

# สุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย

## Well-being of the Elderly living in Urban and Rural Areas of Thailand

กุลวดี โจรานไพศาลกิจ\*, ยวดี รอดจากภัย\*\*

\*ผู้นิพนธ์หลัก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

\*\*ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**Kunwadee Rojpaisarnkit\*, Yuvadee Rodjarkpai\*\***

\*Corresponding author, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

\*\* Department of Health Education, Faculty of Public Health, Burapha University

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สุขภาวะของผู้สูงอายุและปัจจัยทำนายสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบทของไทย ประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยภายใน 15 ตัวแปร และปัจจัยภายนอก 3 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นผู้สูงอายุในเขตเมืองจำนวน 1,347 คน และผู้สูงอายุในเขตชนบท จำนวน 871 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multiple regression ผลการวิเคราะห์สุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทมีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกาย สังคม และจิตวิญญาณสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท แต่มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท มีปัจจัย 5 ปัจจัยที่สามารถทำนายสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยตัวแปรทำนายที่ดีที่สุดคือการยอมรับนับถือตนเอง ตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ บุคคลร่วมอาศัย ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมกับชุมชน และสถานภาพสมรส โดยสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.40 ( $R^2 = 0.324, R^2_{adj} = 0.317$ ) และมีปัจจัย 5 ปัจจัยที่สามารถทำนายสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตชนบทคือ โดยตัวแปรทำนายที่ดีที่สุดคือการยอมรับนับถือตนเอง ตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะครอบครัว การมีส่วนร่วมกับชุมชน และสภาพทางร่างกายตามการรับรู้ของตนเอง โดยสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุได้ร้อยละ 22.80 ( $R^2 = 0.228, R^2_{adj} = 0.219$ ) จากผลการวิจัยที่พบว่า การยอมรับนับถือตนเองเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากงานวิจัยนี้แก่หน่วยงานด้านสุขภาพคือ ควรสนับสนุนให้ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชนให้ความสำคัญกับการส่งเสริมผู้สูงอายุให้เกิดการยอมรับนับถือตนเองเพื่อส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีที่สุดต่อไป

คำสำคัญ : สุขภาวะ, ผู้สูงอายุ, เขตเมือง, เขตชนบท

## Abstract

This predictive research was designed to analyze the well-being of the elderly and the predictive factors to determine the well-being of the elderly living in the urban and rural areas of Thailand. It consisted of variables within 15 internal factor variables and 3 external factor variables. Samples were collected from a multistage random sampling technique, including 1,347 urban elderly and 871 rural elderly. Data were collected by questionnaire. An analysis of the elderly well-being living in urban and rural areas found that the elderly in urban and rural areas were statistically differences in physical, mental, social, and spiritual well-being, and in overall well-being at the .05 level of significant. Elderly in urban areas had higher average mean score of physical, social and spiritual well-being than those in rural areas. However, the average mean score of mental well-being was lower than the rural elderly. There were five factors that can predict the elderly well-being living in urban areas. The best predictor variable was self-esteem, others variables were family members, environmental safety, community involvement, and marital status that could explain the elderly well-being at 32.40% ( $R^2 = 0.324$ ,  $R^2_{adj} = 0.317$ ). There were five factors that could predict the elderly well-being living in the rural areas. The best predictor variable was self-esteem, others variables were health behavior, family style, community involvement, and physical conditions according to their perception that could explain the elderly well-being at ( $R^2 = 0.228$ ,  $R^2_{adj} = 0.219$ ). It can be seen that self-esteem was the best predicting variable affected the elderly well-being in both urban and rural areas. Policy recommendations from this research to the health sectors are provide support to the family member; family and community caregivers focusing on encourage the elderly to get self-esteem for their well-being.

**Keywords :** well-being, elderly, rural area, urban area

## บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> พบว่าจำนวนประชากรสูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 1980 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรของโลกที่เป็นผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นจำนวนถึง 395 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 80 โดยภายในไม่เกินปี ค.ศ. 2020 จะมีประชากรสูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าประชากรวัยเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี และภายในไม่เกิน ค.ศ. 2050 จะมีประชากรของโลกที่เป็นผู้สูงอายุ มากกว่าจำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุไม่เกิน 14 ปี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เมื่อพิจารณาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging)” อันจะมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว<sup>2</sup> ทั้งนี้หากประเทศไทยมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสมก็อาจจะทำให้ประชากรสูงอายุเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายของประเทศในอนาคตได้จากการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศ โดยพบว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุและควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยภายใน (Internal factors) และ

ปัจจัยภายนอก (External factors) นอกจากนั้นพื้นที่อยู่อาศัยหรือการอาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือชนบทถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ เนื่องจากงานวิจัยส่วนหนึ่งในประเทศไทยระบุว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทยังมีวิถีการดำเนินชีวิตและปัจจัยเกื้อหนุนการมีสุขภาวะที่ดีที่แตกต่างกัน<sup>1,3,4,5</sup>

จากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยที่พบส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในลักษณะของการศึกษาในผู้สูงอายุในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง หรือการศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุในประเทศไทยกับประเทศอื่น ๆ จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นข้อมูลและผลการศึกษาในเชิงบริบทพื้นที่อาศัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุในประเทศไทย นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ไม่ครอบคลุมทั้งประเทศ โดยยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาเชิงวิเคราะห์อย่างชัดเจนถึงปัจจัยทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทในประเทศไทย การศึกษาในครั้งนี้จะได้ข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายทางสุขภาพในเพื่อการวางแผนการจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทและในเขตเมืองที่มีความเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น ข้อค้นพบจากการวิจัยจึงเป็นประโยชน์ในการเป็นข้อมูลชี้ให้เห็นเกิดการบริหารจัดการในการสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทยในอนาคตให้ดียิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ของในประเทศไทยได้ดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณค่า เพื่อสร้างสังคมแห่งความสุขของประชากรไทยในวัยสูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดีสืบไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยภายใน และตัวแปรปัจจัยภายนอก

## กรอบแนวคิดการวิจัยและคำอธิบายตัวแปร

กรอบแนวคิดการวิจัยปรับปรุงจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of health) และมิติ สุขภาวะ (Dimension of health) ขององค์การอนามัยโลก<sup>6</sup> ซึ่งจัดกลุ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะของบุคคลออกเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ร่วมกับการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวแปรปัจจัยทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมืองและในเขตชนบท อธิบายดังนี้

ปัจจัยภายใน ประกอบด้วยปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และด้านจิตสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงานในปัจจุบัน สถานะการเงิน ศาสนา ลักษณะครอบครัว บุคคลร่วมอาศัย การมีส่วนร่วม กับชุมชน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และองค์ประกอบด้านกาย จิต และพฤติกรรม ประกอบด้วยสภาพทางร่างกายตามการรับรู้ของตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมและได้รับการยอมรับจากสังคม ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สุขภาวะผู้สูงอายุ หมายถึงสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยซึ่งเป็นผลรวมของสุขภาวะ 4 ด้านคือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม

และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยสุขภาวะทางกาย วัดจากการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล<sup>5</sup> (Barthel ADL Index หรือ Barthel Activities of Daily Living Index) สุขภาวะทางจิตวัดจากการประเมินความเครียดด้วยตนเองของผู้สูงอายุ สุขภาวะทางสังคมวัดจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และการประเมินความช่วยเหลือจากเครือข่าย และสุขภาวะทางจิตวิญญาณวัดจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้สึกมีความสุขสงบ

## วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบทำนาย (Predictive Study) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรที่ศึกษาใช้ประชากรกลางปีของผู้สูงอายุไทย (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 9,517,000 คน<sup>2</sup> ผู้วิจัยประมาณการขนาดตัวอย่างจากจำนวนประชากรรายภาค โดยใช้สูตรการจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970)<sup>7</sup> ในการกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นรายภาคได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำรายภาคเท่ากับ 400 ตัวอย่าง รวมจำนวนตัวอย่าง จากการคำนวณเท่ากับ 2,000 ตัวอย่าง สัดส่วนการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทใช้สัดส่วนเขตเมืองต่อเขตชนบทโดยประมาณเท่ากับ 6: 4<sup>8</sup> (ในการศึกษานี้ผู้สูงอายุในเขตเมือง หมายถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหรือเทศบาลตำบล และผู้สูงอายุในเขตชนบท หมายถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมืองหรือเทศบาลตำบล)

สำหรับขนาดตัวอย่างของการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis นั้น Hair, Black, Babin & Anderson<sup>9</sup> ระบุว่าขนาดตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพในการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple

Regression Analysis คือไม่น้อยกว่า 50 ตัวอย่าง และหากเป็น 100 ตัวอย่างจะเหมาะสมกว่า โดยอัตราส่วนต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระคือ 5:1 และอาจเป็น 15:1 หรือ 20:1 ในกรณีวิเคราะห์ด้วย Stepwise ซึ่งขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามข้อกำหนดดังกล่าว

การเลือกตัวอย่างดำเนินการโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยขั้นที่ 1 จะสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จังหวัดในแต่ละภาคมาภาคละ 1 จังหวัดรวมเป็น 5 จังหวัด ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายอำเภอมาจังหวัดละ 1 อำเภอ ขั้นที่ 3 สุ่มอย่างง่ายตำบลในแต่ละอำเภอ

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค (คน)

ภาค	จังหวัด	จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด	จำนวนตัวอย่าง เขตเมือง	จำนวนตัวอย่าง เขตชนบท
เหนือ	พะเยา	440	269	171
ใต้	สงขลา	401	241	160
กลาง	ลพบุรี	453	273	180
ตะวันออก	ฉะเชิงเทรา	452	272	180
ตะวันออกเฉียงเหนือ	สกลนคร	472	292	180
รวม		2,218	1,347	871

### เครื่องมือใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือใช้ในการวิจัยขึ้นตามกรอบแนวคิดการศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำไปตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งทุกท่านมีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาวะผู้สูงอายุ ด้านการกำหนดโครงสร้างแบบสอบถามเชิงปริมาณ ด้านสุขภาพและการใช้ภาษาในแบบสอบถาม และนำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)<sup>9</sup> ข้อที่นำไปใช้คือข้อที่ได้ค่า 0.80 ขึ้นไป ส่วนข้อที่มีค่า CVI ต่ำกว่า 0.80 ได้นำไปปรับปรุง

มา 1 ตำบล และขั้นที่ 4 สุ่มอย่างง่ายผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทตามสัดส่วนที่กำหนดไว้โดยผู้สูงอายุต้องมีอายุ 60 ปีหรือสูงกว่า สามารถได้ยินและตอบคำถามได้ด้วยตนเอง และไม่เป็นผู้มีภาวะพิการหรือทุพพลภาพ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 2,218 คน จึงนำใช้ทั้งหมด โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตเมือง 1,347 คน คิดเป็นร้อยละ 60.73 และเขตชนบท 871 คิดเป็นร้อยละ 39.27 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค ดังแสดงในตารางที่ 1

แก้ไข และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำให้มีค่า 0.80 ขึ้นไปจึงนำไปใช้ และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย โดยการทดลองใช้ (try-out) ในผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีลักษณะเทียบเคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยการหาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)<sup>10</sup> พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.75 - 0.97 โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยทำนายสุขภาพผู้สูงอายุ และเครื่องมือประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยทำนายสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเครื่องมือรวบรวมข้อมูลปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ ที่ถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และด้านจิตสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน ในปัจจุบัน สถานะการเงิน ศาสนา ลักษณะครอบครัว บุคคลร่วมอาศัย การร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2) แบบสอบถามเพื่อประเมินสภาพทางร่างกายของตนเองตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ สเกลการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 25 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

3) แบบสอบถามเพื่อประเมินการยอมรับนับถือตนเอง จำนวน 15 ข้อ สเกลการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 75 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

4) แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ คือพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ สเกลการตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ทำเลย โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 125 และ

มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

5) แบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมกับชุมชน จำนวน 5 ข้อ สเกลการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 25 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

6) แบบสอบถามเพื่อประเมินความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ สเกลการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 25 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

7) แบบสอบถามเพื่อประเมินการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ สเกลการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 25 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

2. เครื่องมือประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) แบบประเมินสุขภาพทางกาย วัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ Barthel ADL Index 10 ข้อ สเกลการให้คะแนนรายข้อจะไม่เท่ากัน ตั้งแต่ 0-1 หรือ 0-1-2 หรือ 0-1-2-3 โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 20

2) แบบประเมินสุขภาพทางจิต วัดจากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา 20 ข้อ สเกลการประเมินเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อยๆ และเป็นประจำ โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 80 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

3) แบบประเมินสุขภาพทางสังคม วัดจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว 10 ข้อ สเกลการประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด



คะแนนรวมเท่ากับ 50 และแบบประเมินความช่วยเหลือจากเครือข่าย จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด คะแนนรวมเท่ากับ 30 โดยมีคะแนนรวมทั้งสองส่วนเท่ากับ 80 คะแนน และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

4) แบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ วัดจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตัวเอง 9 ข้อ สเกลการประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 45 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2559

และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราขันธ์ หมายเลขรับรองจริยธรรม RRUG-HS-2015-0101

## ผลการวิจัย

### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่าผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 60-69 ปี มีโรคประจำตัว สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อยู่ในครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน ร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นประจำ และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ มีเฉพาะสถานะทางการเงินที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่พอใช้ แต่ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสถานะพอใช้และไม่พอใช้ใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (2,218)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	เขตเมือง (n=1,347)		เขตชนบท (n=871)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	484	35.93	310	35.59
- หญิง	863	64.07	561	64.41
อายุ (ปี)				
- 60-69	920	68.30	522	59.93
- 70-79	351	26.06	261	29.97
- 80-89	73	5.42	77	8.84
- 90 หรือสูงกว่า	3	0.22	11	1.26
โรคประจำตัว (การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง)				
- ไม่มี	395	29.32	355	40.76
- มี	952	70.68	516	59.24

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (2,218) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	เขตเมือง (n=1,347)		เขตชนบท (n=871)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
- โสด (ไม่เคยแต่งงาน)	77	5.71	37	4.25
- คู่ (แต่งงานและยังอยู่กับคู่สมรส)	924	68.60	510	58.55
- หย่า (เคยแต่งงาน แต่หย่า/แยกกับคู่สมรส)	87	6.46	30	3.44
- หม้าย (เคยแต่งงาน แต่คู่สมรสเสียชีวิต)	259	19.23	294	33.76
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้เรียน	93	6.90	83	9.53
- เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา	157	11.65	77	8.84
- ประถมศึกษา	662	49.15	599	68.77
- มัธยมศึกษา/ ปวช.	245	18.19	31	3.56
- อนุปริญญา/ ปวส.	52	3.86	26	2.99
- ปริญญาตรี	106	7.87	46	5.28
- ปริญญาโท/ ปริญญาเอก	32	2.38	9	1.03
การทำงานในปัจจุบัน				
- ทำงานประจำ	152	11.28	166	19.06
- ทำงานแบบไม่ประจำ	597	44.32	305	35.02
- ไม่ได้ทำงาน หรือเกษียณอายุจากที่ทำงาน	598	44.40	400	45.92
สถานะทางการเงิน				
- พอใช้	914	67.86	434	49.83
- ไม่พอใช้	433	32.14	437	50.17
ลักษณะครอบครัว				
- อยู่คนเดียว	124	9.21	62	7.12
- ครอบครัวเดี่ยว	710	52.17	406	46.61
- ครอบครัวขยาย	513	38.08	403	46.27
บุคคลร่วมอาศัย (บุคคลที่พักอยู่ด้วยมากที่สุด)				
- คู่สมรส	378	28.05	266	30.54
- คู่สมรส และบุตรหรือหลาน	599	44.47	312	35.82
- บุตร และ/หรือ หลาน	229	17.00	234	26.87
- ญาติ	91	6.76	26	2.99
- บุคคลที่ไม่ใช่ญาติ	50	3.72	33	3.78
การร่วมกิจกรรมในชุมชน				
- เป็นประจำ	696	51.67	392	45.00
- ค่อนข้างประจำ	406	30.14	282	32.38
- บางครั้ง	214	15.89	178	20.44
- ไม่เข้าร่วม	31	2.30	19	2.18
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ				
- เป็นสมาชิก	990	73.50	605	69.46
- ไม่เป็นสมาชิก	357	26.50	266	30.54



2. สุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทจำแนกรายด้านสุขภาวะพบว่า ผู้สูงอายุ

ในเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางกายทางสังคม และทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ดังแสดงในตารางที่ 3 และภาพที่ 1

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาวะรายด้านของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท

สุขภาวะ	คะแนนรวม	เขตเมือง (1,347)				เขตชนบท (871)			
		Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD
กาย	20	12	20	18.22	2.26	12	20	17.80	2.55
จิต	80	17	77	31.42	12.00	20	78	32.54	12.92
สังคม	90	25	80	65.70	10.52	30	80	62.29	9.01
จิตวิญญาณ	45	12	45	39.40	5.18	23	45	37.69	5.01
คะแนนรวม	235	66	222	154.74	7.49	85	223	150.32	7.37

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า

ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทมีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท

สุขภาวะ	<i>t-test for Equality of Means</i>						
	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> (2-tailed)	Mean Differ- ence	Std. Error Differ- ence	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
กาย	4.072	2216	.000	.422	.104	.219	.625
จิต	-2.094	2216	.036	-1.123	.535	-2.181	-.0718
สังคม	7.881	2216	.000	3.410	.433	2.561	4.258
จิตวิญญาณ	7.676	2216	.000	1.706	.222	1.270	2.142
รวม	6.039	2216	.000	4.412	.731	2.979	5.844

#### 4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมือง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.10 ถึง 0.24 แสดงว่าไม่เกิด Multicollinearity ในการวิเคราะห์ โดย Hair et al<sup>9</sup> ระบุว่าค่า Bivariate correlations ระหว่างตัวแปรอิสระ ต้องไม่สูงกว่า 0.70

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมืองโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการ Stepwise ระหว่างสุขภาวะของผู้สูงอายุกับตัวแปรอิสระ พบว่ามีปัจจัย 5 ปัจจัยที่ร่วมกันมีอิทธิพลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยพบว่าการยอมรับนับถือตนเองและความรับผิดชอบสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 โดยสามารถ

อธิบายได้ร้อยละ 16.90 ( $R^2$  Change = 0.169) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 2 คือ บุคคลร่วมอาศัยสามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.70 ( $R^2$  Change = 0.117) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 3 คือความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมสามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.80 ( $R^2$  Change = 0.018) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 4 คือการมีส่วนร่วมกับชุมชนสามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.20 ( $R^2$  Change = 0.012) และตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 5 คือสถานภาพสมรส สามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.80 ( $R^2$  Change = 0.008) โดยรวมทั้ง 5 ตัวแปรสามารถอธิบายสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมืองได้ร้อยละ 32.40 ( $R^2 = 0.324$ ) โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 2.918

สามารถเขียนสมการถดถอยพหุได้ดังนี้

$$y_{\text{เขตเมือง}} = 137.892 + 5.749X_1 - 3.904X_2 + 1.988X_3 + 2.608X_4 + 0.952X_5 + 2.918$$

$y_{\text{เขตเมือง}}$	=	สุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมือง
$X_1$	=	การยอมรับนับถือตนเอง
$X_2$	=	บุคคลร่วมอาศัย
$X_3$	=	ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม
$X_4$	=	การมีส่วนร่วมกับชุมชน
$X_5$	=	สถานภาพสมรส

#### 5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตชนบท

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตชนบทโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการ Stepwise ระหว่างสุขภาวะผู้สูงอายุกับตัวแปรอิสระ พบว่ามีปัจจัย 5 ปัจจัยที่ร่วมกันมีอิทธิพลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยพบว่าการยอมรับนับถือตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 โดยสามารถอธิบายได้

ร้อยละ 10.20 ( $R^2$  Change = 0.102) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 2 คือ พฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.60 ( $R^2$  Change = 0.066) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 3 คือลักษณะครอบครัวสามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.70 ( $R^2$  Change = 0.037) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 4 คือการมีส่วนร่วมกับชุมชน สามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.30 ( $R^2$  Change = 0.013) และตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ใน

ขั้นตอนที่ 5 คือสภาพทางร่างกายตามการรับรู้ของตนเอง สามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.90 ( $R^2$  Change = 0.009) รวมทั้ง 5 ตัวแปรสามารถ

อธิบายสภาวะของผู้สูงอายุในเขตชนบทได้ร้อยละ 22.80 ( $R^2 = 0.228$ ) โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 3.236

สามารถเขียนสมการถดถอยพหุได้ดังนี้

$$y_{\text{เขตชนบท}} = 134.364 + 4.706X_1 + 4.853X_2 - 3.612X_3 + 2.462X_4 + 2.032X_5 + 3.236$$

เมื่อ  $y_{\text{เขตชนบท}}$  = สุขภาวะผู้สูงอายุในเขตชนบท

$X_1$  = การยอมรับนับถือตนเอง

$X_2$  = พฤติกรรมสุขภาพ

$X_3$  = ลักษณะครอบครัว

$X_4$  = การมีส่วนร่วมกับชุมชน

$X_5$  = สภาพทางร่างกายตามการรับรู้ของตนเอง

## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทมีสภาวะแตกต่างกัน

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทมีสภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสภาวะโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Baernholdt, Yan, IHinton, Rose & Mattos<sup>11</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุในชนบทมีการทำงานทางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุในเมืองซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และ Uzobo & Dawodu<sup>12</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมีความยากจนและมีปัญหาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจึงส่งผลต่อการมีสภาวะที่ดีแตกต่างกัน

2. ปัจจัยทำนายสภาวะผู้สูงอายุในเขตเมือง

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายสภาวะผู้สูงอายุในเขตเมือง ประกอบด้วย ปัจจัย 5 ปัจจัยคือ การยอมรับนับถือตนเอง บุคคลร่วมอาศัย ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม

การมีส่วนร่วมกับชุมชน และสถานภาพสมรส สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การยอมรับนับถือตนเองสามารถทำนายสภาวะผู้สูงอายุในเขตเมือง สอดคล้องกับการศึกษาของ Huy, Schneider & Thiel<sup>13</sup> ที่พบว่าการยอมรับความชราเป็นปัจจัยกำหนดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีซึ่งส่งผลต่อสภาวะของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และ สุภาณี สนธิรัตน์<sup>14</sup> ที่พบว่าทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ

บุคคลร่วมอาศัย สามารถทำนายสภาวะผู้สูงอายุในเขตเมือง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chamroomsawasdi et al<sup>15</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วยส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสภาวะของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ วิรดา อรรถเมธากุล และ วรณีย์ ศรีวิลัย<sup>16</sup> ที่พบว่าความเป็นสุขในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะของผู้สูงอายุ

ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมสามารถทำนายสภาวะผู้สูงอายุในเขตเมือง เนื่องจากความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมเป็นคะแนนรวมของ

ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนิจ นิจนันต์ชัย และ มาลี สันติศิริศักดิ์<sup>17</sup> และ พรทิพย์ สุขอดิษฐ์, จันทร์ชลิ มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิติญาณ สันต์<sup>18</sup> ที่พบว่า การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีส่งผล ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและวิถีสุขภาวะชีวิต ของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมกับชุมชนสามารถทำนาย สุขภาวะผู้สูงอายุในเขตเมือง สอดคล้องกับการศึกษา ของ อาคม บุญเลิศ<sup>19</sup> ที่พบว่าความถี่ของการเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ กมล วิเศษงามปกรณ์ และ วัชร ศรีทอง<sup>20</sup> ที่ศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรม ของชมรมผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรส สามารถทำนายสุขภาวะ ผู้สูงอายุในเขตเมือง สอดคล้องกับการศึกษาของ กมล วิเศษงามปกรณ์ และ วัชร ศรีทอง<sup>20</sup> ที่พบว่า สถานภาพสมรสส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ เสาวรัตน์ ฉิมศรี<sup>21</sup> พบว่าสถานภาพ สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

### 3. ปัจจัยทำนายสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขต ชนบท

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถ ทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ การยอมรับนับถือ ตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะครอบครัว การมีส่วนร่วมกับชุมชน และสภาพทางร่างกายตาม การรับรู้ของตนเอง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

การยอมรับนับถือตนเอง สามารถทำนาย สุขภาวะผู้สูงอายุในเขตชนบท และปฐมพร ธรรมธวัช<sup>22</sup> ที่พบว่า การเตรียมตัวให้ผู้สูงอายุมีการยอมรับ นับถือตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุ และ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ<sup>23</sup> ที่พบว่า

การรับรู้คุณค่าตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ และ Manasatchakun, Chotiga, Roxberg & Asp<sup>24</sup> ที่ระบุว่า การรับรู้การเป็นบุคคลที่มีคุณค่า (being a valuable person) ส่งผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพสามารถทำนายสุขภาวะ ผู้สูงอายุในเขตชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวรัตน์ ฉิมศรี<sup>21</sup> ซึ่งพบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความ สัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับ ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ กุลวดี โรจน์ ไพศาลกิจ<sup>25</sup> ที่พบว่าพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรม ทางกายส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ รวมถึง ธนายุส ธนธิต และ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์<sup>26</sup> ที่พบว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ส่งผลต่อสุขภาวะของ ผู้สูงอายุ

ลักษณะครอบครัวสามารถทำนายสุขภาวะ ผู้สูงอายุในเขตชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชรี คมจักรพันธ์<sup>27</sup> ที่พบว่าครอบครัวมีบทบาท สำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามก็ขัดแย้งกับการศึกษาของ เสาวรัตน์ ฉิมศรี<sup>21</sup> ที่พบว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมกับชุมชนสามารถทำนาย สุขภาวะผู้สูงอายุในเขตชนบท สอดคล้องกับ การศึกษาของ ชูติเดช เจียนดอน และคณะ<sup>28</sup> ซึ่งพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชนบท สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และ สุภาณี สนธิรัตน์<sup>21</sup> ที่พบว่าทักษะทางสังคม ส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ และ Fiske, Wetherell & Gatz<sup>29</sup> ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ และ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ วรากร เกรียงไกรศักดิ์<sup>30</sup> ที่ระบุว่า การร่วมกิจกรรมทาง สังคมของผู้สูงอายุในชนบทส่งผลต่อการพัฒนาสุข ภาวะผู้สูงอายุ

สภาพทางร่างกายตามการรับรู้ของตนเอง สามารถทำนายสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตชนบท สำหรับองค์ประกอบทางกายในการศึกษานี้เป็นการรับรู้สภาพร่างกายตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Cho et al.<sup>31</sup> ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ รวมถึง ไข้หวัด อยุ่ยงสินธุ์ และสุจิตรา สุกนธทรัพย์ ที่ระบุว่าผู้สูงอายุสามารถสุขภาพของตนเองส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>32</sup>

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) จากผลการศึกษาที่พบว่าองค์ประกอบทางจิตส่งผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตโดยอาจแยกศึกษารายตัวแปรให้มีความชัดเจนในแต่ละกลุ่มวัยของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในเกิดประโยชน์ในการบริหารจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

2) จากผลการศึกษาที่พบว่าองค์ประกอบทางกายส่งผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุในเขตชนบท ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการและการกำหนดลักษณะกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบท

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาต่อยอดจากการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการนำกลุ่มตัวแปรที่พบว่าส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตเมืองและในเขตชนบทไปกำหนดเป็นตัวแปรเพื่อศึกษาให้มีความเฉพาะเจาะจงเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับอำนาจการทำนาย เพื่อนำผลไปใช้ในการบริหารจัดการที่นำไปสู่การปฏิบัติการ เพื่อการกำหนดแผนงาน/โครงการ ของผู้บริหารด้านสุขภาพ

ในพื้นที่ ผู้นำชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชนและผู้สูงอายุในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report on Aging and Health. Geneva: WHO Press; 2014.
2. Knodel J, Prachuabmoh V & Chayovan N. The Changing Well-being of Thai Elderly An update from the 2011 Survey of Older Persons in Thailand. Bangkok: Foundation for Older Persons' Development (FOPDEV); 2013.
3. นิลภา จิระรัตนวรรณ, ขนิษฐา นันทบุตร. ปัจจัยเชื่อมโยงสุขภาพผู้สูงอายุในชนบท. วารสารคณะพลศึกษา 2555; (ฉบับพิเศษ): 179-188.
4. วิทมา ธรรมเจริญ. อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2555.
5. Mahoney FJ, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-5.
6. World Health Organization. Determinant of Health. Online: available <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>; 2013. (10/2/2014).
7. Krejcie RV. & Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-610.

8. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2553. กรุงเทพฯ: ที่ คิว พี จำกัด; 2553.
9. Hair JF, Black WC, Babin BJ & Anderson R. Multivariate Data Analysis: Pearson New International Edition. 7th edition. London: Person Education Limited; 2014.
10. Tavakol M. & Dennick R. Making Sense of Cronbach's Alpha. International Journal of Medical Education 2011; 2:53-55.
11. Baernholdt M, Yan G, Hinton I, Rose K, & Mattos M. Quality of Life in Rural and Urban Adults 65 Years and Older: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey. J Rural Health 2012 Fall; 28(4): 339-347.
12. Uzobo E. & Dawodu OA. (2015). Ageing and Health: A Comparative Study of rural and Urban Aged Health Status in Bayelsa State, Nigeria. European Scientific Journal 2015; 11(14): 258-273.
13. Huy C, Schneider S. & Thiel A. Perception of aging and Health Behavior: Determinants of a Healthy Diet in an Older German Population. The Journal of Nutrition, Health, and Aging 2010; 14(5): 381-385.
14. นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และ สุปาณี สนธิรัตน์. ทศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2556; 39(2): 66-79.
15. Chamroonsawasdi K, Phoolphoklang S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C. Factors Influencing Health Promoting Behaviors among the Elderly Under the Universal Coverage Program, Buriram Province, Thailand. Asia Journal of Public Health 2010; 1(1): 15-9.
16. วิรดา อรรถเมธากุล, วรณี ศรีวิลัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2556; 7(2): 18-28.
17. เสาวนิจ นิจอันทชัย และ มาลี สันติธรรค์ดี. การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารกองการพยาบาล 2553; 37(2): 64-76.
18. พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทร์ชลี มาพุทธ และ รุ่งฟ้า กิติญาณสันต์. วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม 2557; 10(1): 90-102.
19. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(1): 25-33.
20. กมล วิเศษงามปรกรณ์ และ วัชรีย์ ศรีทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. ตาก: เอกสารประกอบการประชุมวิชาการวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น; 2559.
21. เสาวรัตน์ ฉิมศรี. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา; 2558.



22. ปฐมพร ธรรมธวัช. ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลนครนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี 2555; 8: 88-94.
23. กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาผู้สูงอายุวัยกลางในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559; 28(3), 68-83.
24. Manasatchakun P, Chotiga P, Roxberg A. & Asp M. Healthy ageing in Isan-Thai culture - A phenomenographic study based on older persons' lived experiences. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2016; 11: 29463-<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.29463>.
25. กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. ความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับสุขภาพทางจิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุสามกลุ่มวัย. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559; 33(4), 300-313.
26. ธนายุส ธนธิตี และ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 35(3): 57.
27. พัชรี คมจักรพันธ์. ครอบคลุมกับการสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2556; 19(3): 229-253.
28. ชูติเดช เจียนดอน, นวรัตน์สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา, นพพรโหวธีระกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554; 41(3): 229-239.
29. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-389.
30. กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ วรากร เกียรติศักดิ์ดา. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมนักวิจัย 2560; 22 (1): 81-97.
31. Cho J, Martin P, Margrett J, MacDonald M, & Poon LW. The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old Adults. *J Aging Res* 2011; 605041.
32. สโรชา อยู่ยงสินธุ์ และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ 2558; 16(2): 73-86.