

ชื่อ นางสาวจิตินันท์ นาคผู้  
วิทยานิพนธ์สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2557

ชื่อเรื่อง การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุข  
ของผู้สูงอายุ 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)

---

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ:- 1) ศึกษาการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 2) ศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งสิ้น 226 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ และการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ 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 และความรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## Abstract

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.



## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

**ชื่อเรื่อง** : การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพและ  
ความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก <sup>1</sup>

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

**คำสำคัญ** : การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความสุข

**Key Words** : Self-reliance, Health empowerment, Health literacy, Happiness

ฐิตินันท์ นาคผู้ (Thitinan Nakphu) <sup>2</sup>

รศ.ดร.สุปานี สนธิรัตน์ (Associate Professor Supanee Sontirat, Ed.D.) <sup>3</sup>

### 1. ความสำคัญของปัญหา

รายงานของสหประชาชาติ ในปี ค.ศ.2012 คาดการณ์ว่า จำนวนผู้สูงอายุในอีก 10 ปีข้างหน้า จะเพิ่มสูงขึ้นจากระดับปัจจุบันอีก 200 ล้านคน เป็น 1,000 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวไปที่ระดับ 2,000 ล้านคน ในปี 2050 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมากที่สุด ซึ่งมากกว่ากลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2556 อ้างถึง WHO, 2012) สำหรับประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2547 และคาดว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ.2568 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ

<sup>1</sup> บทความนี้เรียบเรียงจากวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์จากสถาบันพระปกเกล้า ปีงบประมาณ 2557

<sup>2</sup> นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (Student of Master Degree, Major Field: Community Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University.)

<sup>3</sup> อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (Thesis Advisor, Department of Psychology, Kasetsart University.)

(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ในส่วนของสถิติผู้สูงอายุในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 ภาคเหนือ ซึ่งรวมจังหวัดพิษณุโลกด้วย พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.57 ของประชากรทั้งหมด และเมื่อศึกษาเจาะลงไปในพื้นที่ของตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ก็พบแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนถึง 379 คน คิดเป็นร้อยละ 9.12 ของประชากรทั้งหมด (ฝ่ายทะเบียนและบัตร อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก, 2556)

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย เป็นสัญญาณที่หน่วยงานภาครัฐและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความสุขในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ เห็นได้จากแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ซึ่งมีปรัชญาที่มุ่งให้ความสำคัญเรื่อง “ความสุข” ของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยระบุว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองอย่างมีความสุข (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุมีด้วยกันหลายเรื่อง ได้แก่ การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว โดยเลือกกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมให้มีความสุขที่ดีขึ้น ตลอดจนต่อมาตรการการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาผู้สูงอายุของประเทศไทยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

### 3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยใช้แนวคิด/ทฤษฎีการพึงพาตนเอง ของ Collin *et al.* (1988) และ Mathuranath *et al.* (2005) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจ 2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ 3) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน 4) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว และ 5) กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ใช้แนวคิด/ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ของ Anderson (2000) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการสุขภาพ ในเชิงจิตสังคม 2) การประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และ 3) การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ ใช้แนวคิด/ทฤษฎีความรอบรู้ทางสุขภาพ ของ Nutbeam (2008) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน 2) ขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ขั้นวิเคราะห์วิจารณ์ และใช้แนวคิด/ทฤษฎีความสุขของ Seligman (2002) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ชีวิตที่รื่นรมย์ 2) ชีวิตที่ดีงาม และ 3) ชีวิตที่มีความหมาย จากการศึกษาวิจัย รวมทั้งวารสารทางสุขภาพและจิตวิทยาต่าง ๆ ภายในและภายนอกประเทศ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบข้อมูลดังตัวอย่างเช่น

Cutler (1973) ทำการวิจัยพบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในการพึ่งพาตนเองได้

Strong *et al.* (2005) กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพาตนเองสูง สามารถช่วยเหลือตนเอง ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้เอง สัมพันธ์กับระดับความสุขในชีวิต

Kanj and Mitic (2009) พบว่า สมรรถนะของผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธ์กับการเกิดความสุขโดยตรง

สุนันทา คุ่มเพชร (2545: 96 – 97) ได้ศึกษาอิทธิพลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ต่อภาวะความสุขของผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีอำนาจทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์ และคณะ (2550) ได้จัดทำรายงานการวิจัยเรื่องความสุขและวิธีการสร้างเสริมพลังทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า วยผู้สูงอายุให้ความหมายของความสุข คือ การได้รับ การสร้างเสริมพลังทางสุขภาพ จะช่วยให้ชีวิตมีคุณค่า และการทำกิจกรรมสร้างเสริมพลังทางสุขภาพร่วมกัน ยังสามารถส่งเสริมความสุขในครอบครัวได้อีกด้วย

สมพร โปธินาม (2550) ได้ทำการศึกษารวบรวมองค์ความรู้ ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และหาแนวทางในการที่จะพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความสุขของครัวเรือนของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดมหาสารคาม

จากตัวอย่างงานวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

#### 4. นิยามศัพท์

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

**การพึ่งพาตนเอง** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ที่ใช้ทักษะการพึ่งพาตนเองทางด้านต่างๆ มีขีดความสามารถในการใช้ความคิดความเข้าใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ให้เป็นปัญหาหรือภาระแก่ผู้อื่น มีการใส่ใจดูแลตนเอง ป้องกันการเจ็บป่วยและโรคภัยต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถสร้างสังคมในการพึ่งพา ช่วยเหลือดูแลครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย

**การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการวิธีที่ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถดึงความมั่นใจในความสามารถของตนเองออกมาใช้ในการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม มีศักยภาพในการค้นหาและระบุนความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งมีแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างเป็นระบบ

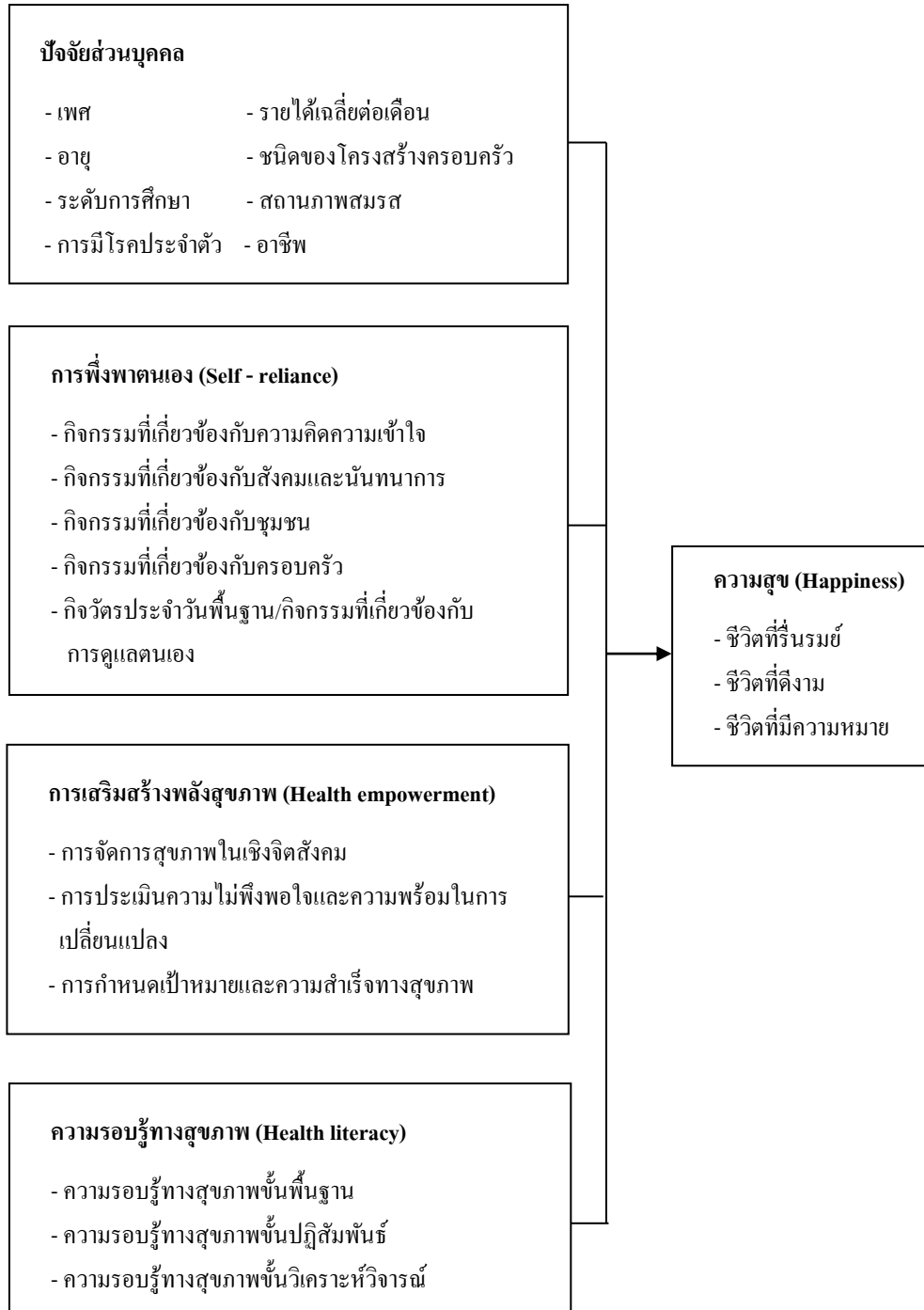
**ความรอบรู้ทางสุขภาพ** หมายถึง ความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุ ในการใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ รวมทั้งการเกิดทักษะในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถวิเคราะห์วิจารณ์ข้อมูลทางสุขภาพ จนเกิดการปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม

**ความสุข** หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวก ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ อิ่มเอมภายในจิตใจ ภาควิชาจิตในสิ่งที่ดีงามของตนเอง รวมทั้งมองเห็นคุณค่าและความหมายในชีวิต จนสามารถจัดการเรื่องต่างๆ ได้ตามความปรารถนาในภาพรวม และสามารถพัฒนาตนเองไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้อสภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป

## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

ตัวแปรตาม (Dependent variable)



## 6. สมมติฐานการวิจัย

6.1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน

6.2 การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

## 7. วิธีดำเนินการวิจัย

### 7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 379 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ไม่น้อยกว่า 195 คน โดยคำนวณจากสูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างของ Yamane (1973) ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริงในงานวิจัยครั้งนี้ คือ 226 คน

### 7.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป มีทั้งแบบให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ชนิดของโครงสร้างครอบครัว และการมีโรคประจำตัว และแบบให้เติมคำ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง มีคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 1) ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 2) ทำเองได้โดยส่วนใหญ่/พึ่งพาผู้อื่นบ้างเล็กน้อย 3) ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/พึ่งพาผู้อื่นโดยส่วนใหญ่ และ 4) ไม่สามารถทำเองได้ทั้งหมด/พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด จำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจ 7 ข้อ
- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ 6 ข้อ
- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน 7 ข้อ
- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว 6 ข้อ
- กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง 8 ข้อ



ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Collin *et al.* (1988) และ Mathuranath *et al.* (2005) ดังตัวอย่างข้อคำถาม :

- ท่านสามารถจัดยารับประทานเองได้
- ท่านสามารถเคลื่อนที่หรือเดินไปตามที่ต่างๆ เองได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 1) มากที่สุด 2) มาก 3) น้อย และ 4) น้อยที่สุด จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- ด้านการจัดการสุขภาพในเชิงจิตสังคม 6 ข้อ
- ด้านการประเมินความไม่พึงพอใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง 5 ข้อ
- ด้านการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพ 6 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Anderson (2000) ดังตัวอย่างข้อคำถาม :

- ท่านมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนให้ดีขึ้น
- ท่านสามารถกำหนดเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีได้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ มีคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 1) รู้/เข้าใจทั้งหมด 2) รู้/เข้าใจส่วนมาก 3) รู้/เข้าใจบางส่วน และ 4) ไม่รู้/ไม่เข้าใจทั้งหมด จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับๆ ละ 7 ข้อ ได้แก่

- ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน
- ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์
- ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิเคราะห์วิจารณ์

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008) ดังตัวอย่างข้อคำถาม :

- ท่านรู้วิธีสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ท่านสามารถตัดสินใจเลือกบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสุข มีคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 1) มากที่สุด 2) มาก 3) เล็กน้อย และ 4) ไม่มีเลย จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านๆ ละ 7 ข้อ ได้แก่

- ชีวิตที่รื่นรมย์
- ชีวิตที่คึกคัก
- ชีวิตที่มีความหมาย

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Seligman (2002) ดังตัวอย่างข้อคำถาม :

- ท่านรู้สึกยินดีเสมอ เมื่อท่านได้ทำในสิ่งที่ท่านชอบ
- ท่านคิดว่าชีวิตของท่านมีความหมายมาก

### 7.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ตำบลมะตูม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าความเชื่อมั่น
การพึ่งพาตนเอง	.971
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	.937
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	.953
ความสุข	.93

### 7.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์

## 7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่า t-test, ค่า F-test (One Way ANOVA), ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

## 8. ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.1 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 54.9 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.7 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.5 ชนิดของโครงสร้างครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 68.1 และการมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.4

**ส่วนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ระดับ การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

(n=226)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การพึ่งพาตนเอง	75.29	21.01	มาก <sup>1</sup>
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	48.56	9.11	ปานกลาง <sup>2</sup>
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	39.48	12.64	ปานกลาง <sup>3</sup>
ความสุข	41.85	10.02	ปานกลาง <sup>4</sup>

เกณฑ์พิจารณาระดับคะแนนค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) โดยรวม

<sup>1</sup> 0.00 – 34.00 = น้อย, 34.01 – 68.00 = ปานกลาง, 68.01 – 102.00 = มาก

<sup>2</sup> 17.00 – 34.00 = ต่ำ, 34.01 – 51.00 = ปานกลาง, 51.01 – 68.00 = สูง

<sup>3</sup> 0.00 – 21.00 = ต่ำ, 21.01 – 42.00 = ปานกลาง, 42.01 – 63.00 = สูง

<sup>4</sup> 0.00 – 21.00 = น้อย, 21.01 – 42.00 = ปานกลาง, 42.01 – 63.00 = มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการพึงพาตนเองโดยรวมได้มาก ( $\bar{X}=75.29$ ) มีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวมปานกลาง ( $\bar{X}=48.56$ ) มีระดับความรู้ทางสุขภาพโดยรวมปานกลาง ( $\bar{X}=39.48$ ) และมีระดับความสุขโดยรวมปานกลาง ( $\bar{X}=41.85$ )

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยส่วนบุคคล

(n=226)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความสุข			
	$\bar{X}$	t	F	p-value
<b>เพศ</b>		.285 <sup>ns</sup>	-	.78
ชาย	42.06			
หญิง	41.68			
<b>อายุ</b>		-	6.68 <sup>*</sup>	.002
60 – 69 ปี	43.57			
70 – 79 ปี	40.95			
80 – 89 ปี	35.92			
<b>ระดับการศึกษา</b>		-	1.15 <sup>ns</sup>	.34
ไม่ได้รับการศึกษา	37.40			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	46.00			
ประถมศึกษา	42.13			
มัธยมศึกษา	39.36			
<b>สถานภาพสมรส</b>		2.04 <sup>*</sup>	-	.04
อาศัยอยู่ด้วยกัน	42.88			
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	40.06			
<b>อาชีพ</b>		-	4.23 <sup>*</sup>	.006
เกษตรกร	42.43			
รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ	43.21			
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	46.70			
ไม่ประกอบอาชีพ	37.76			

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความสุข			
	$\bar{X}$	t	F	p-value
รายได้ต่อเดือน		-	6.17*	.002
ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	39.17			
1,001 – 5,000 บาทต่อเดือน	43.54			
5,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป	44.63			
ชนิดของโครงสร้างครอบครัว		-7.17*	-	.000
ครอบครัวเดี่ยว	35.07			
ครอบครัวขยาย	45.03			
การมีโรคประจำตัว		0.94 <sup>ns</sup>	-	.35
ไม่มีโรคประจำตัว	42.74			
มีโรคประจำตัว	41.41			

ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงกว่าเพศหญิง ( $\bar{X}=42.06$ ) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงที่สุด ( $\bar{X}=43.57$ ) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงที่สุด ( $\bar{X}=46.00$ ) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงที่สุด ( $\bar{X}=46.70$ ) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงที่สุด ( $\bar{X}=44.63$ ) ผู้สูงอายุที่มีชนิดของโครงสร้างครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงกว่าครอบครัวเดี่ยว ( $\bar{X}=45.03$ ) และ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ( $\bar{X}=42.74$ )

นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ต่อเดือน และชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ

(n=226)

ตัวแปร	ความสุข	
	r	p
การพึ่งพาตนเอง	.65 <sup>***</sup>	.000
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	.75 <sup>***</sup>	.000
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	.75 <sup>***</sup>	.000

\*\*\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

จากตารางที่ 4 พบว่า การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพสูง จะมีความสุขโดยรวมสูงตามไปด้วย ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสุขสูงที่สุด

## 9. อภิปรายและข้อเสนอแนะ

### 9.1 อภิปรายผล

9.1.1 ระดับการพึ่งพาตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพาตนเอง โดยรวมได้มาก ( $\bar{X}=75.29$ ) หมายความว่า ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และมองเห็นศักยภาพในการดูแลตนเอง จึงสามารถปรับตัวใช้ชีวิตพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสมและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น ล้วนมีส่วนผลักดันให้ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เสรี พงศ์พิศ (2553) กล่าวว่า การพึ่งพาตนเองเป็นสิ่งสำคัญของแต่ละบุคคล เป็นความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเอง

ให้ได้มากที่สุด โดยไม่เป็นภาระคนอื่น เป็นความพร้อมทั้งสภาวะทางกายและสภาวะทางจิต ทำให้เกิดความสมดุล ความพอดีในชีวิต และมีความสุข

9.1.2 ระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพโดยรวมปานกลาง ( $\bar{X}=48.56$ ) หมายความว่า ผู้สูงอายุมีทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความเข้าใจต่อบัญชีที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง มีความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมทางสุขภาพ และเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งมีแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างเป็นระบบได้ในระดับปานกลาง จำเป็นที่หน่วยงานในท้องถิ่น ต้องหากระบวนการวิธีหรือกิจกรรมในการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ซ่อทิพย์ บรมชนรัตน์ (2552) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุควบคุมดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยปรับพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น นับเป็นวิธีพัฒนาทักษะและดึงการเรียนรู้แบบผสมผสานมาใช้ ตามแนวทางการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ นำไปสู่ความสุขอย่างยั่งยืนต่อไป และการศึกษาของ Wallenstein (1992) พบว่า การนำวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดึงเอาศักยภาพของตนเองในการใช้วิจารณ์ญาณเพื่อประเมินสาเหตุและความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพออกมาได้ จะนำไปสู่แรงจูงใจในการวางแผนจัดการสุขภาพให้ดีขึ้น และนำไปสู่การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

9.1.3 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมปานกลาง ( $\bar{X}=39.48$ ) หมายความว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถวิเคราะห์วิจารณ์ข้อมูลทางสุขภาพ จนเกิดการปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้ในระดับปานกลาง เกิดข้อจำกัดในกระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ คืออยู่ในช่วงวัยที่มีอายุมาก ยากต่อการเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องต่างๆ มากกว่าในช่วงวัยอื่น รวมทั้งจากการวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยที่ไม่สูงนัก ทำให้ขาดโอกาสที่ดีทางการศึกษา และขาดทักษะที่ดีในการพัฒนาการเรียนรู้ในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พันธุ์ศักดิ์ สุกระถุกษ์ (2556) กล่าวว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ย่อมตัดสินใจเริ่มต้นดูแลสุขภาพได้อย่างเห็นผล ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ขาดโอกาสในการเรียนรู้และมีอุปสรรคตามสภาพการเสื่อมถอยของร่างกายตามช่วงวัย จึงจำเป็นต้องใส่ใจในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น

9.1.4 ระดับความสุข ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความสุขโดยรวมปานกลาง ( $\bar{X}=41.85$ ) หมายความว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเชิงบวก มีความพึงพอใจ อิ่มเอมใจ ภาคภูมิใจ ในสิ่งที่ดั่งามของตนเอง มองเห็นคุณค่าและความหมายในชีวิตจนสามารถจัดการเรื่องต่างๆ ได้ตาม ความปรารถนาและสามารถพัฒนาตนเองไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุ บางคนที่มีสุขภาพร่างกายเสื่อมถอยลงตามช่วงวัย ไม่สามารถปรับตัวรับกับความเปลี่ยนแปลง ได้ มีเจตคติที่ไม่ดีในการดำรงชีวิต ยอมรับตัวเองไม่ได้ ก็มีส่วนทำให้ความสุขในชีวิตลดน้อยลงไป สอดคล้องกับการศึกษาของ รศรินทร์ เกรย์ (2555) กล่าวว่า ด้วยสุขภาพที่เสื่อมถอยตามวัย หรือ ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ รวมทั้งกรณีที่ไม่สามารถปรับตัวได้และไม่เข้าใจบทบาทที่เปลี่ยนแปลง ไปของชีวิต ทศนคติในเชิงบวกจะลดลง ย่อมกระทบต่อความสุขในชีวิต ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความ เอาใจใส่ เสริมสร้างความสุขในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

การพึ่งพาตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรินทร์ คำอินทร์ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้น้อย ทำให้ความสุข ในชีวิตลดน้อยลง โดยหากสามารถช่วยเหลือครอบครัว และมีระดับการพึ่งพาตนเองที่สูงขึ้น จะสัมพันธ์กับการมีชีวิตที่มีความสุขมากขึ้น และการศึกษาของ Strong *et al.* (2005) กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพาตนเองสูง สามารถช่วยเหลือตนเอง ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้เอง ย่อมทำให้ระดับความสุขสูงขึ้น

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ สังข์น้อย (2551) ได้ทำการทดลองการเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพของสตรีวัยทอง สถานีอนามัยห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการ ทดลอง กลุ่มทดลองมีความสุขมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) พบว่า การกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุเกิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความตระหนักในศักยภาพของตน และดึงศักยภาพ ออกมาใช้อย่างเต็มที่ จนบรรลุผลสำเร็จ จะนำความสุขมาให้อย่างยิ่งยืน



ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ DeWalt *et al.* (2004) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีแนวโน้มจะประสบปัญหาทางสุขภาพได้ต่ำและมักเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข และการศึกษาของ Kanj and Mitic (2009) พบว่า สมรรถนะของผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ในการสามารถเข้าถึง เข้าใจ และประเมินการใช้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีได้ สัมพันธ์กับการเกิดความสุขโดยตรง

## 9.2 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

9.2.1 จากผลการวิจัย พบว่า การพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุในทางบวก ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองโดยไม่ให้เป็นปัญหาหรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น ครอบครัวเองควรให้กำลังใจผู้สูงอายุให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง ในส่วนชุมชน/ท้องถิ่นควรส่งเสริมกิจกรรมที่กระตุ้นผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ การให้ผู้สูงอายุเป็นแม่บ้านจัดกิจกรรม ประเพณี หรือพัฒนาภูมิปัญญาในท้องถิ่น หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ ควรจัด โครงการตรวจสุขภาพและให้คำแนะนำทางสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งพาดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานทั้งในแง่การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพให้ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ทั้งระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมินำไปสู่สิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการดูแลสุขภาพที่พึงได้รับของผู้สูงอายุ เสริมสร้างการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการพึ่งพาตนเองได้สูงต่อไป

9.2.2 จากผลการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุในทางบวก ดังนั้น ครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญเป็นแรงสนับสนุนที่ดี คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้สูงอายุให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ในส่วนหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน/ท้องถิ่นควรหากระบวนการหรือกิจกรรมในการทำให้ผู้สูงอายุมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ได้แก่ จัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมออกกำลังกายในลานกีฬาสุขภาพ เป็นต้น รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงเรื่องพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น นำไปสู่แรงจูงใจในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่ดีและมีทักษะในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น

9.2.3 จากผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุในทางบวก ดังนั้น ครอบครัวควรสนับสนุนในการเสริมทักษะให้กับผู้สูงอายุในด้านการอ่านและการเขียนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุอ่านฉลากยาก่อนรับประทาน สนับสนุนผู้สูงอายุเข้าใช้ห้องสมุดในชุมชน เป็นต้น ในส่วนชุมชน/ท้องถิ่น ควรมุ่งเน้นการสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านและการเขียนของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนการเรียนในระบบการศึกษานอกโรงเรียน การผลักดันให้ผู้สูงอายุสนใจจดลิขสิทธิ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีการยกระดับความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

### 9.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

9.3.1 ควรมีการศึกษาความสุขกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างออกไป ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลหลากหลาย เป็นประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจผู้สูงอายุในภาพรวมมากยิ่งขึ้น

9.3.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่มีผลต่อความสุข ได้แก่ การมีส่วนร่วม ค่านิยมส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การเตรียมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น

9.3.3 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการประชุมกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลแท้จริง มาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง



## เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. 2554. ความฉลาดทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: นิเวศรรมา  
การพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552.  
แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ. ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2552. “Empowerment กับการเสริมพลังสร้างสุขภาพ.”  
นิตยสารหมอชาวบ้าน, 368.
- ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์. 2522. มุมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก  
: [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1\\_2552/Healthyconner.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2552/Healthyconner.htm). (วันที่เข้าถึง  
14 พฤษภาคม 2557).
- ฝ่ายทะเบียนและบัตรอำเภอพรหมพิราม. 2556. สถิติจำนวนผู้สูงอายุในตำบลทับยาย-เขียง อำเภอ  
พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ประจำปี 2556.
- พัชรินทร์ คำอินทร์. 2548. ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดย  
ผู้ดูแลในครอบครัว. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. 2556. ฉลาดคิด ชีวิตสุขภาพดี: เรียนรู้วิธีการเสริมสร้าง “ความฉลาดทาง  
สุขภาพ (Health Quotient)”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://www.evitalife.com/  
news/65.html](http://www.evitalife.com/news/65.html). (วันที่เข้าถึง 6 มิถุนายน 2557).
- รศรินทร์ เกรย์. 2555. การดูแลผู้สูงอายุ: ความสุข และความเครียด. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:  
<http://www2.ipsr.mahidol.ac.th>. (วันที่เข้าถึง 6 มิถุนายน 2557).
- เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, ศิริอร สินธุ, สายฝน เอกวางกูร, อุไร จเรประพาฬ และ เจนเนต พลเพชร.  
2550. “ความสุขและวิถีการสร้างเสริมสุขภาพ: ความต้องการที่แตกต่างกันระหว่างคนสามวัย  
ในครอบครัวไทย.” วารสารพยาบาล 56, 1: 11.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์. 2556. ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:

<http://www.cps.chula.ac.th>. (วันที่เข้าถึง 24 กรกฎาคม 2556). อ้างถึง World Health Organization (WHO). (2012). Policies and priority interventions for healthy ageing. Copenhagen: Scherfigsvej.

ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. 2552. รายงานประจำปี 2552. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://hpc9.anamai.moph.go.th/eval/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id](http://hpc9.anamai.moph.go.th/eval/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id). (วันที่เข้าถึง 23 กรกฎาคม 2556).

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2553. รูปแบบเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://v2.agingthai.org/page/2060> (วันที่เข้าถึง 23 กรกฎาคม 2556).

สมพร โพธินาม. 2550. ผู้สูงอายุไทย: บริบทของจังหวัดมหาสารคาม. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : [http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show\\_detail](http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail) (วันที่เข้าถึงได้จาก 19 กรกฎาคม 2556).

สุนันทา คุ่มเพชร. 2545. อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชนและ ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุใน อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

เสรี พงศ์พิศ. 2553. ร้อยคำที่ควรรู้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พลังปัญญา.

อารีย์ สังข์น้อย. 2551. “พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง สถานีอนามัยตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี.” *Journal of Health Education* 31, 109: 77 - 90.

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

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 Gerontology** 28, 1: 96 - 100.
- 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.
- John F.H., L. Richard and D.S. Jeffrey. 2012. **World Happiness Report**. NY: The earth Institute, Columbia University.
- 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**. WHO.
- Layard, R. 2005. **Happiness: Lessons from a New Science**. UK: Penguin.
- 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.
- Nutbeam, D. 2008. **The evolving concept of health literacy**. SYD: University of Sydney.
- Seligman, M. 2002. **Authentic Happiness**. (Online). Available: <http://www.authentichappiness.sas.edu>. (Accessed 24 July. 2013).
- 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.
- Wallenstein, N. 1992. "Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programming." **American Journal of Health Promotion**, 6: 197-205.

