม จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความสุขน้อย ความสุขปานกลาง และความสุขมาก ตามสูตรคำนวณ ดังนี้

เกณฑ์การวัดแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{63 - 0}{3}$ = 21.00

กำหนดเกณฑ์แปลผลโดยรวม ตามช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
ความสุขน้อย	0.00 – 21.00
ความสุขปานกลาง	21.01 – 42.00
ความสุขมาก	42.01 – 63.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัย ไปทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเสนอต่อกรรมการวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาที่ต้องการจะวัด หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขคำถาม ในด้านภาษาและความชัดเจน เพื่อความเข้าใจง่ายต่อการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงมาทำการทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลมะตูม อำเภอพรหม-พิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน (Try out) โดยการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ผลการวัดค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลการพึ่งพาตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .971 ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2.1.1 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .920

2.1.2 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .887

2.1.3 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .940

2.1.4 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .910

2.1.5 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .969

2.2 แบบสอบถามข้อมูลการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .937 ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

2.2.1 การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .805

2.2.2 การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .881

2.2.3 การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .910

2.3 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .953 ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

2.3.1 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .941

2.3.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .882

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2.3.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .875

2.4 แบบสอบถามความสุข ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .933 ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

2.4.1 ชีวิตที่รื่นรมย์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .856

2.4.2 ชีวิตที่ดีงาม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .858

2.4.3 ชีวิตที่มีความหมาย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .858

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขอความร่วมมือองค์การบริหารส่วนตำบล และชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยินดีให้ความร่วมมือ โดยการสัมภาษณ์และอธิบายข้อคำถามที่ไม่เข้าใจ

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่ามีข้อมูลที่สมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบพิจารณาความสมบูรณ์ครบถ้วนของกระดาษคำตอบทุกฉบับ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ใช้ค่า t - test เพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรอิสระซึ่งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มและหาค่า F - test เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรอิสระซึ่งจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการของ LSD (Least Significant Difference)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ .05

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่าง ๆ และเสนอผลการวิจัยเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพึ่งพาตนเอง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ทางสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสุข

ส่วนที่ 6 ผลการทดสอบสมมุติฐาน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ชนิดของโครงสร้างครอบครัว การมีโรคประจำตัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

(n = 226)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	106	46.9
หญิง	120	53.1
อายุ (ปี)		
60 – 69	124	54.9
70 – 79	78	34.5
80 – 89	24	10.6
$\bar{X}$ = 70.88 ปี S.D. = 7.39 ปี Min = 61 ปี Max = 89 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	10	4.4
ต่ำกว่าประถมศึกษา	12	5.3
ประถมศึกษา	182	80.5
มัธยมศึกษา	22	9.8
สถานภาพสมรส		
อาศัยอยู่ด้วยกัน	144	63.7
หม้าย (สามี/ภรรยาเสียชีวิต), หย่าร้าง, แยกกันอยู่	82	36.3
อาชีพ		
เกษตรกร	94	41.6
รับจ้าง/ข้าราชการเกษียณอายุ	73	32.3
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	10	4.4
ไม่ประกอบอาชีพ	49	21.7

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n = 226)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท)		
รายได้ต่ำกว่า 1,000	94	41.6
1,001 – 5,000	105	46.5
รายได้สูงกว่า 5,000 ขึ้นไป	27	11.9
$\bar{X}$ = 3,214.16 บาท Mode = 500 บาท Median = 2,000.00 บาท		
ชนิดของโครงสร้างครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	72	31.9
ครอบครัวขยาย	154	68.1
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	76	33.6
มีโรคประจำตัว	150	66.4
มีโรคประจำตัว 1 โรค	89	39.4
เบาหวาน	11	4.9
ความดันโลหิตสูง	46	20.4
ไขมันอุดตันในเส้นเลือด	9	4.0
หัวใจ	7	3.1
โรคข้อและกระดูก	8	3.5
โรคมะเร็งและโรคอื่น ๆ	8	3.5
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	61	27.0

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตัวอย่าง (ตารางที่ 5) สรุปได้ดังนี้คือ

เพศ พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.1) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 46.9)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อายุ พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 54.9) รองลงมาคือมีอายุอยู่ระหว่าง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 34.5) และมีอายุอยู่ระหว่าง 80 – 89 ปี (ร้อยละ 10.6) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 70.88 ปี

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.5) รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 9.8) ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 5.3) และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 4.4) ตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 63.7) รองลงมามีสถานภาพหม้าย (สามี/ภรรยาเสียชีวิต), แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง (ร้อยละ 36.3)

อาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.6) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/ข้าราชการเกษียณ (ร้อยละ 32.3) ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 21.7) และประกอบอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 4.4) ตามลำดับ

รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 41.6) และรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 11.9) ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 3,214.16 บาท

ชนิดของโครงสร้างครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่ มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 68.1) และส่วนที่เหลือเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 31.9)

การมีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.4) มีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 33.6) โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1 โรค และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 39.4) มีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อย ละ 27.0) ซึ่งโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1 โรค คือ โรคความดัน-โลหิตสูง (ร้อยละ 20.4) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 4.9) โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด (ร้อยละ 4.0) โรคข้อและกระดูก/โรคมะเร็งและโรคอื่น ๆ (ร้อยละ 3.5) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 3.1) ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพึ่งพาตนเอง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยการให้ผู้สูงอายุเลือกตอบแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง ประกอบด้วยการวัดใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ 2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ 3) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน 4) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว และ 5) กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีคำถามด้วยกันทั้งสิ้น 34 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
1. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ (7 ข้อ)							
1. ท่านจัดการค่าใช้จ่าย หรือการใช้เงินทองต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	108 (47.8)	81 (35.8)	31 (13.7)	6 (2.7)	2.29	.80	มาก
2. ท่านฝึกทำกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้จ่ายสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันอาการหลงลืม	106 (46.9)	75 (33.2)	35 (15.5)	10 (4.4)	2.23	.87	มาก
3. ท่านเข้าใจวิธีการใช้โทรศัพท์พูดคุยกับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง	98 (43.4)	67 (29.6)	47 (20.8)	14 (6.2)	2.10	.94	มาก
4. ท่านสามารถจัดยารับ-ประทานเองได้	134 (59.3)	65 (28.8)	22 (9.7)	5 (2.2)	2.45	.76	มาก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
5. ท่านจดจำบทสวดมนต์และสามารถท่องได้	96 (42.5)	83 (36.7)	36 (15.9)	11 (4.9)	2.17	.87	มาก
6. ท่านสามารถจดจำวันหรือเทศกาลสำคัญได้ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ วันลอยกระทง เป็นต้น	111 (49.1)	74 (32.7)	32 (14.2)	9 (4.0)	2.27	.85	มาก
7. ท่านเข้าใจวิธีการจดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สำคัญเพื่อเตือนความจำ	74 (32.7)	74 (32.7)	57 (25.2)	21 (9.3)	1.89	.97	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจโดยรวม					**15.39**	**4.99**	**มาก**
2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ (6 ข้อ)							
8. ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการของชุมชนในเทศกาลต่าง ๆ ได้	88 (38.9)	83 (36.7)	39 (17.3)	16 (7.1)	2.08	.92	มาก
9. ท่านสามารถดูแลและอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข	103 (45.6)	90 (39.8)	29 (12.8)	4 (1.8)	2.29	.76	มาก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
10. ท่านมีการไปมาหาสู่ติดต่อกับเพื่อน ๆ อย่างสม่ำเสมอ	80 (35.4)	85 (37.6)	47 (20.8)	14 (6.2)	2.02	.90	มาก
11. ท่านสามารถทำงานอดิเรกตามความถนัด หรือความสนใจได้ เช่น จัดสวน จักสาน เย็บปักถักร้อย ประดิษฐ์สิ่งของยามว่าง ดูแลฟาร์มสัตว์เลี้ยง หรือเลี้ยงสัตว์เป็นต้น	85 (37.6)	83 (36.7)	47 (20.8)	11 (4.9)	2.07	.88	มาก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
12. ท่านสามารถแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการท่องเที่ยวได้ด้วยตนเอง	62 (27.4)	71 (31.4)	54 (23.9)	39 (17.3)	1.69	1.06	ปานกลาง
13. ท่านแสวงหาแหล่งที่สร้างความสนุกสนานให้กับตัวเองได้	71 (31.4)	71 (31.4)	59 (26.1)	25 (11.1)	1.83	1.00	ปานกลาง
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการโดยรวม					**11.98**	**4.43**	**ปานกลาง**

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
3. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (7 ข้อ)							
14. ท่านสามารถเดินทางออกไปซื้อสิ่งของต่าง ๆ ในตลาดหรือร้านค้าได้ด้วยตนเอง	100 (44.2)	57 (25.2)	41 (18.1)	28 (12.4)	2.01	1.06	มาก
15. ท่านมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น	101 (44.7)	71 (31.4)	44 (19.5)	10 (4.4)	2.16	.89	มาก
16. ท่านสามารถชักจูงให้ผู้อื่นเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชนได้	83 (36.7)	72 (31.9)	51 (22.6)	20 (8.8)	1.96	.98	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
17. ท่านทำหน้าที่ประสานงานเมื่อมีกิจกรรมในชุมชนได้	75 (33.2)	73 (32.3)	47 (20.8)	31 (13.7)	1.85	1.04	ปานกลาง
18. ท่านร่วมเดินทางท่องเที่ยวกับเพื่อน ๆ ไปยังสถานที่ต่าง ๆ ตามกิจกรรมของชุมชน	67 (29.6)	92 (40.7)	45 (19.9)	22 (9.7)	1.90	.94	ปานกลาง
19. ท่านร่วมกับเพื่อน ๆ ให้ความร่วมมือในการจัดงานเทศกาลสำคัญต่าง ๆ กับเจ้าหน้าที่ในชุมชน	61 (27.0)	90 (39.8)	54 (23.9)	21 (9.3)	1.85	.93	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
20. เจ้าหน้าที่ในชุมชนมักจะประสานงานกับท่านเพื่อขอให้ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในชุมชน	62 (27.4)	84 (37.2)	47 (20.8)	33 (14.6)	1.77	1.01	ปานกลาง
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชนโดยรวม					**13.51**	**5.87**	**ปานกลาง**
4. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (6 ข้อ)							
21. ท่านสามารถทำงานบ้านได้ เช่น การทำความสะอาดบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การจัดเตรียมอาหาร การล้างจาน เป็นต้น	97 (42.9)	81 (35.8)	40 (17.7)	8 (3.5)	2.18	.85	มาก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
22. ท่านใช้เวลาดูแลรดน้ำต้นไม้ทุกวัน	98 (43.4)	78 (34.5)	42 (18.6)	8 (3.5)	2.18	.86	มาก
23. ท่านสามารถทำหน้าที่แจ้งข้อมูลให้กับหน่วยงานของรัฐเมื่ออยู่บ้านคนเดียวได้ เช่น การให้ข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากร	69 (30.5)	93 (41.2)	44 (19.5)	20 (8.8)	1.93	.93	ปานกลาง
24. ท่านสามารถจ่ายค่าน้ำค่าไฟด้วยตนเองได้	106 (46.9)	70 (31.0)	26 (11.5)	24 (10.6)	2.14	1.00	มาก
25. ท่านสามารถไปขอรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง	107 (47.3)	72 (31.9)	29 (12.8)	18 (8.0)	2.19	.94	มาก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
26. ท่านทำหน้าที่ดูแลครอบ-ครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย	106 (46.9)	65 (28.8)	31 (13.7)	24 (10.6)	2.12	1.01	มาก
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวโดยรวม					**12.74**	**4.70**	**มาก**
5. กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (8 ข้อ)							
27. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง	172 (76.1)	36 (15.9)	17 (7.5)	1 (0.4)	2.68	.63	มาก
28. ท่านสามารถล้างหน้า หวีผม หรือโกนหนวด ได้ด้วยตนเอง	178 (78.8)	40 (17.7)	4 (1.8)	4 (1.8)	2.73	.58	มาก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
29. ท่านสามารถลุกยืนจากที่นอน หรือลุกนั่งจากที่นอนได้ด้วยตนเอง	176 (77.9)	38 (16.8)	10 (4.4)	2 (0.9)	2.72	.59	มาก
30. ท่านสามารถเข้าใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขาเอง เพื่อขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระเองได้	178 (78.8)	38 (16.8)	8 (3.5)	2 (0.9)	2.73	.57	มาก
31. ท่านสามารถเคลื่อนที่ หรือเดินไปตามที่ต่าง ๆ เองได้	169 (74.8)	44 (19.5)	11 (4.9)	2 (0.9)	2.68	.61	มาก
32. ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าเองได้	177 (78.3)	39 (17.3)	7 (3.1)	3 (1.3)	2.73	.59	มาก
33. ท่านสามารถเดินขึ้น - ลงบันไดเองได้	172 (76.1)	40 (17.7)	11 (4.9)	3 (1.3)	2.69	.63	มาก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ร้อยละ)	ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ)	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ)	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการพึ่งพาตนเอง
34. ท่านสามารถอาบน้ำเองได้	178 (78.8)	33 (14.6)	12 (5.3)	3 (1.3)	2.71	.63	มาก
กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองโดยรวม					**21.66**	**4.37**	**มาก**
การพึ่งพาตนเองโดยรวม					**75.29**	**21.01**	**มาก**

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จากตารางที่ 6 พบว่า การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ มีระดับการพึ่งพาตนเองโดยรวมได้มาก (ค่าเฉลี่ย 75.29) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ มีระดับการพึ่งพาตนเองได้มาก (ค่าเฉลี่ย 15.39; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ มีระดับการพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 11.98; แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน มีระดับการพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.51; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว มีระดับการพึ่งพาตนเองได้มาก (ค่าเฉลี่ย 12.74; แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ) และด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีระดับการพึ่งพาตนเองได้มาก (ค่าเฉลี่ย 21.66; แบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีระดับการพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด คือ ข้อ 28. ท่านสามารถล้างหน้า หวีผม หรือโกนหนวดได้ด้วยตนเอง ข้อ 30. ท่านสามารถเข้าใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขาเอง เพื่อขับถ่ายปัสสาวะ หรืออุจจาระเองได้ และข้อ 32. ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าเองได้ (ค่าเฉลี่ย 2.73) และข้อที่มีระดับการพึ่งพาตนเองได้น้อยที่สุด คือ ข้อ 12. ท่านสามารถแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการท่องเที่ยวได้ด้วยตนเอง (ค่าเฉลี่ย 1.69)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยการให้ผู้สูงอายุเลือกตอบแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ประกอบด้วยการวัดใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม 2) การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และ 3) การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ มีคำถามด้วยกันทั้งสิ้น 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

(n = 226)

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
1. การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม (6 ข้อ)							
1. ท่านมีแรงจูงในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนให้ดีได้	66 (29.2)	118 (52.2)	28 (12.4)	14 (6.2)	3.04	.82	สูง
2. ท่านสามารถหาบุคคลที่ช่วยดูแลรักษาสุขภาพของท่านได้อย่างเหมาะสม	43 (19.0)	143 (63.3)	34 (15.0)	6 (2.7)	2.99	.67	ปานกลาง
3. เมื่อท่านมีปัญหาไม่สบายใจท่านมั่นใจว่าจะได้รับการให้กำลังใจจากครอบครัวเสมอ	42 (18.6)	145 (64.2)	29 (12.8)	10 (4.4)	2.97	.70	ปานกลาง
4. เมื่อท่านเกิดความเครียด ท่านสามารถหาสาเหตุและจัดการกับความเครียดได้	36 (15.9)	128 (56.6)	49 (21.7)	13 (5.8)	2.83	.76	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 7 (ต่อ)

(n = 226)

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
5. ท่านสามารถตัดสินใจเลือกการดูแลสุขภาพที่ถูก-ต้องให้ตนเองได้	64 (28.3)	123 (54.4)	30 (13.3)	9 (4.0)	3.07	.76	สูง
6. ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกันกับผู้อื่น	71 (31.4)	128 (56.6)	23 (10.2)	4 (1.8)	3.18	.68	สูง
การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคมโดยรวม					**18.08**	**3.13**	**สูง**
2. การประเมินความไม่พึงพอใจ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (5 ข้อ)							
7. ท่านรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ท่านยังไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง	45 (19.9)	118 (52.2)	52 (23.0)	11 (4.9)	2.87	.78	ปานกลาง
8. ท่านรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ท่านยังไม่พร้อมจะเปลี่ยน-แปลงในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	34 (15.0)	118 (52.2)	66 (29.2)	8 (3.5)	2.79	.74	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 7 (ต่อ)

(n = 226)

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
9. ท่านสามารถค้นพบแง่คิดหรือมุมมองที่ดีในการช่วยให้ท่านเปลี่ยนแปลงสุขภาพให้ดีขึ้น	30 (13.3)	131 (58.0)	52 (23.0)	13 (5.8)	2.79	.74	ปานกลาง
10. ท่านสามารถกำหนดได้ว่าเมื่อใดที่ท่านพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพให้ดีขึ้น	33 (14.6)	109 (48.2)	66 (29.2)	18 (8.0)	2.69	.82	ปานกลาง
11. ท่านสามารถสร้างแผนการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้จริง	30 (13.3)	113 (50.0)	60 (26.5)	23 (10.2)	2.66	.83	ปานกลาง
การประเมินความไม่พึงพอใจ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงโดยรวม					**13.81**	**3.22**	**ปานกลาง**
3. การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ (6 ข้อ)							
12. ท่านสามารถกำหนดเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีได้	45 (19.9)	126 (55.8)	45 (19.9)	10 (4.4)	2.91	.76	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 7 (ต่อ)

(n = 226)

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
13. ท่านรู้ว่าอะไรเป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติตนไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพที่ตั้งไว้	31 (13.7)	108 (47.8)	77 (34.1)	10 (4.4)	2.71	.76	ปานกลาง
14. ท่านรู้ว่าเป้าหมายที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของท่านคืออะไร	33 (14.6)	132 (58.4)	44 (19.5)	17 (7.5)	2.80	.78	ปานกลาง
15. ท่านสามารถคิด และตัดสินใจเลือกหาหนทางได้หลากหลาย เพื่อไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพที่ดี	28 (12.4)	135 (59.7)	50 (22.1)	13 (5.8)	2.79	.73	ปานกลาง
16. ท่านสามารถกำจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้	31 (13.7)	113 (50.0)	68 (30.1)	14 (6.2)	2.71	.78	ปานกลาง
17. ท่านสามารถปฏิบัติตนจนนำไปสู่ผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพของตนเองได้	39 (17.3)	111 (49.1)	59 (26.1)	17 (7.5)	2.76	.83	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 7 (ต่อ)

(n = 226)

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพโดยรวม					**16.68**	**3.84**	**ปานกลาง**
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวม					**48.56**	**9.11**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 7 พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของผู้สูงอายุ มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวมปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 48.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง (ค่าเฉลี่ย 18.08; แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ) ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.81; แบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ) และด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 16.68; แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีระดับสูงที่สุด คือ ข้อ 6. ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกันกับผู้อื่น (ค่าเฉลี่ย 3.18) และข้อที่มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพต่ำที่สุด คือ ข้อ 11. ท่านสามารถสร้างแผนการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้จริง (ค่าเฉลี่ย 2.66)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ทางสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยการให้ผู้สูงอายุเลือกตอบแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วยการวัดใน 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ มีคำถามด้วยกันทั้งสิ้น 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

(n = 226)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	รู้/เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจส่วนมาก (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจบางส่วน (ร้อยละ)	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ
1. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (7 ข้อ)							
1. ท่านสามารถอ่านแผ่นพับสุขภาพ หนังสือ หรือวารสารทางสุขภาพได้	73 (32.3)	76 (33.6)	71 (31.4)	6 (2.7)	1.96	.86	ปานกลาง
2. ท่านมีข้อมูลที่หลากหลายและเพียงพอในการจัดการด้านสุขภาพ	62 (27.4)	74 (32.7)	81 (35.8)	9 (4.0)	1.84	.88	ปานกลาง
3. ท่านรู้วิธีสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	58 (25.7)	59 (26.1)	86 (38.1)	23 (10.2)	1.67	.97	ปานกลาง
4. ท่านมีความเข้าใจในการอ่านใบนัดแพทย์ หรือฉลากยา	84 (37.2)	72 (31.9)	63 (27.9)	7 (3.1)	2.03	.88	สูง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(n = 226)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	รู้/เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจส่วนมาก (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจบางส่วน (ร้อยละ)	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ
5. ท่านสามารถเขียนข้อมูลทางสุขภาพเบื้องต้นได้ เช่น การกรอกประวัติในใบเวชระเบียน	56 (24.8)	71 (31.4)	74 (32.7)	25 (11.1)	1.70	.97	ปานกลาง
6. ท่านสามารถอ่านและเข้าใจคำแนะนำทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ได้	61 (27.0)	74 (32.7)	79 (35.0)	12 (5.3)	1.81	.90	ปานกลาง
7. ท่านสามารถสังเกตและอ่านป้ายข้อความในสถานพยาบาลได้อย่างถูกต้อง	61 (27.0)	77 (34.1)	77 (34.1)	11 (4.9)	1.83	.88	ปานกลาง
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยรวม					**12.84**	**5.44**	**ปานกลาง**
2. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (7 ข้อ)							
8. ท่านมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์	56 (24.8)	93 (41.2)	71 (31.4)	6 (2.7)	1.88	.81	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(n = 226)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	รู้/เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจส่วนมาก (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจบางส่วน (ร้อยละ)	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ
9. ท่านสามารถร้องขอให้บุคคลในครอบครัวพาท่านไปพบแพทย์ตามนัดได้	71 (31.4)	110 (48.7)	41 (18.1)	4 (1.8)	2.10	.75	สูง
10. ท่านสามารถร้องขอให้บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนอธิบายให้ท่านเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น	61 (27.0)	96 (42.5)	63 (27.9)	6 (2.7)	1.94	.81	ปานกลาง
11. ท่านสามารถไปพบหรือติดต่อบุคลากรทางการแพทย์ตามที่ระบุ และนัดหมายไว้ได้	81 (35.8)	86 (38.1)	53 (23.5)	6 (2.7)	2.07	.84	สูง
12. ท่านสามารถถาม บุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยของร่างกายท่านได้	65 (28.8)	92 (40.7)	67 (29.6)	2 (0.9)	1.97	.79	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(n = 226)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	รู้/เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจส่วนมาก (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจบางส่วน (ร้อยละ)	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ
13. ท่านนำข้อมูลที่ท่านได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ มาใช้ให้เหมาะสมกับตัวท่านเอง	53 (23.5)	96 (42.5)	73 (32.3)	4 (1.8)	1.88	.79	ปานกลาง
14. ท่านนำข้อมูลทางสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว เป็นต้น มาใช้ให้เหมาะสมกับวิถีความเป็นอยู่ของท่าน	56 (24.8)	85 (37.6)	78 (34.5)	7 (3.1)	1.84	.83	ปานกลาง
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์โดยรวม					**13.68**	**4.29**	**ปานกลาง**
3. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ (7 ข้อ)							
15. ท่านสามารถตัดสินใจเลือกบริการทางสุขภาพที่เหมาะ-สมได้ด้วยตนเอง	76 (33.6)	80 (35.4)	65 (28.8)	5 (2.2)	2.00	.85	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(n = 226)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	รู้/เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจส่วนมาก (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจบางส่วน (ร้อยละ)	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ
16. ท่านสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพที่ผ่านการแนะนำของทีมแพทย์มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวได้	54 (23.9)	97 (42.9)	70 (31.0)	5 (2.2)	1.88	.79	ปานกลาง
17. หากท่านไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ท่านสามารถตัดสินใจเปลี่ยนไปรับบริการจากสถานพยาบาลอื่นได้	51 (22.6)	85 (37.6)	82 (36.3)	8 (3.5)	1.79	.83	ปานกลาง
18. ท่านมีการวิเคราะห์เพื่อประเมินการจ่ายเงินทางด้านการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ไม่ให้กระทบความเป็นอยู่ เช่น การจ่ายค่ายา การจ่ายค่าพาหนะเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น		83 (36.7)	88 (38.9)	7 (3.1)	1.76	.82	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(n = 226)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	รู้/เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจส่วนมาก (ร้อยละ)	รู้/เข้าใจบางส่วน (ร้อยละ)	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ
19. เมื่อท่านไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคคลากรทางการแพทย์ ท่านมักจะขอให้อธิบายซ้ำ	37 (16.4)	74 (32.7)	103 (45.6)	12 (5.3)	1.60	.82	ปานกลาง
20. ท่านให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์เสมอในการดูแลสุขภาพของตนเอง	58 (25.7)	100 (44.2)	64 (28.3)	4 (1.8)	1.94	.78	ปานกลาง
21. ท่านรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง และพิจารณาเลือกการรับบริการที่เหมาะสมกับสิทธิของตนเองได้	60 (26.5)	108 (47.8)	52 (23.0)	6 (2.7)	1.98	.78	ปานกลาง
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์โดยรวม					**12.96**	**4.28**	**ปานกลาง**
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม					**39.48**	**12.64**	**ปานกลาง**

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จากตารางที่ 8 พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 39.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 12.84; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.68; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) และด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 12.96; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับสูงที่สุด คือ ข้อ 9. ท่านสามารถร้องขอให้บุคคลในครอบครัวพาท่านไปพบแพทย์ตามนัดได้ (ค่าเฉลี่ย 2.10) และข้อที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำที่สุด คือ ข้อ 19. เมื่อท่านไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ท่านมักจะขอให้อธิบายซ้ำ (ค่าเฉลี่ย 1.60)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสุข

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยการให้ผู้สูงอายุเลือกตอบแบบสอบถามความสุข ประกอบด้วยการวัดใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ชีวิตที่รื่นรมย์ 2) ชีวิตที่ดีงาม และ 3) ชีวิตที่มีความหมาย มีคำถามด้วยกันทั้งสิ้น 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

(n = 266)

ความสุข	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	เล็กน้อย (ร้อยละ)	ไม่มีเลย (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสุข
1. ชีวิตที่รื่นรมย์ (7 ข้อ)							
1. ไม่ว่าทำอะไรก็ตาม ท่านรู้สึกว่าเวลาได้ผ่านไปอย่างรวดเร็วมาก ทุกสิ่งที่ทำล้วนให้ความเพลิดเพลินใจ	72 (31.9)	120 (53.1)	31 (13.7)	3 (1.3)	2.15	.70	มาก
2. ท่านรู้สึกยินดีเสมอ เมื่อท่านได้ทำในสิ่งที่ท่านชอบ	71 (31.4)	127 (56.2)	27 (11.9)	1 (0.4)	2.19	.65	มาก
3. ท่านมักจะรู้ตัวเสมอว่าเมื่อใดมีความสุขที่สุด	61 (27.0)	140 (61.9)	23 (10.2)	2 (0.9)	2.15	.62	มาก
4. ท่านมักเลือกทำในสิ่งที่ทำให้ท่านเกิดความพึงพอใจ	61 (27.0)	144 (63.7)	19 (8.4)	2 (0.9)	2.17	.60	มาก
5. ท่านพึงพอใจกับชีวิตที่มีความสุข	62 (27.4)	122 (54.0)	40 (17.7)	2 (0.9)	2.08	.70	มาก
6. ท่านคิดว่าความสุขสดชื่นเกิดขึ้นได้เสมอ อยู่ที่มุมมองในชีวิตของตัวท่านเอง	55 (24.3)	132 (58.4)	35 (15.5)	4 (1.8)	2.05	.68	มาก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 226)

ความสุข	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	เล็กน้อย (ร้อยละ)	ไม่มีเลย (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสุข
7. ท่านมักไม่ปล่อยเวลาให้สูญเสียไปกับความทุกข์ ท่านจะพยายามเพิ่มพูนชีวิตที่รื่นรมย์อยู่เสมอ	46 (20.4)	132 (58.4)	42 (18.6)	6 (2.7)	1.96	.71	ปานกลาง
ชีวิตที่รื่นรมย์โดยรวม					**14.76**	**3.41**	**มาก**
2. ชีวิตที่ดีงาม (7 ข้อ)							
8. ท่านยินดีที่ได้มีส่วนรับผิดชอบการทำงานทั้งภายในและภายนอกครอบครัว	59 (26.1)	118 (52.2)	45 (19.9)	4 (1.8)	2.03	.73	มาก
9. ท่านจะเลือกทำในสิ่งที่เป็นประ-โยชน์สำหรับผู้อื่นและสังคมเสมอ	55 (24.3)	118 (52.2)	49 (21.7)	4 (1.8)	1.99	.73	ปานกลาง
10. ท่านมักจะเลือกทำสิ่งที่ท่านพึงพอ-ใจเสมอ เช่น การทำงานอดิเรกที่ตนเองถนัด การออกกำลังกาย เป็นต้น	52 (23.0)	129 (57.1)	39 (17.3)	6 (2.7)	2.00	.72	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 226)

ความสุข	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	เล็กน้อย (ร้อยละ)	ไม่มีเลย (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสุข
11. ก่อนทำอะไรท่านจะคิดเสมอว่าสิ่งนั้นทำให้สูญเสียความเป็นตัวเองหรือมีผลกระทบต่อผู้อื่นหรือไม่	50 (22.1)	108 (47.8)	56 (24.8)	12 (5.3)	1.87	.82	ปานกลาง
12. ท่านมักจะมีความรักและความเอื้ออาทรให้ผู้อื่นเสมอ	77 (34.1)	109 (48.2)	36 (15.9)	4 (1.8)	2.15	.74	มาก
13. ท่านคิดว่าการมีความรัก ความมีน้ำใจ เอื้ออาทรให้กันและกัน เป็นพลังขับเคลื่อนให้ชีวิตท่านมีความสุขได้	81 (35.8)	111 (49.1)	27 (11.9)	7 (3.1)	2.18	.76	มาก
14. ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม ชีวิตที่ดีงามเป็นพลังขับเคลื่อนให้ชีวิตท่านมีความสุขได้	71 (31.4)	113 (50.0)	36 (15.9)	6 (2.7)	2.10	.76	มาก
ชีวิตที่ดีงามโดยรวม					**14.31**	**3.86**	**มาก**
3. ชีวิตที่มีความหมาย (7 ข้อ)							
15. ท่านมีเป้าหมายในชีวิตที่สูงกว่านี้	45 (19.9	130 57.5	28 12.4	23 10.2	1.87	.85	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 226)

ความสุข	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	เล็กน้อย (ร้อยละ)	ไม่มีเลย (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสุข
16. ท่านมักแสวงหาสถานการณ์ที่ท้าทายความชำนาญและความสามารถของท่าน	40 (17.7)	107 (47.3)	64 (28.3)	15 (6.6)	1.76	.82	ปานกลาง
17. ไม่ว่าจะเป็นการทำงานหรือการเล่น ท่านจะเลือกทำในเรื่องที่ตอบสนองความต้องการของท่านให้ดีที่สุด	33 (14.6)	130 (57.5)	54 (23.9)	9 (4.0)	1.83	.72	ปานกลาง
18. ท่านคิดว่าชีวิตของท่านมีความหมายมาก	47 (20.8)	130 (57.5)	43 (19.0)	6 (2.7)	1.96	.71	ปานกลาง
19. ท่านกำลังค้นหาชีวิตที่มีความหมายและหาวิธีการที่จะทำให้มีสภาพชีวิตที่เหมาะสม	41 (18.1)	129 (57.1)	39 (17.3)	17 (7.5)	1.86	.80	ปานกลาง
20. ท่านรู้ว่าท่านมีจุดแข็งและข้อเด่นคืออะไร และสามารถนำออกมาใช้ให้บรรลุผลสำเร็จที่วางไว้ได้	34 (15.0)	108 (47.8)	74 (32.7)	10 (4.4)	1.73	.77	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 226)

ความสุข	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	เล็กน้อย (ร้อยละ)	ไม่มีเลย (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสุข
21. ท่านรู้ว่าท่านมีจุดอ่อนและข้อด้อยคืออะไร และรู้ว่าควรปรับปรุงอย่างไรเพื่อทำให้ชีวิตมีความสุขและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้	31 (13.7)	122 (54.0)	62 (27.4)	11 (4.9)	1.77	.74	ปานกลาง
ชีวิตที่มีความหมายโดยรวม					**12.78**	**3.98**	**ปานกลาง**
ความสุขโดยรวม					**41.85**	**10.02**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 9 พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุ มีระดับความสุขโดยรวมปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 41.85) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ มีระดับความสุขมาก (ค่าเฉลี่ย 14.76; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) ด้านชีวิตที่ดีงาม มีระดับความสุขมาก (ค่าเฉลี่ย 14.31; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) และชีวิตที่มีความหมาย มีระดับความสุขปลางกลาง (ค่าเฉลี่ย 12.78; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุที่มีระดับมากที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านรู้สึกยินดีเสมอ เมื่อท่านได้ทำในสิ่งที่ท่านชอบ (ค่าเฉลี่ย 2.19) และข้อที่มีระดับความสุขต่ำที่สุด คือ ข้อ 20. ท่านรู้ว่าท่านมีจุดแข็งและข้อเด่นคืออะไร และสามารถนำออกมาใช้ให้บรรลุผลสำเร็จที่วางไว้ได้ (ค่าเฉลี่ย 1.73)

ส่วนที่ 6 ผลการทดสอบสมมุติฐาน

สมมุติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมุติฐานย่อยดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมุติฐานที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามเพศ

(n = 226)

ความสุข	เพศ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p	สรุปผลการทดสอบ
1. ชีวิตที่รื่นรมย์	ชาย	106	14.75	3.17	-.047 ns	.96	ไม่แตกต่างกัน
	หญิง	120	14.78	3.63			
2. ชีวิตที่ดีงาม	ชาย	106	14.45	3.71	.507 ns	.61	ไม่แตกต่างกัน
	หญิง	120	14.19	4.00			
3. ชีวิตที่มีความหมาย	ชาย	106	12.86	3.83	.267 ns	.79	ไม่แตกต่างกัน
	หญิง	120	12.72	4.13			
รวมทุกด้าน	**ชาย**	**106**	**42.06**	**9.30**	**.285 ns**	**.78**	**ไม่แตกต่างกัน**
	หญิง	**120**	**41.68**	**10.65**			

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ในตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีความสุขโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวม ระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า เพศชายมีแนวโน้มในเรื่องของความสุขโดยรวมมากกว่าเพศหญิง (ค่าเฉลี่ย 42.06) รวมทั้งเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความสุขในรายด้าน พบว่า เพศชายมีแนวโน้มในเรื่องของความสุขมากกว่าเพศหญิงในด้านชีวิตที่ดีงาม (ค่าเฉลี่ย 14.45) และด้านชีวิตที่มีความหมาย (ค่าเฉลี่ย 12.86) ส่วนเพศหญิงมีแนวโน้มในเรื่องของความสุขมากกว่าเพศชายในด้านชีวิตที่รื่นรมย์ (ค่าเฉลี่ย 14.78)

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 11 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

(n = 226)

ความสุข	N	$\bar{X}$	S.D.
1. ชีวิตที่รื่นรมย์			
60 – 69 ปี	124	15.32	2.95
70 – 79 ปี	78	14.36	3.57
80 – 89 ปี	24	13.13	4.47
2. ชีวิตที่ดีงาม			
60 – 69 ปี	124	14.73	3.65
70 – 79 ปี	78	14.10	3.87
80 – 89 ปี	24	12.83	4.59
3. ชีวิตที่มีความหมาย			
60 – 69 ปี	124	13.52	3.71
70 – 79 ปี	78	12.49	4.02
80 – 89 ปี	24	9.96	4.02
รวมทุกด้าน			
60 – 69 ปี	**124**	**43.57**	**9.08**
70 – 79 ปี	**78**	**40.95**	**10.05**
80 – 89 ปี	**24**	**35.92**	**12.14**

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอายุ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามอายุ

(n = 226)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	สรุปผลการทดสอบ
1. ชีวิตที่รื่นรมย์						
ระหว่างกลุ่ม	2	115.95	57.97	5.16**	.01	แตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 12 (ต่อ)

(n = 226)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	สรุปผลการทดสอบ
ภายในกลุ่ม	223	2507.67	11.25			
รวม	225	2623.62				
2. ชีวิตที่ดีงาม						
ระหว่างกลุ่ม	2	77.96	38.98	2.66^{ns}	.07	ไม่แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	223	3272.73	14.68			
รวม	225	3350.70				
3. ชีวิตที่มีความหมาย						
ระหว่างกลุ่ม	2	264.96	132.48	8.95^{***}	.000	แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	223	3301.41	14.81			
รวม	225	3566.38				
รวมทุกด้าน						
ระหว่างกลุ่ม	**2**	**1276.21**	**638.10**	**6.68^{**}**	**.002**	**แตกต่างกัน**
ภายในกลุ่ม	**223**	**21311.98**	**95.57**			
รวม	**225**	**22588.18**				

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ในตารางที่ 12 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาความสุขของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่รื่นรมย์แตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่ดีงามไม่แตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) แต่เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีแนวโน้มในเรื่องของความสุขโดยรวมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 43.57) รวมทั้งในรายด้านก็มีแนวโน้มในเรื่องของความสุข

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

มากที่สุดในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ (ค่าเฉลี่ย 15.32) ด้านชีวิตที่ดีงาม (ค่าเฉลี่ย 14.73) และด้านชีวิตที่มีความหมาย (ค่าเฉลี่ย 13.52)

เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอายุ พบว่ามีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุข เป็นรายคู่ โดยวิธี LSD (Least Significant Difference) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอายุเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

(n = 226)

ความสุข		**อายุ**		
		1	**2**	**3**
	$\bar{X}$	**15.32**	**14.36**	**13.13**
1. ชีวิตที่รื่นรมย์				
60 – 69 ปี	15.32	-	*	**
70 – 79 ปี	14.36		-	ns
80 – 89 ปี	13.13			-
2. ชีวิตที่มีความหมาย	$\bar{X}$	**13.52**	**12.49**	**9.96**
60 – 69 ปี	13.52	-	ns	***
70 – 79 ปี	12.49		-	**
80 – 89 ปี	9.96			-
รวมทุกด้าน	$\bar{X}$	**43.57**	**40.95**	**35.92**
60 – 69 ปี	**43.57**	**-**	**ns**	***
70 – 79 ปี	**40.95**		**-**	*
80 – 89 ปี	**35.92**			**-**

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จากตารางที่ 13 การเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุเป็นรายคู่ พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีความสุขโดยรวมแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80 – 89 ปี (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี มีความสุขโดยรวมแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80 – 89 ปี (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีความสุขโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 43.57) มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70 – 79 ปี (ค่าเฉลี่ย 40.95) และผู้สูงอายุ 80 – 89 ปี (ค่าเฉลี่ย 35.92)

ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีความสุขด้านชีวิตที่รื่นรมย์แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) และ 80 – 89 ปี (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีความสุขด้านชีวิตที่รื่นรมย์โดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 15.32) มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70 – 79 ปี (ค่าเฉลี่ย 14.36) และผู้สูงอายุ 80 – 89 ปี (ค่าเฉลี่ย 13.13)

ด้านชีวิตที่มีความหมาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมาย แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80 – 89 ปี (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมาย แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80 – 89 ปี (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมายโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 13.52) มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70 – 79 ปี (ค่าเฉลี่ย 12.49) และผู้สูงอายุ 80 – 89 ปี (ค่าเฉลี่ย 9.96)

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ตารางที่ 14 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 226)

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
1. ชีวิตที่รื่นรมย์			
ไม่ได้รับการศึกษา	10	14.90	2.02
ต่ำกว่าประถมศึกษา	12	15.75	2.30

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 14 (ต่อ)

(n = 226)

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ประถมศึกษา	182	14.74	3.49
มัธยมศึกษา	22	14.27	3.82
2. ชีวิตที่ดีงาม			
ไม่ได้รับการศึกษา	10	13.50	4.72
ต่ำกว่าประถมศึกษา	12	15.50	3.00
ประถมศึกษา	182	14.38	3.84
มัธยมศึกษา	22	13.45	4.02
3. ชีวิตที่มีความหมาย			
ไม่ได้รับการศึกษา	10	9.00	4.42
ต่ำกว่าประถมศึกษา	12	14.75	3.36
ประถมศึกษา	182	13.00	3.96
มัธยมศึกษา	22	11.64	3.14
รวมทุกด้าน			
ไม่ได้รับการศึกษา	**10**	**37.40**	**9.94**
ต่ำกว่าประถมศึกษา	**12**	**46.00**	**7.83**
ประถมศึกษา	**182**	**42.13**	**10.04**
มัธยมศึกษา	**22**	**39.36**	**10.28**

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 226)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	สรุปผลการทดสอบ
1. ชีวิตที่รื่นรมย์						
ระหว่างกลุ่ม	5	18.11	3.62	.31 ns	.91	ไม่แตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 15 (ต่อ)

(n = 226)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	สรุปผลการทดสอบ
ภายในกลุ่ม	220	2605.50	11.84			
รวม	225	2623.62				
2. ชีวิตที่ดีงาม						
ระหว่างกลุ่ม	5	64.96	12.99	.87 ns	.50	ไม่แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	220	3285.74	14.94			
รวม	225	3350.70				
3. ชีวิตที่มีความหมาย						
ระหว่างกลุ่ม	5	227.25	45.45	2.99**	.01	แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	220	3339.13	15.18			
รวม	225	3566.38				
รวมทุกด้าน						
ระหว่างกลุ่ม	**5**	**574.88**	**114.98**	**1.15** ns	**.34**	ไม่แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	**220**	**22013.30**	**100.06**			
รวม	**225**	**22588.18**				

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา ในตารางที่ 15 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขโดยรวมเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่รื่นรมย์ และชีวิตที่ดีงามไม่แตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีแนวโน้มในเรื่องของความสุขโดยรวมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 46.00) รวมทั้งเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยความสุขมากที่สุดในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ (ค่าเฉลี่ย 15.75) ด้านชีวิตที่ดีงาม (ค่าเฉลี่ย 15.50) และด้านชีวิตที่มีความหมาย (ค่าเฉลี่ย 14.75)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนของความสุขด้านชีวิตที่มีความหมาย ของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขด้านชีวิตที่มีความหมาย เป็นรายคู่ โดยวิธี LSD (Least Significant Difference) ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง ด้านชีวิตที่มีความหมาย จำแนกตามระดับการศึกษา เป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

(n = 226)

ความสุข		ระดับการศึกษา			
		1	2	3	4
	$\bar{X}$	9.00	14.75	13.00	11.64
1. ชีวิตที่มีความหมาย					
ไม่ได้รับการศึกษา	9.00	-	***	**	ns
ต่ำกว่าประถมศึกษา	14.75		-	ns	*
ประถมศึกษา	13.00			-	ns
มัธยมศึกษา	11.64				-

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 16 การเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของความสุขด้านชีวิตที่มีความหมาย ของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และระดับประถมศึกษา (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมายโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 14.75) มากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา (ค่าเฉลี่ย 9.00) ระดับประถมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 13.00) และระดับมัธยมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 11.64)

สมมุติฐานที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามสถานภาพสมรส

(n = 226)

ความสุข	สถานภาพสมรส	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p	สรุปผลการทดสอบ
1. ชีวิตที่รื่นรมย์	อาศัยอยู่ด้วยกัน	144	15.08	3.20	1.92 ns	.06	ไม่แตกต่างกัน
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	82	14.18	3.72			
2. ชีวิตที่ดีงาม	อาศัยอยู่ด้วยกัน	144	14.69	3.85	1.98 *	.05	แตกต่างกัน
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	82	13.65	3.81			
รวมทุกด้าน	**อาศัยอยู่ด้วยกัน**	**144**	**42.88**	**9.73**	**2.04** *	**.04**	**แตกต่างกัน**
	หม้าย/หย่าร้าง / แยกกันอยู่	**82**	**40.06**	**10.32**			

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

***** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส ในตารางที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีความสุขโดยรวมแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสุขด้านชีวิตที่ดีงามแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความสุขด้านชีวิตที่รื่นรมย์และชีวิตที่มีความหมายไม่แตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) อย่างไรก็ตามหากพิจารณาค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวม ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกันและผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกัน มีแนวโน้มในเรื่องของความสุขโดยรวม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

มากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ค่าเฉลี่ย 42.88) รวมทั้งเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความสุขในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกันมีแนวโน้มในเรื่องของความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ (ค่าเฉลี่ย 15.08) ด้านชีวิตที่ดีงาม (ค่าเฉลี่ย 14.69) และด้านชีวิตที่มีความหมาย (ค่าเฉลี่ย 13.10)

สมมุติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ตารางที่ 18 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

(n = 226)

ความสุข	N	$\bar{X}$	S.D.
1. ชีวิตที่รื่นรมย์			
เกษตรกร	94	14.60	3.37
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	73	15.49	2.48
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	10	16.30	4.60
ไม่ประกอบอาชีพ	49	13.65	4.10
2. ชีวิตที่ดีงาม			
เกษตรกร	94	14.39	3.89
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	73	14.93	3.29
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	10	15.70	5.21
ไม่ประกอบอาชีพ	49	12.96	4.03
3. ชีวิตที่มีความหมาย			
เกษตรกร	94	13.44	3.87
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	73	12.78	3.32
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	10	14.70	5.62
ไม่ประกอบอาชีพ	49	11.14	4.31
รวมทุกด้าน			
เกษตรกร	**94**	**42.43**	**10.13**
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	**73**	**43.21**	**7.26**
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	**10**	**46.70**	**14.85**
ไม่ประกอบอาชีพ	**49**	**37.76**	**11.22**

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามอาชีพ

(n = 226)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	สรุปผลการทดสอบ
1. ชีวิตที่รื่นรมย์						
ระหว่างกลุ่ม	3	125.53	41.84	3.72*	.012	แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	222	2498.09	11.25			
รวม	225	2623.62				
2. ชีวิตที่ดีงาม						
ระหว่างกลุ่ม	3	137.58	45.86	3.17*	.025	แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	222	3213.11	14.47			
รวม	225	3350.70				
3. ชีวิตที่มีความหมาย						
ระหว่างกลุ่ม	3	208.67	69.56	4.60**	.004	แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	222	3357.71	15.13			
รวม	225	3566.38				
รวมทุกด้าน						
ระหว่างกลุ่ม	**3**	**1222.12**	**407.38**	**4.23****	**.006**	**แตกต่างกัน**
ภายในกลุ่ม	**222**	**21366.06**	**96.24**			
รวม	**225**	**22588.18**				

***** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

****** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความสุขของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ ในตารางที่ 19 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาความสุขของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่รื่นรมย์ และด้านชีวิตที่ดีงามแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) และผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว มีแนวโน้มในเรื่องของความสุขโดยรวมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 46.70) รวมทั้งเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว มีค่าเฉลี่ยความสุขมากที่สุด ในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ชีวิตที่รื่นรมย์ (ค่าเฉลี่ย 16.30) ชีวิตที่ดีงาม (ค่าเฉลี่ย 15.70) และชีวิตที่มีความหมาย (ค่าเฉลี่ย 14.70)

เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ พบว่ามีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสุขเป็นรายคู่ โดยวิธี LSD (Least Significant Difference) ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ เป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

(n = 226)

ความสุข		อาชีพ			
		1	2	3	4
	$\bar{X}$	**14.60**	**15.49**	**16.30**	**13.65**
1. ชีวิตที่รื่นรมย์					
เกษตรกร	14.60	-	ns	ns	ns
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	15.49		-	ns	**
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	16.30			-	*
ไม่ประกอบอาชีพ	13.65				-
2. ชีวิตที่ดีงาม	$\bar{X}$	**14.39**	**14.93**	**15.70**	**12.96**
เกษตรกร	14.39	-	ns	ns	*
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	14.93		-	ns	**
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	15.70			-	*
ไม่ประกอบอาชีพ	12.96				-
3. ชีวิตที่มีความหมาย	$\bar{X}$	**13.44**	**12.78**	**14.70**	**11.14**
เกษตรกร	13.44	-	ns	ns	***
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	12.78		-	ns	*
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	14.70			-	**

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 20 (ต่อ)

(n = 226)

ความสุข		อาชีพ			
		1	2	3	4
	$\bar{X}$	13.44	12.78	14.70	11.14
ไม่ประกอบอาชีพ	11.14				-
รวมทุกด้าน	$\bar{X}$	**42.43**	**43.21**	**46.70**	**37.76**
เกษตรกร	**42.43**	-	**ns**	**ns**	**
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	**43.21**		-	**ns**	**
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	**46.70**			-	**
ไม่ประกอบอาชีพ	**37.76**				-

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 20 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ เป็นรายคู่ พบว่า

ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ และค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว มีความสุขโดยรวมแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีความสุขโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 46.70) มากกว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ค่าเฉลี่ย 42.43) รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ (ค่าเฉลี่ย 43.21) และไม่ประกอบอาชีพ (ค่าเฉลี่ย 37.76)

ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ มีความสุขด้านชีวิตที่รื่นรมย์แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว มีความสุขด้านชีวิตที่รื่นรมย์แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีความสุขโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 16.30) สูงกว่า ผู้สูงอายุที่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประกอบอาชีพเกษตรกร (ค่าเฉลี่ย 14.60) รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ (ค่าเฉลี่ย 15.49) และไม่ประกอบอาชีพ (ค่าเฉลี่ย 13.65)

ด้านชีวิตที่ดีงาม พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรและค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว มีความสุขด้านชีวิตที่ดีงามแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ มีความสุขด้านชีวิตที่ดีงามแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีความสุขโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 15.70) สูงกว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ค่าเฉลี่ย 14.39) รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ (ค่าเฉลี่ย 14.93) และไม่ประกอบอาชีพ (ค่าเฉลี่ย 12.96)

ด้านชีวิตที่มีความหมาย พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีความสุขโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 14.70) สูงกว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ค่าเฉลี่ย 13.44) รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ (ค่าเฉลี่ย 12.78) และไม่ประกอบอาชีพ (ค่าเฉลี่ย 11.14)

สมมุติฐานที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ตารางที่ 21 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามรายได้

(n = 226)

ความสุข	N	$\bar{X}$	S.D.
1. ชีวิตที่รื่นรมย์			
รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	94	14.27	3.44
1,001 – 5,000 บาท	105	15.15	3.39
รายได้สูงกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	27	14.93	3.34

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 21 (ต่อ)

(n = 226)

ความสุข	N	$\bar{X}$	S.D.
2. ชีวิตที่ดีงาม			
รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	94	13.36	3.82
1,001 – 5,000 บาท	105	14.95	3.88
รายได้สูงกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	27	15.15	3.31
3. ชีวิตที่มีความหมาย			
รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	94	11.54	4.11
1,001 – 5,000 บาท	105	13.44	3.57
รายได้สูงกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	27	14.56	3.93
รวมทุกด้าน			
รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	**94**	**39.17**	**9.85**
1,001 – 5,000 บาท	**105**	**43.54**	**9.78**
รายได้สูงกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	**27**	**44.63**	**9.69**

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามรายได้

(n = 226)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	สรุปผลการทดสอบ
1. ชีวิตที่รื่นรมย์						
ระหว่างกลุ่ม	2	39.85	19.93	1.72^{ns}	.18	ไม่แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	223	2583.77	11.59			
รวม	225	2623.62				
2. ชีวิตที่ดีงาม						
ระหว่างกลุ่ม	2	146.82	73.41	5.11^{**}	.01	แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	223	3203.87	14.37			
รวม	225	3350.70				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 22 (ต่อ)

(n = 226)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p	สรุปผลการทดสอบ
3. ชีวิตที่มีความหมาย						
ระหว่างกลุ่ม	2	274.53	137.27	9.30***	.000	แตกต่างกัน
ภายในกลุ่ม	223	3291.84	14.76			
รวม	225	3566.38				
รวมทุกด้าน						
ระหว่างกลุ่ม	**2**	**1184.55**	**592.28**	**6.17****	**.002**	**แตกต่างกัน**
ภายในกลุ่ม	**223**	**21403.63**	**95.98**			
รวม	**225**	**22588.18**				

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความสุขของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ ในตารางที่ 22 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาความสุขของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่ดีงามแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขในด้านชีวิตที่รื่นรมย์ไม่แตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป มีแนวโน้มในเรื่องของความสุขโดยรวมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 44.63) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาท มีความสุขในด้านชีวิตที่ดีงาม (ค่าเฉลี่ย 15.15) และชีวิตที่มีความหมาย (ค่าเฉลี่ย 14.56) มากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท มีความสุขในด้านชีวิตที่รื่นรมย์มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 15.15)

เมื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนของความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ พบว่ามีความแตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุข เป็นรายคู่ โดยวิธี LSD (Least Significant Difference) ดังตารางที่ 23

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 23 ผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ เป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

(n = 226)

ความสุข		รายได้		
		1	2	3
	$\bar{X}$	**13.36**	**14.95**	**15.15**
1. ชีวิตที่ดีงาม				
รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	13.36	-	**	*
1,001 – 5,000 บาท	14.95		-	ns
รายได้สูงกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	15.15			-
2. ชีวิตที่มีความหมาย	$\bar{X}$	**11.54**	**13.44**	**14.56**
รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	11.54	-	***	***
1,001 – 5,000 บาท	13.44		-	ns
รายได้สูงกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	14.56			-
รวมทุกด้าน	$\bar{X}$	**39.17**	**43.54**	**44.63**
รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	**39.17**		**	**
1,001 – 5,000 บาท	**43.54**		-	ns
รายได้สูงกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	**44.63**			-

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 23 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ เป็นรายคู่ พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท มีความสุขโดยรวมแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท และผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ระดับ .01) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป มีความสุขโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 44.63) มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (ค่าเฉลี่ย 39.17) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท (ค่าเฉลี่ย 43.54)

ด้านชีวิตที่ดีงามพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท มีความสุขด้านชีวิตที่ดีงามแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท มีความสุขด้านชีวิตที่ดีงามแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป มีความสุขโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 15.15) มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (ค่าเฉลี่ย 13.36) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท (ค่าเฉลี่ย 14.95)

ด้านชีวิตที่มีความหมาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท มีความสุขด้านชีวิตที่มีความหมายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท และผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทขึ้นไป มีความสุขโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย 14.56) สูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (ค่าเฉลี่ย 11.54) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท (ค่าเฉลี่ย 13.44)

สมมุติฐานที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามชนิดของโครงสร้างครอบครัว

(n = 226)

ความสุข	ชนิดของโครงสร้างครอบครัว	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p	สรุปผลการทดสอบ
1. ชีวิตที่รื่นรมย์	ครอบครัวเดี่ยว	72	13.31	3.76	-4.56***	.000	แตกต่างกัน
	ครอบครัวขยาย	154	15.44	3.02			

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 24 (ต่อ)

(n = 226)

ความสุข	ชนิดของโครงสร้างครอบครัว	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p	สรุปผลการทดสอบ
2. ชีวิตที่ดีงาม	ครอบครัวเดี่ยว	72	11.60	3.93	-8.24***	.000	แตกต่างกัน
	ครอบครัวขยาย	154	15.58	3.11			
3. ชีวิตที่มีความหมาย	ครอบครัวเดี่ยว	72	10.17	4.04	-7.03***	.000	แตกต่างกัน
	ครอบครัวขยาย	154	14.01	3.32			
รวมทุกด้าน	**ครอบครัวเดี่ยว**	**72**	**35.07**	**10.41**	**-7.17*** **	**.000**	**แตกต่างกัน**
	ครอบครัวขยาย	**154**	**45.03**	**8.10**			

*** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามชนิดของโครงสร้างครอบครัวในตารางที่ 24 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกันมีความสุขโดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หากพิจารณาค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวม ระหว่างผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวขยายมีแนวโน้มในเรื่องของความสุขโดยรวม มากกว่าผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว (ค่าเฉลี่ย 45.03) รวมทั้งเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความสุขในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวขยาย มีแนวโน้มในเรื่องของความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยวในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ (ค่าเฉลี่ย 15.44) ด้านชีวิตที่ดีงาม (ค่าเฉลี่ย 15.58) และด้านชีวิตที่มีความหมาย (ค่าเฉลี่ย 14.01)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมุติฐานที่ 1.8 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามการมีโรคประจำตัว

(n = 226)

ความสุข	โรคประจำตัว	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p	สรุปผลการทดสอบ
1. ชีวิตที่รื่นรมย์	ไม่มีโรคประจำตัว	76	14.99	3.63	0.72^{ns}	.47	ไม่แตกต่างกัน
	มีโรคประจำตัว	150	14.64	3.31			
2. ชีวิตที่ดีงาม	ไม่มีโรคประจำตัว	76	14.72	4.03	1.14^{ns}	.26	ไม่แตกต่างกัน
	มีโรคประจำตัว	150	14.11	3.77			
3. ชีวิตที่มีความหมาย	ไม่มีโรคประจำตัว	76	13.03	4.11	0.65^{ns}	.52	ไม่แตกต่างกัน
	มีโรคประจำตัว	150	12.66	3.92			
รวมทุกด้าน	**ไม่มีโรคประจำตัว**	**76**	**42.74**	**10.78**	**0.94^{ns}**	**.35**	**ไม่แตกต่างกัน**
	มีโรคประจำตัว	**150**	**41.41**	**9.62**			

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามการมีโรคประจำตัว ในตารางที่ 25 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีความสุขโดยรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวม ระหว่างผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มในเรื่องของความสุขโดยรวม มากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (ค่าเฉลี่ย 42.74) รวมทั้งเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความสุขในรายด้าน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มในเรื่องของความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ (ค่าเฉลี่ย 14.99) ด้านชีวิตที่ดีงาม (ค่าเฉลี่ย 14.72) และด้านชีวิตที่มีความหมาย (ค่าเฉลี่ย 13.03)

สมมติฐานที่ 2 การพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเองและความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง

(n = 226)

การพึ่งพาตนเอง	ความสุข							
	ชีวิตที่รื่นรมย์		ชีวิตที่ดีงาม		ชีวิตที่มีความหมาย		โดยรวม	
	r	p	r	p	r	p	r	p
1. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ	.51***	.000	.54***	.000	.64***	.000	.63***	.000
2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ	.55***	.000	.53***	.000	.63***	.000	.64***	.000
3. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน	.46***	.000	.47***	.000	.59***	.000	.57***	.000
4. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว	.53***	.000	.47***	.000	.54***	.000	.58***	.000
5. กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง	.43***	.000	.35***	.000	.24***	.000	.37***	.000
รวมทุกด้าน	**.57*** **	**.000**	**.55*** **	**.000**	**.62*** **	**.000**	**.65*** **	**.000**

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 26 พบว่า การพึ่งพาตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุโดยรวม (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้มาก ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้มาก ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้มาก ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้มาก ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

การพึ่งพาตนเองด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้มาก ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง

(n = 226)

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	ความสุข							
	ชีวิตที่รื่นรมย์		ชีวิตที่ดีงาม		ชีวิตที่มีความหมาย		โดยรวม	
	r	P	r	p	r	p	r	p
1. การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม	.62***	.000	.56***	.000	.65***	.000	.69***	.000
2 . การประเมินความไม่พึง-พอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง	.51***	.000	.50***	.000	.67***	.000	.63***	.000
3. การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ	.60***	.000	.56***	.000	.66***	.000	.68***	.000
รวมทุกด้าน	**.65*** **	**.000**	**.60*** **	**.000**	**.74*** **	**.000**	**.75*** **	**.000**

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 27 พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุโดยรวม (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้าน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง ด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

สมมติฐานที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุตัวอย่าง

(n = 226)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ความสุข							
	ชีวิตที่รื่นรมย์		ชีวิตที่ดีงาม		ชีวิตที่มีความหมาย		โดยรวม	
	r	p	r	p	r	p	r	p
1. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน	.52***	.000	.58***	.000	.62***	.000	.65***	.000
2. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์	.60***	.000	.64***	.000	.54***	.000	.67***	.000
3. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์	.70***	.000	.66***	.000	.62***	.000	.74***	.000
รวมทุกด้าน	**.67*** **	**.000**	**.69*** **	**.000**	**.66*** **	**.000**	**.75*** **	**.000**

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 28 พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุโดยรวม (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุ (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ จะมีความสุขโดยรวมและรายด้านมากตามไปด้วย

ข้อวิจารณ์

การศึกษาเรื่อง การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก วิจารณ์ผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ที่ต่ำ และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรหรือรับจ้าง ซึ่งมีความจำเป็นในการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อหารายได้มายังชีพ ให้เพียงพอต่อการใช้จ่ายที่ค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ต้องทุ่มเทเวลาไปกับการทำงานนอกบ้าน จนเวลาที่ใช้ในการเอาใจใส่ดูแลและสร้างความผูกพันต่อคนในครอบครัวลดน้อยลงไป ผู้สูงอายุถูกลดทอนความสำคัญ ต่างคนต่างช่วยเหลือตนเอง ส่งผลให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำร่วมกันลดลงไปด้วย นอกจากนี้ด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ การมีโรคภัยต่าง ๆ ตามมา ทำให้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานอดิเรกตามความถนัดหรือความสนใจ รวมถึงไม่สามารถไปมาหาสู่กับเพื่อน ๆ ออกเดินทางท่องเที่ยว หรือเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการตามเทศกาลต่าง ๆ ในชุมชนได้บ่อยครั้งหรือสะดวกเหมือนช่วงวัยหนุ่มสาว ซึ่งกระทบต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในการพึ่งพาตนเองด้านสังคมและนันทนาการโดยตรง ดังนั้นครอบครัวควรให้ความเอาใจใส่และใช้เวลาในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สรรหากิจกรรมนันทนาการที่สามารถทำร่วมกันเพื่อสร้างความสนุกสนานและกระชับความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่าง ๆ นอกจากนี้หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ควรให้ความสำคัญในการสร้างเสริมกิจกรรมทางด้านสังคมและนันทนาการ หรือมีการจัดทัศนาจรท่องเที่ยวในและนอกสถานที่ของจังหวัดให้กับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยมีการจัดสรรงบประมาณ และเพิ่มการอำนวยความสะดวกในการรับ – ส่งผู้สูงอายุตามบ้านที่มีปัญหาในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมด้วย

2. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เป็นเพราะช่วงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เพิ่มโอกาสในการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ดังนั้นด้วยภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยลงของผู้สูงอายุ จึงส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถระบุความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพ และไม่สามารถที่จะกำหนดว่าเมื่อใดจะมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงแผนการจัดการดูแลสุขภาพหรือพฤติกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองให้ดีขึ้นได้ มีความกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของบุตรหลาน มองศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเองลดลง ไม่ยอมรับตนเอง ดังนั้นควรมีมาตรการในการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้สูงอายุ ให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง รู้จักยอมรับตนเอง รวมทั้งเข้าใจในภาวะสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามช่วงวัยที่ตนเองเผชิญอยู่ เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นต่อไป

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เนื่องมาจากการประเมินผลทางด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้เป็นการวัดความสามารถและทักษะขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ในเรื่องความรู้ความเข้าใจทางด้านการอ่านและการเขียนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพเป็นหลัก แต่เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้ อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ยไม่สูงมากนัก สะท้อนภาพประชากรกลุ่ม “รากหญ้า” ที่เป็นชาวชนบทที่ยากจนและขาดความรู้ ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ในสังคมไทย เป็นผลให้กลุ่ม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประชากรเหล่านี้ขาดทักษะและความรู้ความเข้าใจทางด้านการอ่านและการเขียนตามไปด้วย ทั้งนี้ “การศึกษาตลอดชีวิต” นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการได้รับการศึกษาหรือการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี สามารถนำสาระความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น และมีความสุขในชีวิตอย่างแท้จริง

4. ความสุขของผู้สูงอายุด้านชีวิตที่มีความหมาย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยตอนปลายของชีวิต ขาดความมุ่งมั่นและแรงจูงใจในการกระทำสิ่งใดให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งไม่เหมือนในช่วงวัยหนุ่มสาว รวมทั้งการมองเห็นความหมายและคุณค่าในชีวิตลดน้อยลงไป ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาในเรื่องดังกล่าว หากผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและเข้าใจความหมายของชีวิต ย่อมนำพาความสุขกลับมาสู่ผู้สูงอายุในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลใกล้ชิด ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนชุมชน สังคมและประเทศอีกด้วย

5. ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้มาก ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี ส่วนใหญ่สุขภาพยังไม่ทรุดโทรมเหมือนกลุ่มช่วงวัยที่มีอายุมาก รวมทั้งเกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกผู้สูงอายุมาเป็นกลุ่มตัวอย่างข้อหนึ่ง คือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถเคลื่อนไหว และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงสามารถช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองได้มาก ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น สามารถรับรู้และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ดี มีความคิดในเชิงบวก มองเห็นศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวใช้ชีวิตพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสมและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น

6. ผู้สูงอายุมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทั้งด้วยช่วงวัยที่มีอายุมากขึ้น เข้าสู่วัยตอนปลายของชีวิต สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตเสื่อมถอยลง มีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนทำให้ทักษะและแรงจูงใจในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพลดลงไปด้วย ไม่ค่อยตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเรื่องพฤติกรรมของตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมทางสุขภาพหรือวางแผนสุขภาพให้เหมาะสมได้เท่าที่ควร นอกจากนี้ยังขาดแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพ ขาดการวางแผนดูแลสุขภาพที่เป็นรูปธรรม จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในระดับปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

7. ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะข้อจำกัดในกระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มีอายุมาก ยากต่อการเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ มากกว่าในช่วงวัยอื่น ส่วนใหญ่ยังมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงนัก คืออยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา รวมทั้งยังประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยไม่สูงนัก มีความยากจน ทำให้ขาดโอกาสที่ดีทางการศึกษา และขาดทักษะที่ดีในการพัฒนาการเรียนรู้ในชีวิต

8. ผู้สูงอายุมีความสุขในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยตอนปลายของชีวิต สุขภาวะที่ดีแบบองค์รวม ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมีระดับที่ลดน้อยถอยลงไป ผู้สูงอายุบางคนปรับตัวไม่ได้กับความเปลี่ยนแปลง มีเจตคติที่ไม่ดีในการดำรงชีวิต ยอมรับตัวเองไม่ได้ ขาดชีวิตชีวาในชีวิต ไร้จุดมุ่งหมาย มองเห็นคุณค่าในตัวเองลดน้อยลง ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่รู้จักการเป็นผู้ให้ – ผู้รับที่ดี เป็นเหตุให้จำเป็นต้องหามาตรการเพิ่มความสุขให้กับผู้สูงอายุต่อไป

9. ผลการทดสอบสมมติฐาน สามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีความสุขแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อย ได้ดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีความสุขของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ต่างสามารถใช้ประสบการณ์และบทเรียนที่ผ่านมาของชีวิต ในการปรับตัวเพื่อรับมือกับการดำรงชีวิตในช่วงวัยสูงอายุให้เป็นสุขได้เหมือนกัน จึงทำให้เพศไม่มีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ (2552) ที่ศึกษาเรื่องทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค จำนวน 201 คน พบว่า เพศของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม (2551) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความสุขของประชากรไทย โดยพบว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีระดับความสุขของชายไทยมากกว่าหญิงเล็กน้อย โดยชายไทยที่มีความสุขมาก คิดเป็น ร้อยละ 67.8 และ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

หญิงไทยคิดเป็นร้อยละ 61.6 และการศึกษาของวิทมา ธรรมเจริญ (2555: 88) ที่ศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุ และศึกษาอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากโครงการนำร่องสำรวจและศึกษาสุขภาพการสูงอายุและการเกษียณในประเทศไทย ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 550 คน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ และขอนแก่น พบว่า เพศเป็นปัจจัยภายในที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ ซึ่งเพศชายมีความสุขระดับมากในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง

สมมติฐานย่อยที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ระดับความสุขจะยิ่งลดน้อยลงไป ทั้งนี้เป็นเพราะช่วงวัยที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพร่างกายและสุขภาพแตกต่างกันด้วย โดยผู้ที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีความเสื่อมถอยและมีสุขภาพที่ทรุดโทรมลงไปตามช่วงวัย ทำให้กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อผู้สูงอายุได้มาก สอดคล้องกับแนวคิดของวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2553) ที่กล่าวว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อความสุขของผู้สูงอายุโดยตรง เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายย่อมเริ่มมีโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย บั่นทอนความสุขในชีวิตให้น้อยลง หากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีก็จะเป็นวิธีในการลดโอกาสในการเจ็บป่วยและทำให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การรับฟังคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น และการศึกษาของวิทมา ธรรมเจริญ (2555: 54) ที่ศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุ และศึกษาอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากโครงการนำร่องสำรวจและศึกษาสุขภาพการสูงอายุและการเกษียณในประเทศไทย ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 550 คน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ และขอนแก่น พบว่า อายุที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีระดับความสุขแตกต่างกัน โดยผลการศึกษา ผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี และ 65 - 69 ปี มีความสุขระดับมาก ร้อยละ 71.10 และ 75.70 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 70 - 74 ปี, 75 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนลดลงอย่างเห็นได้ชัด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ้งทอง ครามานนท์ และคณะ (2550: 18) ที่ได้ทำการศึกษาความสันโดษ และความอยู่ดีมีสุขของคนไทย: กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรีและชัยนาท พบว่าปัจจัยในเรื่องอายุ ยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่ามีอิทธิพลต่อความสุขมากน้อยเพียงใด

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานย่อยที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ ต่างก็มีประสบการณ์ที่สั่งสมมาในชีวิต มีโอกาสเผชิญกับสถานการณ์และเรื่องราวต่าง ๆ และเกิดความรู้สึกในแง่ของความสุขหรือความทุกข์ต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่จบในระดับการศึกษาไม่สูงมากนัก มีวุฒิภาวะในการรับมือและจัดการกับเรื่องต่าง ๆ มีแนวทางในการดำเนินชีวิตและเกิดภาวะความสุขในเรื่องหนึ่ง ๆ ได้ไม่ต่างกับผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทธิลักษณ์ จันทร์-ธนสมบัติ (2552) ที่ศึกษาเรื่องทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค จำนวน 201 คน พบว่า การศึกษาของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแนวคิดของ สุกมล วิภาวีพลกุล (2552) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ในวัยเด็กมีความมุมานะพยายามในการเรียนมาก เพราะคิดเสมอว่าเมื่อจบการศึกษาที่สูง ตนเองจะมีความสุข แต่ส่วนใหญ่เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ก็กลับพบว่าชีวิตยังต้องมีความทุกข์ต่อในเรื่องอื่น ๆ อีกมาก เช่น การทำงาน ครอบครัว ฯลฯ ซึ่งไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่จบในวุฒิการศึกษาที่ต่ำกว่า ต่างก็พบกับความสุขและความทุกข์ในเรื่องต่าง ๆ ได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษามากหรือน้อยมิได้มีผลบ่งชี้ได้ว่า บุคคลนั้นจะมีความสุขมากหรือน้อยตามไปด้วย แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของชุติไกร ตันติชัยวนิช (2551) ที่ศึกษาระดับความสุขในชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง หน่วยตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 80 ปี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานย่อยที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสุขของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นหม้าย (สามี/ภรรยาเสียชีวิต), หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีคู่ชีวิต จะมีคนให้คำปรึกษาหารือ ให้ความรักและความสบายใจต่อกัน อยู่เคียงข้างกันในการเผชิญเรื่องราวต่าง ๆ ทำให้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สามารถดำเนินชีวิตและปรับตัวได้อย่างมีความสุขมากกว่าผู้ที่ต้องอยู่เพียงลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา คุ้มเพชร (2545: 96 – 97) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีความสุขและสุขภาพจิตแตกต่างกัน แนวคิดของ อุมาภรณ์ ภัทรวณิชย์ และภูวไนย พุ่มไทรทอง (2551) กล่าวว่า การหย่าร้างเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุข ซึ่งการที่ผู้สูงอายุผ่านการหย่าร้าง ทำให้บุคคลนั้นต้องรับภาระในการทำงานหนักและหาเลี้ยงครอบครัวเพิ่มมากขึ้นเพียงลำพัง ส่งผลให้มีเวลาในการใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขน้อยลงไป การศึกษาของ Kohler, Behrman and Skytthe (2005) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่อยู่ร่วมกันเป็นคู่ จะมีความสุขมาก โดยพบว่าเพศชายจะมีความสุขมากกว่าเพศหญิง แต่แนวทางจะกลับกัน โดยพบว่าความสุขจะลดลงเมื่อมีการหย่าร้าง การศึกษาของ Layard (2005: 79 – 80) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส จะมีคู่ชีวิตหรือลูกหลานดูแลเอาใจใส่ มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ครอบครัวมีเวลาให้กันและกันอย่างเพียงพอจะทำให้มีความสุขที่ดีกว่าสถานภาพอื่น ๆ ต่างจากการหย่าร้างจากคู่สมรส จะทำให้ความสุขลดลง 5 จุดในเส้นระดับความสุข (จาก 10 – 100) และการแยกกันอยู่กับคู่สมรส จะส่งผลให้ความสุขลดลง 8 จุดในเส้นระดับความสุข (จาก 10 – 100) โดยมีการติดตามผลระยะยาวสำหรับคนกลุ่มเดิม ซึ่ง German Socio-Economic Panel (1984) ได้ทำการติดตามผลมากว่ายี่สิบปี โดยพบว่าปีที่แต่งงานจะมีความสุขที่สุด หลังจากนั้นความสุขก็จะลดลงแต่ก็ยังมากกว่าปีก่อนแต่งงาน และปีที่มีการหย่าร้างจะทำให้ความสุขลดลงอย่างชัดเจน และ การศึกษาของ Brooks (2008) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันส่งผลต่อความสุขต่างกัน โดยพบว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว โดยเฉลี่ยมีความสุขมากกว่าผู้ที่ไม่แต่งงานหรือหย่าร้าง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gray *et al.* (2008) ที่ระบุว่ายังหาข้อสรุปไม่ได้ว่าชีวิตแต่งงานทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้น หรือการหย่าทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขลดลง

สมมติฐานย่อยที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพต่าง ๆ กัน มีโอกาสในการพบเจอประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกันไปตามลักษณะงานของแต่ละคน รูปแบบและการดำเนินงาน การเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ รวมไปถึงสภาพแวดล้อมและสังคมรอบตัวย่อมมีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดความสุขในชีวิตแตกต่างกันตามไปด้วย สอดคล้องกับ การศึกษาของเดชรัต สุขกำเนิด (2550: 95) พบว่า การทำงานที่แตกต่างกัน มีส่วนทำให้ชีวิตมีความสุขแตกต่างกันไป การทำงานถือเป็นต้นทุนของความสุข เพราะการทำงานที่ทำให้เกิดความพอเพียงและมีความมั่นคง การทำงานที่มีความรัก ความเข้าใจและมีความคิดสร้างสรรค์ การทำงานที่มีศักดิ์ศรี และมีความภูมิใจ เป็นสะพานนำไปสู่ความสุขของ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และการศึกษาของรศรินทร์ เกรย์, อนุชาติ พวงสาลี และชื่นฤทัย กาญจนะ-จิตรา (2551) ที่ได้ทำการสำรวจความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณ และความภูมิใจในตนเอง โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 26,520 ครัวเรือน สัมภาษณ์ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยในเรื่องอาชีพ มีอิทธิพลต่อระดับความสุขมาก พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสที่จะมีความสุขมากที่สุด ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/กรรมกร มีโอกาสที่จะมีความสุขต่ำที่สุด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และพิริยะ ผลพิรุฬ (2550) ที่ทำการศึกษาภาวะหนี้กับความอยู่ดีมีสุขของประชากรในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยในเรื่องอาชีพ ยังไม่มีข้อสรุปว่ามีอิทธิพลต่อความสุขหรือไม่

สมมติฐานย่อยที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่า ผู้สูงอายุยิ่งมีรายได้สูง จะมีความสุขมากขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของรายได้ จนอยู่เหนือเส้นความยากจน ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างพอเพียง มีโอกาสได้รับความเท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจ ย่อมทำให้ค้นพบความสุขในชีวิตได้ แตกต่างจากกลุ่มที่ยังมีฐานะยากจน ซึ่งได้รับความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ถูกเอารัดเอาเปรียบ และต้องอยู่อย่างยากจนข้นแค้น ทำให้ความสุขในชีวิตลดน้อยลงไป สอดคล้องกับการศึกษาของไมตรี ติยะรัตนกูร (2536: 83) พบว่า ความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์กันกับสุขภาพจิตหรือความสุขของผู้สูงอายุ การศึกษาของปรีชา อุปโยคิน (2538: 126 -129) ได้สำรวจผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยความสุข พบว่า การมีรายได้ที่ดี มีทรัพย์สินเงินทอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุข การศึกษาของศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความสุขบนความพอเพียง: ความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยภายนอก หรือสภาพแวดล้อม และปัจจัยภายในทางด้านจิตใจของแต่ละบุคคล ตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่อาศัยในจังหวัดชัยนาทที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 1,036 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับความสุขจะเพิ่มขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก คือ เรื่องรายได้ หรือการไม่มีหนี้สิน รวมทั้งการมีหนี้สินแต่ไม่เป็นภาระด้วย การศึกษาของ วรรณวิสาข์ ไชยโย (2551) ที่ศึกษาทรรศนะเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุ ณ บ้านวัยทองนิเวศน์ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน ผลการวิจัยพบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Layard (2005: 79) ได้อธิบายเกี่ยวกับผลกระทบทางรายได้ไว้ว่า การที่รายได้ลดลง 1 ใน 3 เป็นสาเหตุทำให้ความสุขลดลง 2 จุดในเส้นระดับความสุข (จาก 10 ถึง 100) แต่ไม่สอดคล้อง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กับ การศึกษาของเพ็ญนรินทร์ สารทจำเริญ (2549) ที่ศึกษาทัศนะของผู้สูงอายุต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 291 คน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า รายได้ที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนะของผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์และทัศนะต่อแนวทางการดำเนินชีวิตให้มีความสุข และการศึกษาของ Easterlin (2003: 2) พบว่าไม่สามารถตอบได้อย่างแน่ชัด ว่ารายได้หรือเงินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขหรือไม่ เงินในตัวของมันเองแล้ว ไม่ได้นำความสุขมาให้ เป็นเพียงสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนสิ่งของและบริการเท่านั้น แม้คนเราจะมีรายได้เพิ่มขึ้น ก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะมีความสุขเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน เนื่องจากเกิดผลทางลบต่อการปรับตัวและการเปรียบเทียบทางสังคมในทางอื่นตามมาได้

สมมติฐานย่อยที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวขยาย มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว ทั้งนี้เป็นเพราะการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่หรือครอบครัวขยาย มีโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกัน ญาติพี่น้องมาเยี่ยมเยียนไปมาหาสู่กัน ให้ความสำคัญของกันและกัน เป็นผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตอยู่ได้มีความสุขแตกต่างจากกลุ่มที่ต้องใช้ชีวิตเพียงลำพังหรืออยู่แบบครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2543: 1 - 6) พบว่าชนิดของโครงสร้างครอบครัวและความสมบูรณ์ในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ การสร้างครอบครัวและอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ มีบุตรหลานอยู่ร่วมกัน มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นประจำ เช่น การรับประทานอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งพร้อมหน้ากัน ดูโทรทัศน์ร่วมกัน และไปเที่ยวพักผ่อนพร้อมหน้ากันเป็นประจำ หรือการมีบุตรหลานมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสุขใจ และมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น การศึกษาของศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสุขบนความพอเพียง : ความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยภายนอก หรือสภาพแวดล้อม และปัจจัยภายในทางด้านจิตใจของแต่ละบุคคล ตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่อาศัยในจังหวัดชัยนาทที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 1,036 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับความสุขจะเพิ่มขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก คือ การมีครอบครัวขยาย ได้อยู่กับลูกหลาน และมีครอบครัวที่อบอุ่นด้วย แนวคิดของประเวศ วะสี (2551: 18) กล่าวว่าการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ มี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ถือเป็นบ่อเกิดของความสุข ความสุขของผู้สูงอายุจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของโครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว หากคนในครอบครัวมีเวลาให้แก่กันและกัน ก็ย่อมทำให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข แนวคิดของพระไพศาล วิสาโล (2551: 62) กล่าวว่า ชนิดของโครงสร้างครอบครัวแบบครอบครัวขยาย ถือเป็นทุนทางสังคม ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับความสุขสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวนั่นเอง การศึกษาของวัชรวรรณ พานิชเจริญ (2554) กล่าวว่า ชนิดของโครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นทุนทางสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ครอบครัวที่อยู่ร่วมกันทั้งปู่ย่าตายาย พ่อแม่ และบุตรหลาน ทำให้มีความไว้เนื้อเชื่อใจกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยดูแลกันและกันในครอบครัวให้มีความสุข การศึกษาของ Cutler (1973: 96 – 100) พบว่า ชนิดของโครงสร้างครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Davis and Smith (2010) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกันกับบุตรหลานและมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับชีวิตที่รื่นรมย์ สามารถร่วมกันทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุได้

สมมติฐานย่อยที่ 1.8 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีความสุขของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปรับตัวสร้างความสุขให้ชีวิต และสามารถรับมือต่อความเสื่อมถอยของร่างกาย หรือการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้ไม่แตกต่างกัน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีการดูแลเอาใจใส่ในภาวะสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เข้ารับการตรวจสุขภาพและขอรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ทางสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ในเรื่องสุขภาพ ทั้งผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัวได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ นันทยา อุดมพาณิชย์ (2554) ที่กล่าวว่าเมื่อล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ ย่อมมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยไม่สบายได้บ่อย ทั้งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวต่างมีวิถีปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสุขในแบบของตนเองได้ โดยผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ควรเพิ่มปัจจัยเสริมและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีสุขภาวะที่ดีและมีความสุข ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีอาการเจ็บป่วย ควรดูแลตนเองให้เข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยซ้ำ หรืออาการไม่ทรุดหนักไปกว่านี้ ซึ่งถือเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุ และเพิ่มความสุขให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อีกทางหนึ่ง แต่ไม่สอดคล้องกับ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การศึกษาของสุนันทา คุ้มเพชร (2545: 122) ซึ่งพบว่าสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสุข โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง จะไม่พบความผิดปกติทางอารมณ์หรือมีความทุกข์มากเท่ากับผู้ที่เจ็บป่วยบ่อย การศึกษาของชุติไกร ตันติชัยวนิช (2551) ที่ศึกษาระดับความสุขในชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง หน่วยตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 80 ปี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพ (การเจ็บป่วย/การไม่เจ็บป่วย) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ วรรณวิสาข์ ไชยโย (2551) ที่ศึกษาทรรศนะเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุ ณ บ้านวัยทองนิเวศน์ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพกายเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 2 การพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานที่ 2.1 การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุมีโอกาสในการดูแลและจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่าย การท่องจำบทสวดมนต์ การจัดยารับประทานเอง เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้ด้วยตนเอง ก็ย่อมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของศรีประภา ชัยสินธพ (2554) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุควรมีพัฒนาการทางด้านความรู้ ความเข้าใจในชีวิตประจำวันอยู่เสมอ เรียนรู้การพึ่งพาตนเอง ยอมรับความเป็นจริงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในตนเอง และใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

สมมติฐานที่ 2.2 การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการในสังคม เช่น งานเทศกาลประจำหมู่บ้าน มหรสพ กิจกรรมบันเทิงรื่นเริงต่าง ๆ เป็นต้น มีโอกาสในการได้ไปมาหาสู่พบปะเพื่อน ๆ เกิดสัมพันธภาพที่ดีในสังคม ได้พัฒนาสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดความสุขตามมา รวมถึงกิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ เช่น การทำงานอดิเรกตามความสนใจและความถนัด ก็ล้วนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเกิดความสุขทางใจเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเรณุการ์ ทองคำรอด (2545) กล่าวว่า การเข้าสังคมเพื่อทำกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์กับตนเองและผู้อื่น เช่น การร้องรำทำเพลง การรวมกลุ่มทำงานประดิษฐ์ที่สนใจ จะช่วยให้มีเพื่อนเพิ่มขึ้น และได้ทดลองทำกิจกรรมใหม่ ๆ ช่วยให้จิตใจกระชุ่มกระชวย คลายความอ้างว้าง และเกิดความสุขในชีวิตได้

สมมติฐานที่ 2.3 การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมชุมชน เช่น เข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เป็นอาสาสมัครพัฒนาชุมชน เป็นต้น มีโอกาสในการปฏิสัมพันธ์ในชุมชน เกิดการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การทำงานเป็นทีม และสร้างคุณค่าของตนเองในการมีบทบาททำกิจกรรมของชุมชน ซึ่งย่อมทำให้เกิดความสบายใจและภูมิใจในตนเอง นำมาซึ่งความสุขที่ยั่งยืนในชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวิสาข์ ไชยโย (2551) ที่ศึกษาทรรศนะเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุ ณ บ้านวัยทองนิเวศน์ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน ผลการวิจัยพบว่า การอยู่ร่วมกันในชุมชน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ การศึกษาของนันทยา อุดมพาณิชย์ (2554) ที่กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองให้สามารถเข้าร่วมกับกิจกรรมชุมชน จะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และทำนายระดับความสุขในชีวิตได้ การศึกษาของเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ (2554) กล่าวว่าการดำเนินการผ่านชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีอยู่ในทุกตำบล โดยให้ผู้สูงอายุที่ยังพึ่งพาตนเองได้ สนับสนุนส่งเสริมกันเอง จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายคือผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองอนาคตในแง่ที่ดี โดยใช้ภูมิปัญญา ประเพณีวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย ผ่านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาของสุพัตรา ศรี-

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วณิชชากร (2555) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้โครงการเฝ้าระวังทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการดูแลระยะยาวเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุไทย โดยสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอท่ามะกา และอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 24 คน ผลการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ และเป็นแกนนำหรือมีบทบาทในชุมชน จะมีความรู้สึกมีคุณค่า มีความภูมิใจในตนเอง และก่อให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิต และการศึกษาของ Mill (1877) พบว่า การกระทำที่ถูกต้องในการอยู่ร่วมกับชุมชน สามารถช่วยเหลือผู้อื่นตามกำลังความสามารถของตน พึ่งพาตนเองได้ จะส่งเสริมให้เกิดความสุขในชีวิต

สมมติฐานที่ 2.4 การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่สามารถเข้าใจและยอมรับบทบาทของตนเองในครอบครัวได้ มองเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยเหลือครอบครัวในทุก ๆ ด้าน เท่าที่จะสามารถทำได้ เช่น การทำงานบ้าน การดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย เป็นต้น ผู้สูงอายุเหล่านี้ มักเป็นผู้ที่มีความสุขในการใช้ชีวิต มีสุขภาวะที่ดี และเป็นศูนย์กลางทางจิตใจของครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542: 18) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นต้น มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาวะและความสุขทางใจของผู้สูงอายุ การศึกษาของ พัชรินทร์ คำอินทร์ (2548) ได้ศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพา ที่มีประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกเทปข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ คือ ผู้สูงอายุมองว่าด้วยข้อจำกัดที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ความสุขในชีวิตลดน้อยลง โดยหากสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้บ้าง จะทำให้ชีวิตมีความสุขมากกว่านี้ การศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2556) ศึกษาเรื่อง "การตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ" พบว่า คนไทยอายุ 18 - 59 ปี ราว 1 ใน 3 มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ เห็นว่า ผู้สูงอายุตามโลกไม่ทัน เป็นภาระบุตรหลาน น่าเบื่อ ขี้บ่นและมีประโยชน์น้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จึงควรเปิดใจมองความเป็นจริงของชีวิตและทำความเข้าใจต่อผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ให้ลึกขึ้น จะทำให้รับรู้ความต่างของช่วงวัย และอยู่ร่วมกันด้วยความรักอย่างมีความสุข โดยเฉพาะครอบครัวที่มีคนหลากหลายของวัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และการศึกษาของพวงชมพู ประเสริฐ (2557) พบว่า การเปิดใจยอมรับแล้วล้อมวงคุยกันของคนแต่ละวัยไม่ว่าใครจะอยู่ในบทบาทไหน พ่อ แม่ ลูก จะเป็นการสร้างการแลกเปลี่ยน ก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้กันและกัน ช่วยลดแรงกดดันในเรื่องต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุลงทันที ส่วนสิ่งที่จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุกับคนในวัยอื่น ๆ คือ ต้องทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ มีบทบาทและให้ความสำคัญในครอบครัว ยกผู้สูงอายุให้เป็นคลังสมองให้คนในครอบครัววัยอื่น ๆ

สมมติฐานที่ 2.5 การพึ่งพาตนเองด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การพึ่งพาตนเองด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาและดูแลตนเอง ประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ สามารถดำรงชีวิตภายในบ้านได้อย่างอิสระ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขึ้นบันได การสวมเสื้อผ้า ฯลฯ ถือเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่ดีในการดำรงชีวิต มองเห็นคุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ท้ายที่สุดย่อมนำพาความสุขมาให้ชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) พบว่า ผลที่ได้จากการประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ พบว่า นอกจากภาวะทุพพลภาพ ที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยหลักในการเกิดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจและปัญหาทางจิตของผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุมักเกิดความเครียด รู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุข แต่ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ จะทำให้ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้น มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสุขในชีวิตมากขึ้น จึงต้องทำความเข้าใจและพิจารณาภาวะพึ่งพาในลักษณะของภาพรวมทั้งหมด การศึกษาของวรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2549: 172) ทำการศึกษาเรื่อง “ค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย” โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามและจัดทำสนทนากลุ่มใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 2 ส่วน คือ พื้นที่ในเขตกรุงเทพฯ เขตมีนบุรี และภาษีเจริญ ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 117 คน พหุวัยจำนวน 183 คน พบว่า การคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย ได้แก่ การพึ่งพิงยามเมื่อตนเองเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ คาดหวังว่าตัวผู้สูงอายุเองจะสามารถดูแลตนเองได้ในการทำกิจวัตรในชีวิตประจำวันต่าง ๆ โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น โดยเชื่อว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองในเรื่องเหล่านี้ได้ ซึ่งความคาดหวังในบทบาทของผู้สูงอายุในเรื่องนี้ นำมาซึ่งความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีในชีวิตต่อไป การศึกษาของเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ (2554) พบว่าผู้สูงอายุที่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พึ่งพาตนเองไม่ได้ คือ ต้องอยู่แต่ในบ้าน ไม่ได้ทำอะไร ใช้ชีวิตประจำวันช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มักเป็นบุคคลที่ขาดความสุข มีความเครียดได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น แต่หากผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองใช้ชีวิตประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ จะสามารถช่วยเพิ่มความสุขในชีวิตได้มากขึ้น และการศึกษาของ Strong *et al.* (2005) พบว่า จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพาทางกายมีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ โดยผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีภาวะพึ่งพาระดับรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองแม้แต่การกระทำกิจกรรมประจำวันได้ ซึ่งต้องการผู้อื่นดูแล มีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นผู้ที่มักขาดความสุขในชีวิต จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือดูแลทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้มีการยกระดับความสุขให้สูงขึ้น

สมมติฐานที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 3.1 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิต-สังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุเมื่อมีพลังใจที่ดี มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถเผชิญปัญหา และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ย่อมพัฒนาไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพและมีความสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชัญญาภรณ์ น้ำค้าง (2551) พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน โดยเฉพาะในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ซ้ำเติมด้วยภัยธรรมชาติ มีผลต่อความคิด จำเป็นต้องมีวิธีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านจิตสังคมให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยในการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุ การศึกษาของอารีย์ สังข์น้อย (2551) ได้ทำการวิจัยศึกษาพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง สถานีอนามัยห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการทดลองการส่งเสริมพลังทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการกับความเครียดมีความสุขมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของวีณา บุญแสง (2555) พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ในการพัฒนาจิตสังคมและอารมณ์ สัมพันธ์กับความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ Wallenstein (1992) พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมีความสุข

สมมติฐานที่ 3.2 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการระบุความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพได้ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและมีแรงจูงใจในการกำหนดได้ว่า เมื่อใดที่ผู้สูงอายุพร้อมในการเปลี่ยนแปลงแผนการจัดการสุขภาพให้ดีขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนแผนการจัดการสุขภาพและมีวิธีการที่ดีในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ก็ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการมีสุขภาวะแบบองค์รวมที่ดีและนำไปสู่การเกิดความสุขอย่างแท้จริงต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2557) พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมและกำหนดสุขภาพตนเองได้ โดยการเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น นับเป็นกลวิธีสำคัญของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยการพัฒนาทักษะและดึงเอาการเรียนรู้แบบผสมผสานมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นแบบองค์รวม ซึ่งนำไปสู่ความสุขในการดำเนินชีวิตอย่างยั่งยืนในอนาคต และการศึกษาของ Wallenstein (1992) พบว่า การนำวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดึงเอาศักยภาพของตนเองในการใช้วิจารณญาณเพื่อประเมินสาเหตุและความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพออกมาได้ จะนำไปสู่แรงจูงใจในการวางแผนจัดการสุขภาพให้ดีขึ้น และนำไปสู่การเสริมสร้างพลังแห่งความสุขให้แก่ผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 3.3 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมจนสามารถกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพ จนประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพ ย่อมนำมาซึ่งความภาคภูมิใจ มีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม และเกิดความสุขในการดำเนินชีวิตได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เพ็ญศิรินภา (2551) พบว่า กระบวนการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ค้นพบความสามารถของตนเอง และสามารถตัดสินใจกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพจนประสบผลสำเร็จ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและก่อให้เกิดความสุขได้ การศึกษาของ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) พบว่า การกระตุ้นเร้าให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพื่อ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปรับปรุงพัฒนาวิถีชีวิต วิถีการทำงาน ให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้จะนำความสุขมาให้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยองค์ประกอบสู่ความสำเร็จและความสุขคือ "พลังเอราวัณ 3 ประสาน" ได้แก่ 1) พลังใจ (heart) 2) พลังสมอง (head) 3) พลังทำ (ปฏิบัติ) (hand) และการศึกษาของอัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณีย์ และพรรณี ภาณุวัฒน์สุข (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่จะมีพลังทางสุขภาพที่เข้มแข็ง จำเป็นต้องรู้เทคนิควิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพที่เป็นแบบแผน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างความสุขให้ชีวิต

สมมติฐานที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 4.1 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีความสามารถและทักษะขั้นพื้นฐาน ในเรื่องความรู้ความเข้าใจทางด้านการอ่านและการเขียนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอในทุก ๆ สถานการณ์ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตและสร้างความสุขให้ชีวิตได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พันธ์-ศักดิ์ ศุกระฤกษ์ (2556) พบว่า การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ไม่ใช่เรื่องบังเอิญ หากแต่สามารถสร้างได้ ซึ่งปัจจัยในเรื่อง “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” มีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพและสร้างความสุขให้ชีวิต โดยหากผู้ใดมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ย่อมมีโอกาสตัดสินใจขั้นพื้นฐานในการเริ่มต้นดูแลสุขภาพได้อย่างเห็นผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และการศึกษาของ Kanj and Mitic (2009) พบว่า สมรรถนะของผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ในการสามารถเข้าถึง เข้าใจ และประเมินการใช้ความรู้ขั้นพื้นฐาน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีได้ สัมพันธ์กับการเกิดความสุขโดยตรง

สมมติฐานที่ 4.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีความสามารถและทักษะในเรื่องความรู้ความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางสุขภาพ สามารถนำข้อมูลจากการมีปฏิสัมพันธ์มาใช้ให้เป็นประโยชน์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รวมถึงสามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ให้ดีขึ้นได้ ย่อมส่งผลต่อการปรับตัวใช้ชีวิตอยู่กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับ การศึกษาของ กัญญา แซ่โก (2552) ที่ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ รู้จักนำคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดได้ดี มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 69.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และสัมพันธ์กับความสุขในการดำเนินชีวิตโดยตรง การศึกษาของ Baker *et al.* (1999) ได้ศึกษาบทบาทการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้แบบวัด TOFHLA ในทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิต และการศึกษาของ Lamb (2002) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของโครงการเดินเพื่อสุขภาพที่มีผู้นำในการเดิน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพทางด้านทักษะการเข้าสังคม ของกลุ่มบุคคลที่มีอายุระหว่าง 40 – 70 ปี เมื่อเพิ่มกิจกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะสังคม พบว่า มีความสุขในชีวิตสูงกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 4.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถและทักษะในเรื่องความรู้ความเข้าใจด้านการคิดวิเคราะห์วิจารณ์ การกลั่นกรองข้อมูลทางสุขภาพ การไตร่ตรองอย่างมีเหตุมีผล รวมถึงการตัดสินใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างดี ย่อมสัมพันธ์โดยตรงต่อการปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ที่ทำการวิจัยเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีทักษะทางปัญญาที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลในเชิงวิพากษ์ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ มีเหตุมีผล เข้าใจสิทธิและหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเอง ย่อมสร้างเสริมความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีให้เกิดขึ้น และการศึกษาของ DeWalt *et al.* (2004) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงทางด้านการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาทางสุขภาพได้น้อย และเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาระดับการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุ

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ยอมรับได้เท่ากับ 195 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจริงเท่ากับ 226 คน

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและแก้ไขจากคณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ตำบลมะตูม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป มีลักษณะข้อคำถาม 2 ลักษณะดังนี้ แบบให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ชนิดของโครงสร้างครอบครัว และการมีโรคประจำตัว และแบบให้เติมคำ ได้แก่ อายุ รายได้ รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ 7 ข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ 6 ข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน 7 ข้อ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว 6 ข้อ และกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .971

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม 6 ข้อ ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง 5 ข้อ และด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .937

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ๆ ละ 7 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .953

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุข ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ๆ ละ 7 ข้อ ได้แก่ ชีวิตที่รื่นรมย์ ชีวิตที่ดีงาม และชีวิตที่มีความหมาย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .933

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.1) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 54.9) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.5) สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 63.7) ในส่วนอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 46.5) ชนิดของโครงสร้างครอบครัว ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวขยาย (ร้อยละ 68.1) ด้านการมีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.4)

2. การพึ่งพาตนเอง จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพาตนเองโดยได้มาก (ค่าเฉลี่ย 75.29) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ มีระดับการพึ่งพาตนเองได้มาก (ค่าเฉลี่ย 15.39; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ มีระดับการพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 11.98; แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน มีระดับการพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.51; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว มีระดับการพึ่งพาตนเองได้มาก (ค่าเฉลี่ย 12.74; แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ) และด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีระดับการพึ่งพาตนเองได้มาก (ค่าเฉลี่ย 21.66; แบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ)

3. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวมปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 48.56) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง (ค่าเฉลี่ย 18.08; แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ) ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.81; แบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ) และด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 16.68; แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ)

4. ความรอบรู้ทางสุขภาพ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 39.48) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 12.84; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.68; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) และความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 12.96; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ)

5. ความสุข จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 41.85) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ มีระดับความสุขมาก (ค่าเฉลี่ย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

14.76; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) ด้านด้านชีวิตที่ดีงาม มีระดับความสุขมาก (ค่าเฉลี่ย 14.31; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ) และด้านชีวิตที่มีความหมาย มีระดับความสุขปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 12.78; แบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีความสุขแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อย ได้ดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีความสุขไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานย่อยที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานย่อยที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานย่อยที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานย่อยที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานย่อยที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานย่อยที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความ-สุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานย่อยที่ 1.8 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีความสุขไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 2 การพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การพึ่งพาตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การพึ่งพาตนเอง ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว และด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน

สมมติฐานที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านชีวิตที่ดีงาม และด้านชีวิตที่มีความหมาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน

สรุปผลการทดสอบสมมุติฐาน ปรากฏดังนี้

ตารางที่ 29 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
	ไม่สอดคล้อง	สอดคล้อง
สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อย ได้ดังนี้		
สมมติฐานย่อยที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน	✓	
สมมติฐานย่อยที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน		✓

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 29 (ต่อ)

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
	ไม่สอดคล้อง	สอดคล้อง
สมมติฐานย่อยที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน	✓	
สมมติฐานย่อยที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน		✓
สมมติฐานย่อยที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน		✓
สมมติฐานย่อยที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน		✓
สมมติฐานย่อยที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน		✓
สมมติฐานย่อยที่ 1.8 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน	✓	
สมมติฐานที่ 2 การพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ		✓
สมมติฐานที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ		✓
สมมติฐานที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ		✓

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา เรื่อง การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ทำให้ทราบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน ซึ่งจากงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น ระดับความสุขในชีวิตจะน้อยลงไป โดยผู้สูงอายุตอนปลาย ที่มีช่วงอายุระหว่าง 80 – 89 ปี มีความสุขต่ำกว่าช่วงอายุอื่น ซึ่งเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคประจำตัวต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย เนื่องจากอายุที่มากขึ้น โดยจะเห็นว่าโรคที่เกิดในผู้สูงอายุ มักเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคข้อและกระดูก โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น ดังนั้น ควรเริ่มให้ความสำคัญตั้งแต่ 1) ในระดับเอกัตบุคคล ต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงผู้สูงอายุตอนปลาย ที่มีความสุขต่ำกว่าช่วงอายุอื่น มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ท้อแท้ต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หรือโรคภัยไข้เจ็บที่มารุมเร้า สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีความสุข 2) ในระดับครอบครัว ควรให้กำลังใจและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น ให้ความสำคัญและหมั่นหากิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในการใช้เวลาอยู่ร่วมกันเพื่อสร้างความสุขให้แก่ผู้สูงอายุ 3) ในระดับชุมชน/ท้องถิ่น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสุขให้สูงขึ้น โดยชมรมผู้สูงอายุและองค์การบริหารส่วนตำบล ควรให้ความตระหนักและความสำคัญในการปรับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงอายุในการเสริมสร้างความสุข ซึ่งผู้สูงอายุตอนปลาย เป็นวัยที่มีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและไม่เอื้ออำนวยเท่าวัยอื่น กิจกรรมจึงไม่ควรโลดโผนหรือต้องเคลื่อนไหวร่างกายมากเกินไป เช่น จัดกิจกรรมรวมกลุ่มผู้สูงอายุประดิษฐ์หรือทำงานหัตถกรรม เป็นต้น รวมทั้งมีการจัดสวัสดิการที่เป็นประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การอำนวยความสะดวกโดยจัดหายานพาหนะรับ – ส่งผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล หรือไม่มีญาติพามาร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือการออกระดมเงิน หาผู้สนับสนุน เพื่อรวบรวมเงินมาจัดตั้งเป็นกองทุน/มูลนิธิช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้หน่วยงานในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ควรมีกิจกรรมโดยให้กลุ่มบุคคลต่าง ๆ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ พระสงฆ์ ผู้สูงอายุต้นแบบ กลุ่มอาสาสมัคร เป็นต้น ออกพบปะเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้าน โดยมุ่งเน้นการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพแบบองค์รวม (กาย/ใจ/สังคม/จิตวิญญาณ) เสริมสร้างกำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ให้หลักคำสอนที่ดีในการดำรงชีวิตที่มีความสุข มีส่วนร่วมในการวางแผนรับมือความตายอย่างสงบ รวมถึงการแจกจ่ายข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุ 4) ในระดับประเทศ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณหรือเงินค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น ทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Care giver) มี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สวัสดิการที่ครอบคลุมให้กับผู้สูงอายุ ทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ ด้านความปลอดภัย ตลอดจนด้านสังคมและวัฒนธรรม

1.2 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอาศัยอยู่ร่วมกัน จะมีความสุขสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยาย จะมีความสุขสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มักใช้ชีวิตเพียงลำพัง มีบุคคลแวดล้อมน้อยมาก สร้างความเหงาและว้าเหว่ในชีวิตได้ง่าย ดังนั้น 1) ในระดับเอกัตบุคคล ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ หรือผู้ที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง/ครอบครัวเดี่ยว สามารถเรียนรู้ในการใช้ชีวิตอย่างมีสติและเป็นสุข มองโลกในแง่บวก เข้าใจความเป็นไปและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ใช้หลักธรรมคำสอนในแต่ละศาสนามาเป็นหลักในการดำรงชีวิต สามารถหากิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียดทำยามว่าง เพื่อไม่ให้รู้สึกอ้างว้างในการอยู่เพียงลำพัง ได้แก่ การทำงานอดิเรกที่สนใจ การนั่งสมาธิ การเข้าวัดฟังธรรม การออกไปทำกิจกรรมพบปะผู้อื่นในสังคม เป็นต้น 2) ในระดับครอบครัว ลูกหลาน/ญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้าน/มิตรสหาย ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมครอบครัวที่ดีให้เกิดขึ้น ให้ความสำคัญและความเคารพต่อผู้สูงอายุ มีความกตัญญูกตเวทีและวางผู้สูงอายุไว้ในฐานะศูนย์กลางของจิตใจสำหรับครอบครัว หมั่นหาเวลามาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง เอาใจใส่ดูแลให้ความช่วยเหลือเท่าที่สามารถช่วยได้ คอยให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข 3) ในระดับชุมชน/ท้องถิ่น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรหากิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ได้มีการยกระดับความสุขในชีวิตให้มากขึ้น ได้แก่ การจัดกิจกรรมนิมนต์พระสงฆ์มาเทศนาสั่งสอนธรรมในการกล่อมเกลาชีวิต ให้สามารถยอมรับความจริงในชีวิตได้อย่างมีสติ สร้างพลังบวกทางจิตใจและสร้างความสุขที่แท้จริงให้เกิดขึ้น การจัดกิจกรรมคัดเลือกผู้สูงอายุต้นแบบเพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองในการใช้ชีวิตให้มีความสุข การตั้งกลุ่มจิตอาสาในชุมชน/กลุ่มเครือข่ายครอบครัวอาสาเพื่อผู้สูงอายุ ออกเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังตามบ้าน แบ่งปันโอกาสทั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับ แบ่งปันความรัก และเชื่อมโยงความผูกพันให้แก่ผู้สูงอายุ สร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุ เชื่อมั่นว่าชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบันนั้นมีความหมาย ตนเองนั้นยังคงเป็นบุคคลที่เป็นที่รักและมีความสำคัญต่อผู้อื่น เกิดทัศนคติเชิงบวกและมองโลกในแง่ดีมากขึ้น หรือการจัดกิจกรรมนำผู้สูงอายุออกไปท่องเที่ยวยังสถานที่น่าสนใจต่าง ๆ เพื่อให้รู้จักการออกไปพบปะเพื่อนฝูงและทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งจะช่วยคลายความเหงาได้ เป็นต้น 4) ในระดับประเทศ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณหรือเงินค่าตอบแทน ในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพังให้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

มากขึ้น มีมาตรการหรือนโยบายจัดการรองรับเรื่องการสร้างบ้านพักคนชรา/สถานสงเคราะห์ดูแลผู้สูงวัย เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

1.3 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพและรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน ซึ่งจากงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ มีความสุขต่ำกว่าอาชีพอื่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการออกไปพบปะสังคมหรือประกอบกิจกรรมภายนอกน้อย ขาดคนให้การยกย่องนับหน้าถือตา ขาดรายได้ ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง มองเห็นศักดิ์ศรีและการยอมรับตนเองน้อยลงไป รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน ก็มีความสุขต่ำกว่าช่วงรายได้อื่น ซึ่งอาจเป็นผลจากเศรษฐานะทางการเงินที่ต่ำ ขาดความคล่องตัวทางการเงิน มีความเป็นอยู่ที่ลำบากและขัดสน ทำให้ลดทอนความสุขในชีวิตลงไป ดังนั้น 1) ในระดับเอกัตบุคคล จำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้ผู้สูงอายุมองเห็นศักดิ์ศรีและศักยภาพที่มี กระตุ้นให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การเล่นดนตรี การฟังเพลง การสวดมนต์ การอ่านหนังสือ การทำงานบ้าน เป็นต้น รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการสร้างโอกาสและช่องทางในการหารายได้เพิ่มเติมให้แก่ตนเอง เช่น การทำงานหัตถกรรมหรืองานประดิษฐ์ที่สนใจ การเพาะปลูกพันธุ์ไม้ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ เป็นต้น 2) ในระดับครอบครัว ควรให้การยกย่องและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น สนับสนุนการแสดงบทบาทหรือการทำหน้าที่รับผิดชอบเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ ให้กำลังใจผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ควรช่วยกันสืบสานประสบการณ์องค์ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ จากผู้สูงอายุที่สั่งสมมา เช่น การนวดแผนไทย การทำตำรับยาสมุนไพร การแปรรูปอาหาร การทำสูตรอาหารท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งนับเป็นภูมิปัญญาและมรดกอันทรงคุณค่าที่ควรช่วยกันอนุรักษ์ 3) ในระดับชุมชน/ท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน ควรส่งเสริมกระบวนการอบรมฝึกอาชีพและจัดหางานที่เป็นรูปธรรมให้ผู้สูงอายุ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการมีส่วนร่วม ในการนำทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้อย่างสร้างสรรค์ในเชิงอนุรักษ์เพื่อสร้างรายได้ เกิดวัฒนธรรม/จารีตประเพณีที่ดีในชุมชน เช่น การนำพืชผักในป่ามาทำกินและแบ่งขายสร้างรายได้ ในขณะเดียวกันก็มีโครงการปลูกพันธุ์ไม้/ปลูกป่าทดแทนประจำปี หรือการนำน้ำจากธรรมชาติมาใช้เพื่อการเพาะปลูกและการเกษตรกรรม ในขณะเดียวกันก็มีการรณรงค์ให้มีการสร้างฝายอนุรักษ์น้ำ เป็นต้น รวมทั้งผลักดันการสร้างกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่เข้มแข็ง เช่น กลุ่มโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ หรือผลิตภัณฑ์โอทอป (OTOP) และภูมิปัญญาไทย เป็นต้น เพื่อให้เกิดอำนาจต่อรองในการสร้างรายได้ที่มั่นคงของกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้เกิดกระบวนการที่สร้างความมั่นคงทางด้านการเงินและเศรษฐกิจให้กับผู้สูงอายุ โดยดึงให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการเงินทองและค่าใช้จ่าย รวมทั้งการวางแผนการเงิน เช่น การ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รวมกลุ่มการออมเงิน/ฝากเงินในชุมชน สำหรับผู้ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ (ธนาคารเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน) การรวมกลุ่มบริจาคเงิน/สิ่งของช่วยเหลือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยากไร้ หรือการรวมกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุ เพื่อดูแลเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันในชุมชน (เพื่อนช่วยเพื่อน) เป็นต้น 4) ในระดับประเทศ รัฐบาลควรมีการรณรงค์เผยแพร่ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรับรู้สิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ ที่ตนเองพึงได้รับ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ การเข้าร่วมสวัสดิการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข (ค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว) การทำประกันชีวิต การเข้าถึงสิทธิในการได้รับบริการทางสุขภาพตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ การได้รับสิทธิประโยชน์ในเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การได้รับการลดหย่อนหรือยกเว้นภาษี การได้รับส่วนลดค่าโดยสารยานพาหนะ การได้รับการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ เป็นต้น รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรู้จักหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่คอยดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

2. จากผลการวิจัย พบว่า การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ มีระดับการพึ่งพาตนเองได้มาก จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้มากตลอดไป รวมทั้งยังพบว่าการพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ ดังนั้นหากมีการส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองในผู้สูงอายุได้มากขึ้น จะทำให้ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุมากตามไปด้วย โดยสามารถเริ่มตั้งแต่ 1) ในระดับเอกัตบุคคล ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ หมั่นเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับความรู้และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ เกิดความตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง (Self esteem) รับรู้ถึงขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ให้เป็นปัญหาหรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น 2) ในระดับครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้อง ควรให้กำลังใจผู้สูงอายุให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง ยกย่องและผลักดันให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในศักยภาพที่จะดูแลตนเอง ให้ความไว้วางใจในการแสดงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ 3) ในระดับชุมชน/ท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นผู้สูงอายุให้ช่วยเหลือตนเองหรือมีโอกาสแสดงศักยภาพ ในการรับผิดชอบหน้าที่หรือบทบาทต่าง ๆ เพื่อสร้างความภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ เช่น การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเป็นแม่งานหลักในการจัดกิจกรรมหรือประเพณีในท้องถิ่น การให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น การส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งหน่วยงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ควรมีโครงการตรวจสุขภาพและให้คำแนะนำทางสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ในการดูแลสุขภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้มากขึ้น 4) ในระดับประเทศ รัฐบาล

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ควรมุ่งเน้นนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีการผสมผสานกัน ทั้งในแง่ของการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพให้ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง รวมทั้งควรมีการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ทั้งในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน, ศูนย์สุขภาพชุมชน) หน่วยบริการทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป) และหน่วยบริการตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลเฉพาะทาง) นำไปสู่สิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการดูแลสุขภาพที่พึงได้รับของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง เสริมสร้างการมีสุขภาวะที่ดีแบบองค์รวม (กาย/จิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2552) มีแนวโน้มในการพึ่งพาตนเองได้มาก และลดอัตราผู้สูงอายุที่เป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคมต่อไป

3. จากผลการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของผู้สูงอายุ มีระดับการเสริม-สร้างพลังทางสุขภาพปานกลาง ดังนั้น 1) ในระดับเอกัตบุคคล จำเป็นต้องเพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้สูงอายุเกิดพลังในการดูแลสุขภาพมากขึ้น กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเอง และเข้าใจศักยภาพที่มีของตนเอง มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก “อึด ฮึด สู้” [อึด = ศักยภาพที่ทนต่อแรงกดดันได้ดี, ฮึด = มีกำลังใจเข้มแข็ง และสู้ = การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค] (สำนักงานระบบข่าวสารสุขภาพ, 2551) 2) ในระดับครอบครัว ควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นแรงสนับสนุนที่ดี คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้สูงอายุให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเชื่อในพลังที่มีของตนเอง และเกิดความภาคภูมิใจในชีวิต มองโลกในแง่บวกมากขึ้น 3) ในระดับชุมชน/ท้องถิ่น หน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ควรยึดแนวทางขององค์กรหรือหน่วยงานในการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ตามหลัก “พลังเอราวัณ 3 ประสาน” ประกอบด้วย พลังใจ (Heart) = สร้างแรงจูงใจ, พลังสมอง (Head) = ให้ความรู้ และพลังทำ (Hand) = นำสู่ปฏิบัติ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) มีการคิดค้นกระบวนวิธีหรือกิจกรรมในการทำให้ผู้สูงอายุมีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูงขึ้น เร่งหาปัจจัยเสริมในการสร้างสรรค์กิจกรรม เช่น งบประมาณ จำนวนบุคลากร/ผู้เชี่ยวชาญ เวลา สื่อและเทคโนโลยีต่าง ๆ ฯลฯ ส่งเสริมการรวมกลุ่มในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพตามปัญหาและความสนใจ โดยมุ่งเน้นกิจกรรมในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพที่ดี เช่น การจัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายในลานกีฬาสุขภาพ เป็นต้น กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้จักใช้ประสบการณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและทำความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเรื่องพฤติกรรมของตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทาน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อาหารไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น รู้จักควบคุมพฤติกรรมที่ไม่ดี รวมทั้งมีการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส (3 อ = อาหาร/อารมณ์/ออกกำลังกาย และ 2 ส =สุรา/สูบบุหรี่) คือ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม, การรับประทานอาหารครบห้าหมู่, การหากิจกรรมผ่อนคลายความเครียด, การไม่ดื่มสุราและการไม่สูบบุหรี่ (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) 4) ในระดับประเทศ รัฐบาลควรมีการกำหนดมาตรการและให้งบประมาณสนับสนุนในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพ รู้จักวางแผนในการดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับเหตุปัจจัย วิถีชีวิต เงื่อนไขทางสังคมอย่างเหมาะสมและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป นอกจากนี้รัฐบาลควรมีการการรณรงค์ตามสื่อหรือโฆษณาต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ เพื่อสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในพลังที่จะดูแลสุขภาพ และนำตนเองไปสู่ผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพที่ตั้งไว้ต่อไป

นอกจากนี้ โดยสรุปจากผลการวิจัย ยังพบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุมีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสูง จะส่งผลให้มีความสุขมากตามไปด้วย โดยหน่วยงานต่าง ๆ ในท้องถิ่น สามารถจัดกิจกรรมที่หลากหลายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในแต่ละด้านได้ดังนี้ คือ 1) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การอบรมผู้สูงอายุในการรับมือและจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น 2) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น การอบรมเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ยังไม่เหมาะสมของตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการปรับโภชนาการอาหารให้ถูกสุขลักษณะและเหมาะสมตามช่วงวัยมากขึ้น เป็นต้น หรือ 3) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การอบรมเรื่องการดูแลตนเองให้ห่างไกลโรคของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการปรับการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถึงจุดม่งหมายคือการมีสุขภาวะที่ดีแบบองค์รวม เป็นต้น

4. จากผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง และพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงขึ้น จะทำให้ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้นตามไปด้วย โดย 1)ในระดับเอกัตบุคคล ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ใส่ใจ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพรอบตัว เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านคู่มือการใช้สิ่งของ ต่าง ๆ ก่อนใช้งาน เป็นต้น นอกจากนี้สามารถปรับตัวตามหลัก “6 อ เพื่อการมีความรอบรู้ทางสุขภาพ” ประกอบด้วย อาศัยอยู่แบบไลฟ์สไตล์สุขภาพดี, ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ, แอนตี้ความชรา, เอาน้ำหนักส่วนเกินลง, อาหารดี สุขภาพดี และอ่อนเยาว์ด้วยฮอร์โมนที่สมดุล (พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2556) 2) ในระดับครอบครัว ควรเป็นแรงสนับสนุน ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ตระหนักในการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทางสุขภาพ เพื่อรักษาสิทธิประโยชน์ของตนเอง รวมทั้งเสริมทักษะให้กับผู้สูงอายุมีมากขึ้นทั้งในด้านการอ่านและการเขียน เช่น การโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุหมั่นอ่านฉลากยาก่อนรับประทาน การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไปศึกษาค้นคว้าเรื่องทางสุขภาพเพิ่มเติมในห้องสมุดชุมชน การสนับสนุนทุนทรัพย์ กรณีที่ผู้สูงอายุมีความประสงค์เข้าศึกษาในสถานศึกษาเพิ่มเติม หรือการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดหมายและรับฟังข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เป็นต้น 3) ในระดับชุมชน/ท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลและจังหวัด ควรหารูปแบบกิจกรรมหรือแนวทางที่สามารถเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ควรมุ่งเน้นการสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านและการเขียนของผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการส่งผู้สูงอายุไปอบรม หรือดูงานเพื่อบูรณาการความรู้ตามช่วงวัยเพิ่มเติม เป็นต้น การสร้างองค์ความรู้สำหรับพัฒนาการตัดสินใจ เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น การจัดตั้งห้องสมุดในชุมชน เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาระบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการทางสุขภาพให้มากขึ้น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ควรมีการจัดบุคลากรไว้คอยให้บริการดูแล และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยคอยให้ความรู้ กำกับดูแล และเสนอแนะแนวทางในการเขียนใบกรอกประวัติ หรือการอ่านฉลากยา เป็นต้น 4) ในระดับประเทศ แม้ปัจจุบันจะมีความตระหนักมากขึ้นในการให้ความสำคัญกับการศึกษาในเรื่อง ต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านการศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต(คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) อย่างไรก็ตามแผนการดำเนินการและการปฏิบัติงานยังขาดความต่อเนื่อง และขาดแรงผลักดันให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน รัฐบาลควรมีมาตรการในการสร้างเสริมและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในเชิงระบบอย่างยั่งยืน ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบการศึกษา ระบบการสาธารณสุข และระบบวัฒนธรรมและสังคม (กรมการศึกษานอกโรงเรียน, 2541) โดยในระบบการศึกษา ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่สำคัญของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาตลอดชีวิตจะช่วยยกระดับให้ผู้สูงอายุเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการสร้างสถานศึกษา หรือการศึกษานอกโรงเรียนเพื่อผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณในการส่งผู้สูงอายุไปอบรม/ดูงานนอกสถานที่ เป็นต้น ระบบการสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญในการสร้างเสริม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

และดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนงบประมาณในการสร้างระบบการดูแลและให้ความรู้กับผู้สูงอายุทั้งทักษะในด้านการอ่านและการเขียนเกี่ยวกับสุขภาพ สุดท้ายคือระบบวัฒนธรรมและสังคม ถือเป็นเป้าหลอมใหญ่ของการเรียนรู้และการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีการยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น รัฐบาลควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนวัฒนธรรมการเรียนรู้ที่ดีในชุมชน เช่น การผลักดันให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการจดลิขสิทธิ์ทางภูมิปัญญาท้องถิ่น การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุจดบันทึกภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้เป็นมรดกให้ลูกหลาน เป็นต้น

5. จากผลการวิจัย พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุ มีระดับความสุขปานกลาง ดังนั้นควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ 1) ในระดับเอกัตบุคคล ผู้สูงอายุควรมีแนวทางปฏิบัติตัวตามหลัก “ ปรับ 4 เติม 3” (สำนักงานพัฒนาระบบข่าวสารสุขภาพ, 2551) โดย “ปรับ 4” ประกอบด้วย ปรับอารมณ์ (เกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ยอมรับธรรมะเข้ามาหล่อเลี้ยงใจได้อย่างถูกต้อง เพียงพอ และเหมาะสมกับโอกาส เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดีและมีพลังในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข) ปรับความคิด (รู้จักยอมรับความรู้และประสบการณ์ใหม่ ๆ เพื่อช่วยให้ตนสามารถปรับตัวได้ทันกับโลก มีเจตคติที่ดีและมองโลกในแง่ดี) ปรับการกระทำ (หมั่นกระทำพฤติกรรมที่ทำให้ชีวิตมีความสุข ใช้เวลาและโอกาสในชีวิตให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น) ปรับเป้าหมาย (รู้จักการกำหนดเป้าหมายเพื่อการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุข ทั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว) และ “เติม 3” ประกอบด้วย เติมศรัทธา (เชื่อในคุณค่าของชีวิต อยู่อย่างมีความหวัง) เติมมิตร (ยินดีรับเพื่อนใหม่ รู้จักการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในวัยเดียวกันและต่างวัยกัน) เติมจิตใจให้กว้าง (ปฏิบัติตนเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับที่ดี การเป็น “ผู้ให้” คือรู้จักการให้ความรู้ แบ่งปันประสบการณ์ให้แก่ผู้อื่น ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้กำลังใจ มีความเมตตา มีความเห็นใจและเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ผู้ร่วมงาน และผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคม ส่วนการเป็น “ผู้รับ” คือการน้อมรับคำแนะนำ ความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยดี เมื่อประสบปัญหาที่เกินกำลัง) 2) ในระดับครอบครัว ควรเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ใส่ใจและให้ความสำคัญในเรื่องของเวลา และโอกาสในการทำกิจกรรมที่มีความสุขร่วมกัน 3) ในระดับชุมชน/ท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลและจังหวัด เป็นต้น ควรร่วมมือกันดำเนินงานหรือจัดโครงการที่ต่อเนื่อง ในการพัฒนาความสุขให้กับผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์ปัญหา ประชุมวางแผนงาน จัดสรรงบประมาณ/บุคลากร/เวลา/สถานที่/รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม รวมถึงการติดตามและประเมินอย่างเป็นระบบ 4) ในระดับประเทศ ทั้งภาครัฐและเอกชนควรให้ความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการยกระดับความสุขของผู้สูงอายุในทุกด้าน ทั้งด้านชีวิตที่รื่นรมย์ ชีวิตที่ดีงาม และชีวิตที่มีความหมาย ทั้งนี้องค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ยังสอดรับกับ “ความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ” คือ สุขสบาย สุขสนุก สุขสว่าง สุขสงบ และสุขสง่า (อัมพร

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณีย์ และพรรณี ภาณุวัฒน์สุข, 2555) โดยด้านชีวิตที่รื่นรมย์สอดคล้องกับการเกิดความสุขสบายและความสุขสนุก ด้านชีวิตที่ดีงาม สอดคล้องกับการเกิดความสุขสว่างและความสุขสงบ ส่วนด้านชีวิตที่มีความหมายสอดคล้องกับการเกิดความสุขสง่า ซึ่งหากมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในทุกระดับทั้ง ตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุ เกิดความสุขอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสุขกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างออกไป ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เป็นต้น จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจผู้สูงอายุในภาพรวมมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษากับตัวแปรอื่นที่มีผลต่อความสุข ได้แก่ การมีส่วนร่วม เสรีภาพส่วนบุคคล ค่านิยมส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการประชุมกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง นำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมการศึกษานอกโรงเรียน. 2541. **การศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ** (Online). http://202.143.165.166/ageing/index.php, 23 กรกฎาคม 2556.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2554. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554**. กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบล๊อก.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546** (Online). http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=538974594&Ntype=19, 23 กรกฎาคม 2556.

กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2556. **ความยืนยาวของชีวิต** (Online). http://www.wt.ac.th/~somyos/ya/index.html, 24 กรกฎาคม 2556.

กองสุขศึกษา. 2553. **ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12 - 15 ปี**. กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กัญญา แซ่โก. 2552. **ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา (HEALTH LITERACY AMONG EYE SURGERY PATIENTS)**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

การสำรวจสังคมและวัฒนธรรม. 2551. **ความสุขคนไทย** (Online). http://www.androidpit.de/app/air.com.blue.happy1, 22 มกราคม 2557.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. 2553. “การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง ความแตกฉานด้านสุขภาพ.” **วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** 6 (1): 46-55.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552. **แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2545 - 2564.** ฉบับที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิสย์.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552. “Empowerment กับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ.” **นิตยสารหมอชาวบ้าน** 368: 18–20.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ตันศิริ. 2536. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.

จินตหรา อรกุล. 2540. **ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน บ้านสร้างค้อ ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน, มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2553. **ลูกหลานจะสุขอย่างไร หากผู้สูงอายุไทยยังถูกกระทำรุนแรง** (Online). http://www.manager.co.th/Family/ViewNews.aspx?NewsID= 9530000014963, 24 กรกฎาคม 2556.

_____, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ เบอร์ริก อินเกอร์ซอล. 2543. “ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ.” **พฤฒาวทิยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1 (1): 21-27.

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. 2549. **แนวคิดพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจในระดับประเทศ** (Online). http://www.baanjomyut.com/library_2/economic_community/12_8.html, 24 กรกฎาคม 2556.

ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. 2557. “ผู้นำการสร้างพลัง.” **จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์** 13 (2): 44–54.

ชัญญาภรณ์ น้ำค้าง. 2551. **พลังสุขภาพจิตเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส** (Online). http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth_event18.php, 24 กรกฎาคม 2556.

ชุติไกร ตันติชัยวนิช. 2551. **ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยครอบครัว, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538. **สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: ศุภวนิชการพิมพ์. อ้างถึง Kahn, R. L. 1952. "Non-aphasic misnaming (paraphasia) in organic brain disease." **Arch Neurol. Psychiat** 67 (2): 72 – 79.

เชษฐพล มานิตย์. 2554. **ความสุขคืออะไร** (Online). http://themosthappiness. wordpress.com//2011/06/15/ความสุขคืออะไร/, 24 กรกฎาคม 2556.

เดชรัต สุขกำเนิด. 2550. **พลังงาน: งานที่มีพลัง**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโลกสีเขียว.

ธำรง เปรมปรีด์. 2550. **การพึ่งตนเองตามแนวปรัชญาพอเพียง** (Online). www.yru.ac.th/e-journal/file/.../pre_126.doc, 24 กรกฎาคม 2556.

นวลละออ แสงสุข. 2549. "คนไทยกับพฤติกรรมการพึ่งตนเอง." **วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์** 1 (2): 1–19.

นันทยา อุดมพาณิชย์. 2554. **การดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง** (Online). http://rehab.md.kku.ac.th/mdbtemplate/mytemplate/template.php?component=view_article&qid=372, 15 พฤศจิกายน 2556.

นิตยา เพ็ญศิรินภา. 2551**. การเสริมพลังกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวคิด และการปฏิบัติ**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

บุญเลิศ พูนสุขโข. 2553. **การเปรียบเทียบผลของการวางเงื่อนไขเป็นกลุ่มที่มีต่อการพึ่งตนเองทางด้านการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. 2556. **การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์ดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน.** รายงานการศึกษาส่วนบุคคล (Individual Study) สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ. 106 หน้า.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ** (Online). http://www.nhrc.or.th/news.php?news_id=186, 25 กรกฎาคม 2556.

ประวีณ รอดเขียว. 2552. **ทัศนคติต่อการพึ่งตนเองของประชาชนในเขตบริการของโรงเรียนในโครงการทดลองของโรงเรียนมัธยมชุมชนจังหวัดลำปาง**. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาการศึกษา, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ประเวศ วะสี. 2551. **กรุ่นกลิบความสุข**. กรุงเทพมหานคร: กรีน-ปัญญาญาณ.

ปรีชา อุปโยธิน. 2538. "พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาระหว่างโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน." **สังคมศาสตร์การแพทย์** 1 (8): 31-48.

ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และ พิริยะ ผลพิรุฬห์. 2550. **"ความสุขกายสบายใจของคนเมือง" ในประชากรและสังคม.** นครปฐม: ประชากรและสังคม.

ปิยะดา ด้วงพิบูลย์. 2552. **การประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ฝ่ายทะเบียนและบัตรอำเภอพรหมพิราม. 2556. **สถิติจำนวนผู้สูงอายุในตำบลทับยายเชียง.** อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ประจำปี 2556 (ข้อมูล ณ วันที่ 11 กรกฎาคม 2556). 52 หน้า.

พระทศพล เขมาภิรโต. 2543. **ชีวิตเพื่อสันติสุขและสันติภาพ** (Online). http://www.baanjomyut.com/library/peace_and_peace/06.html, 24 กรกฎาคม 2556.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). 2554. **ความสุขทุกแง่ทุกมุม**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมะอินเทรน.

พระไพศาล วิสาโล. 2551. **สุขแท้กลางใจเรา.** กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พระมหาพีรพัฒน์ พันศิริ. 2553. **การวัดภาวะการพึ่งพาตนเอง (Self-reliance) ของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์สาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พวงชมพู ประเสริฐ. 2557. **ปลดล็อก...ความคิดต่างวัยสร้างความเข้าใจในครอบครัว** (Online). http://www.komchadluek.net/detail/20140611/186268.html, 12 มกราคม 2557.

พัชรินทร์ คำอินทร์. 2548. **ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. 2556. **ฉลาดคิด ชีวิตสุขภาพดี: เรียนรู้วิธีการเสริมสร้าง "ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Quotient)"** (Online). http://www.evitallife.com/news/65/210/Health-Quotient.html, 6 มีนาคม 2557.

พิสมัย จันทวิมล. 2551. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Thesaurus).** ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. อ้างถึง World Health Organization (WHO). 1998. **Health literacy and health behavior** (Online). http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/, 13 ธันวาคม 2556.

เพ็ญนรินทร์ สารทจำเริญ. 2549. **การศึกษาทัศนะคติของผู้สูงอายุต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ไมตรี ติยะรัตนกูร. 2536. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. 2554. **คู่มือการวิจัยและการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต.** กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์. 2549. **การศึกษาแนวทางการดูแลและเสริมสร้างสุขภาวะ: กลุ่มผู้สูงอายุบ้านสันทรายหลวง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่** (Online). http://www.research.cmru.ac.th/2013/ris/research_ris.php?no=170, 5 มีนาคม 2557.

รศรินทร์ เกรย์, อนุชาติ พวงสาลี และ ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. 2551. **หลากหลายมิติแห่งความอยู่ดีมีสุขของคนไทย**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

รสาพร หม้อศรีใจ. 2544. **การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท เชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษานอกระบบ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รักดี โชติจินดา และ เจริญเกียรติ ธนสุขถาวร. 2548. **ความสุข**. กรุงเทพมหานคร: สวนเงินมีมา. แปลจาก R. Layard. 2005. **Happiness: Lessons from a New Science.** London: Penguin Press.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน 2542**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: นามมีบุ๊คส์ พับลิเคชันส์.

รุ้งทอง คราม่านนท์, เรวดี สุวรรณนพเก้า, ภูวไนย พุ่มไทรทอง และ รศรินทร์ เกรย์. 2550. “ความสันโดษ และความอยู่ดีมีสุขของคนไทย: กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรีและชัยนาท.” ใน **รายงานการประชุมวิชาการครั้งที่ 4 “ประชากรและสังคม 2551”**. นครปฐม: ประชากรและสังคม, 1-17.

เรณุการ์ ทองคำรอด. 2545. **จิตสังคมผู้สูงอายุ** (Online). http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_8.html, 16 มกราคม 2557.

เรวดี เพชรศิราสัณห์, ศิริอร สินธุ, สายฝน เอกวรางกูร, อุไร จเรประพาพ และ เจนเนต พลเพชร. 2550. “ความสุขและวิถีการสร้างเสริมสุขภาพ: ความต้องการที่แตกต่างระหว่างคนสามวัยในครอบครัวไทย.” **วารสารพยาบาล** 56 (1): 11.

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. 2549. **ค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย** (Online). http://dric.nrct.go.th/bookdetail.php?book_id=168436, 16 มกราคม 2557.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วรรณวิสาข์ ไชยโย. 2551. “ทรรศนะเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์.” **วารสารมนุษยศาสตร์** 13 (1): 31-53.

วลัยพร รัตนเศรษฐ. 2547. **การสำรวจความคิดเห็นและการรายงานตนเอง (Self - report) เรื่องการประเมินนโยบายสาธารณะด้วยความสุข**. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขารัฐ-ประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

วัชรวรรณ พานิชเจริญ. 2554. **คุณรู้จักความสุขดีแค่ไหน** (Online). http://www.social.dmh.go.th/social/newweb2/news_promotion_detail.php?id=6146, 3 สิงหาคม 2556.

วันเพ็ญ วงศ์จันทรา. 2539. **แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรม-ปกรณ์จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิชัย โปษยะจินดา. 2550. **“บทบาทของระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ควรเป็นอย่างไร: สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน การสร้างสุขภาพ บริการสุขภาพองค์รวม”**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ. 2552. **ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสัสดิการสังคม, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิทมา ธรรมเจริญ. 2555. **อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสถิติประยุกต์, สถาบันบัณฑิตพัฒน-บริหารศาสตร์.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์. 2556. **ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย** (Online). http://www.cps.chula.ac.th, 24 กรกฎาคม 2556. อ้างถึง World Health Organization (WHO). 2012. **Policies and priority interventions for healthy ageing.** Copenhengen: Scherfigsvej.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. 2552. **"ภาพรวมผู้สูงอายุไทย": ในการทบทวนและสังเคราะห์องค์-ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 - 2550**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

วิรัช แผ้วสกุล. 2527. **ความต้องการทางการศึกษานอกโรงเรียนของผู้สูงอายุที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ของกระทรวงศึกษาธิการ**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษาผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2554. **ศาสตร์และศิลป์ การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีณา บุญแสง. 2555. **การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับสื่อมวลชนท้องถิ่น.** นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. 2553. **สุขภาพดีสมใจในวัยสูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

ศรีประภา ชัยสินธพ. 2554. **สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ** (Online). http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/oldpsyc/, 27 ตุลาคม 2556.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2550. "แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: การศึกษาเชิงคุณภาพ." **วารสารประชากรศาสตร์** 23 (2): 67-84.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2549. **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท มิสเตอร์ก็อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. 2549. **ความสุขบนความ พอเพียง: ความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต** (Online). http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article09.htm, 10 ตุลาคม 2556.

ศิริบูรณ์ สายโกสุม. 2550. **ทฤษฎีการให้คำปรึกษา THEORIES OF COUNSELING มหาวิทยาลัยรามคำแหง** (Online). http://www.dmh.go.th/test/qtest/, 24 กรกฎาคม 2556.

ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. 2552. **รายงานประจำปี 2552** (Online). http://hpc9.anamai.moph.go.th/eval/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=53&Itemid=74, 23 กรกฎาคม 2556.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2553. **รูปแบบเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ** (Online). http://v2.agingthai.org/page/2060, 23 กรกฎาคม 2556.

สมพร โพธินาม. 2550. **ผู้สูงอายุไทย: บริบทของจังหวัดมหาสารคาม** (Online). http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1541, 19 กรกฎาคม 2556.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547. **ประชากรโลก: ประชากรไทย** (Online). http://service.nso.go.th/nso/data/02/wld_pop47. Html, 24 กรกฎาคม 2556.

สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2549. **คำนิยาม คำจำกัดความต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ** (Online). http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr13_op_def.html, 25 กรกฎาคม 2556.

_____. 2552. **ความเป็นมาของวันผู้สูงอายุ** (Online). http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr13_op_def_history.htm, 24 กรกฎาคม 2556.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สุกมล วิภาวีพลกุล. 2552. **หลุมพรางของผู้สูงอายุในการดูแลบุตร** (Online). http://www.momypedia.com/blog/58111-9629, 20 ธันวาคม 2556.

สุกัลยา นาดี. 2553. **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2539. **สภาวะสุขภาพประชากรสูงอายุไทย.** ใน รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2. 5 หน้า.

_____. 2542. **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

สุนันทา คุ้มเพชร. 2545. **อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2555. **การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน.** นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.).

สุภิศา สุขบาง. 2556. **บทความเชิงวิชาการ เรื่อง ปัญหาผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง** (Online). http://sd-group1.blogspot.com/2013/01/53242759.html, 25 กรกฎาคม 2556.

สุมน อมรวิวัฒน์. 2553. **การพัฒนาการเรียนรู้ตามแนวพุทธศาสตร์ ทักษะกระบวนการเผชิญสถานการณ์**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สุรกุล เจนอบรม. 2541. **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุ และการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เสรี พงศ์พิศ และ ยงยุทธ ตรีนุช. 2545. **การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เสาวลักษม์ กิตติประภัสร์. 2550. **Policy Brief การวัดความสุขของคนในชาติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนา นโยบายสาธารณะ.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณีย์ และ พรรณี ภาณุวัฒน์สุข. 2555. **คู่มือ "ความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ".** กรุงเทพมหานคร: ยอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

อาชัญญา รัตนอุบล. 2554. **การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

อารีย์ สังข์น้อย. 2551. "พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง สถานีอนามัยตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี." **Journal of Health Education** 31 (109): 77-90.

อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์ และ ภูวไนย พุ่มไทรทอง. 2551. **สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย.** นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

Anderson, R. M. 2000. **The Art of Empowerment**. Alexandria: American Diabetes Association.

Andrews, F. M. and S. B. Withey. 1976. **Title Social Indicators of Well-Being**. New York: Source Plenum Press.

Austin, M. W. 2010**. Achieving Happiness: Advice from Plato** (Online): http://www.psychologytoday.com/blog/ethics-everyone/201008/achieving-happiness-advice-plato, December 10, 2013.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Baker, D.W., R. M. Parker, M. V. Williams and W. S. Clark. 1999. "Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons." **ARCH INTERN MED** 167 (14): 112-135.

Brooks, A. C. 2008. **Can Money Buy Happiness?** (Online). http://www.american.com/archive/2008/may-june-magazine-contents/can-money-buy-happiness, January 5, 2014.

Center for Health Care Strategies, Inc. (CHCS). 2014. **What is Health Literacy?** (Online). http://www.chcs.org/media/CHCS_Health_Literacy_Fact_Sheets_2013.pdf, July 24, 2013.

Collin, C., D. T. Wade, S. Davies and V. Horne. 1988. "The Barthel ADL Index: A reliability study." **International Disability Studies** 10 (2): 61-63.

Cutler, S. J. 1973. "Voluntary Association Participation and Life Satisfaction." **Journal of Gerotology** 28 (1): 96-100.

Davis, J. A. and T. W. Smith. 2010. **The NORC General Social Surveys 1972 - 2010**. Connecticut: SAGE Publications, Inc.

DeWalt, D. A., N. D. Berkman, , S. Sheridan, K. N. Lohr and M. P. Pignone. 2004. "Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature." **J Gen Intern Med** 19 (12): 1228-1239.

Diener, E. 2004**. Is happiness a strength**. California: University of California.

Easterlin, R. A. 2003. **Explaining happiness** (Online). http://www.pnas.org/content/100/19/11176, December 13, 2013.

Ellis–Stoll, C. C. and S. Popkess – Vawter. 1998. **A concept analysis on the process of empowerment**. Kansas: Department of Nursing: University of Kansas.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Epicurus. 2014. **The Pursuit of Happiness** (Online). http://www.pursuit-of- happiness.org/ history-of-happiness/epicurus/, November 23, 2013.

Gibson, C. H. 1991. **"**A concept analysis of empowerment." **J Adv Nurs** 16 (3): 354-361.

Gray, R., P. Rukumnuaykit, S. Kittisuksathit and V. Thongythai. 2008. "Inner happiness among Thai elderly." **Journal of Cross-Cultural Gerontology** 23 (2): 211–224.

Griesel, J. 2013. **Happiness as the end of man: Thomas Aquinas (1225–1274) and the Beatific vision** (Online). http://deovivendiperchristum.wordpress.com/2013/08/31/ happiness-as-the-end-of-man-thomas-aquinas-1225-1274-and-the-beatific-vision/, November 20, 2013.

Hope, K. R. 1983. **Self - reliance and participation of the poor in the development process in the Third World**. New York: Daeman College.

Ishikawa, H., K. Nomura, M. Sato and E. Yano. 2008. "Developing a measure of communicative and critical health literacy: A pilot study of Japanese office workers." **Health Promotion International** 23 (3): 269-274.

Jitapunkul, S., N. Krungkraipetch, P. Kamolratanakul and B. Dhanamun. 2001. "Dependence and active life expectancy of the elderly population living in the central region of Thailand." **J Med Assoc Thai** 84 (3): 349-356.

Kanj, M., and W. Mitic. 2009. "Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region." In **Individual Empowerment– Conference Working Document.** World Health Organization.

Kieffer, C. 1984. "Citizen empowerment: A developmental perspective." **Prev Hum Serv** 3 (2-3): 9-36.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Knowles, M. S., E. F. Holton and R. A. Swanson. 1980. **The Modern Practice of Adult Education**. Chicago: Follett Publishing.

Kohler, H. P., J. R. Behrman and A. Skytthe. 2005. "Partner children happiness? The effects of partnerships and fertility on well-being." **Population and Development Review** 31 (2): 407–445.

Lamb, S. E. 2002. **A postal physical activity questionnaire for the UK population** (Online). http://www.hss.coventry.ac.uk/physical activity questionnaire.htm, October 20, 2013.

Lawton, D. 1983. **Curriculum studies and educational planning London**. New York: Routledge.

Layard, R. 2005. **Happiness: Lessons from a New Science**. London: Penguin.

Lu, L. and J. B. Shih. 1997. "Sources of happiness: A qualitative approach." **Journal of Social Psychology** 137 (2): 181-187.

Lyubomirsky, S., K. M. Sheldon and D. Schkade. 2008. "Pursuing happiness: The architecture of sustainable change." **Review of General Psychology** 9 (2): 111–131.

Manganello, J. A. 2008. "Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future rerearch." **Health Education Rerearch** 23 (5): 143-162.

Mathuranath, P.S., P. J. Cherian, R. Mathew, S. Kumar, A. George, A. Alexander, N. Ranjith and P. S. Sarma. 2005. "Instrumental activities of daily living scale for dementia screening in elderly people." **International Psychogeriatrics** 17 (3): 461-474.

Mill, J. S. 1877. **Utilitarianism.** New York: Oxford Univ. Press.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

National Assessment of Adult Literacy (NAAL). 2006. **The Health Literacy of America's Adults**. Washington: Department of Education.

Nutbeam, D. 2008. **The evolving concept of health literacy**. Sydney: University of Sydney.

_____. D. 2008. "Health Literacy and adolescents: A framework and agenda for future research." **Health Education Research** 26 (2): 323-335.

Pleasant, A. and S. Kuruvilla. 2008. "A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy." **Health Promotion International** 23 (2): 152-159.

Seligman, M. 2002. **Authentic Happiness** (Online). http://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/seligman.aspx?id=157, July 24, 2013.

Steen, T. 2005. "Positive psychology progress: Empirical validation of interventions." **American Psychologist** 60 (5): 410-421.

Strong, W. B., R. M. Malina, C. J. Blimkie, S. R. Daniels, R. K. Dishman and B. Gutin. 2005. "Evidence-based physical activity for school-age youth." **Journal of Pediatrics** 146 (6): 732-737.

The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association (AMA). 1999. "Health Literacy Report of the Council Scientific Affairs." **JAMA** 12 (1): 553.

Thorpe, L. P., W. W. Clark and E. W. Tiegs. 1953. **California test of personality**. California: California Test Bureau.

United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2012. **Population Division Living Arrangements of Older Persons around the World** (Online). http://www.un.org/en/events/olderpersonsday, July 23, 2013.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Ura, K., S. Alkire and T. Zangmo. 2010. **Bhutan Gross National Happiness and the GNH index**. Ottawa: International Development Research Centre (IDRC).

Veenhoven, R. 2004. **Happiness as an Aim in Public Policy: The greatest happiness principle**. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Wallenstein, N. 1992. "Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programming." **American Journal of Health Promotion** 6 (2): 197-205.

Wisniewski, A. 2003. **Retirement Plans and Expectations among Six Cohorts of Adults**. Atlanta: The American Sociological Association.

World Health Organization (WHO). 1986. "Ottawa Charter for Health Promotion." In **First International Health Promotion Conference for Health Promotion, November 17–21 1986.** Ottawa: Better Health Channel.

Wu, J. H. 1992. **Sources of inner happiness**. Taipei: Tong Da Books.

Yew – Kwang, N. and S. H. Lok. 2006. **Happiness and Public Policy Theory: Case Studies and Implications**. New York: Palgrave Macmillan.

Yurick, A.G., S. S. Robb, N. Ebert and B. E. Spier. 1980. **The Aged person and the nursing process**. 3rd Edition. Las Vegas: Appleton - Century - Crofts.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

1. รศ.ดร.อารี เพชรผุด
   อาจารย์พิเศษประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. รศ.บัวทอง สว่างโสภากุล
   อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. ผศ.อนงค์นาฏ คงประชา
   หัวหน้าสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๑๒๑๑/ ว. ๐๒๗

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน จตุจักร
กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๓๑ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน รศ.ดร.อารี เพชรผุด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถามจำนวน ๑ ชุด

๒. สำเนานิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย ๑ ชุด

ด้วย นางสาวฐิตินันท์ นาคผู้ รหัสประจำตัว ๕๕๑๔๘๕๑๓๕๔ นิสิตปริญญาโท ภาควิชาจิตวิทยาสาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ต.ทับยายเชียง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก” โดยมี รศ.ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา เป็นประธานกรรมการที่ปรึกษาวิจัย

ในการนี้ โครงการฯ พิจารณาเห็นแล้วว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังกล่าว ดังนั้น จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของนิสิตด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพย์วัลย์ สุรินยา)
ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน
โครงการวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน (ภาคพิเศษ)

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
โทร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑, ๐ ๒๕๖๑ ๓๔๘๐ ต่อ ๑๐๓
โทรสาร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๑๒๑๑/ ว. ๐๒๗

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน จตุจักร
กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๓๑ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน รศ.บัวทอง สว่างโสภากุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถามจำนวน ๑ ชุด

๒. สำเนานิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย ๑ ชุด

ด้วย นางสาวฐิตินันท์ นาคผู้ รหัสประจำตัว ๕๕๑๔๘๕๑๓๕๔ นิสิตปริญญาโท ภาควิชาจิตวิทยาสาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ต.ทับยายเชียง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก” โดยมี รศ.ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา เป็นประธานกรรมการที่ปรึกษาวิจัย

ในการนี้ โครงการฯ พิจารณาเห็นแล้วว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังกล่าว ดังนั้น จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของนิสิตด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพย์วัลย์ สุรินยา)
ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน
โครงการวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน (ภาคพิเศษ)

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
โทร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑, ๐ ๒๕๖๑ ๓๔๘๐ ต่อ ๑๐๓
โทรสาร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๑๒๑๑/ ว. ๐๒๗

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน จตุจักร
กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๓๑ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผศ.อนงค์นาฏ คงประชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถามจำนวน ๑ ชุด

๒. สำเนานิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย ๑ ชุด

ด้วย นางสาวฐิตินันท์ นาคผู้ รหัสประจำตัว ๕๕๑๔๘๕๑๓๕๔ นิสิตปริญญาโท ภาควิชาจิตวิทยาสาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ต.ทับยายเชียง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก” โดยมี รศ.ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา เป็นประธานกรรมการที่ปรึกษาวิจัย

ในการนี้ โครงการฯ พิจารณาเห็นแล้วว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังกล่าว ดังนั้น จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของนิสิตด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพย์วัลย์ สุรินยา)
ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน
โครงการวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน (ภาคพิเศษ)

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
โทร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑, ๐ ๒๕๖๑ ๓๔๘๐ ต่อ ๑๐๓
โทรสาร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำการวิจัย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๑๒๑๑/ ว. ๐๒๕

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน จตุจักร
กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๑๐ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ต.มะตูม อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก

ด้วย นางสาวฐิตินันท์ นาคผู้ รหัสประจำตัว ๕๕๑๔๘๕๑๓๕๔ นิสิตปริญญาโท ภาควิชาจิตวิทยาสาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ต.มะตูม อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก”

ในการทำวิจัยครั้งนี้ นิสิตได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ ต.มะตูม อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก จำนวน ๕๐ คน ในการตอบแบบสอบถามเพื่อ Try out เครื่องมือในการวิจัยเรื่องดังกล่าว จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเพื่อเก็บข้อมูล ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการรับรู้ถึงการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ โดยข้อมูลดังกล่าวจะเก็บเป็นความลับ จึงไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นิสิตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพย์วัลย์ สุรินยา)
ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน
โครงการวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน (ภาคพิเศษ)

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
โทร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑, ๐ ๒๕๖๑ ๓๔๘๐ ต่อ ๑๐๓
โทรสาร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๑๒๑๑/ ว. ๐๒๔

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน จตุจักร
กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๑๐ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ต.ทับยายเชียง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก

ด้วย นางสาวฐิตินันท์ นาคผู้ รหัสประจำตัว ๕๕๑๔๘๕๑๓๕๔ นิสิตปริญญาโท ภาควิชาจิตวิทยาสาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ต.ทับยายเชียง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก”

ในการทำวิจัยครั้งนี้ นิสิตได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ต.ทับยายเชียง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก จำนวน ๒๐๐ คน ในการตอบแบบสอบถามของเครื่องมือในการวิจัยเรื่องดังกล่าว จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเพื่อเก็บข้อมูล ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการรับรู้ถึงการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ โดยข้อมูลดังกล่าวจะเก็บเป็นความลับ จึงไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นิสิตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพย์วัลย์ สุรินยา)
ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน
โครงการวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน (ภาคพิเศษ)

โครงการปริญญาโท จิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ
โทร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑, ๐ ๒๕๖๑ ๓๔๘๐ ต่อ ๑๐๓
โทรสาร ๐ ๒๙๔๒ ๘๙๓๑

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เลขที่แบบสอบถาม [ ][ ][ ]

แบบสอบถาม

การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสุข

2. แบบสอบถามนี้ไม่ใช่ข้อสอบ ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด เป็นเพียงการศึกษาเพื่อนำผลไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือ ปรับปรุง พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความสุขอย่างยั่งยืน โดยคำตอบทุกข้อของท่านจะเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลต่อผู้ใดทั้งสิ้น จึงขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ [ ]

□ 1. ชาย □ 2. หญิง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. อายุ …… ปี (กรณีที่เศษของอายุเกิน 6 เดือนให้คิดปัดเป็น 1 ปี) [ ]

3. ระดับการศึกษา [ ]

☐ 1. ไม่ได้รับการศึกษา ☐ 2. ต่ำกว่าประถมศึกษา

☐ 3. ประถมศึกษาตอนต้น ☐ 4.ประถมศึกษาตอนปลาย

☐ 5. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 6. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (ปวช.)

☐ 7. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (ปวส.)

4. สถานภาพสมรส [ ]

☐ 1. อาศัยอยู่ร่วมกัน ☐ 2. แยกกันอยู่

☐ 3. หย่าร้าง ☐ 4. หม้าย (สามี/ภรรยาเสียชีวิต)

5. อาชีพ [ ]

☐ 1. ข้าราชการเกษียณอายุ ☐ 2. แม่บ้าน

☐ 3. รับจ้าง ☐ 4. ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัวข้าราชการ

☐ 5. เกษตรกร (ทำไร่/ทำนา/ทำสวน) ☐ 6. ไม่ประกอบอาชีพ

☐ 7. อื่น ๆ

6. รายได้_____บาท/เดือน [ ]

7. ชนิดของโครงสร้างครอบครัว [ ]

☐ 1. ครอบครัวเดี่ยว ☐ 2. ครอบครัวขยาย

8. การมีโรคประจำตัว [ ]

☐ 1. ไม่มีโรคประจำตัว ☐ 2. โรคเบาหวาน

☐ 3. โรคความดันโลหิตสูง ☐ 4. โรคไต

☐ 5. โรคหัวใจ ☐ 6. โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด

☐ 7. โรคกระดูกและข้อ ☐ 8. โรคเก๊าท์

☐ 9. อื่น ๆ _____

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 2 การพึ่งพาตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	ทำเองได้ส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจ				
1) ท่านจัดการค่าใช้จ่ายหรือการใช้เงินทองต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง				
2) ท่านฝึกทำกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้จ่ายสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันอาการหลงลืม				
3) ท่านเข้าใจวิธีการใช้โทรศัพท์พูดคุยกับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง				
4) ท่านสามารถจัดยารับประทานเองได้				
5) ท่านจดจำบทสวดมนต์และสามารถท่องได้				
6) ท่านสามารถจดจำวันหรือเทศกาลสำคัญได้ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ วันลอยกระทง เป็นต้น				
7) ท่านเข้าใจวิธีการจดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สำคัญเพื่อเตือนความจำ				
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ				
8) ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการของชุมชนในเทศกาลต่าง ๆ ได้				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	ทำเองได้ส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
9) ท่านสามารถดูแลและอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข				
10) ท่านมีการไปมาหาสู่ ติดต่อกับเพื่อน ๆ อย่างสม่ำเสมอ				
11) ท่านสามารถทำงานอดิเรกตามความถนัดหรือความสนใจได้ เช่น จัดสวน จักสาน เย็บปักถักร้อย ประดิษฐ์สิ่งของยามว่าง ดูแลฟาร์มสัตว์เลี้ยง หรือเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น				
12) ท่านสามารถแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการท่องเที่ยวได้ด้วยตนเอง				
13) ท่านแสวงหาแหล่งที่สร้างความสนุกสนานให้กับตัวเองได้				
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน				
14) ท่านสามารถเดินทางออกไปซื้อสิ่งของต่าง ๆ ในตลาด หรือร้านค้าได้ด้วยตนเอง				
15) ท่านมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น				
16) ท่านสามารถชักจูงให้ผู้อื่นเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชนได้				
17) ท่านทำหน้าที่ประสานงานเมื่อมีกิจกรรมในชุมชนได้				
18) ท่านร่วมเดินทางท่องเที่ยวกับเพื่อน ๆ ไปยังสถานที่ต่าง ๆ ตามกิจกรรมของชุมชน				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	ทำเองได้ส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
19) ท่านร่วมกับเพื่อน ๆ ให้ความร่วมมือในการจัดงานเทศกาลสำคัญต่าง ๆ กับเจ้าหน้าที่ในชุมชน				
20) เจ้าหน้าที่ในชุมชนมักจะประสานงานกับท่านเพื่อขอให้ช่วยเหลือ เมื่อเกิดปัญหาในชุมชน				
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว				
21) ท่านสามารถทำงานบ้านได้ เช่น การทำความสะอาดบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การจัดเตรียมอาหาร การล้างจาน เป็นต้น				
22) ท่านใช้เวลาดูแลรดน้ำต้นไม้ทุกวัน				
23) ท่านสามารถทำหน้าที่แจ้งข้อมูลให้กับหน่วยงานของรัฐเมื่ออยู่ที่บ้านคนเดียวได้ เช่น การให้ข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากร				
24) ท่านสามารถจ่ายค่าน้ำค่าไฟด้วยตนเองได้				
25) ท่านสามารถไปขอรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง				
26) ท่านทำหน้าที่ดูแลครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย				
กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง				
27) ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	ทำเองได้ส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
28) ท่านสามารถล้างหน้า หวีผม หรือโกนหนวดได้ด้วยตนเอง				
29) ท่านสามารถลุกยืนจากที่นอน หรือลุกนั่งจากที่นอนได้ด้วยตนเอง				
30) ท่านสามารถเข้าใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา เพื่อขับถ่ายปัสสาวะ หรืออุจาระเองได้				
31) ท่านสามารถเคลื่อนที่หรือเดินไปตามที่ต่าง ๆ เองได้				
32) ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าเองได้				
33) ท่านสามารถเดินขึ้น – ลงบันไดเองได้				
34) ท่านสามารถอาบน้ำเองได้				

ส่วนที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม				
1) ท่านมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนให้ดีได้				
2) ท่านสามารถหาบุคคลที่ช่วยดูแลรักษาสุขภาพของท่านได้อย่างเหมาะสม				
3) เมื่อท่านมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการให้กำลังใจจากครอบครัวเสมอ				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
4) เมื่อท่านเกิดความเครียด ท่านสามารถหาสาเหตุที่ทำให้เกิดได้				
5) ท่านสามารถตัดสินใจเลือกการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องให้ตนเองได้				
6) ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกันกับผู้อื่น				
การประเมินความไม่พึงพอใจ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง				
7) ท่านรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ท่านยังไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง				
8) ท่านรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ท่านยังไม่พร้อมจะเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น				
9) ท่านสามารถค้นพบแง่คิดหรือมุมมองที่ดีในการช่วยให้ท่านเปลี่ยนแปลงสุขภาพให้ดีขึ้น				
10) ท่านสามารถกำหนดได้ว่าเมื่อใดที่ท่านพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพให้ดีขึ้น				
11) ท่านสามารถสร้างแผนการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้จริง				
การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ				
12) ท่านสามารถกำหนดเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีได้				
13) ท่านรู้ว่าอะไรเป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติตนไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพที่ตั้งไว้				
14) ท่านรู้ว่าเป้าหมายที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของท่านคืออะไร				
15) ท่านสามารถคิดและตัดสินใจเลือกหาหนทางได้หลากหลาย เพื่อไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพที่ดี				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
16) ท่านสามารถกำจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้				
17) ท่านสามารถปฏิบัติตนจนนำไปสู่ผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพของตนเองได้				

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม	รู้/เข้าใจทั้งหมด	รู้/เข้าใจส่วนมาก	รู้/เข้าใจบางส่วน	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน				
1) ท่านสามารถอ่านแผ่นพับสุขภาพ หนังสือหรือวารสารทางสุขภาพได้				
2) ท่านมีข้อมูลที่หลากหลายและเพียงพอในการจัดการด้านสุขภาพ				
3) ท่านรู้วิธีสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
4) ท่านมีความเข้าใจในการอ่านใบนัดแพทย์หรือฉลากยา				
5) ท่านสามารถเขียนข้อมูลทางสุขภาพเบื้องต้นได้ เช่น การกรอกประวัติในใบเวชระเบียน				
6) ท่านสามารถอ่านและเข้าใจคำแนะนำทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ได้				
7) ท่านสามารถสังเกตและอ่านป้ายข้อความในสถานพยาบาลได้อย่างถูกต้อง				
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	รู้/เข้าใจทั้งหมด	รู้/เข้าใจส่วนมาก	รู้/เข้าใจบางส่วน	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด
8) ท่านมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์				
9) ท่านสามารถร้องขอให้บุคคลในครอบครัวพาท่านไปพบแพทย์ตามนัดได้				
10) ท่านสามารถร้องขอให้บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนอธิบายให้ท่านเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น				
11) ท่านสามารถไปพบหรือติดต่อบุคลากรทางการแพทย์ตามที่ระบุและนัดหมายไว้ได้				
12) ท่านสามารถถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยของร่างกายท่านได้				
13) ท่านนำข้อมูลที่ท่านได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มาใช้ให้เหมาะสมกับตัวท่านเอง				
14) ท่านนำข้อมูลทางสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว เป็นต้น มาใช้ให้เหมาะสมกับวิถีความเป็นอยู่ของท่าน				
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์				
15) ท่านสามารถตัดสินใจเลือกบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง				
16) ท่านสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพที่ผ่านการแนะนำของทีมแพทย์แล้ว มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวได้				
17) หากท่านไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ท่านสามารถตัดสินใจเปลี่ยนไปรับบริการจากสถานพยาบาลอื่นได้				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	รู้/เข้าใจทั้งหมด	รู้/เข้าใจส่วนมาก	รู้/เข้าใจบางส่วน	ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด
18) ท่านมีการวิเคราะห์เพื่อประเมินการจ่ายเงินทางด้านการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ไม่ให้กระทบความเป็นอยู่ เช่น การจ่ายค่ายา การจ่ายค่าพาหนะเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น				
19) เมื่อท่านไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ท่านมักจะขอให้อธิบายซ้ำ				
20) ท่านให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์เสมอในการดูแลสุขภาพของตนเอง				
21) ท่านรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง และพิจารณาเลือกการรับบริการที่เหมาะสมกับสิทธิของตนเองได้				

ส่วนที่ 5 ความสุข

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม	มากที่สุด	มาก	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
ชีวิตที่รื่นรมย์				
1) ไม่ว่าทำอะไรก็ตาม ท่านรู้สึกว่าเวลาได้ผ่านไปอย่างรวดเร็วมาก ทุกสิ่งที่ทำล้วนให้ความเพลิดเพลินใจ				
2) ท่านรู้สึกยินดีเสมอ เมื่อท่านได้ทำในสิ่งที่ท่านชอบ				
3) ท่านมักจะรู้ตัวเสมอ ว่าเมื่อใดมีความสุขที่สุด				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	มากที่สุด	มาก	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
4) ท่านมักเลือกทำในสิ่งที่ทำให้ท่านเกิดความพึงพอใจ				
5) ท่านพึงพอใจกับชีวิตที่มีความสุข				
6) ท่านคิดว่าความสุขสดชื่นเกิดขึ้นได้เสมออยู่ที่มุมมองในชีวิตของตัวท่านเอง				
7) ท่านมักไม่ปล่อยเวลาให้สูญเสียไปกับความทุกข์ ท่านจะพยายามเพิ่มพูนความพึงพอใจในชีวิตอยู่เสมอ				
ชีวิตที่ดีงาม				
8) ท่านยินดีที่ได้มีส่วนรับผิดชอบการทำงานทั้งภายในและภายนอกครอบครัว				
9) ท่านจะเลือกทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้อื่นและสังคมเสมอ				
10) ท่านมักจะเลือกทำสิ่งที่ท่านพึงพอใจเสมอ เช่น การทำงานอดิเรกที่ตนเองถนัด การออกกำลังกาย เป็นต้น				
11) ก่อนทำอะไรท่านจะคิดเสมอว่า สิ่งนั้นทำให้สูญเสียความเป็นตัวเองหรือมีผลกระทบต่อผู้อื่นหรือไม่				
12) ท่านมักจะมีความรักและความเอื้ออาทรให้ผู้อื่นเสมอ				
13) ท่านคิดว่าการมีความรัก ความมีน้ำใจเอื้ออาทรให้กันและกัน เป็นพลังขับเคลื่อนให้ชีวิตท่านมีความสุขได้				
14) ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม ความดีงามในชีวิตเป็นพลังขับเคลื่อนให้ชีวิตท่านมีความสุขได้				
ชีวิตที่มีความหมาย				
15) ท่านมีเป้าหมายในชีวิตที่สูงกว่านี้				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คำถาม	มากที่สุด	มาก	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
16) ท่านมักแสวงหาสถานการณ์ที่ท้าทายความชำนาญและความสามารถของท่าน				
17) ไม่ว่าจะเป็นการทำงานหรือการเล่น ท่านจะเลือกทำในเรื่องที่ตอบสนองความต้องการของท่านให้ดีที่สุด				
18) ท่านคิดว่าชีวิตของท่านมีความหมายมาก				
19) ท่านกำลังค้นหาความหมายในชีวิตและหาวิธีการที่จะทำให้มีสภาพชีวิตที่เหมาะสม				
20) ท่านรู้ว่าท่านมีจุดแข็งและข้อเด่นคืออะไร และสามารถนำออกมาใช้ให้บรรลุผลสำเร็จที่วางไว้ได้				
21) ท่านรู้ว่าท่านมีจุดอ่อนและข้อด้อยคืออะไร และรู้ว่าควรปรับปรุงอย่างไร เพื่อทำให้ชีวิตมีความสุขและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก จ

ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

ตารางผนวกที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	13.11	18.709	.802	.903
2.	13.17	18.247	.796	.903
3.	13.29	17.817	.782	.904
4.	12.94	19.486	.722	.911
5.	13.23	18.478	.760	.906
6.	13.12	19.113	.682	.914
7.	13.50	17.958	.730	.911

Reliability Coefficients Alpha = .920

ตารางผนวกที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	9.91	13.427	.792	.853
2.	9.69	15.513	.590	.884
3.	9.96	13.665	.768	.857
4.	9.91	14.801	.593	.884
5.	10.29	13.132	.701	.869
6.	10.15	12.973	.784	.853

Reliability Coefficients Alpha = .887

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	11.50	25.229	.765	.935
2.	11.35	26.735	.756	.935
3.	11.55	25.493	.819	.929
4.	11.66	24.633	.856	.926
5.	11.61	25.777	.824	.929
6.	11.67	25.805	.831	.928
7.	11.74	25.527	.779	.933

Reliability Coefficients Alpha = .940

ตารางผนวกที่ 4 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	10.56	16.408	.720	.908
2.	10.56	16.141	.755	.903
3.	10.81	16.184	.677	.914
4.	10.60	14.650	.842	.890
5.	10.55	15.333	.791	.898
6.	10.62	14.770	.808	.896

Reliability Coefficients Alpha = .910

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 5 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง (ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	18.99	14.733	.821	.968
2.	18.93	14.911	.859	.966
3.	18.95	14.797	.875	.965
4.	18.93	14.715	.937	.962
5.	18.98	14.542	.905	.963
6.	18.94	14.681	.911	.963
7.	18.98	14.608	.855	.966
8.	18.96	14.540	.871	.965

Reliability Coefficients Alpha = .969

ตารางผนวกที่ 6 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเองโดยรวม

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	73.00	414.307	.813	.970
2.	73.07	413.796	.762	.970
3.	73.19	413.541	.707	.971
4.	72.84	417.299	.760	.970
5.	73.12	416.909	.671	.971
6.	73.02	417.897	.657	.971
7.	73.40	414.784	.651	.971
8.	73.22	409.904	.826	.970
9.	73.00	421.333	.630	.971

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 6 (ต่อ)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
10.	73.27	412.287	.775	.970
11.	73.22	418.911	.603	.971
12.	73.60	410.525	.698	.971
13.	73.46	409.725	.762	.970
14.	73.28	406.780	.785	.970
15.	73.13	412.539	.776	.970
16.	73.33	409.839	.777	.970
17.	73.44	408.799	.755	.970
18.	73.39	412.479	.738	.970
19.	73.45	411.351	.777	.970
20.	73.52	412.589	.679	.971
21.	73.11	418.499	.642	.971
22.	73.12	415.444	.724	.971
23.	73.36	411.929	.765	.970
24.	73.15	407.862	.810	.970
25.	73.11	411.118	.770	.970
26.	73.17	408.437	.784	.970
27.	72.62	426.096	.575	.971
28	72.56	427.563	.564	.971
29.	72.58	427.694	.552	.971
30.	72.56	426.754	.615	.971
31.	72.61	425.723	.613	.971
32.	72.57	427.136	.578	.971
33.	72.61	426.275	.571	.971
34.	72.58	425.826	.588	.971

Reliability Coefficients Alpha = .971

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 7 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (ด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	15.03	6.768	.553	.779
2.	15.09	7.014	.652	.757
3.	15.11	6.931	.637	.759
4.	15.25	7.049	.532	.783
5.	15.00	6.751	.624	.761
6.	14.90	7.807	.400	.809

Reliability Coefficients Alpha = .805

ตารางผนวกที่ 8 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	10.93	7.120	.636	.874
2.	11.02	7.075	.706	.858
3.	11.02	6.897	.753	.848
4.	11.11	6.543	.759	.845
5.	11.14	6.567	.730	.852

Reliability Coefficients Alpha = .881

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 9 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (ด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	13.77	10.631	.723	.898
2.	13.97	10.488	.755	.893
3.	13.88	10.488	.728	.897
4.	13.89	10.540	.778	.890
5.	13.97	10.235	.787	.889
6.	13.92	10.225	.731	.897

Reliability Coefficients Alpha = .910

ตารางผนวกที่ 10 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวม

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	45.52	74.526	.557	.935
2.	45.58	75.339	.624	.934
3.	45.59	75.042	.617	.934
4.	45.73	74.934	.571	.935
5.	45.49	73.940	.655	.933
6.	45.38	77.438	.432	.937
7.	45.69	74.419	.594	.934
8.	45.77	74.131	.660	.933
9.	45.77	73.162	.735	.931
10.	45.87	72.338	.723	.931
11.	45.90	71.532	.766	.930
12.	45.65	73.019	.732	.931

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 10 (ต่อ)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
13.	45.85	73.014	.731	.931
14.	45.76	73.783	.648	.933
15.	45.77	73.847	.690	.932
16.	45.85	72.377	.759	.931
17.	45.80	72.578	.696	.932

Reliability Coefficients Alpha = .937

ตารางผนวกที่ 11 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ (ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	10.88	22.378	.799	.932
2.	11.00	21.924	.847	.928
3.	11.17	21.314	.825	.930
4.	10.81	22.368	.780	.934
5.	11.14	21.793	.768	.935
6.	11.03	21.955	.822	.930
7.	11.01	22.240	.795	.932

Reliability Coefficients Alpha = .941

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 12 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ (ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	11.80	13.754	.666	.865
2.	11.58	14.014	.686	.863
3.	11.74	14.114	.600	.873
4.	11.61	13.431	.701	.860
5.	11.70	13.569	.727	.857
6.	11.80	13.867	.673	.864
7.	11.84	13.826	.628	.870

Reliability Coefficients Alpha = .882

ตารางผนวกที่ 13 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ (ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	10.96	13.407	.682	.853
2.	11.08	13.638	.698	.851
3.	11.17	13.183	.741	.845
4.	11.20	13.594	.675	.854
5.	11.36	14.099	.578	.867
6.	11.03	14.168	.607	.863
7.	10.98	14.231	.599	.864

Reliability Coefficients Alpha = .875

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 14 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	37.53	144.366	.712	.950
2.	37.65	143.012	.768	.949
3.	37.81	142.519	.709	.950
4.	37.45	143.662	.731	.950
5.	37.78	142.722	.704	.950
6.	37.67	142.427	.779	.949
7.	37.65	143.233	.750	.949
8.	37.60	144.996	.729	.950
9.	37.38	147.482	.652	.951
10.	37.54	148.160	.562	.952
11.	37.41	146.341	.636	.951
12.	37.51	145.442	.726	.950
13.	37.61	146.240	.686	.950
14.	37.64	145.467	.682	.950
15.	37.48	144.971	.697	.950
16.	37.60	145.566	.716	.950
17.	37.69	145.237	.697	.950
18.	37.72	146.184	.657	.951
19.	37.88	147.590	.581	.952
20.	37.54	148.142	.585	.952
21.	37.50	148.749	.555	.952

Reliability Coefficients Alpha = .953

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 15 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุข (ด้านชีวิตที่รื่นรมย์)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	12.60	8.756	.585	.842
2.	12.57	8.682	.671	.829
3.	12.61	8.693	.704	.825
4.	12.59	8.874	.675	.830
5.	12.68	8.522	.655	.831
6.	12.70	8.778	.595	.840
7.	12.79	9.099	.486	.856

Reliability Coefficients Alpha = .856

ตารางผนวกที่ 16 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุข (ด้านชีวิตที่ดีงาม)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	12.29	11.708	.531	.851
2.	12.32	11.242	.637	.836
3.	12.31	11.370	.624	.838
4.	12.45	11.066	.582	.845
5.	12.17	10.976	.683	.830
6.	12.14	10.777	.713	.825
7.	12.21	11.261	.603	.841

Reliability Coefficients Alpha = .858

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 17 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุข (ด้านชีวิตที่มีความหมาย)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	10.91	11.725	.588	.845
2	11.02	11.693	.622	.839
3	10.96	12.345	.592	.843
4	10.82	13.020	.453	.861
5	10.92	11.661	.651	.835
6	11.05	11.282	.774	.817
7.	11.02	11.715	.703	.828

Reliability Coefficients Alpha = .858

ตารางผนวกที่ 18 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุขโดยรวม

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	39.70	92.105	.582	.930
2.	39.67	92.383	.610	.929
3.	39.70	92.361	.640	.929
4.	39.69	92.821	.621	.929
5.	39.77	92.176	.580	.930
6.	39.80	91.911	.611	.929
7.	39.89	91.610	.614	.929
8.	39.83	91.557	.594	.930
9.	39.86	90.830	.649	.929
10.	39.85	91.328	.626	.929
11.	39.99	90.342	.604	.930

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 18 (ต่อ)

Item No.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
12.	39.71	91.105	.616	.929
13.	39.68	90.762	.628	.929
14.	39.75	91.361	.585	.930
15.	39.98	90.835	.548	.931
16.	40.09	91.018	.557	.931
17.	40.03	90.924	.653	.929
18.	39.89	91.494	.617	.929
19.	40.00	91.444	.544	.931
20.	40.12	90.035	.672	.928
21.	40.09	90.277	.676	.928

Reliability Coefficients Alpha = .933

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ฉ

ค่าดัชนีความสอดคล้องโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ค่าดัชนีความสอดคล้องการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

ตารางผนวกที่ 19 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ					
1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
10	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
11	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
12	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
13	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ					
1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 19 (ต่อ)

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ (ต่อ)					
10	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน					
1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
10	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว					
1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
7	0	0	1	0.33	ตัดทิ้ง
8	0	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
10	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง					
1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 19 (ต่อ)

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (ต่อ)					
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
10	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้

ตารางผนวกที่ 20 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม					
1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
5	-1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
6	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
10	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
11	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 20 (ต่อ)

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
การจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม (ต่อ)					
12	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
13	-1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
14	-1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
15	-1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
16	-1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
17	-1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
18	-1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง					
1	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
2	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
3	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
4	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
5	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
6	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
9	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ					
1	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
2	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
3	-1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
4	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
7	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 21 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน					
1	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์					
1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
10	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
11	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์					
1	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 21 (ต่อ)

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ (ต่อ)					
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้

ตารางผนวกที่ 22 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุข จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
ชีวิตที่รื่นรมย์					
1	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	0	0.67	นำไปปรับปรุง
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
ชีวิตที่ดีงาม					
1	0	1	1	0.67	นำไปปรับปรุง
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 22 (ต่อ)

ข้อ	ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่าดัชนี IOC	การพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญที่ 3		
ชีวิตที่ดีงาม (ต่อ)					
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
ชีวิตที่มีความหมาย					
1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
2	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
3	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
10	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้

หมายเหตุ การแปลผล IOC ใช้เกณฑ์ดังนี้ IOC < 0.5 หมายถึงตัดข้อคำถามนั้นทิ้ง

การแปลผล IOC ใช้เกณฑ์ดังนี้ IOC ตั้งแต่ 0.5 – 0.67 หมายถึงผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

การแปลผล IOC ใช้เกณฑ์ดังนี้ IOC > 0.67 ข้อคำถามนั้นคัดเลือกไว้ใช้ได้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ นามสกุล	นางสาวฐิตินันท์ นาคผู้
วัน เดือน ปีที่เกิด	วันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2530
สถานที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก
ประวัติการศึกษา	ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผลงานดีเด่นและ/หรือรางวัลทางวิชาการ	งานวิจัยเรื่องคุณสมบัติ และความสอดคล้องของโมโนฟิลาเมนต์ประดิษฐ์ “เข็มฝังตัดปลาย” ในการตรวจการรับสัมผัสผู้ป่วยโรคเท้าเบาหวาน: การศึกษานำร่อง ผู้นำเสนอโครงการทรัพยากรมนุษย์ และคุณภาพชีวิตในชุมชนกรณีศึกษาชุมชนบางรักน้อย โครงการเสวนาวิชาการทางจิตวิทยาชุมชน ครั้งที่ 1: นักจิตวิทยากับการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2556 อาจารย์ที่ปรึกษากลุ่มนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 3 คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (ทีม Memory) ภายใต้โครงการ “โปรแกรมเพิ่มความจำพัฒนาความคิดชะลอโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ” ในงานประกวดโครงการกระทิงแดง U Project สาขาการแพทย์และสาธารณสุข
ทุนวิจัยที่ได้รับ	ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ และดุษฎีนิพนธ์ ประจำปี 2557 สำนักวิจัยและพัฒนาสถาบันพระปกเกล้า เรื่องการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์