

สุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร



นางสาวภาวิน ทองไชย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

MENTAL HEALTH AND SELF CARE OF THE ELDERLY IN THE AGING CLUB AT  
KHLONGSARN DISTRICT BANGKOK

Miss Pawin Thongchai



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

สุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม

ผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

โดย

นางสาวภาวีน ทองไชย

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศยมงคล นภากาศ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมี กัลยาศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์)

ภาวิน ทองไชย : สุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลอง  
सान กรุงเทพมหานคร. (MENTAL HEALTH AND SELF CARE OF THE ELDERLY  
IN THE AGING CLUB AT KHLONGSARN DISTRICT BANGKOK) อ.ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก: รศ. พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร, 76 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เข้า  
ร่วมในชมรมผู้สูงอายุและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ  
เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่ม  
ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตคลองสาน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ชมรมผู้สูงอายุสวนสมเด็จพระเจ้า และชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ  
สาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและเป็นสมาชิกใน  
ชมรมอยู่ในช่วงเดือนสิงหาคม 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 จำนวน 112 ราย เครื่องมือที่ใช้ใน  
การวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
และแบบสอบถามวัดสุขภาพจิตฉบับสั้น 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา  
ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-  
test, One-way ANOVA, Pearson's correlation และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การ  
วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณตามลำดับตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ (Stepwise Multiple Linear  
Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 อายุเฉลี่ย  $69.25 \pm 6.70$  ปี  
สุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.8 พฤติกรรมและการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปาน  
กลาง ร้อยละ 75.0 และรายด้านทั้ง 7 ด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ  
สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ได้แก่ สถานภาพสมรสและพฤติกรรมการดูแล  
ตนเอง และพบการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมทาง  
ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต ( $r = 0.272$ ,  $r = 0.254$  และ  $r = 0.245$ ) อย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่าปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไปและการ  
สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 10.7

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

ปีการศึกษา 2556



# # 5574360030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: MENTAL HEALTH / SELF CARE / ELDERLY PEOPLE

PAWIN THONGCHAI: MENTAL HEALTH AND SELF CARE OF THE ELDERLY IN THE AGING CLUB AT KHLONGSARN DISTRICT BANGKOK. ADVISOR: ASSOC. PROF. SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D., 76 pp.

The aim of this research is to study mental health and self-care of the elderly in the aging club and factors associated with mental health and self-care of the elderly in the aging club at Khlongsarn District, Bangkok. Cross-sectional descriptive study was conducted. The samples were 112 older persons in The Somdet Chaophaya aging club, The Suan Somdet Ya aging club and The Health Center 28 Krungthonburi aging club at Khlongsarn for older persons were recruited during August 2013 to January 2014. The instruments consisted of demographic data questionnaires, self-care behaviors and Thai Mental Health Indicators : TMHI.15). The data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation and Stepwise Multiple Linear Regression Analysis.

About 87.5% of the samples were female. Their mean age was 69.25+6.70 years. The research findings were as follows : 1) 42.8% of the sample had good mental health ; 2) The study results showed that the elderly self-care behavior was at a moderate level. Considering to each dimension, it was also at a moderate level. 3) Marital status and self-care behavior of the elderly were related to their mental health status ( $p < 0.05$ ). 4) General physical care, communication effectiveness and Interpersonal Relationship were significantly correlated to Mental Health in positive direction ( $r = 0.272$ ,  $r = 0.254$  and  $r = 0.245$ ) at  $p < 0.01$ . The predicting factors for mental health in general physical care and communication effectiveness had 10.7%

Department: Psychiatry

Student's Signature .....

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดีจากรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้คำปรึกษา ช่วยชี้แนะให้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ ช่วยแก้ไขปัญหามาอย่างดีเสมอมาและตรวจวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ ที่ให้เกียรติมาเป็น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ ที่ให้เกียรติมา เป็นกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่มีคุณค่า ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามในการทำวิจัย และประธานชมรมผู้สูงอายุสวนสมเด็จพระเจ้า ประธานชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ประธานชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานครและผู้สูงอายุในชมรมทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือในการทำแบบสอบถามเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือในการขออนุญาตเข้า เก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์ภายนอก มหาวิทยาลัยทุกท่านที่อบรมสั่งสอน ชัดเจนและประสิทธิประสาทองค์ความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคุณบิดา มารดาและครอบครัวที่ให้กำลังใจ ความอบอุ่นใจ เอาใจใส่ ผู้วิจัย เป็นแรงผลักดันด้วยดีมาตลอด ผู้วิจัยขอน้อมกราบขอบพระคุณคุณของบิดา มารดาอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านสำหรับการช่วยเหลือ ประสานงาน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกอย่างดีตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบคุณ เพื่อนร่วมรุ่น เพื่อนสนิท รุ่นพี่ รุ่นน้อง กัลยาณมิตรทุกคนที่คอยให้กำลังใจ ความห่วงใย และ ช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา



## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ช
กิตติกรรมประกาศ.....	ซ
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
ค่านิยมเชิงปฏิบัติการสำหรับงานวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
ปัญหาทางจริยธรรม.....	4
อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำการวิจัย.....	4
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	6
ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	9
ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	14
แนวคิดของการร่วมกลุ่มเข้าชมรมผู้สูงอายุ.....	19
งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	20

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	24
รูปแบบวิธีการวิจัย.....	24
ระเบียบวิธีวิจัย.....	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	28
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	28
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	29
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป.....	30
ส่วนที่ 2 แสดงสถิติเชิงพรรณนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	35
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	36
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	41
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	43
สรุปผลการวิจัย.....	44
อภิปรายผลการวิจัย.....	46
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	50
การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	50
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	51
รายการอ้างอิง.....	52
ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	57
ภาคผนวก ข จดหมายขออนุญาตใช้แบบสอบถามและเอกสารรับรองโครงการวิจัย.....	64
ภาคผนวก ค แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย.....	67
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	76

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ.....	30
ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	33
ตารางที่ 3 ผลการวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	35
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับปัจจัยศึกษา.....	36
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	37
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่.....	38
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับชมรม ...	39
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับอายุและพฤติกรรมการดูแลตนเอง	40
ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	41

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	5



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย ในระหว่างปี พ.ศ.2553 – 2583 พบว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องพ.ศ.2553 ร้อยละ 13.2 และจากการคาดประมาณในพ.ศ.2583 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 สัดส่วนของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 12.7 ซึ่งเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ [1] ทำให้สัดส่วนประชากรวัยอื่นๆ เช่น วัยเด็ก และวัยทำงาน มีจำนวนลดลง จะส่งผลให้สมาชิกรวมถึงผู้ที่ใกล้ชิดในครอบครัวต้องมีส่วนดูแล เอาใจใส่ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุถูกลดบทบาทในการทำงานนอกบ้าน ใน การหารายได้ให้ครอบครัว อาจเกิดความรู้สึกเศร้า เหงา โดดเดี่ยว เมื่อสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และเพิ่มบทบาทที่สำคัญให้ผู้สูงอายุด้วยการให้อยู่บ้าน เพื่อรับผิดชอบทำงานบ้าน ดูแลบ้าน แบ่งเบาภาระต่างๆ ภายในบ้านสำหรับสมาชิกวัยทำงาน ซึ่งการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็น หัวใจสำคัญเช่นเดียวกัน

ทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อายุมากๆ จะมีความเปราะบางด้านต่างๆ สูง ไม่ว่าจะเป็นด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ หรือสังคม เนื่องจากมีความจำกัดของการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดความ ยากลำบากในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เปราะบางจึงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลอย่างมาก หากมอง ถึงความเปราะบางด้านสุขภาพแล้ว สามารถแบ่งออกได้ 2 ด้าน คือ ความเปราะบางด้านร่างกาย ที่ประกอบด้วย ความจำกัดด้านร่างกายหรือความพิการ และการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และความเปราะบางด้านจิตใจ ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพจิต และอารมณ์และภาวะจิตใจในทางลบ ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีและเป็นคนไม่มีความสุข ซึ่งอาจมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ เสียสมาธิ ไม่อยากรับประทานอาหาร ไม่อยากทำงาน ถือเป็นความเปราะบางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2554 จากการวัดสุขภาพจิตที่ใช้ข้อคำถามของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ฉบับสั้น 15 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนน พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป คือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 32.0 (ค่าคะแนนมาตรฐาน คือ 27.01 – 34.00 คะแนน) [2]

เนื่องจากสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงและเกี่ยวเนื่องกันในการดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ โดยสามารถเริ่มต้นได้จากคนในครอบครัวเดียวกัน ที่ให้ความสำคัญหาความรู้ และข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุของแต่ละครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิด และเกิดความรัก

ความอบอุ่นระหว่างกันมากยิ่งขึ้น แต่ปัญหาในสังคมยุคปัจจุบันจะให้ผู้สูงอายุอยู่ดูแลบ้านในช่วงกลางวัน ซึ่งลูกหลานออกไปทำงาน จึงควรเพิ่มการดูแลในด้านอื่นๆ โดยหากิจกรรมต่างๆ จากแต่ละชมรม ซึ่งในปัจจุบันหลายๆ หน่วยงาน เช่น สมาคม สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ตลอดจนรัฐวิสาหกิจและภาคเอกชนต่างๆ ได้ให้ความสำคัญในการจัดให้มีกิจกรรม และสนับสนุนส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุประจำโรงพยาบาล หมู่บ้าน ใกล้แหล่งชุมชนมากขึ้น เช่น ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักอนามัย จำนวน 27 ชมรม ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักพัฒนาสังคม จำนวน 2 ชมรม ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักการแพทย์ จำนวน 10 ชมรม ชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 68 ชมรม [3] และชมรมในโรงพยาบาลอื่นๆ ในกรุงเทพฯ และประจำในแต่ละจังหวัด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสประกอบกิจกรรมร่วมกัน ได้พบปะสังสรรค์ พูดคุย ติดต่อกัน แลกเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชมรมเป็นการให้ผู้สูงอายุได้คลายเหงา ผ่อนคลายจิตใจ ซึ่งมีความสำคัญต่อจิตใจและความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้ทวิวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน จำนวน 3 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ชมรมผู้สูงอายุสวนสมเด็จพระยา และชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเขตคลองสานเป็นเขตชุมชนที่เก่าแก่ในฝั่งธนบุรี และยังเป็นเขตที่ตั้งของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (ชื่อเดิมโรงพยาบาลสมเด็จพระยา) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกในประเทศไทย และมีศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร ให้บริการรักษาผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุประมาณปี พ.ศ.2534 ซึ่งมีผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของ ชมรมฯ และเข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ ในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ซึ่งข้อมูลนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน และบุคลากรที่สนใจทางด้านผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองที่ดีต่อไป

### คำถามของการวิจัย

1. สุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร มีอะไรบ้าง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

### ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร ในช่วงการเก็บข้อมูลและเป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการสำหรับงานวิจัย

สุขภาพจิต หมายถึง สุขภาพของจิตใจที่สามารถรู้และเข้าใจเรื่องใดๆ ได้ตรงตามความจริง และสามารถดูแล รักษาความรู้สึกต่างๆ เพื่อให้ตนเองมีจิตใจที่สุขสงบได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งในงานวิจัยนี้ประเมิน โดยแบบสอบถามการวัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ฉบับสั้น 15 ข้อ [4] ค่าคะแนนระหว่าง 51-60 หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

การดูแลตนเอง หมายถึง การใส่ใจ ปฏิบัติต่อร่างกายตนเองให้แข็งแรง เพื่อไม่ให้ร่างกายเจ็บป่วยง่าย ซึ่งในงานวิจัยนี้ประเมิน โดยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ของจิตสมร วุฒิพงษ์ [5]

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

### ข้อจำกัดของการวิจัย

งานศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำในเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร คือ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ชมรมผู้สูงอายุสวนสมเด็จพระเจ้า และชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร โดยปัจจัยทางด้านบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเองอาจมีความแตกต่างกัน จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุชมรมอื่นๆ ที่มีปัจจัยหรือกิจกรรมที่แตกต่างออกไปได้

### ปัญหาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ที่ถามประสบการณ์ส่วนตัวของผู้สูงอายุ โดยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และให้ผู้สูงอายุลงชื่อให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยจะไม่นำชื่อผู้สูงอายุมาแสดงในผลการวิจัย จะสรุปผลในภาพรวมเท่านั้น

### อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข

1. ชมรมผู้สูงอายุ บางช่วงเวลาอาจมีกิจกรรมนอกสถานที่ทำให้เก็บข้อมูลได้น้อยลง จึงควรศึกษาและสอบถามวันเวลาที่เหมาะสมกับทางชมรมฯ ให้ดี
2. เนื่องจากการเป็นการทำการศึกษากับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมีปัญหาทางด้านความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และการอ่าน ผู้วิจัยช่วยอ่านข้อคำถามให้ฟัง และพูดออกเสียงชัดเจน รวมทั้งให้เวลาในการทำแบบสอบถามแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจความหมายได้ถูกต้องและชัดเจนมากขึ้น และในบางกรณีมีการช่วยอ่าน เพื่อให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามต่างๆ
3. เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาจำกัดและอาจเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในการทำแบบสอบถามครบทุกข้อ แบบสอบถามสำหรับวิจัยในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยควรพิจารณาเลือกใช้แบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป

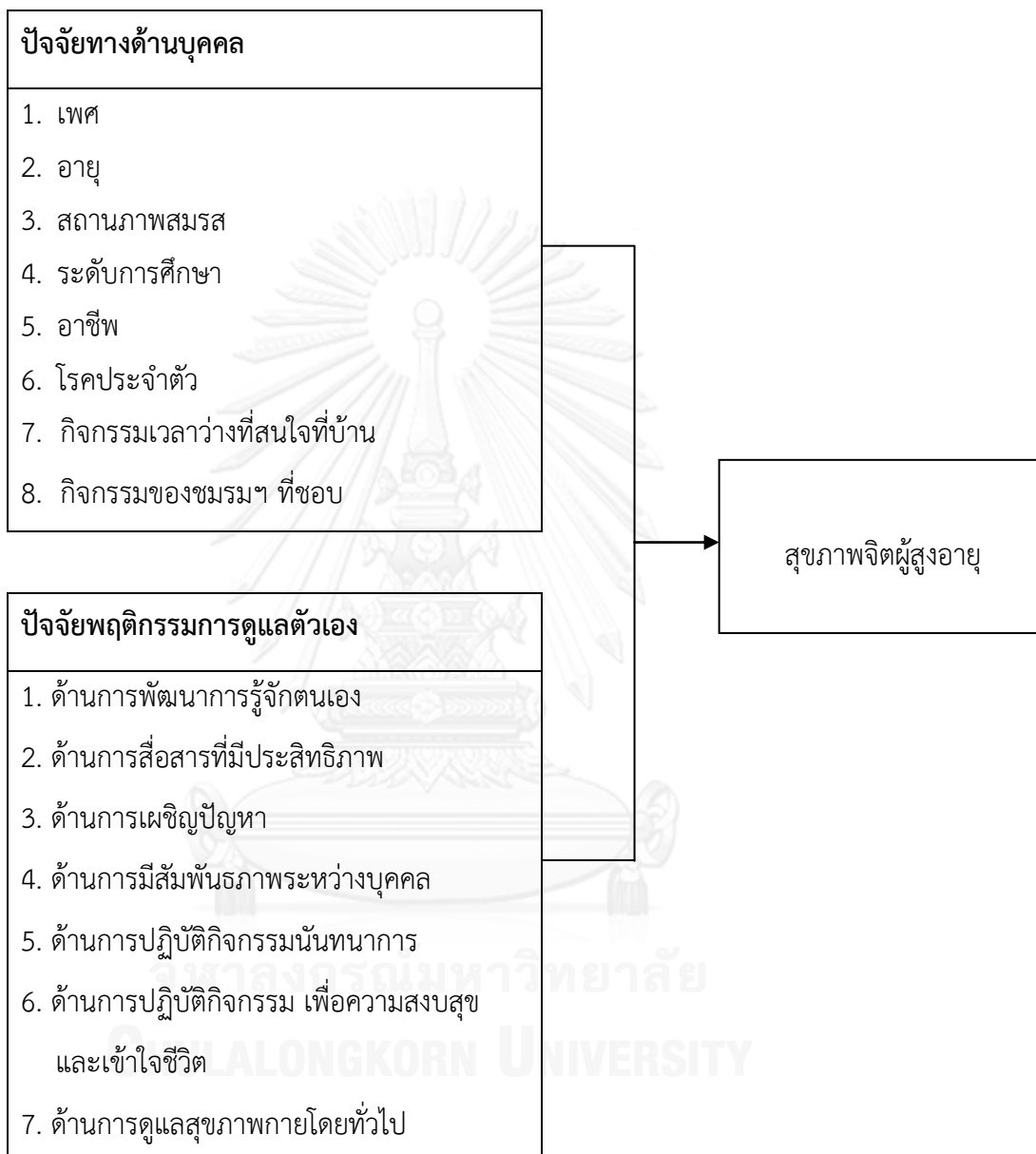
### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมต่อไป
3. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการค้นคว้าวิจัยในกลุ่มประชากรอื่นๆ ต่อไป



## ตัวแปรต้น

## ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาสุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนความหมาย ทฤษฎี รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
4. แนวคิดของการร่วมกลุ่มเข้าชมรมผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

#### ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

##### ความหมายสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายไว้ว่า “Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.” [6]

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ให้ความหมายว่า บุคคลที่ได้รับความสำเร็จทั้งเรื่องงานและสัมพันธภาพ มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา ลดความขัดแย้ง ให้ความสำคัญกับบุคคลอื่นและอยู่ในความเป็นจริง [7]

รศ.ดร.กุลยา ตันติผลาชีวะ ให้ความหมายว่า “ภาวะที่คนเราสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และพึงพอใจชีวิตของตนเอง คนที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยการตอบสนองนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ ซึ่งมิได้หมายถึงเฉพาะการทนต่อเหตุการณ์ได้วันหนึ่งๆ เท่านั้น แต่ต้องสามารถส่งผลในทางเจริญงอกงามของการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย” [8]

สรุปได้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพจิตใจของบุคคลที่มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความปกติ รักษาสมดุลภายในจิตใจตนเองได้ โดยขึ้นอยู่กับความสามารถแต่ละบุคคลที่รักษาจิตใจให้ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามผลกระทบจากภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ซึ่งคนที่มีสุขภาพจิตที่ดีและมีความหนักแน่น มั่นคง จะมีความสามารถในการปรับตัว และปรับวิธีคิดต่างๆ ให้ทันกับสถานการณ์ในขณะนั้นตามความเป็นจริงได้เป็นอย่างดี

### ทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มี 3 ทฤษฎี ดังนี้

#### 1. ทฤษฎีสรีระวิทยา [9]

ผิวหนัง ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ ผู้สูงอายุมีผิวหนังที่บางขึ้น ผิวแห้ง และความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้เกิดรอยย่นได้ง่าย เนื่องจากความชุ่มชื้นของเซลล์ผิวหนังทำงานลดลง ทั้งผิวใบหน้าและผิวร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มถอยห่างจากสิ่งแวดล้อมและสังคมที่มีกลุ่มคน

เส้นผม มีสีขามากขึ้น ผมหลุดร่วง เส้นผมมีน้อยลง เกิดจากยีนและการลดลงของการทำงานเมดูลัสต่อมเส้นผม ทำให้ผู้สูงอายุเสียความมั่นใจเกี่ยวกับรูปลักษณ์ได้

เล็บมือ เล็บเท้า สีเล็บมีสีเหลือง การทำงานของเซลล์ลดลง ความผิดปกตินี้ส่งผลเกี่ยวกับการทำงานของระบบภายในของผู้สูงอายุ เช่น ระบบย่อยอาหาร

ส่วนสูง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การเจริญเติบโตของเซลล์กระดูกจะลดลง ทั้งยังมีภาวะกระดูกพรุน ที่เป็นสาเหตุทำให้ระดับความสูงลดลง รวมถึงแนวกระดูกสันหลัง ทำให้สูญเสียการทรงตัว เกิดอุบัติเหตุในการเดินได้ง่าย

น้ำหนัก หากผู้สูงอายุมีการดูแลตัวเองในเรื่องการรับประทานอาหารในช่วงวัยผู้ใหญ่ จะส่งผลต่อวัยนี้ หากมีรูปร่างสรีระที่มีน้ำหนักเกินสัดส่วนที่เหมาะสม ควรจำกัดอาหารและเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง

อายุ เมื่อผ่านชีวิตมาหลายช่วงวัย การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสภาพร่างกาย พฤติกรรมการกระทำ และมุมมองเจตคติต่างๆ ย่อมเสื่อมตามเวลา อายุที่เพิ่มขึ้นควรเพิ่มการดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพและสุขภาพจิต [10]

## 2. ทฤษฎีจิตวิทยา [11]

ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาโรคอารมณ์ซึมเศร้า โดดเดี่ยว ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง หดความหวัง ขาดการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง รongลงมา คือ ปัญหา โรคความคิดแปรปรวน โรคหวาดกลัว รวมถึงโรคพิษสุราเรื้อรัง ร่วมกับอารมณ์หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ลักษณะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ มีลักษณะสำคัญดังนี้

- 1.1 การรับรู้สิ่งต่างๆ ผู้สูงอายุมักยึดมั่นในความคิดและความเชื่อของตนเอง
- 1.2 การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น น้อยใจ เสียใจ อารมณ์ไม่ดี เศร้า
- 1.3 มีความสนใจต่อสิ่งรอบข้างน้อยลง
- 1.4 การดำเนินชีวิตประจำวัน สนใจความสงบมากขึ้น
- 1.5 มีความเครียด ความกังวลและความสับสนใจง่ายขึ้น ซึ่งมาจากสาเหตุดังนี้ การมีโรคประจำตัว ได้รับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ร่างกายสูญเสียอวัยวะ สูญเสียความสามารถ การสูญเสียหรือถูกลดบทบาททางสังคม การดำเนินชีวิต สถานภาพทางการเงิน พึ่งพาตนเองได้น้อยลง สูญเสียคนใกล้ชิด รวมถึงการกลัวความตาย

## 3. ทฤษฎีสังคมวิทยา

กฎระเบียบ วัฒนธรรมของสังคมต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ ทั้งการสิ้นสุดการทำงานเมื่ออายุ 60 ปี การลดบทบาทความรับผิดชอบในการทำงาน ส่งผลต่อความรู้สึกทางจิตใจต่อผู้สูงอายุ หากบุคคลนั้นมีการเตรียมความพร้อมมาเป็นอย่างดี ทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวได้ดีขึ้น

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิต มีข้อปฏิบัติดังนี้ มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ทุกวัย การสนทนาเพื่อสร้างความสุขและความสดชื่นต่อตนเอง ติดต่อกับเพื่อนเพื่อลดความโดดเดี่ยว เป็นที่ปรึกษาต่อคนรอบข้าง เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น ปลูกพืชผักสวนครัว ร่วมเป็นสมาชิกในงานอาสาสมัครหรือชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ยอมรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างสุขุม ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับร่างกาย [10] สิ่งเหล่านี้สามารถสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี

## ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

### ความหมายของการดูแลตนเอง

สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การเริ่มต้นที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีในวัยที่มีอายุมากขึ้น เป็นพฤติกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งในขณะที่ร่างกายแข็งแรง และในขณะที่ร่างกายมีโรคประจำตัว หากได้รับการดูแลจากคนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะยิ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น [12]

โอเรม ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่บุคคลนั้นๆ ควรเริ่มต้นและลงมือปฏิบัติด้วยตัวของตัวเอง เพื่อให้ตนเองมีเป้าหมาย จัดรูปแบบกิจกรรมให้เป็นกิจกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง และเมื่อทำอย่างจริงจัง จะทำให้บุคคลนั้นๆ มีชีวิต และสุขภาพที่ดีต่อไป รวมถึงทำให้มีความสุขจากภายในจิตใจด้วยเช่นกัน [13]

เลวิน กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลนั้นๆ ดูแลตัวของตัวเองถือเป็นกิจกรรมหลักที่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค ในขั้นตอนเบื้องต้นในระบบสาธารณสุข [14]

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเหมาะสมกับบุคคลนั้น โดยต้องเริ่มต้นดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี การดูแลตนเองได้ดีจะส่งผลถึงสุขภาพจิตที่ดี

### ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem)

โอเรม กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” ทฤษฎีการดูแลตนเองโดยโอเรม ได้อธิบายไว้ดังนี้ [13]

1. เป็นบุคคลที่ใส่ใจ ดูแลพฤติกรรมของตนเอง
2. เป็นบุคคลที่มีความพร้อม และสามารถดูแลตนเองได้อย่างดี รวมถึงผู้ที่อยู่ในการดูแลของตนเอง
3. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และมีความหมายสำหรับชีวิตของบุคคล เพื่อรักษาสมดุลของสุขภาพชีวิต ทั้งด้านพัฒนาการ และด้านความสุขของชีวิต

4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่สามารถเรียนรู้ได้ในสังคม สิ่งแวดล้อม และการติดต่อสื่อสารจากคนรอบข้าง
5. การศึกษาสิ่งรอบตัวและวัฒนธรรมต่างๆ มีผลต่อบุคคล
6. การดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่น่ายกย่อง ชื่นชม จากคนรอบข้าง
7. ผู้เจ็บไข้ได้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้ไร้ความสามารถบกพร่องทางร่างกาย หรือเด็กเล็ก ควรได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อสามารถดูแลตนเองได้ตามความเหมาะสม และตามช่วงเวลานั้นๆ
8. การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือบุคคลในสังคมเดียวกัน เพื่อมีเจตนาเอื้ออาทรห่วงใย ให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติในช่วงเวลาหนึ่ง

### องค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

#### 1. ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเอง หมายถึง การที่บุคคลจะรับธรรมชาติความจริงที่ตรงกับสิ่งที่ตนเองเป็น รวมทั้งด้านทั้งความคิดทบทวน ความรู้สึกต่างๆ ความชื่นชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการกระทำของบุคคลนั้นๆ ต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้นในแต่ละเหตุการณ์ และสิ่งที่บุคคลนั้นๆ จะเข้าใจและดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข สังคมรอบข้างสามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตามจริง องค์ประกอบด้านนี้เป็นสิ่งที่พัฒนาได้ตลอดเวลา [15]

#### 2. ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การสื่อสารกับบุคคลอื่น เป็นการส่งต่อข้อมูลที่เป็นทั้งรับข้อมูล และผู้ส่งข้อมูล รวมถึงการแปลความต่างๆ ของข้อมูลนั้น [16] ทั้งยังสัมพันธ์กับการปรับความเข้าใจของตนเอง และการสื่อสารระหว่างกันกับบุคคลอื่น ซึ่งการสื่อสารในวัยนี้ จะพบปัญหาจากความเสื่อมของระบบการรับรู้ต่างๆ ทั้งการได้ยิน การเห็น จากองค์ประกอบด้านนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความอึดอัด เป็นสาเหตุให้พูดคุยสื่อสารกับคนรอบข้างน้อยลง หากผู้สูงอายุได้รับการรักษาและเพิ่มอุปกรณ์ช่วย ทำให้มีการสื่อสารที่เป็นปกติได้ เช่น การสวมแว่นตา หรืออุปกรณ์ช่วยการฟัง เป็นขนาดเล็กและพอเหมาะ และยังสามารถใช้หูฟังที่ยืนชัดเจนกว่าในการฟังสิ่งต่างๆ [17]

### 3. ด้านการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถ เพื่อจัดการกับปัญหาของแต่ละบุคคล ที่สามารถเผชิญได้ตามแต่ละสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน เพื่อให้ปรับตัว และปรับ ความคิดของบุคคลนั้นให้อยู่ในสถานการณ์นั้นได้

Aquilera & Messick กล่าวว่า บุคคลสามารถผ่านวิกฤตปัญหาไปได้ ประกอบด้วย 3 ข้อ ดังนี้ [18]

1. การรับรู้สถานการณ์ของบุคคล หากบุคคลสามารถเข้าใจและรับรู้ถึงปัญหานั้น อย่างตรงตามความเป็นจริง เข้าใจถึงการเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ต่างๆ จะสามารถแก้ไขปัญหานั้น ที่เกิดขึ้นได้
2. การได้รับการเกื้อหนุน การได้รับความช่วยเหลือเกื้อหนุนสนับสนุน ทั้งช่วยรักษา อารมณ์ ความรู้สึก การให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน
3. การพร้อมแก้ไขและเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลได้ผ่านเหตุการณ์ต่างๆ ผู้นั้นจะพร้อม เรียนรู้และมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาได้ต่อไป [19]

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุ ต้องเผชิญทั้งปัญหาในร่างกายและสิ่งตามมา คือ ความเครียดทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุควรได้รับ กำลังใจในการยอมรับสิ่งต่างๆ สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ [8]

ประเภทที่ 1 ความเครียดฉับพลัน ซึ่งเกิดขึ้นที่รวดเร็ว เนื่องจากการป่วยไข้ เป็นโรค อุบัติเหตุรวมถึงการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดอย่างกะทันหัน

ประเภทที่ 2 ความเครียดระยะยาวต่อเนื่อง เนื่องจากการป่วยไข้เรื้อรัง ต้องอาศัย เวลาในการรักษา ซึ่งต้องใช้กำลังใจจากตนเองและคนรอบข้างเพื่อไม่ให้ท้อถอย

ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยการควบคุมอารมณ์ ทั้งการทำสมาธิ ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ให้มีสติได้มากขึ้น [20] จากปัญหาทั้ง 2 ประเภทนั้น ทั้งความเสื่อมถอย ของสภาพร่างกาย และผลที่กระทบที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จิตใจ จะยิ่งเพิ่มความไม่สบายใจและความกังวลมากขึ้น ผู้สูงอายุควรยอมรับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ่งที่สมหวังและสิ่งที่ทำให้ ผิดหวัง ซึ่งสามารถใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองพูดคุยแลกเปลี่ยนกับคนใกล้ชิด จะยิ่งเพิ่มคุณค่าและยังเป็นที่ต้องการของคนรอบข้างได้ [21]

#### 4. ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ซัลลิแวน ให้แนวคิดเกี่ยวข้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า บุคคลจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม ดังนี้ [22]

ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง เกิดจากบุคคลเข้าใจถึงผลการรับรู้ที่เหมาะสม ถ้าบุคคลนั้นมีความเข้าใจและรับรู้ที่ดี จะเข้าใจสิ่งที่ชีวิตต้องการได้ดี สามารถรู้ว่าสิ่งใดดี และได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างอย่างดี หากสิ่งใดไม่ได้รับการสนับสนุน จะเรียนรู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดี

บุคคลนั้นมีความต้องการพื้นฐาน 2 ข้อ ได้แก่

1. ความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม เพื่อบรรเทาความกระหาย
2. ความต้องการทางจิตสังคม เกี่ยวข้องกับความสบายใจเช่นกัน ความเข้าใจต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ได้รับการยอมรับต่างๆ สัมพันธระหว่งคนใกล้ชิดซึ่งกันและกัน

ทฤษฎีฮาวิกเฮิสท์ ให้แนวคิดว่าสัมพันธภาพมีผลต่อความอารมณ์ รู้สึก จิตใจของผู้สูงอายุกับผู้ร่วมวัยเดียวกัน เนื่องจากวัยที่ใกล้เคียงกันสามารถความรู้สึก และอารมณ์ต่างๆ ได้ดีมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ รวมถึงมีความสนใจในสิ่งต่างๆ ที่คล้ายกัน [23] ทฤษฎีนี้ได้แสดงให้เห็นว่าเพื่อนและกลุ่มคนในวัยเดียวกัน ยังสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุได้ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนกับเพื่อน ช่วยให้คลายความโดดเดี่ยวและความอ้างว้างได้ เพื่อนทั้งวัยเดียวกันและต่างวัย สร้างความสุขให้ผู้สูงอายุได้ ได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การพูดคุย ทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อถึงเหตุการณ์กะทันหัน [10] ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นประโยชน์ เพิ่มความภาคภูมิใจ และความสดชื่นแก่ผู้สูงอายุ

#### 5. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ

กิจกรรมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมเพื่อความเบิกบานใจได้ ทั้งการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทั้งในครอบครัวและสังคมนอกบ้าน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา กิจกรรมที่รุ่ม ซึ่งกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมศึกษาเพิ่มเติม เช่น ศิลปะ การหางานฝีมือที่สนใจทำยามว่าง การเย็บปักถักร้อย กิจกรรมสันทนาการ อาสาสมัครภายในชุมชน กิจกรรมที่ให้ความเป็นตัวของตัวเองของผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมนั้น การได้ไปท่องเที่ยวในสถานที่แปลกใหม่ ใกล้ชิดธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมที่ทำให้คลายกังวล ทำให้เกิดความสุขได้อย่างแท้จริง [24]



ทฤษฎีกิจกรรม มีแนวคิดที่ว่า หากผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำอย่างต่อเนื่องเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตได้มากขึ้น ดำเนินชีวิตให้เกิดความสุขเพื่อทำอะไรๆ ได้เป็นปกติ มองชีวิตตนเองอย่างมีความหวังและกำลังใจ กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ช่วยให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายสมวัย แนวคิดนี้ทำให้เข้าใจถึงกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง [23]

## 6. ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต

กิจกรรมที่มีความสันโดษ โดยการทำจิตใจให้สงบ เจริญภาวนา จัดเวลาอยู่ตามลำพัง ในช่วงเวลาสั้นๆ ในแต่ละวัน โดยเฉพาะการนั่งสมาธิ ทำสมาธิ จะทำให้รู้เท่าทันต่อเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น ปล่อยวาง ไม่ยึดถือในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนานเกินไป ตัดสินใจได้อย่างแน่วแน่ เสริมให้มีกำลังใจมากยิ่งขึ้น เปิดใจและความคิดให้มองเห็นแนวทางใหม่ๆ ในการใช้ชีวิตต่อไป [24] ดังนั้นกิจกรรมด้านนี้มุ่งเน้นการพัฒนาจิตใจ สมาธิ และความสุขสงบ จึงมีความสำคัญต่อจิตใจของผู้สูงอายุไม่น้อยไปกว่ากิจกรรมด้านอื่นๆ ประเภทกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต คือ ฝึกสมาธิ ฝึกโยคะ ศึกษาธรรม แนวคิดปรัชญาต่างๆ ซึ่งช่วยบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล สร้างเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาจิตใจให้สงบนิ่ง รอบคอบ ใช้แนวคิดหลักธรรมะเป็นที่พึ่งทางใจ จะช่วยทำให้เกิดความสุขสดชื่นจากภavanaจิตใจอย่างแท้จริง

กิจกรรมการเตรียมความพร้อม เพื่อความสงบสุข ดังนี้ [10] กิจกรรมสมาธิ สำรวจจิตใจ สังเกตการณ์หายใจเข้า หายใจออก ผ่อนคลายความ กังวน ไม่เกร็ง นั่งในท่าที่สบาย จากผลการวิจัยพบว่าการทำสมาธิช่วยเพิ่มความนิ่ง ความสงบให้กับสมอง ช่วยปัญหาโรคต่างๆ ได้ เช่น โรคหัวใจ เส้นหลอดเลือดสมองตีบ สมาธิช่วยคลายความกังวล ระบบหลอดเลือดทำงานได้ดีขึ้น

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต คือ ทฤษฎีการทำใจ-ปลง จากนักจิตวิทยาพัฒนาการและนักชราวิทยาให้แนวคิดที่สำคัญในการปรับตัวของผู้สูงอายุ หากมีเหตุการณ์การสูญเสียของญาติ คู่ครอง เพื่อนสนิทที่ใกล้ชิด หรือทรัพย์สิน และที่อยู่อาศัยที่อยู่มานาน ให้ทำใจปรับแนวคิด มุมมองต่อการสูญเสียทั้งต่อตนเองและคนรอบข้างด้วยใจที่สงบและสุขุม [23]

## 7. ด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

การรักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น การงดสูบบุหรี่ ทำให้เกิดโรคร้ายต่อร่างกาย ทั้งโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และระบบการทำงานในร่างกายต่างๆ การขับถ่ายให้เป็นปกติ ดื่มน้ำ 6-8 แก้ว รับประทานผักและผลไม้ การรักษาสุขภาพปากและฟัน ตรวจสอบสุขภาพฟันเป็นประจำ รวมถึงการตรวจดวงตาทุกๆ 2 ปี การเลือกรองเท้าให้พอดีกับเท้า ควรใส่รองเท้าที่มีสายรัดข้อเท้า การนอนหลับ สวดมนต์ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย สงบ เพื่อให้นอนหลับได้นานขึ้น

การทานอาหาร เลือกอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ไม่ทานน้อยหรือมากเกินไป ปรับนิสัยการทานอาหาร เช่น เลือกกินมังสวิรัต เลือกกินเพื่อสุขภาพมากขึ้น ดื่มน้ำให้เพียงพอ ทำให้ร่างกายไม่ขาดน้ำ และช่วยเรื่องระบบขับถ่าย [10]

### ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

#### แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ

การเป็นผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ผิวหนังมีริ้วรอย หยาดกร้าน ผิวพรรณไม่สดใส มีผมขาวรวมทั้งมีน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้น หลังค่อม ไชข้อต่างๆ ขาดความยืดหยุ่น แขนขาไม่มีเรียวแรง ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้ง่ายและเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกัน

สาเหตุของการเป็นผู้สูงอายุ หรือคนชรา คือ พันธุกรรม ซึ่งจะมีไคคอลลาเจน (Collagen) ที่มีความยืดหยุ่น ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นๆ การใช้งานส่วนนี้ก็มากขึ้นไปด้วย ไยนี้จะไม่มีความยืดหยุ่น เช่น ทำให้กระดูกเปราะ เมื่อไยนี้ไม่มีความยืดหยุ่นทำให้แคลเซียมไปติดตามผนังเส้นเลือด ทั้งยังทำให้เส้นเลือดเปราะ และมีผลกระทบต่อ ไต ปอด และหัวใจ ซึ่งผิวหนังที่มีริ้วรอยนี้มีสาเหตุมาจากไยที่ใกล้เสื่อมสภาพ [25]

#### ความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545 - 2654) ให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป [1]

Yurick, et at. สถาบันผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุช่วงต้น คือ อายุระหว่าง 60-74 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ถ้ามีสุขภาพร่างกายและสุขภาพทางใจที่ดี และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่มผู้ชรา [26]

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ให้ความหมาย คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รวมถึงผู้สูงอายุตอนต้น ที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง [27]

สุรกุล เจนอบรม กำหนดเกณฑ์สำหรับการเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้ คือ [28]

1. พิจารณาจากอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากปีเกิด หรืออายุจริง ปีปฏิทิน
2. พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging) หรือ Biological aging) โดยจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ สถิติปัญญา ความคิด ความสามารถในการตัดสินใจ การเข้าใจ การรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ลดน้อยลง
4. พิจารณาจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงานต่างๆ รวมถึงในครอบครัวได้เปลี่ยนแปลงไปถูกลดบทบาทหลายหน้าที่

มิลเลอร์ ได้อธิบายไว้ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยโครงสร้างและระบบต่างๆ ภายในร่างกายในเสื่อมลง [29]

กชกร สังขชาติ กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายภายนอกที่เห็นว่าเสื่อมไป รวมทั้งผิวพรรณ สายตา สิวผด โครงสร้างร่างกาย ที่เปลี่ยนแปลงไป บุคคลใกล้ชิดที่อยู่รอบข้างควรให้ความดูแลอย่างดี [30]

จากความหมายผู้สูงอายุข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

## ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ควรเข้าใจความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของสภาพร่างกาย ที่เกิดจากการทำหน้าที่ที่ลดลงของร่างกาย รวมทั้งเข้าใจในทุกด้าน ทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุ การเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นในการศึกษาด้านผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีการสูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม [31]

### 1. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of Aging)

ทฤษฎีนี้ อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสูงอายุทางร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยชรา ตั้งแต่ระดับเซลล์ โมเลกุล เนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นมีระดับของความแตกต่างในช่วงชีวิตแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีผิดพลาด (Error Theory) อธิบายถึงความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอนไซม์ในเซลล์ ทำให้เซลล์มีคุณสมบัติที่แปลงสภาพไป จึงเกิดความผิดปกติของเซลล์ ส่งผลให้เกิดการแต่ตัวเสื่อมสภาพหรือแก่ตายในที่สุด

1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) สารอนุมูลอิสระเป็นผลพลอยได้จากการเผาผลาญในร่างกาย และจะเพิ่มมากขึ้นจากมลภาวะจากสิ่งแวดล้อม ตัวอนุมูลอิสระจะไปกับเซลล์ต่างๆ ในร่างกายทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเกิดความเสียหายและมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น

1.3 ทฤษฎีเชื่อมไขว้ (Cross-Linkage Theory) เกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้น และจับตัวกัน ส่งผลให้มีการขัดขวางขั้นตอนการเมตาบอลิซึมพบมากในคอลลาเจน เมื่อเกิดการเชื่อมไขว้จะทำให้มีการหนาตัวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้นำสารอาหารและขับของเสียออกจากเซลล์ลดลง เช่นผิวหนังของผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นลดลง

1.4 ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory/Hay flick Theory) เชื่อว่าเซลล์เมื่อมีการแบ่งตัว จะสามารถทำงานได้จนถึงระดับหนึ่งจะตาย เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ ซึ่งสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดจะถูกกำหนดไว้แตกต่างกัน เช่น มนุษย์ถูกกำหนดอายุไว้ที่ 110-120 ปี

1.5 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) เชื่อว่า ระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์จะทำงานลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่า ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเองเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเอง เช่น โรคข้อรูมาตอยด์ โรค Lupus

## 2. ทฤษฎีการสูงวัยทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการปรับตัวที่เปลี่ยนไป เพื่อช่วยให้สามารถพร้อมเผชิญหรือยอมรับและเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เป็นทฤษฎีที่ศึกษาพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามแนวคิดมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs Theory) กล่าวว่าบุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล แบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปขึ้นเป็นลำดับขั้น จนถึงกระทั่งสูงสุด ทั้งหมด 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางร่างกาย

ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ

ขั้นที่ 3 ความต้องการความรักและความต้องการเป็นเจ้าของ

ขั้นที่ 4 ความต้องการการยกย่อง

ขั้นที่ 5 ความต้องการความสำเร็จในชีวิต

2.2 ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) อธิบายว่าบุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วย [8]

จิตตน (Ego) โครงสร้างของจิตนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ รับรู้เกี่ยวกับความจริง ความเป็นเหตุ เป็นผล การเข้าใจตามสภาพแวดล้อมสังคมนั้น ผู้สูงอายุสามารถใช้จิตตนในการปรับมุมมองความคิดให้เหมาะสมกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตในแต่ละสถานการณ์

จิตคุณธรรม (Superego) จิตคุณธรรมนี้จะถูกปลูกฝังและซึมซับมากับผู้สูงอายุตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก จากการเห็นตัวอย่างของคนในครอบครัวรวมถึงคนใกล้ชิด จะเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลนั้นให้พัฒนาด้านนี้มากขึ้น ในการเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล

เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคลิกภาพจะเปลี่ยนจากมองภายนอกเข้ามามองภายในตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมองเข้ามาภายในตนเองและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญความเสื่อมถอยของร่างกาย สามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

### 3. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociologic Theories of Aging)

อธิบายถึงความสำคัญถึงการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ และบทบาทระหว่างบุคคล  
ได้แก่

3.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปจะมีการถดถอยหนีออกจากสังคมลดบทบาทของตนเอง เพื่อคงความสมดุลในสังคมไว้

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory/Development Task Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุยังคงต้องการเป็นส่วนหนึ่งในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ทั้งกายและใจ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่องควรสนใจและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมต่างๆ รวมถึงกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ สร้างความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ เชื่อว่าจะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมตามความเหมาะสม เช่น งานอดิเรก รวมถึงการร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มต่างๆ สมาคม หรือ ชมรมผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้ยังเชื่อว่าจะสามารถสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) วัยสูงอายุเป็นวัยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวได้อย่างต่อเนื่องเรื่อยไป

3.4 ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) สัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุ และสังคมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดสมรรถนะในตัวบุคคลนั้น เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในตนเองเหล่านี้ อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมได้

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุนี้ เป็นทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งทฤษฎีกระบวนการสูงอายุมีหลายทฤษฎีของการเป็นผู้สูงอายุ แต่ไม่มีทฤษฎีใดจะอธิบายได้ครอบคลุมทั้งหมด ทั้งความสามารถทางร่างกายที่ลดน้อยลง ความจำ ความสามารถในการเรียนรู้ต่างๆ ความสามารถในการคงบทบาทของตนเองและทางสังคม เพื่อให้ผู้ที่สนใจศึกษาได้เข้าใจทฤษฎี ทำให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของวัยนี้ได้ดีขึ้น

## แนวคิดของการรวมกลุ่มเข้าชมรมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรเป็นส่วนหนึ่งต่อสังคมนอกบ้าน ที่ให้ความพึงพอใจได้ ซึ่งสังคมที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถผ่อนคลายความเหงา ความกังวลได้เป็นอย่างดี คือการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในชมรมผู้สูงอายุ เป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกัน ทั้งยังเป็นสถานที่พัฒนาคุณภาพชีวิตและจิตใจที่ดีแห่งหนึ่ง เพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกัน [32]

ชมรมผู้สูงอายุมีสถาบันครอบครัวและชุมชนใกล้ๆ ที่พักอาศัยเป็นสถาบันเริ่มต้นในการจัดรวมกลุ่ม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2505 เป็นวันที่จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยได้ปรับปรุง พัฒนาเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับช่วงเวลานั้น สำหรับหัวใจสำคัญของการตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจจุดประสงค์เดียวกัน คือ ชมรมเป็นของผู้สูงอายุทุกคน ทุกคนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ชมรมดำเนินต่อไปได้ โดยมีกฎระเบียบ ข้อพึงปฏิบัติร่วมกัน มีพื้นที่สำหรับการรวมกลุ่มในการพบปะระหว่างผู้สูงอายุ ซึ่งผู้เข้าร่วมจะเป็นผู้ที่สนใจรักษาสุขภาพและต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง เล็งเห็นความสำคัญของการเป็นส่วนหนึ่งของชมรม เพื่อมีสานสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในชมรม [33]

ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการสนับสนุนให้โรงพยาบาล และศูนย์อนามัยทั่วประเทศ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มในชมรม โดยมีหน่วยงานรัฐบาลให้การสนับสนุน
2. เพื่อให้สมาชิกได้พบปะพูดคุย เพื่อผ่อนคลายอารมณ์ทางจิตใจ
3. เพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่อสังคมและพื้นที่ใกล้เคียงชุมชน
4. เพื่อให้สมาชิกได้พัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับงานอดิเรกที่สนใจ
5. เพื่อให้สมาชิกได้มีพื้นที่ในการออกกำลังกาย และการจัดกิจกรรมภายในกลุ่มที่เหมาะสม

การดำเนินกิจกรรมของชมรม แยกเป็นแต่ละประเภทได้ดังนี้ [34]

1. กิจกรรมทางศาสนา จัดตามวันสำคัญทางศาสนาและประเพณี
2. กิจกรรมนันทนาการ จัดเพื่อความบันเทิง สนุกสนาน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การร้องเพลง
3. กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ให้ความรู้แก่สมาชิก โดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับความสนใจของสมาชิก
4. กิจกรรมทางกีฬา ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เน้นการทำกิจกรรมนี้เป็นประจำและต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับสถานที่ของชมรม
5. กิจกรรมเพื่อสร้างรายได้ เช่น งานฝีมือ สิ่งประดิษฐ์ ร่วมกันและออกจำหน่ายได้

6. กิจกรรมทางศิลปะ เช่น วาดรูป การร้องเพลงไทยดั้งเดิม
7. กิจกรรมท่องเที่ยว จัดกิจกรรมนอกสถานที่ และเดินทางเป็นกลุ่มภายในสมาชิกด้วยกัน
8. กิจกรรมการการกุศล และฌาปนกิจสงเคราะห์ เพื่อให้สมาชิกได้รับความช่วยเหลือในยามเดือดร้อน และแสดงน้ำใจ ความห่วงใยต่อกัน

จากข้อมูลของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ พบว่า พ.ศ.2555 มีจำนวน 286 ชมรม ภายใต้สังกัดสำนักอนามัย จำนวน 274 ชมรม สังกัดสำนักพัฒนาสังคม จำนวน 2 ชมรม และสังกัดสำนักการแพทย์ จำนวน 10 ชมรม มีสมาชิกจำนวน 32,405 คน ซึ่งบางชมรมได้ดำเนินการกันอย่าง เป็นเอกเทศ บางแห่งอยู่ในเครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย บางแห่งอยู่ในเครือข่ายของศูนย์บริการ สาธารณสุข ทั้ง 68 แห่งทั่วกรุงเทพมหานคร [27]

#### งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

อินทกานต์ กุลไวย พบว่า ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .73$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .67$ ) ความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ( $R^2 = .59$ ) [33]

สมชาย ต่อเพ็ง ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ และการมีชมรมผู้สูงอายุ สามารถส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.89 [35]

สำราญ ดวงสว่าง ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การบรรลุลงานตามขั้นพัฒนาการและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดลพบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะบรรลุลงานตามขั้นพัฒนาการและมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การบรรลุลงานตามขั้นพัฒนาการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 [36]



อุษา วงษ์อนันต์ ศึกษาอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันทำให้สุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์และด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ [11]

เสนห์ แสงเงินและคณะ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง พบว่า อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การมองเห็น สภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากบุคคลภายนอก ครอบครัว และจากบุคลากรด้านสุขภาพ ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง [37]

มนทกาญจน์ ทองจินดา ศึกษา ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 83.5 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 16.5 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันและรายได้เพียงพอกับไม่เพียงพอ มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผู้ดูแลการอยู่อาศัย และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน [38]

พรรณทิภา ศัพทะนาวิน ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุบ้านปงเหนือ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้สูงอายุสามารถร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน และร่วมกันตัดสินใจจนได้ โครงการพัฒนาด้านสุขภาพ 3 โครงการ ได้แก่ โครงการสมุนไพร โครงการรำไม้พลอง และโครงการฟ้อนเจิง และมีจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า หลังจากการดำเนินงานตามโครงการไปแล้วทั้งในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ผู้สูงอายุยัง มาร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการชักชวนลูกหลาน หรือเพื่อนบ้านมาร่วมทำกิจกรรมด้วย และการที่ผู้สูงอายุมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันทำให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และเป็นต้นแบบในการนำกลุ่มออกกำลังกาย [39]

มาริสา ประทุมมา ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็นบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ด้านช่วงอายุและด้านสถานะทางเศรษฐกิจ 3) การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุบนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [40]

ปิยะพรรณ ลิ้มละมัย ศึกษา ศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีศักยภาพการดูแลตนเองในระดับสูง ปัจจัยด้านบุคคล คือ ความรู้ในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหลีกเลี่ยงปัญหาโรคหลัก ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์และความพอใจต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 [41]

ทัตชาวดี สิทธิสาร ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ การเห็นคุณค่าของตนเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัว สถานะสุขภาพร่างกาย และอาชีพ [42]

เบญจมาศ นาควิจิตร ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัด สำนักรักษาพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 [43]

วิชาญ ชูรัตน์ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง และอยู่นอกเขตเทศบาล มากกว่าในเขตเทศบาล เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่ จะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น [44]

นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ ศึกษาภาวะสุขภาพจิต ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 65.5 ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต คือ ไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มากที่สุด ร้อยละ 39.7 [45]

เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาระดับมัธยม ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส [46]

### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัย

#### ระเบียบวิธีวิจัย

**ประชากรเป้าหมาย (Target population)** คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ชมรมผู้สูงอายุสวนสมเด็จพระเจ้า และชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง (Sample)** คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ชมรมผู้สูงอายุสวนสมเด็จพระเจ้า และชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และเป็นสมาชิกในชมรม ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (เดือนสิงหาคม 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557) ทุกราย

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียน และได้ยิน
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

#### เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุที่มีสภาวะร่างกายเป็นอุปสรรคไม่พร้อมให้ความร่วมมือ

### การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดย

$$n = \text{ขนาดของผู้สูงอายุ}$$

$$N = \text{จำนวนทั้งหมดของประชากรที่ใช้ในการศึกษา  
ใน 3 ชมรม จากข้อมูล ปีพ.ศ. 2555 มี 140 คน}$$

$$E = \text{ความผิดพลาดที่ยอมรับได้}$$

แทนค่า

$$N = \frac{140}{1 + (140)(0.05^2)}$$
$$= 104 \text{ คน}$$

ดังนั้นคำนวณเท่ากับ 104 คน แต่ในการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลในประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีไม่มาก

### การคัดเลือกผู้สูงอายุ

คัดเลือกผู้สูงอายุจากประชากรเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในช่วงที่เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 ทุกรายโดยไม่มี การสุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นลักษณะเลือกตอบและเติมข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน โรคประจำตัว กิจกรรมเวลาว่างที่สนใจที่บ้าน และกิจกรรมของชมรมที่ชอบ รวม 8 ข้อ

## ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มาจากงานวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยจิตสมร วุฒิพงษ์ [5] ซึ่งพัฒนาเพิ่มเติมจากกรอบแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธ์ [15] ทั้งนี้จิตสมร วุฒิพงษ์ ได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า 0.89 ประกอบด้วยจำนวนคำถาม 46 ข้อ รวม 7 ด้าน คือ

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง	9	ข้อ
2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	4	ข้อ
3. การเผชิญปัญหา	10	ข้อ
4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	6	ข้อ
5. การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ	4	ข้อ
6. การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต	6	ข้อ
7. การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป	7	ข้อ

เป็นคำถามมีค่า 4 ระดับ การให้คะแนนดังนี้

		คะแนน
พฤติกรรมนั้นทำเป็นประจำ	มีค่าเท่ากับ	4
พฤติกรรมนั้นทำบ่อยครั้ง	มีค่าเท่ากับ	3
พฤติกรรมนั้นทำบางครั้ง	มีค่าเท่ากับ	2
พฤติกรรมนั้นทำเกือบทำหรือไม่เคยทำเลย	มีค่าเท่ากับ	1

การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง กำหนดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.00	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับดี / สูง
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.49	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับต่ำ

ในรายด้าน จะใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน โดยไม่หารจำนวนข้อคำถาม เพื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการวัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ฉบับสั้น 15 ข้อ [4] โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ
เล็กน้อย	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย
มาก	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก
มากที่สุด	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

แต่ละข้อให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	1	คะแนน
เล็กน้อย	=	2	คะแนน
มาก	=	3	คะแนน
มากที่สุด	=	4	คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ 3, 4, 5

แต่ละข้อให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	4	คะแนน
เล็กน้อย	=	3	คะแนน
มาก	=	2	คะแนน
มากที่สุด	=	1	คะแนน

การแปลผลสุขภาพจิต เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

51 – 60 คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
44 – 50 คะแนน	หมายถึง	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
43 คะแนนหรือน้อยกว่า	หมายถึง	สุขภาพจิตจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยจะเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม
- 2) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้อำนวยการศูนย์บริการ สาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร และประธานชมรมผู้สูงอายุสวนสมเด็จพระเจ้า เพื่อขออนุญาต ดำเนินการเก็บข้อมูลที่ชมรมผู้สูงอายุ
- 3) โครงการนี้ ได้รับการพิจารณาอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา (โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา) ในเดือน พฤศจิกายน 2556
- 4) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการฯ และประธานชมรมฯ
- 5) ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุกับประธานชมรมผู้สูงอายุ
- 6) ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุฯ โดยให้ แบบสอบถามทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสอบถาม การวัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต
- 7) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืน จากผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ สำหรับการคิดคะแนนและวิเคราะห์ผล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows version 17.0 โดยค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ

- 1) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- 2) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
- 3) นำตัวแปรที่พบ มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent-Sample t-test, One-way ANOVA หรือ Pearson's Product Correlation Coefficiency
- 4) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ ตามลำดับตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร จำนวน 112 คน เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามวัดสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

- 1.1 ปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพในปัจจุบัน, โรคประจำตัว, กิจกรรมเวลาว่างที่สนใจที่บ้าน, กิจกรรมของชมรมที่ชอบ
- 1.2 ปัจจัยพฤติกรรมกรรมการดูแลตัวเอง ได้แก่
  1. ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง
  2. ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
  3. ด้านการเผชิญปัญหา
  4. ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
  5. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ
  6. ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต
  7. ด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

**ส่วนที่ 2** แสดงสถิติเชิงพรรณนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

**ส่วนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent-Sample t-test, One-way ANOVA หรือ Pearson's Product Correlation Coefficiency

**ส่วนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณตามลำดับตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

## ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

### 1.1 ปัจจัยทางด้านบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	14	12.5
หญิง	98	87.5
<b>อายุ</b> (Mean = 69.25, SD = 6.70, Min = 60, Max = 85)		
60-70 ปี	72	64.3
71-80 ปี	28	25.0
80 ปีขึ้นไป	12	10.7
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	15	13.4
สมรส	71	63.4
หย่าร้าง / หม้าย / แยกกันอยู่	26	23.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4.5
ประถมศึกษา	50	44.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	13.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	16.1
อาชีวศึกษา (ปวช. / ปวส.)	12	10.7
ปริญญาตรี	12	10.7
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ประกอบอาชีพ	84	75.0
ค้าขาย	16	14.3
รับจ้าง	5	4.5
อื่นๆ	7	6.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ไม่มี	24	21.4
มี	88	78.6
โรคไขมันในเลือดสูง	44	39.3
โรคความดันโลหิตสูง	39	34.8
โรคข้อเสื่อม/โรคกระดูก	30	26.8
โรคทางประสาทตา	30	26.8
โรคเบาหวาน	29	25.9
โรคหลอดเลือดสมอง	5	4.5
อื่นๆ	16	14.3
<b>กิจกรรมเวลาว่างที่สนใจที่บ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ดูแลบ้านเรือน	78	69.6
อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง	74	66.1
ออกกำลังกายประจำวัน	54	48.2
ทำสมาธิประจำวัน	32	28.6
ปลูกต้นไม้ และปลูกดอกไม้	28	25.0
เย็บปักถักร้อย	10	8.9
นวดผ่อนคลาย	10	8.9
<b>กิจกรรมของชมรมที่ชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ด้านการออกกำลังกาย/นันทนาการ/ดูแลสุขภาพ	105	93.8
ด้านสวัสดิการและให้ความรู้แก่สมาชิก	43	38.4
ด้านทัศนศึกษา	42	37.5
ด้านการกีฬาและนันทนาการ	25	22.3
อื่นๆ	4	3.6

จากตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 อายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 64.3 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 25.0 โดยมีอายุเฉลี่ย  $69.25 \pm 6.70$  ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.4 รองลงมาคือ หย่าร้าง / หม้าย / แยกกันอยู่ ร้อยละ 23.2 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.6 ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.0

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.6 และในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 39.3 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.8 และโรคอื่นๆ ร้อยละ 14.3 คือ มะเร็งเต้านม ไต ต่อมลูกหมาก มือชา เท้าชา ไทรอยด์ หูไม่ดี เก๊าท์ โรคหัวใจ เส้นเลือดขาด ลิ้นหัวใจรั่ว ความดันต่ำ ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ภูมิแพ้

ด้านกิจกรรมเวลาว่างที่สนใจที่บ้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ดูแลบ้านเรือน ร้อยละ 69.6 รองลงมา คือ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้อยละ 66.1

ด้านกิจกรรมของชมรมที่ชอบของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ การออกกำลังกาย/นันทนาการ/ดูแลสุขภาพ ร้อยละ 93.8 รองลงมา คือ ด้านสวัสดิการและให้ความรู้แก่สมาชิก ร้อยละ 38.4 และกิจกรรมอื่นๆ ร้อยละ 3.6 คือ ร้องเพลงคาราโอเกะ

## 1.2 ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลตัวเอง

### ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม</b>		
ระดับต่ำ	8	7.1
ระดับปานกลาง	84	75.0
ระดับสูง	20	17.9
(Mean = 142.28, SD = 14.71, Min = 96, Max = 178)		
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายुरายด้าน</b>		
<b>ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง</b>		
ระดับต่ำ	21	18.8
ระดับปานกลาง	76	67.8
ระดับสูง	15	13.4
(Mean = 25.80, SD = 4.52, Min = 15, Max = 36)		
<b>ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</b>		
ระดับต่ำ	18	16.1
ระดับปานกลาง	94	83.9
ระดับสูง	0	0
(Mean = 11.97, SD = 2.35, Min = 7, Max = 16)		
<b>ด้านการเผชิญปัญหา</b>		
ระดับต่ำ	21	18.8
ระดับปานกลาง	71	63.4
ระดับสูง	20	17.8
(Mean = 29.00, SD = 4.75, Min = 15, Max = 40)		

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล		
ระดับต่ำ	17	15.2
ระดับปานกลาง	75	66.9
ระดับสูง	20	17.9
(Mean = 19.13, SD = 2.61 , Min = 13, Max = 24)		
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ		
ระดับต่ำ	13	11.6
ระดับปานกลาง	74	66.1
ระดับสูง	25	22.3
(Mean = 13.38, SD = 2.12, Min = 6, Max = 16)		
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต		
ระดับต่ำ	20	17.8
ระดับปานกลาง	76	67.9
ระดับสูง	16	14.3
(Mean = 18.35, SD = 2.96 , Min = 11, Max = 24)		
ด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป		
ระดับต่ำ	18	16.1
ระดับปานกลาง	74	66.1
ระดับสูง	20	17.8
(Mean = 24.62, SD = 2.67, Min = 14, Max = 28)		

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 และด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.8 ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.9 ด้านการเผชิญปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.4 ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.9 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.1 ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.9 ด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.1

## ส่วนที่ 2 แสดงสถิติเชิงพรรณนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

### ตารางที่ 3 ผลการวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	48	42.8
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	44	39.3
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	20	17.9

(Mean = 48.71, SD = 5.88, Min = 30 , Max = 60)

จากตาราง พบว่าสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 42.8 รองลงมา คือ สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 39.3 และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 17.9

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

โดยใช้สถิติ Independent-Sample t-test, One-way ANOVA หรือ

Pearson's Product Correlation Coefficiency

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับปัจจัยศึกษา

โดยใช้สถิติ t-test (n = 112)

ตัวแปร	สุขภาพจิตผู้สูงอายุ				
	n	Mean	SD	t	p-value
<b>เพศ</b>					
ชาย	14	48.43	6.01	-0.193	0.847
หญิง	98	48.75	5.90		
<b>อายุ</b>					
น้อยกว่า 70 ปี	72	48.15	5.52	-1.360	0.177
ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป	40	49.72	6.44		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด / หย่าร้าง / หม้าย / แยกกันอยู่	41	47.27	6.17	-2.003	0.048*
สมรส	71	49.55	5.58		
<b>อาชีพ</b>					
ไม่ประกอบอาชีพที่มีรายได้	84	49.30	5.44	1.635	0.110
ประกอบอาชีพ	28	46.96	6.86		
<b>โรคประจำตัว</b>					
มีโรคประจำตัว	88	48.90	5.50	0.630	0.530
ไม่มีโรคประจำตัว	24	48.04	7.22		

\*p < 0.05

\*\*p < 0.01

จากตารางที่ 4 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับปัจจัยศึกษา โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนำมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดย Post-hoc test (Scheffe) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด / หย่าร้าง / หม้าย / แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส ส่วนเพศ อายุ และอาชีพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA (n = 112)

ตัวแปร	สุขภาพจิตผู้สูงอายุ				
	n	Mean	SD	F/Welch	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ระดับต่ำ	8	43.12	5.00	5.459	0.006**
ระดับปานกลาง	84	48.71	5.78		
ระดับสูง	20	50.95	5.33		

\*\*p < 0.01

จากตารางที่ 5 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่  
ด้วยวิธีของ Gabriel ของค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองกับตัวแปรสุขภาพจิต  
ของผู้สูงอายุ (N=112)

ตัวแปร	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเอง(โดยรวม)</b>			
ระดับต่ำ	-	-5.59**	-7.82**
ระดับปานกลาง	5.59**	-	-2.23
ระดับสูง	7.82**	2.23	-

\*\*p < 0.01

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีของ Gabriel ของค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองกับตัวแปรสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc comparison) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับสูง

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับชมรม  
และระดับการศึกษาผู้สูงอายุ (N=112)

ตัวแปร	จำนวน (N=112)	Mean	SD	F/Welch	p-value
<b>ชมรมผู้สูงอายุ</b>					
สวนสมเด็จพระเจ้า	33	47.06	6.04	2.28	0.107
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา	49	49.86	5.04		
ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงธนบุรี	30	48.67	6.70		
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	55	49.49	4.86	0.937 <sup>a</sup>	0.399
มัธยมศึกษา	33	48.24	5.81		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	24	47.58	7.84		

a. Welch Test

จากตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับอายุและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 112)	คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	
	Pearson's Correlation Coefficient	p-value
อายุ	0.147	0.122
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง (รวม)	0.212	0.025*
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	0.024	0.802
ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	0.254	0.007**
ด้านการเผชิญปัญหา	0.107	0.260
ด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	0.245	0.009**
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ	0.202	0.033*
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต	0.038	0.691
ด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป	0.272	0.004**

\*p < 0.05

\*\*p < 0.01

จากตารางที่ 8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยเรื่องอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$

ด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

ด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$

#### ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณตามลำดับตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับตัวแปรศึกษา ซึ่งได้แก่ คะแนนรวมพฤติกรรมการดูแลตนเอง มาเข้าสมการทำการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยใช้ Multiple Linear Regression Analysis โดยใช้วิธี Stepwise พบว่า

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ตัวแปร	R <sup>2</sup>	B	SE	Beta	T	p-value
การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป	0.074	0.475	0.208	0.216	2.283	0.024*
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	0.107	0.478	0.237	0.191	2.015	0.046*
Constant		31.283	5.110	-	6.122	<0.001**

\*p < 0.05

\*\*p < 0.01

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป และตัวแปรด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถร่วมทำนายคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 10.7 ซึ่งเมื่อนำตัวแปรด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไปเข้าสมการ พบว่าตัวแปรด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ 7.4% โดยค่าคะแนนการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น 0.475 คะแนน

เมื่อนำตัวแปรด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เข้าสมการพบว่าตัวแปรด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ 10.7% โดยถ้าค่าคะแนนด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น 0.478 คะแนน

สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 31.283 + 0.475X_1 + 0.0478X_2$$

เมื่อ

$Y$  = สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

$X_1$  = การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

$X_2$  = การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) ผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ชมรมผู้สูงอายุสวนสมเด็จพระเจ้า และชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาและไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา และเป็นสมาชิกในชมรมในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 ผู้สูงอายุมีจำนวน 112 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามวัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ฉบับสั้น 15 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลในสถิติเชิงพรรณนา (Description Statistic) แสดงข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนการวิเคราะห์สถิติของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ การวิเคราะห์โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test for Independent Sample) วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และนำตัวแปรที่พบมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังนี้ เพศหญิงร้อยละ 87.5 และเพศชาย ร้อยละ 12.5 อายุอยู่ระหว่าง 60–70 ปี ร้อยละ 64.3 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 71–80 ปี ร้อยละ 25.0 โดยมีอายุเฉลี่ย  $69.25 \pm 6.70$  ปี ด้านสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ พบว่า สมรสแล้ว ร้อยละ 63.4 รองลงมา คือ หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 23.2 ด้านระดับการศึกษา พบว่า ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.6 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 16.1 ด้านอาชีพ พบว่า ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 14.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.6 และในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 39.3 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.8 ด้านกิจกรรมเวลาว่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดูแลบ้านเรือน ร้อยละ 69.6 รองลงมา คือ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้อยละ 66.1 ในส่วนของกิจกรรมของชมรมที่ชอบ คือ การออกกำลังกาย/นันทนาการ/ดูแลสุขภาพ ร้อยละ 93.8 รองลงมา คือ ด้านสวัสดิการและให้ความรู้แก่สมาชิก ร้อยละ 38.4

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 เมื่อนำพฤติกรรมการดูแลตนเองมาพิจารณาจำแนกทั้ง 7 ด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ร้อยละ 67.8 ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 83.9 ด้านการเผชิญปัญหา ร้อยละ 63.4 ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร้อยละ 66.9 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ ร้อยละ 66.1 ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต ร้อยละ 67.9 และด้านการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป ร้อยละ 66.1 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 7 ด้าน



## 2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 42.8 มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 39.3 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 17.9 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test ได้แก่ สถานภาพสมรส/โสด/หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p < 0.05$ ) พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p < 0.001$ ) และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุกับอายุและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ปัจจัยเรื่องอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในทิศทางเดียวกับ กับคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.212, p < 0.05$ ) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง จะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงตามไปด้วย ในขณะที่ผู้สูงอายุอายุที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำไปด้วยเช่นกัน

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ( $p < 0.05$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสุขภาพจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมีอายุระหว่าง 60-70 ปี อายุเฉลี่ย  $69.25 \pm 6.70$  ปี มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษา ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของภัทร ถามล [47] , ณ์ฐมน พงศ์สุพัฒน์ [48] แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวิภาวดี มุทะสินธุ์ [49] เนื่องจากตั้งอยู่ในโรงพยาบาลตำรวจที่สมาชิกส่วนใหญ่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ข้าราชการตำรวจที่เกษียณอายุราชการ และครอบครัวตำรวจ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี งานวิจัยนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในสถานภาพที่สมรสแล้ว ร้อยละ 63.4 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของรศรินทร์ เกรย์ และณัฐจีรา ทองเจริญชูพงศ์ [50] เนื่องจากพักอาศัยอยู่กับลูกหลาน และเครือญาติที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน จึงไม่ต้องประกอบอาชีพ โดยได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากคนในครอบครัวเดียวกันที่เพียงพอกับการใช้จ่ายประจำวัน ด้านโรคประจำตัว โดยโรคที่มีอันดับสูงที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม/โรคกระดูก โรคทางประสาทตา โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมอง ซึ่งโรคประจำตัวต่างๆ ที่พบในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุทั่วไป ส่วนงานวิจัยของสมชาย ต่อเพ็ง [35] พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอายุและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ด้านกิจกรรมเวลาว่างที่สนใจที่บ้าน ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ดูแลบ้านเรือน ร้อยละ 69.6 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลัดดา สุหนต์ [51] รองลงมา คือ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้อยละ 66.1 จากการสอบถามเพิ่มเติม พบว่าการดูแลบ้านเรือนเป็นงานที่ไม่ได้ใช้แรงกายมากเกินไป ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านได้ในช่วงเวลากลางวัน และวันเสาร์ วันอาทิตย์ ซึ่งในขณะที่ทำงานบ้าน ก็สามารถเปิดเพลง ร้องเพลง ควบคู่ไปด้วยกันได้ ทำให้มีความเพลิดเพลิน และผ่อนคลายความกังวลต่างๆ ได้อย่างดีอีกทางหนึ่ง รวมถึงผู้สูงอายุหลายๆ ท่าน ยังสามารถประกอบอาหารต่างๆ ทานเองและสำหรับคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจตนเองมากขึ้น รวมถึงการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน การทำสมาธิ การปลูกต้นไม้ ปลูกดอกไม้ งานเย็บปักถักร้อย และการนวดผ่อนคลาย ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ที่สร้างสร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุสอดคล้องกับงานวิจัยของกัตติกา ธนะขว้าง [52] พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และงานวิจัยของวีระศักดิ์ มั่นการ [53] พบว่าการทำงานในสวนไร่นา เพื่อให้ร่างกายได้ออกกำลังกายเช่นเดียวกัน

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 รวมทั้งเมื่อแยกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต และด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนริสา วงศ์พนารักษ์ [45], กรรณิการ์ ภาวะไพบุลย์ [54], สมชาย ต่อเพ็ง [35] และเบญจพร สว่างศรีและเสริมศิริ แต่งาม [46] ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามงานวิจัยของอินทुकานต์ กุลไวย [33] พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีเช่นกัน สำหรับงานวิจัยของจิตสมร วุฒิพงษ์ [5] เนื่องจากเป็นกรณีศึกษาที่ทดลองที่มีการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต จากผลการวิจัยของจิตสมร วุฒิพงษ์ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จากงานวิจัยของนิรมล อินทฤทธิ์ [55] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก อาชีพ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จากการสอบถามระหว่างเก็บข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ไม่ได้พักอาศัยกับญาติหรือคนใกล้ชิด ทำให้มาร่วมกิจกรรมในช่วงเช้าที่ชมรมได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน

สุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 42.8 รองลงมา คือ สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 39.3 และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 17.9 สอดคล้องกับงานวิจัยของทัดชาติ สิทธิสาร [42] ที่พบว่าสุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และพลอยชมพู มณีสุขเกษม [56] พบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดี มีอาการซึมเศร้าเป็นบางครั้ง ซึ่งเป็นผลมาจากสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ซึ่งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด/หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพที่สมรสแล้ว สอดคล้องกับงานวิจัยของวิชาญ ชูรัตน์ [44] พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่มีภาวะเสี่ยงต่อการปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้สุนันทา คัมเพชร [57] พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว อาจเป็นเพราะสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีความแตกต่างกัน เช่น วัฒนธรรมการครองเรือน หรือความผูกพันกลมเกลียวอย่างแน่นแฟ้นภายในครอบครัว ที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตในระยะยาว จากข้อมูลรายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุ [2] พบว่าสถานภาพสมรสมีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้าน

ร่างกายและจิตใจ ข้อมูลสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด/หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่ จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และเพศหญิงจะมีจำนวนสถานภาพดังกล่าวสูงกว่าเพศชายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่ต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อตารางชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพกาย ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับ โอเร็ม [13] กล่าวว่าความสนใจหรือใส่ใจเป็นศักยภาพหนึ่งในบุคคลนั้น ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ การใส่ใจหรือรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สามารถกระทำได้หลายกิจกรรม เช่น การดูแลสุขภาพเท้า ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือหรือแผ่นพับในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การพูดคุยกับเพื่อน/เพื่อนบ้าน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซักถามปัญหา และขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางสาธารณสุข เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยในปัจจุบันนี้ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ผู้สูงอายุสามารถได้รับข่าวสารตามสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การตรวจร่างกายประจำปี รวมถึงการพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถป้องกันและรักษาได้ทันทั่วทั้ง จากงานวิจัยของสุริยาภรณ์ อินทรภิมย์ [12] พบว่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง คือ ข้อจำกัดการทำหน้าที่ของร่างกายจากโรคเรื้อรัง และการขาดแคลนทรัพยากรที่เกื้อหนุน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน

ปัจจัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีเช่นกัน เนื่องจากการสื่อสารนี้เป็นการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติ ซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาและร่วมกันแก้ไขปัญหา และมีการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ในวัยสูงอายุนี้มีเวลามากขึ้น เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการทางสังคมในด้านต่างๆ ค่อนข้างสูง เช่น ความเป็นเพื่อน การมีกลุ่มบุคคลร่วมวัย การต้องการผู้สนใจ ยอมรับนับถือ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ และต่างวัยในสังคมกระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้อื่น เป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการเสริมสร้างให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร และการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม [15] สอดคล้องกับทฤษฎีการสื่อสารที่มีแนวคิด

ขั้นตอนที่มีความเคลื่อนไหวและเป็นการกระทำในการส่งและรับสารระหว่างผู้ฟังกับผู้พูดเพื่อให้เข้าใจในเรื่องที่พูดต่างๆ ให้ชัดเจนตรงกัน [58]

ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถแบ่งได้ 2 ประเภท [23] แบ่งเป็นประเภทที่ยังคงสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้เคียงรอบข้าง และประเภทลดสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างในคนในครอบครัวและสังคมนอกบ้าน ซึ่งจากงานวิจัยของพรณทิภา ศัพท์นาวิณ [39] พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับสูง ซึ่งเชื่อมโยงกับซัลลิแวน [22] ให้แนวคิดเกี่ยวข้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า บุคคลจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อมเกิดจากบุคคลเข้าใจถึงผลการรับรู้ที่เหมาะสม ถ้าบุคคลนั้นมีความเข้าใจและรับรู้ได้ดี จะเข้าใจสิ่งที่ชีวิตต้องการได้ดี สามารถรู้ว่าสิ่งใดดี และได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างอย่างดี หากสิ่งใดไม่ได้รับการสนับสนุน จะเรียนรู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดี บุคคลนั้นมีความต้องการพื้นฐาน 2 ข้อ ได้แก่ ความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม เพื่อบรรเทาความกระหาย และความต้องการทางจิตสังคม เกี่ยวข้องกับความสบายใจเช่นกัน ความเข้าใจต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ได้รับการยอมรับต่างๆ สัมพันธระหว่างคนใกล้เคียงซึ่งกันและกัน รวมถึงการแสดงออกโดยให้ความเห็นใจและให้ความช่วยเหลือกับคนใกล้เคียงหรือคนรู้จักที่กำลังเดือนร้อนด้วยความเต็มใจ สื่อสารด้วยคำชื่นชมให้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จ และพร้อมทำความรู้จักเพื่อนในวัยเดียวกัน และเพื่อนสนิท ซึ่งหากมีเรื่องไม่สบายใจพร้อมให้อภัยกับทุกคนเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของตนเอง

การปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านและกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ของชมรมผู้สูงอายุสัมพันธ์กับสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยดังกล่าว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต ผู้สูงอายุสนใจกิจกรรมที่ทำได้คนเดียว เช่น อยู่ดูแลบ้าน ปลูกพืชผักสวนครัว ช่วยให้ผ่อนคลายอารมณ์ได้ ซึ่งผู้สูงอายุบางคนยังต้องการกิจกรรมเป็นหมู่คณะ รวมถึงการมีเพื่อนทั้งต่างวัยและในวัยเดียวกัน สามารถร่วมกันทำและสนใจในกิจกรรมคล้ายๆ กัน ควรเป็นกิจกรรมที่เสริมแรงกำลังใจ และเหมาะสมกับสภาพร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ [59] จากงานวิจัยของศรฉวี กิจเดช [60] พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เรื่อง การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวทางชีวิต โดยวิธีสตอรี่ไลน์ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนงานวิจัยของนารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน [61] พบว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับสูง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ ส่วนกัตติกา ธนะขว้าง [52] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตน การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม งานวิจัยของดลนภา

สร้างไธสง [62] พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ปัจจัยสนับสนุนจากปัจจัยภายในตน ได้แก่ ความต้องการทางด้านสุขภาพ และความต้องการทางด้านจิตสังคม ปัจจัยสนับสนุนจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การไม่มีภาระ รูปแบบการออกกำลังกายที่ตรงกับความต้องการ สถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม และแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น ส่วนงานวิจัยของศิริพร สันถวาติ [63] พบว่าปัจจัยที่ดึงดูดให้ผู้สูงอายุเข้ามาปฏิบัติธรรมมีหลากหลายปัจจัย คือ การประสบกับเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ที่มีสาเหตุมาจากการงานและ/ หรือคนใกล้ชิด ความศรัทธาในตัวบุคคลหรือพระ การเข้ามาปฏิบัติธรรมเพราะทำตามกันมาตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ ความกลัวตายเนื่องจากการเจ็บป่วย ความผูกพันกับผู้สูงอายุมีต่อวัด ความรู้สึกที่ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของวัด รวมถึงผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ เช่น มีอารมณ์โกรธหงุดหงิด มีสติ เกิดความรู้สึกสบายใจ จิตปล่อยวางจากความไม่สบายกาย ละซึ่งทรัพย์สินนอกร่างกาย นอกจากนี้เมื่อปฏิบัติธรรมแล้วผู้สูงอายุบางท่านอาจได้มุมมองใหม่ๆ เกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ความมีเมตตา การรู้เท่าทันผู้อื่น ความมีสติในการกระทำ แนวคิดเหล่านี้ล้วนแล้วแต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตในสังคม ดังนั้นกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจและทำอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อสุขภาพจิตได้ ทั้งยังช่วยรักษาสุขภาพจิตให้มีความสงบ มีความสุขกับชีวิตประจำวันได้ และอยู่อย่างภาคภูมิใจในตัวเอง

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมเขตอื่นๆ ได้ทั้งหมด เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงกิจกรรมของชมรมนั้นๆ ที่แตกต่างกันออกไปได้
2. การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมเท่านั้น

### การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. สามารถนำไปใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชมรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิต ซึ่งการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำกิจกรรมให้ร่างกายแข็งแรง พักผ่อนให้เพียงพอ ดูแลสุขภาพและรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยอย่างทันท่วงที เป็นต้น
2. โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุขหรือสถานที่ตั้งอื่นๆ ที่มีพื้นที่สำหรับชมรมผู้สูงอายุ ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ให้ความรู้ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดกิจกรรมนันทนาการต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับ

นั้นมาใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันต่อไป โดยอาจจัดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เฉพาะทางมาให้คำแนะนำและตรวจสุขภาพจิต รวมถึงการพูดคุยให้คำปรึกษาเบื้องต้น เพื่อเข้าใจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้มากขึ้น

3. สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ควรศึกษาและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เอาใจใส่ สังเกต รับฟังอารมณ์และความรู้สึก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตใจที่แข็งแรงต่อไป

4. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อสุขภาพจิต ดังนั้นจึงควรสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลใกล้ชิดและบุคคลอื่นๆ ในสังคม เพื่อเป็นแนวทางที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาตัวแปรสุขภาพจิตและการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุชมรมอื่นๆ ที่แตกต่างกัน หรือในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรม

2. ควรทำการศึกษาสุขภาพจิตและการดูแลตนเองเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วน และมีรายละเอียดที่ครบถ้วนมากขึ้น

3. การศึกษานี้ ทำให้ได้ทราบถึงผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นความต้องการ ความพึงพอใจหรือแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่มีความต้องการเข้าชมรมผู้สูงอายุ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรอื่นๆ

## รายการอ้างอิง

1. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. 2553, กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. 2556, บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด: กรุงเทพฯ. p. 15,23.
3. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. เครือข่ายด้านผู้สูงอายุ. 2556, เมษายน 5; Available from: <http://www.oppo.opp.go.th/pages/network/network.html>.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2555, ธันวาคม 1; Available from: <http://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/thi15.asp>.
5. จิตสมร วุฒิพงษ์, ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. 2543, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
6. World Health Organization. Mental health [Online] 2014, March 15; Available from: [http://who.int/mental\\_health/en/](http://who.int/mental_health/en/).
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM III)*. 1980, 3d. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
8. กุลยา ตันติผลาชีวะ, สุขภาพสูงวัยดูแลได้ด้วยตนเอง. 2556, กรุงเทพฯ: โกลด์เพาเวอร์พริ้นติ้ง.
9. ศิริพันธ์ สาสัตย์, การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. 2554, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. กุลยา ตันติผลาชีวะ, สูงวัยด้วยใจสุข. 2551, กรุงเทพฯ: เรือนปัญญา
11. อุษา วงษ์อนันต์, อัทมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. 2551, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ.
12. สุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์, การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2550, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.
13. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม. 2556, เมษายน 30; Available from: <http://nungruthai.getweb.com/articles/554845/%E0%B8%97%E0%B8%A4%E0%B8%A9%E0%B8%8E%E0%B8%B5%E0%B9%82%E0%B8%AD%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%A1.html>.
14. Bernard., L., *Impressions for complete dentures*. 1984, Chicago: Quintessence.

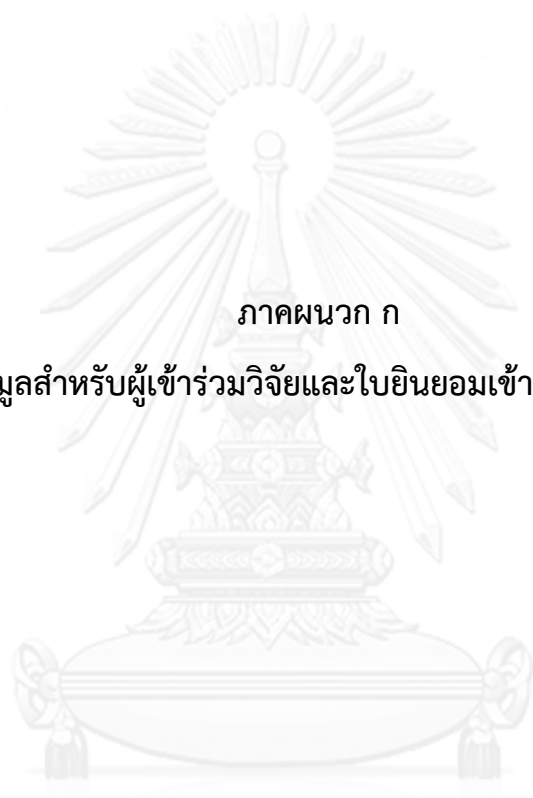


15. จินตนา ยูนิพันธุ์, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนคนไทย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ.
16. Burgess., A.W., *Mental Health Function and Dysfunction. Psychiatic Nursing in the Hospital and the Community*. Vol. 5th ed. 1990, California: Appleton & Large.
17. นภาพร วงศ์ใหญ่, ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา. 2542, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.
18. Augilera., D.C., & Messick, J.M., *Crisis intervention : Theory and Methodology*. Vol. 5th., 1986, St.Louis: The CV Mosby.
19. การสร้างสัมพันธ์ภาพ. 2556, เมษายน 30; Available from: [http://sirirut2003.blogspot.com/2010/05/blog-post\\_3537.html](http://sirirut2003.blogspot.com/2010/05/blog-post_3537.html).
20. ประไพศิริ เขียวสารกิจ, คู่มือสู่วัยอย่างสมารถ. 2556, นนทบุรี: ปัญญาญาณ.
21. กองบรรณาธิการหนังสือสุขภาพกายใจ, *Health Living สุขภาพดี มีได้ทุกวัย*. 2552, กรุงเทพฯ: ซี เอ็ดดูเคชั่น.
22. มรรยาท รุจิวิทย์, การจัดการความเครียด เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. 2548, ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
23. ศรีเรือน แก้ววังवाल, จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2). 2545, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
24. โสภภาพรณ รัตน์ย, ทางเลือกวัยสูงอายุ อยู่ดีชีวิที่มีคุณภาพ (*Senior Living*). 2555, กรุงเทพฯ: แสงดาว.
25. เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, พัฒนาการมนุษย์. 2550, กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส.
26. Yurick, et al., *The Aged Person and the Nuring Process*. 1980, New York: Appleton Century Crofts.
27. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2557 มีนาคม 10; Available from: <http://www.oppo.opp.go.th/pages/network/network.html>
28. สุรกุล เจนอบรม, วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุ และศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. 2541, กรุงเทพมหานคร: นิซินแอนเวอไทยซิงกรุ๊ป.
29. Miller.A.C., *Nursing care of older adults : Theory and practice*. 1995, Philadelphia: J.B. Lippincott.
30. กชกร สังขชาติ, ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. 2538, ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

31. จีราพร เกศพิชญวัฒนา, เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1 2548, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อัดสำเนา).
32. ประพนอม โอทกานนท์, ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์. 2554, กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์.
33. อินทุกานต์ กุลไวย, ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. 2552, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.
34. บรรลุ ศิริพานิช, ผู้สูงอายุไทย. 2542, กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
35. สมชาย ต่อเพ็ง, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. 2552, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ.
36. สำราญ ดวงสว่าง, การสนับสนุนทางสังคม การบรรลุลงานตามขั้นตอนพัฒนาการและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดลพบุรี. 2547, มหาวิทยาลัยรามคำแหง: กรุงเทพฯ.
37. เสน่ห์ แสงเงิน และคณะ, ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 2555. 42(2): p. 68-81.
38. มณฑกาญจน์ ทองจินดา, ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส. 2552, มหาวิทยาลัยบูรพา: ชลบุรี.
39. พรรณทิภา ศัพพะนาวิน, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนการเคหะรามอินทรา เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. 2551, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ.
40. มาริสา ประทุมมา, การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล หลวงพ่อเป็นบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว 2550, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ.
41. ปิยะพรรณ ลิ้มละมัย, ศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. 2550, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.
42. ทัดชาวดี สิทธิสาร, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. 2552, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ.
43. เบญจมาศ นาควิจิตร, ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 2551, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ: กรุงเทพฯ.
44. วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารประชากร, 2555. 3 (2): p. 87-109.

45. นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ, ภาวะสุขภาพจิต ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556. 6(1): p. 141.
46. เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม, การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ, 2556. 1(2): p. 128-137.
47. ภัทร ถามล, ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาชุมชนวัดไชยทิศ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. 2554, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.
48. ณิชมน พงศ์สุพัฒน์, การศึกษาความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. 2550, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.
49. วิภาวดี มุทะสินธุ์, การเพิ่มความสามารถในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ. 2552, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.
50. รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารประชากร, 2555. 3(2): p. 45-63.
51. ลัดดา สุทนต์, การใช้ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ศึกษากรณี ชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. 2551, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.
52. กัตติกา ธนะขว้าง, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์อภิมาน. 2552, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
53. วีระศักดิ์ มั่นการ, ภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวไทยโซ่ง ศึกษากรณีกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. 2551, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.
54. กรรณิการ์ ภาวะไพบูลย์, พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความหวังและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี. 2546, มหาวิทยาลัยมหิดล: นครปฐม.
55. นิรมล อินทฤทธิ์, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. 2547, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
56. พลอยชมพู มณีสุขเกษม, สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2. 2554, มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพฯ.
57. สุนันทา คุ่มเพชร, อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. 2545, มหาวิทยาลัยศิลปากร.


58. ทฤษฎีการสื่อสาร. 2555 [cited 2557 เมษายน 30; Available from: <http://www.l3nr.org/posts/265370>.
59. คณาจารย์คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ล้อมรั้วบ้านด้วยความสุข. 2552, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
60. ศรวณีย์ กิจเดช, ผลของการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามแนวทางชีวิตจิต โดยวิธี สตอรีไลน์. 2547, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
61. นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน, ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุน จากครอบครัวกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. 2550, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
62. ดลนภา สร้างไธสง, ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ : การศึกษาเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม. 2549, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
63. ศิริพร สันถวาชาติ, การปฏิบัติธรรมกับการอบรมพัฒนาร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุไทย. 2551, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.



ภาคผนวก ก

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบาย</b> <b>สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> <b>(Information sheet for research participant)</b></p>
---	---

**การวิจัยเรื่อง** สุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร  
**ผู้ทำวิจัยชื่อ** นางสาว ภาวีน ทองไชย  
**ที่อยู่** 83/309-310 หมู่บ้านพระปิ่น 5 ซอยสุขุมเริ่ม 8 ถนนเอกชัย 109 เขตบางบอน กรุงเทพฯ 10150  
**เบอร์โทรศัพท์** 089-683-6624

#### **เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้


#### **เหตุผลความเป็นมา**

ในปัจจุบันหลายๆ หน่วยงานได้ให้ความสำคัญในการจัดให้มีกิจกรรม และสนับสนุนส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุประจำโรงพยาบาล หมู่บ้าน ใกล้แหล่งชุมชนมากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสประกอบกิจกรรมร่วมกัน ได้พบปะสังสรรค์ พูดคุย ติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชมรมเป็นการให้ผู้สูงอายุได้คลายเหงา ผ่อนคลายจิตใจ ซึ่งมีความสำคัญต่อจิตใจและความรู้สึกของผู้สูงอายุ

#### **วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาสุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน โดยสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงและเกี่ยวเนื่องกันในการดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 140 คน

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

- ส่วนที่ 1                      แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
- ส่วนที่ 2                      แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3                      แบบสอบถามวัดสุขภาพจิต

### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยขอให้ท่านกรอกข้อมูลในแบบสอบถามให้ครบถ้วน ทั้ง 3 ส่วน

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ


การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้อาจจะทำให้ท่านสูญเสียเวลาในพักผ่อนและกิจวัตรประจำวันบางส่วน ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมจากชมรมของท่าน เนื่องจากการเสียสละเวลาในการร่วมตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนนี้

### ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัย คือ นางสาว ภาวีน ทองไชย ได้ตลอดเวลา

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกต้องสำหรับครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัยแล้วท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จะไม่มีผลต่อการเป็นสมาชิกในชมรม แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านในแบบสอบถามเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นบทสรุปผลการวิจัย

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่เกิดผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงการมีสุขภาพจิต และการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการมีสุขภาพจิต และการดูแลตนเองที่ดี
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย




 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้  
นางสาวภาวีน ทองไชย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	--

การวิจัยเรื่อง สุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2556

สถานที่ชมรมผู้สูงอายุ.....เวลา.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง “สุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร” ในฐานะผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-05/4.0</p> <p>เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	--

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.2556

ข้าพเจ้า  ยินยอม

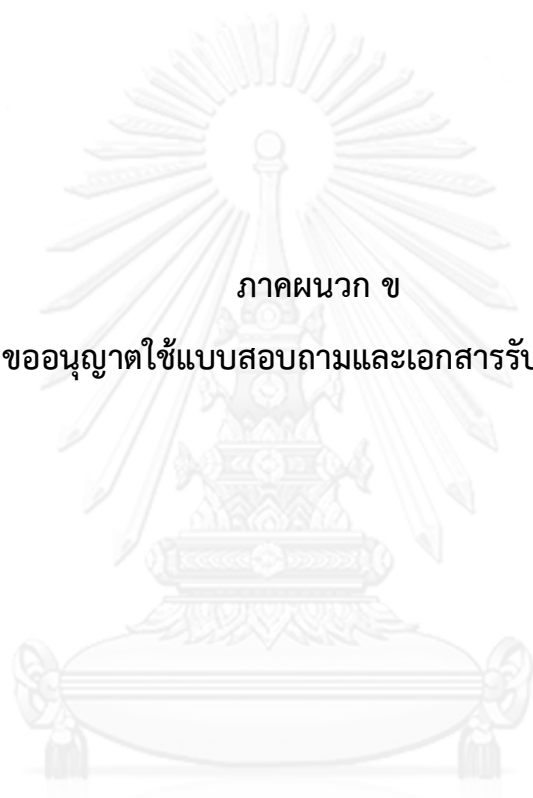
ไม่ยินยอม

ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ  
.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.2556

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบ และมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(นางสาวภาวีน ทองไชย) ชื่อผู้ทำวิจัย  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2556

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2556



ภาคผนวก ข

จดหมายขออนุญาตใช้แบบสอบถามและเอกสารรับรองโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 0 2218 1129 โทรสาร 0 2218 1130

ที่ ศธ 0512.11/ 0139

วันที่ 30 มกราคม 2556

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

อ้างถึง บันทึกข้อความภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ จว.พิเศษ 16/2556 ลงวันที่ 10 มกราคม 2556 เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตามบันทึกข้อความที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวภาวีน ทองไชย เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) ชั้นปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำวิจัย เรื่อง “สุขภาพจิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร” จำเป็นต้องใช้เครื่องมือวิจัย คือ “แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” ของ จิตสมร วุฒิพงษ์ นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : สุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวภาวีน ทองไชย

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : ๖ เดือน

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัคร
๓. เอกสารแนะนำการเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว  
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ  
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

๕ >

(นายสินเงิน สุขสมปอง)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



ภาคผนวก ค  
แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

- |                        |                                     |  |
|------------------------|-------------------------------------|--|
| 1. เพศ                 | ชาย ( ) 1                           |  |
|                        | หญิง ( ) 2                          |  |
| 2. อายุปัจจุบัน.....ปี |                                     |  |
| 3. สถานภาพสมรส         | โสด ( ) 1                           |  |
|                        | สมรส ( ) 2                          |  |
|                        | หย่าร้าง / หม้าย / แยกกันอยู่ ( ) 3 |  |
| 4. ระดับการศึกษา       | ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 1            |  |
|                        | ประถมศึกษา ( ) 2                    |  |
|                        | มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 3              |  |
|                        | มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) 4             |  |
|                        | อาชีวศึกษา (ปวช. / ปวส.) ( ) 5      |  |
|                        | ปริญญาตรี ( ) 6                     |  |
| 5. อาชีพในปัจจุบัน     | ไม่ประกอบอาชีพ ( ) 1                |  |
|                        | ค้าขาย ( ) 2                        |  |
|                        | รับจ้าง ( ) 3                       |  |
|                        | อื่นๆ (ระบุ)..... ( ) 4             |  |
| 6. โรคประจำตัว         | มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) 1      |  |
|                        | โรคเบาหวาน ( ) 1.1                  |  |



- โรคความดันโลหิตสูง ( ) 1.2  
 โรคหลอดเลือดสมอง ( ) 1.3  
 โรคไขมันในเลือดสูง ( ) 1.4  
 โรคข้อเสื่อม / โรคกระดูก เช่น ปวดหัวเข่า ปวดหลัง ( ) 1.5  
 โรคทางประสาทตา เช่น โรคต้อหิน ต้อกระจก ( ) 1.6  
 อื่นๆ (ระบุ)..... ( ) 1.7  
 ไม่มี ( ) 2

7. กิจกรรมเวลาว่างที่สนใจที่บ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ดูแลบ้านเรือน ( ) 1  
 ปลูกต้นไม้ และปลูกดอกไม้ ( ) 2  
 เย็บปักถักร้อย ( ) 3  
 อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ( ) 4  
 ทำสมาธิประจำวัน ( ) 5  
 ออกกำลังกายประจำวัน ( ) 6  
 นวดผ่อนคลาย ( ) 7  
 อื่นๆ ระบุ..... ( ) 8

8. กิจกรรมของชมรมที่ท่านชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ด้านการออกกำลังกาย / นันทนาการ / ดูแลสุขภาพ ( ) 1  
 ด้านการกีฬาและสันทนาการ ( ) 2  
 ด้านทัศนศึกษา ( ) 3  
 ด้านสวัสดิการและให้ความรู้แก่สมาชิก ( ) 4  
 อื่นๆ (ระบุ)..... ( ) 5

## ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด  
คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำหรือเกือบทุกวัน  
บ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน  
หรือเป็นครั้งคราวเท่านั้น  
บางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้ง เว้นระยะไปนานจึงจะทำสักครั้ง  
เกือบหรือไม่เคยทำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านแทบจะไม่เคยทำเลย หรือไม่เคยทำเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ทำ/ เกือบไม่ ทำเลย
<b>การพัฒนาการรู้จักตนเอง</b>				
1. ท่านรับฟังคำติชมจากผู้อื่นด้วยความยินดี เพื่อให้รับรู้ตนเองมากขึ้น				
2. ท่านพิจารณาตน เพื่อให้รู้จักลักษณะนิสัยของ ตนเอง				
3. ท่านจะคิดถึงเหตุผลในการกระทำของท่านใน ขณะที่ท่านพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น				
4. ท่านสำรวจความรู้สึกของท่านต่อสถานการณ์ที่ เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน				
5. ท่านค้นหาข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองจาก ประสบการณ์ในชีวิต				
6. เมื่อท่านทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดสำเร็จไม่สำเร็จท่านจะ ค้นหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่าตนเองไร้ความสามารถ				
7. ท่านสำรวจความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาของท่าน				
8. ท่านสำรวจความรู้สึกของตนเองในขณะพูดคุยกับ ผู้อื่น				
9. ท่านระลึกถึงเป้าหมายและสิ่งที่ท่านต้องการในชีวิต				

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ทำ/ เกือบไม่ ทำเลย
<b>การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</b>				
10. ขณะพูดคุยกับผู้อื่นท่านจะสำรวจว่าทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจในเรื่องที่พูดตรงกัน				
11. ท่านคิดถึงความแตกต่างในด้านขนบธรรมเนียมและวัยของผู้ที่ท่านคุยด้วย				
12. ท่านคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ที่ท่านคุยด้วย				
13. ก่อนการพูดคุยท่านคิดถึงความสนใจของผู้ที่ท่านจะคุยด้วย				
<b>การเผชิญปัญหา</b>				
14. เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นท่านจะคิดในทางที่ดี				
15. ในขณะที่แก้ปัญหา ท่านจะหาวิธีการคลายความเครียดของตนเองไปด้วยพร้อมกัน				
16. เมื่อประสบกับปัญหาท่านจะคิดแก้ไขปัญหาคด้วยตัวของท่านเองก่อน				
17. เมื่อท่านวิตกกังวลท่านจะคลายความวิตกกังวลด้วยตัวของท่านเอง				
18. เมื่อท่านเกิดความทุกข์ใจ ท่านจะสำรวจถึงสาเหตุของความทุกข์นั้น				
19. เมื่อท่านพบกับปัญหาท่านจะพิจารณาก่อนว่าปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่นั้นคืออะไรก่อนเป็นอันดับแรก				
20. เมื่อเหตุการณ์ร้ายผ่านไป ท่านจะคิดทบทวนว่าท่านได้เรียนรู้อะไรจากเหตุการณ์นั้น				
21. หากท่านไม่สามารถแก้ปัญหาเองได้ ท่านจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น				
22. ท่านวางแผนแก้ไขปัญหโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้				
23. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะเล่าให้ผู้ที่ท่านไว้วางใจฟัง				

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ทำ/ เกือบไม่ ทำเลย
<b>การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</b>				
24. ท่านแสดงความคิดเห็นกับผู้ที่เดือดร้อน				
25. ท่านแสดงความชื่นชมกับผู้ที่ประสบความสำเร็จ				
26. ท่านช่วยเหลือผู้อื่น เมื่อท่านทราบว่าบุคคลนั้นต้องการความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ				
27. ท่านจะทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ทั้งหญิงและชายทุกครั้ง เมื่อมีโอกาส				
28. ท่านหาวิธีติดต่อพูดคุยกับเพื่อนสนิทของท่าน				
29. เมื่อผู้อื่นทำให้ท่านเสียใจหรือผิดหวัง ท่านจะไม่ได้ตอบและให้อภัยเขา				
<b>การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ</b>				
30. ท่านให้เวลากับการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินใจ				
31. ท่านหากิจกรรมที่ทำให้ท่านมีความสุขและพอใจด้วยตัวเองท่านเอง				
32. ท่านทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและสนุกสนานร่วมกับบุคคลอื่น				
33. ท่านแสวงหาความพึงพอใจจากสิ่งที่อยู่รอบตัว ท่านแทนการหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่สูญหายไป				

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ทำ/ เกือบไม่ ทำเลย
<b>การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อความสงบสุข และเข้าใจชีวิต</b>				
34. ท่านละเว้นการกระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องและ ขัดต่อหลักศีลธรรม				
35. ท่านจะช่วยเหลือผู้อื่นเสมอ เมื่อมีโอกาส				
36. ท่านทำสมาธิหรือกิจกรรมอื่นที่มุ่งให้จิตใจ ของท่านสงบสุข				
37. ท่านสวดภาวนาและแผ่เมตตาให้ผู้อื่น				
38. ท่านฟังเทศน์และบรรยายหรือคำสอนของศาสนา ในโอกาสต่างๆ				
39. ท่านสนใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชีวิต				
<b>การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป</b>				
40. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขแนะนำอย่างเคร่งครัด				
41. ท่านหาเวลาสำหรับการพักผ่อน นอนหลับอย่าง เพียงพอ				
42. ท่านสำรวจสุขภาพร่างกายของท่าน				
43. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะพยายามรักษาให้หาย โดยเร็ว				
44. ในการรับประทานอาหารท่านจะคำนึงถึง ประโยชน์และความต้องการของร่างกาย				
45. ท่านทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์				
46. ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆ ท่านจะคิดถึงอันตรายที่จะเกิดต่อร่างกาย				

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดสุขภาพจิต

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ
เล็กน้อย	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย
มาก	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก
มากที่สุด	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ข้อความคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2. ท่านรู้สึกสบายใจ				
3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ กับการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
6. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
7. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
8. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
11. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
13. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				
14. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวภาวีน ทองไชย

เกิดวันที่ 25 มกราคม 2520

### ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2544 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาการบริหารงานบุคคล คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พ.ศ.2555 เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2554-ปัจจุบัน ฝ่ายบริหารสำนักงาน บริษัท จีไอเมติก เทคโนโลยี จำกัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY