

องค์ประกอบทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ*

COGNITIVE SKILL COMPONENTS IN SELF-HEALTH CARE OF THE ELDERLY

ชมสุภักดิ์ ครุฑกะ^{1*}, พรกุล สุขสด¹, มัทนิน พฤตธนาภักดิ์², อมรา อารีย์², จันทรรัตน์ แก้วสมบุญ²

Chomsupak Cruthka^{1*}, Pornkul Suksod¹, Mattanin Phrutthanapat², Amara Aree², Jantrarat Kaewsomboon²

¹วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

¹College of Integrative Medicine, Dhurakij Pundit University, Bangkok, Thailand

²นักวิชาการอิสระ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

²Independent Scholar, Bangkok, Thailand

*Corresponding author E-mail: shomfone@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นวิจัยเชิงสำรวจ กรอบแนวคิดการวิจัยใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลแบบองค์รวม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และแนวคิดทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 421 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผ่านการหาคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.6 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหา ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีสกัดองค์ประกอบหลักแบบอโรโคโนลด้วยวิธีแบริแม็กซ์ ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มี 6 องค์ประกอบ บรรยายด้วย ตัวแปร 40 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักตัวประกอบระหว่าง .455 - .817 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 69.41 ชื่อองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคิดแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพ มี 14 ตัวแปร ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .455 - .817 2) การคิดวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ มี 6 ตัวแปร ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .602 - .800 3) ความสามารถจำแนกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง มี 7 ตัวแปร ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .506 - .763 4) การคิดวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มี 5 ตัวแปร ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .555 - .695 5) การคิดอย่างมีวิจารณญาณทางสังคม มี 4 ตัวแปร ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .483 - .681 และ 6) การคิดอย่างมีวิจารณญาณทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ มี 4 ตัวแปร ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .546 - .791

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ, ทักษะทางปัญญา, การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

Abstract

The objectives of this research were to analyze the cognitive skills components in self-health care of the elderly. This survey research is used to conceptualize frameworks and theories about the elderly, holistic care, self-care for the elderly, and concepts of cognitive skills in the elderly. The sample was 421 older adults in the elderly clubs in the district of Bangkok. The instrument

used for data collection was a questionnaire on cognitive skills in self-health care of the elderly, which was a five-point rating scale. Testing for quality, the researchers found that the instruments evinced an item-objective congruence (IOC) index to fall between 0.60 and 1.00, with a reliability of 0.97. The researchers analyzed the data collected in terms of frequency and percentage. In addition, the exploratory factor analysis by orthogonal rotation with the varimax method was used to extract factors. The researchers found that there were six cognitive skills in self-health care of the elderly, described by 40 variables. Loading factors ranged from .455 to .817. They explained the variance at 69.41 percent. The name of components were as follows: 1) Thinking of problem-solving in health care could be explained by 14 variables with loading factors ranging from .455 to .817; 2) Analytical thinking in Health could be explained by 6 variables with loading factors ranging from .602 to .800; 3) 7 variables could explain discrimination ability on self-health care method with loading factors ranging from .506 to .763; 4) 5 variables could explain problem analysis and causes of holistic health care with loading factors ranging from .555 to .695; 5) critical thinking in social could be explained by 4 variables with loading factors ranging from .483 to .681; and 6). 4 variables could explain Critical Thinking in Physical and Mental Health with loading factors ranging from .546 to .791.

Keywords: Elderly, Self-Health Care of The Elderly, Cognitive Skills, Exploratory Factor Analysis

บทนำ

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2579) ด้านสาธารณสุข สรุปลถึงการก้าวสู่สังคมสูงวัย ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคาดว่าจะสูงถึง ร้อยละ 32.2 ในปี พ.ศ. 2575 และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ติดบ้าน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีเพิ่มขึ้น มีโรคประจำตัวเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำแผนแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) มุ่งเน้น 1) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตในเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย 2) การเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง และมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้าน กาย ใจ สติปัญญา และสังคม และ 3) การเสริมสร้างพลังทางสังคมรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพให้สามารถปรับเปลี่ยนอาชีพให้เหมาะสมตามแต่ละช่วงอายุ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 31 ว่าเป็นบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ลดลง จากร้อยละ 51.2 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 30.8 ในปี พ.ศ. 2564 ส่งผลให้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วน อ้วนลงพุง เมแทบอลิซึมผิดปกติ นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีพื้นที่ใช้งานได้น้อย 20 ซี่หรือ 4 คูศบ เพิ่มจากร้อยละ 55.36 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 61.80 ในปี พ.ศ. 2564 ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอยลงโดยเฉพาะบางท่านที่มีโรคประจำตัว จึงมีโอกาสเสี่ยงในการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ง่ายและรุนแรง จนทำให้เสียชีวิตมากกว่าคนช่วงวัยอื่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข, 2565) ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพทางกาย เป็นการดูแลสุขภาพร่างกาย ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้



ตามสภาพที่เป็นอยู่ ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และตรวจสุขภาพประจำปี 2) สุขภาพทางจิตใจ เป็นการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเอง การควบคุมอารมณ์ การมีอารมณ์ที่เป็นบวก เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกสงบและมีความสุขสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลาย ความเครียด ผิดสติ สมาธิ สามารถปรับตัวและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถจัดการกับความเครียด ความกดดันและปัญหาชีวิตได้ดี รวมถึงการมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต 3) สุขภาพทางปัญญา เป็นความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุมีผล การสื่อสาร การวางแผนแก้ไขปัญหาการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาปัญญาด้วยทักษะการวางแผนและทักษะการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และ 4) สุขภาพทางสังคม เป็นความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมีคุณภาพกับผู้อื่นในชุมชน รวมถึงการมีเครือข่ายทางสังคมที่แข็งแรง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และสังคมในช่วงเวลาที่ยากลำบาก เป็นความภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่น เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง การให้กำลังใจตนเองได้เห็นนอกเหนือใจผู้อื่น การเอื้อเฟื้อแบ่งปันและช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2558); (ภักจิรา ภูสมศรี และสาธุกานต์ กาบคำ, 2564); (จิรวรา โรจนสกุลเกตุ, 2568)

ดังนั้น การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นความสามารถในการค้นหา เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วยทักษะ 3 ระดับ ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย ทักษะอ่าน และเขียน 2) ระดับการปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทักษะในการคิด การพูด การสื่อสาร และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ ประกอบด้วย ทักษะทางปัญญาและสังคม สามารถวิเคราะห์ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้อย่างมีวิจารณ์ญาณและใช้ข้อมูลในการจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันของตนเองได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมผลักดันสังคมและการเมืองเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี (จินตนา ทองเพชร และคณะ, 2564) โดยที่ทักษะทางปัญญามีความสำคัญและจำเป็นในการนำไปสู่การจดจำและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพในอดีตถึงปัจจุบัน สามารถนำมาวิเคราะห์ได้อย่างมีวิจารณ์ญาณ และใช้ข้อมูลความรู้ในการจัดการเพื่อแก้ปัญหาและตัดสินใจทางสุขภาพได้ ซึ่งเป็นระบบการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะโดยมีทุนสำรองวิถีชีวิตในช่วงต้นชีวิตของผู้สูงอายุเป็นกลไกที่สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมโดยเน้นกิจกรรมทางจิตใจที่สามารถส่งผลดีต่อระบบการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงปลายชีวิตได้ (Fritsch, T. et al., 2007) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดที่เป็นระบบ มีประสบการณ์ มีความรู้ มีความคิดเป็นผู้นำ และมีการสื่อสารที่ชัดเจนพอสมควร มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญมาช่วยทำงานพัฒนาชุมชน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความยินดีที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน (ณัฐฐิตตา เทวเลิศสกุล และคณะ, 2559) แต่หากผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรับรู้เพียงเล็กน้อยจะมีปัญหาเกี่ยวกับความจำลดลง ความจำเปลี่ยนแปลง หรือรู้สึกวุ่นวายเองจำไม่ได้ แต่ไม่ถึงขั้นสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้รับผลกระทบต่อการสูญเสียความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้นและอาจมีการสูญเสียความสามารถในการบริหารจัดการที่ซับซ้อน (ภัชราภรณ์ วงศ์อาสา และคณะ, 2565) และจากการทดสอบความสามารถในการเรียนรู้ทักษะทางปัญญาและการเคลื่อนไหวจากผู้สูงอายุโดยใช้ปริศนาหอคอยแห่งโตรอนโต (The Tower of Toronto) ของ Peretti, C. et al. อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุแม้ว่าเตรียมการรับรู้ และสมาธิอย่างต่อเนื่องยังส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุแม้ว่าการเรียนรู้ทักษะทางปัญญาจะได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อยหรือไม่เลยก็ตามความสามารถในการแก้ปัญหาที่แย่ง สมาธิที่ลดลง ความเหนื่อยล้า ความจำจากการอ่านที่บกพร่องซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุ (Peretti, C. et al., 2002) ด้วยทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุ เป็นความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ความรู้ ความเข้าใจในแนวคิด หลักการ ทฤษฎี และกระบวนการต่าง ๆ ในการคิด

วิเคราะห์และแก้ปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม (กิตติธเนศ สว่างวรรณ และชมสุภัค ครุฑกะ, 2562)

จากการศึกษาองค์ประกอบของทักษะทางปัญญา ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ 2) การแก้ปัญหา 3) การคิดรวบยอด 4) คิดอย่างมีวิจารณญาณ และ 5) การคิดเชิงระบบ โดยมีนักวิชาการนำไป ออกแบบพัฒนาทักษะทางปัญญาทั้งด้านศึกษานำมาออกแบบวิธีการจัดการเรียนการสอน ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต นำมาออกแบบโปรแกรมหรือพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม (ทิตนา แหมมณี, 2555); (กิตติธเนศ สว่างวรรณ และชมสุภัค ครุฑกะ, 2562); (Rahman, M., 2019) และพัฒนานักกีฬา ได้แก่ กีฬา หมากล้อมโดยเชื่อว่าการเสริมสร้างทักษะทางปัญญาก่อให้เกิดความฉลาดด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ความฉลาดทางสติปัญญา เป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การคำนวณ และการใช้เหตุผล 2) ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นความสามารถในการรับรู้ เข้าใจอารมณ์ตนเองและผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์และยับยั้งชั่งใจตนเองและแสดงออกอย่างเหมาะสมรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา 3) ความฉลาดในการริเริ่มสร้างสรรค์ มีความคิด จินตนาการหรือแนวคิดใหม่ ๆ ในรูปแบบต่าง ๆ 4) ความฉลาดทางศีลธรรม จริยธรรม คือ มีความประพฤติดี รู้จักผิดชอบมีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีจริยธรรม 5) ความฉลาดในการแก้ไขปัญหา เป็นความสามารถที่มีความยืดหยุ่นสามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้ดี และพยายามเอาชนะอุปสรรคความยากลำบากด้วยตัวเอง ไม่ย่อท้อง่าย ๆ มองปัญหาเป็นเรื่องท้าทาย ไม่ใช่เรื่องที่ต้องจำนน และ 6) ความฉลาดทางสังคมที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น ไม่คิดว่าตนเองเหนือกว่าใคร มีใจเปิดกว้างยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นไม่เบียดเบียนผู้อื่น (ลภณ จิรโสภิน, 2562) ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุมีความจำเป็นและสำคัญในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยทักษะทางปัญญานำมาซึ่งการเสริมสร้างความฉลาดสามารถใช้สติปัญญาเพื่อแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพอย่าง สมเหตุสมผล ควบคุมอารมณ์ และปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลให้มีสุขภาพที่ดี โดยการศึกษา องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยทักษะทางปัญญาก่อให้เกิดความฉลาดทั้ง 6 ด้านดังกล่าวซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองทั้ง 4 มิติ เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อันจะเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายให้กับรัฐบาล องค์กระบวนสุขภาพทั้ง ภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมมือในการกำหนดกรอบนโยบายและแผน พัฒนาทักษะทางปัญญาให้ผู้สูงอายุตั้งแต่ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง พัฒนาคูณภาพชีวิต และมีสุขภาพ ดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า สร้างสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเอง และเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้อย่างมีศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามเชิงสำรวจ มีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 50 เขต จำนวน 24,761 คน ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2566 (กรุงเทพมหานคร, 2566) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดตัวอย่างจากการวิเคราะห์ ตัวประกอบต้องใช้ตัวอย่างไม่น้อยกว่า 10 เท่าของตัวแปรที่ศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2550) การวิจัยครั้งนี้มี ตัวแปรที่ศึกษา จำนวน 40 ตัวแปร ดังนั้น ตัวอย่างจึงมีไม่น้อยกว่า จำนวน 400 คน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาด



ตัวอย่าง 421 คน และสุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยสำรวจข้อมูลชมรมผู้สูงอายุจากพื้นที่กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 6 กลุ่มเขตพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพเหนือ กลุ่มเขตกรุงเทพใต้ กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก กลุ่มเขตกรุงธนเหนือ และกลุ่มเขตกรุงธนใต้ ซึ่งมีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 306 ชมรม จากนั้น 1) สุ่มชมรมผู้สูงอายุจากกลุ่มเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กลุ่มละ 1 ชมรม โดยสุ่มอย่างง่ายจับฉลากแบบไม่แทนที่ (ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุลูกจ้างประจำกรุงเทพมหานคร ชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านพหลโยธิน ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางคอแหลม ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ชมรมผู้สูงอายุวัดรวกสุทธาราม และชุมชนสงวนคำ) 2) สุ่มผู้สูงอายุจากชมรมในข้อ 1 โดยสุ่มอย่างง่าย จับฉลากแบบไม่แทนที่ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ 2.1) ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุลูกจ้างประจำกรุงเทพมหานคร จำนวน 22 คน 2.2) ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านพหลโยธิน จำนวน 174 คน 2.3) ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางคอแหลม จำนวน 49 คน 2.4) ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร จำนวน 79 คน 2.5) ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุวัดรวกสุทธาราม จำนวน 34 คน และ 2.6) ผู้สูงอายุจากชุมชนสงวนคำ จำนวน 63 คน

ขอบเขตตัวแปรที่ศึกษา

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลแบบองค์รวม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (อาชัญญา รัตนอุบล, 2559); (วิไลวรรณ อิศรเดช, 2565); (ฐิรา โรจนสกุลเกตุ, 2568) แนวคิดทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดรูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญา (ฉันท ชาติทอง, 2555) และทฤษฎีการเรียนรู้ของกานเย (Gagné) ในมุมมองทักษะทางปัญญา (ทิตนา แคมมณี, 2555) และศึกษาจากบทความวิชาการและงานวิจัยเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุ (กิตติธเนศ สว่างวรรณ และชมสุภัค ครุฑทะ, 2562); (Hanushek, E. A. & Woessmann, L., 2008); (Rahman, M., 2019)

ขอบเขตพื้นที่

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจองค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 50 เขต แบ่ง 6 กลุ่มเขตพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพเหนือ กลุ่มเขตกรุงเทพใต้ กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก กลุ่มเขตกรุงธนเหนือ และกลุ่มเขตกรุงธนใต้ ซึ่งมีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 306 ชมรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ตอน โดยตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามสถานภาพส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แหล่งรายได้ และชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และคำถามปลายเปิด ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 2 คน นักวิชาการและอาจารย์ด้านการวิจัยและการวัดประเมินผล 2 คน และผู้บริหารที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (สุรศักดิ์ อมรรัตนศักดิ์ และคณะ, 2559) สรุปค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 และหาความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรม เขตดอนเมือง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach, L. J., 1970) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประสานงานกับผู้บริหารสำนักพัฒนาสังคม ชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุขจากพื้นที่ 50 สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่ไปแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น และการอ่านจะช่วยอ่านข้อความและคำตอบ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุต้องยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 421 ฉบับ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยโดยมีหนังสือแนชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้มีความเข้าใจและยินยอมร่วมมือในการให้ข้อมูลเท่านั้น และยืนยันให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลจะเป็นความลับ ชื่อและที่อยู่ของท่านได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน คำถามในแต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะผ่านการประมวลผลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลองค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการหาค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) ซึ่งเป็นค่าที่บอกความเหมาะสมของข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ปัจจัย โดยมีค่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์ต่อไป และ Bartlett's Test เพื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ใช้พิจารณาความเหมาะสมของข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีสกัดองค์ประกอบหลัก การหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) แบบแปรผัน (Varimax) เพื่อแยกตัวแปรให้เห็นชัดเจนว่าตัวแปรหนึ่ง ๆ ควรจะจัดอยู่ในกลุ่มหรือองค์ประกอบใด ผู้วิจัยพิจารณาตัวประกอบตามเกณฑ์ที่ตัวประกอบนั้นต้องมีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้น ๆ ตั้งแต่ 3 ตัวแปร ขึ้นไป โดยในแต่ละตัวแปรต้องมีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยันทรากร, 2550)

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 69.60 เพศชาย จำนวน 128 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.40 ส่วนใหญ่มีอายุ 66 - 70 จำนวน 268 คน คิดเป็นร้อยละ 63.66 มีระดับการศึกษาส่วนมาก ประถมศึกษา จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 38.48 รองลงมา ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 31.83 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากครอบครัว (ลูกหลาน) 303 คน คิดเป็น 71.97 และผู้สูงอายุในชมรมที่มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านพลโยธิน จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 41.33

2. ผลตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลองค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การตรวจสอบความเหมาะสมของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ในภาพรวมด้วย KMO and Bartlett's Test

KMO and Bartlett's Test		
KMO		.943
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	14677.837
	Df	780
	Sig	.000

จากตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ในภาพรวมด้วย KMO and Bartlett's Test พบว่า ค่าดัชนี KMO มีค่าเท่ากับ 0.943 ซึ่งมีความมากกว่าค่าดัชนีเกณฑ์ 0.5 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมในการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ และการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 แสดงว่า



ข้อมูลชุดนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของตัวแปรทั้งหมดเพียงพอที่จะใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบได้

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ ที่	จำนวน ตัวแปรที่ถูกเลือก	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	ค่าไอแกน	ร้อยละของความ แปรปรวน	ร้อยละความ แปรปรวนสะสม
1	14	.455 - .817	8.458	21.145	21.145
2	6	.602 - .800	5.099	12.747	33.892
3	7	.506 - .763	4.842	12.106	45.998
4	5	.555 - .695	3.433	8.582	54.580
5	4	.483 - .681	3.192	7.980	62.560
6	4	.546 - .791	2.742	6.854	69.413

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าไอแกน (Eigen Value) ในแต่ละองค์ประกอบที่มีค่าไอแกนมากกว่า 1 ขึ้นไป ได้องค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ค่าร้อยละความแปรปรวนสะสมทั้ง 6 องค์ประกอบ มีค่าเท่ากับ 69.413 สามารถอธิบายได้ว่า องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้ง 6 องค์ประกอบ สามารถเป็นองค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 69.413

ผลการจัดกลุ่มตัวแปรเข้าในแต่ละองค์ประกอบได้กำหนดชื่อองค์ประกอบ 1 - 6 ได้ดังนี้

องค์ประกอบ 1 การคิดแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปร จำนวน 14 ตัวแปร มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบตั้งแต่ .455 ถึง .817 มีค่า Eigenvalue 8.458 ค่าร้อยละความแปรปรวน เท่ากับ 21.145 โดยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สามารถตรวจสอบผลการแก้ปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ เพื่อนำมาปรับ ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม (ค่าน้ำหนัก .817) สามารถวางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับครอบครัว อย่างมีความสุข (ค่าน้ำหนัก .777) และสามารถทบทวนผลการแก้ปัญหาสุขภาพทางร่างกายเพื่อนำมาปรับปรุงและ เลือกแนวทางแก้ปัญหาให้ดีขึ้นกว่าเดิม (ค่าน้ำหนัก .774)

องค์ประกอบ 2 การคิดวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปร จำนวน 6 ตัวแปร มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบตั้งแต่ .602 ถึง .800 มีค่า Eigenvalue 5.099 ค่าร้อยละความแปรปรวน เท่ากับ 12.747 โดยตัวแปร ที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สามารถวิเคราะห์ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและชมรม เช่น การเต้นลีลาศ รำวง การทำกิจกรรมจิตอาสาของชุมชนหรือชมรม โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง (ค่าน้ำหนัก .800) สามารถวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า แยกตนเอง ร้องไห้ ไม่มีเหตุผล เป็นต้น (ค่าน้ำหนัก .784) และสามารถคิดวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อาการ เหนื่อย หน้ามืด ปวดศีรษะ ปวดเข่า กลืนปัสสาวะไม่อยู่ (ค่าน้ำหนัก .782)

องค์ประกอบ 3 ความสามารถจำแนกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย ตัวแปร จำนวน 7 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .506 ถึง .763 มีค่า Eigenvalue 4.842 ค่าร้อยละความแปรปรวน เท่ากับ 12.106 โดยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สามารถจำแนกแยกแยะเลือกวิธีการจัดการทางอารมณ์ (ค่าน้ำหนัก .763) สามารถจำแนกแยกแยะเลือกวิธีการป้องกันโรคได้ (ค่าน้ำหนัก .740) และสามารถจำแนก แยกแยะเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม (ค่าน้ำหนัก .738)

องค์ประกอบ 4 การคิดวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย ตัวแปร จำนวน 5 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .555 ถึง .695 มีค่า Eigenvalue 3.433 ค่าร้อยละความแปรปรวน เท่ากับ 8.582 โดยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สามารถหาสาเหตุของปัญหาการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมของสังคม เช่น ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าแสดงออก (ค่าน้ำหนัก .695) สามารถหาสาเหตุของปัญหาที่เกิด

ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารเค็มจัดเป็นสาเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูง (ค่าน้ำหนัก .639) และเข้าใจปัญหาที่เกิดจากความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวและชุมชน (ค่าน้ำหนัก .607)

องค์ประกอบ 5 การคิดอย่างมีวิจารณญาณทางสังคม ประกอบด้วย ตัวแปร จำนวน 4 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .483 ถึง .681 มีค่า Eigenvalue 3.192 ค่าร้อยละความแปรปรวน เท่ากับ 7.980 โดยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สามารถคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมและชุมชนเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตนได้อย่างเหมาะสม (ค่าน้ำหนัก .681) สามารถคิดอย่างมีเหตุและผลเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมและชุมชน เพื่อให้ผลของความคิดเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้พัฒนากิจกรรมของสังคมและชุมชน (ค่าน้ำหนัก .650) และสามารถคิดใคร่ครวญจำแนกวิธีการฟื้นฟูสุขภาพให้กับตนเองและชุมชน (ค่าน้ำหนัก .600)

องค์ประกอบ 6 การคิดอย่างมีวิจารณญาณทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย ตัวแปร จำนวน 4 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .546 ถึง .791 มีค่า Eigenvalue 2.742 ค่าร้อยละความแปรปรวน เท่ากับ 6.854 โดยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สามารถคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย เพื่อตัดสินใจในปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เช่น ไม่ควรวิ่ง หรือเดินอย่างรีบเร่ง เพราะส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด (ค่าน้ำหนัก .791) สามารถคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ เพื่อตัดสินใจในการทำงานได้อย่างไม่รู้สึกเครียด หรือวิตกกังวล (ค่าน้ำหนัก .786) และสามารถคิดใคร่ครวญไตร่ตรองเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลใกล้ชิดที่สะท้อนกลับในความรู้สึกที่ท่านได้แสดงออกไป เช่น อารมณ์หงุดหงิด (ค่าน้ำหนัก .587)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยนำข้อค้นพบจากการวิเคราะห์องค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นที่นำมาอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบ 1 การคิดแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถตรวจสอบผลการแก้ปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ เพื่อนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม สามารถวางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข และสามารถทบทวนผลการแก้ปัญหาสุขภาพทางร่างกายเพื่อนำมาปรับปรุงและเลือกแนวทางแก้ปัญหาให้ดีขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้เนื่องมาจากการแก้ปัญหาเป็นกระบวนการทางปัญญาของสมองมุ่งเน้นไปที่เทคนิคการแก้ปัญหาเป็นหลัก ครอบคลุมทักษะการคิดขั้นสูง เช่น การสร้างภาพ การเชื่อมโยง การแยกความคิด การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ รวมถึงทักษะต่าง ๆ เช่น การสังเกต การทำความเข้าใจ การใช้เหตุผล การสังเคราะห์ และการประเมินเพื่อแก้ไขปัญหที่เรียบง่ายหรือซับซ้อน การแก้ปัญหาส่วนบุคคลได้รับอิทธิพลจากความรู้เดิม โดยที่ปัญหาของบุคคลหนึ่ง อาจไม่ใช่ปัญหาสำหรับบุคคลที่รู้วิธีแก้ไขอยู่แล้ว (Rahman, M., 2019) และจากการที่ผู้สูงอายุในชมรมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น โดยใช้การสังเกต การพูดคุย และเปลี่ยนความรู้ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัญญา ทำให้สามารถวิเคราะห์ แยกแยะ และนำความรู้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รจนา อยู่สุข และรินทร์หทัย กิตติธรรณรัตน์ ที่สรุปถึง ความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยทำนายสุขภาพของครอบครัว ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความมุ่งมั่น ศรัทธา และมีเป้าหมายที่จะพัฒนาศักยภาพ ที่ชมรมมีการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักรู้และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีความสุขกับการใช้



ชีวิต ไม่เครียด เข้าร่วมกิจกรรมพบปะพูดคุยกับเพื่อนสมาชิกล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (รจนา อยู่สุข และรินทร์หทัย กิตติธนาจรณ์, 2568)

องค์ประกอบ 2 การคิดวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและชมรม เช่น การเต้นลีลาศ รำวง การทำกิจกรรมจิตอาสาของชุมชนหรือชมรม โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า แยกตนเองร้องไห้ไม่มีเหตุผล และวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อาการเหนื่อย หน้ามืด ปวดศีรษะ ปวดเข่า กลืนปัสสาวะไม่อยู่ ทั้งนี้ เนื่องมาจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นความเสี่ยง ในทางบวกแสดงถึงสุขภาพสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุบางคนอาจทำงานนอกเวลาได้ ทางด้านลบอาจส่งผลต่อชีวิตในขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและเป็นอันตรายต่อชีวิต เช่นเดียวกับ Caroline, N. et al. กล่าวถึงกระบวนการสุขภาพตามปกติสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถทางปัญญาบางประการ เช่น ความเร็วในการประมวลผล ความจำ ภาษา การมองเห็นเชิงพื้นที่ และความสามารถในการทำงานของผู้บริหาร การเปลี่ยนแปลงทางปัญญาที่เสื่อมถอยเป็นการเปลี่ยนแปลงทางปัญญาตามปกติ โดยที่การเปลี่ยนแปลงอาจส่งผลต่อการทำงานประจำวันของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงสามารถช่วยให้แยกแยะภาวะปกติจากภาวะของโรคได้ (Caroline, N. et al., 2013) และจากผลการวิจัยของ Uchmanowicz, I. et al. พบว่า คะแนนจากแบบทดสอบวัดสภาพจิตใจแบบย่อ (the Mini Mental State Examination Scale) และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของยุโรปลดลง อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นตัวทำนายว่าสูงอายุที่เจ็บป่วยจากภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ลดลงเนื่องจากความบกพร่องทางสติปัญญา ดังนั้น การคิดวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Uchmanowicz, I. et al., 2017) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ภัทรธิดา ศรีแสง และวราภรณ์ ดินน้ำจืด ที่ระบุว่า การประเมินการวิเคราะห์สุขภาพของผู้สูงอายุที่บ่งบอกถึงสุขภาพที่ดี ได้แก่ สามารถประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมาก่อนที่จะปฏิบัติตาม เลือกข้อมูลสุขภาพที่ดีที่สุดให้กับตนเอง ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ สามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตัวเองหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ เลือกรับประทานอาหารให้อยู่ในเกณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพดี และสามารถประเมินตนเองได้ว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ เมื่อแพทย์แนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (ภัทรธิดา ศรีแสง และวราภรณ์ ดินน้ำจืด, 2562)

องค์ประกอบ 3 ความสามารถจำแนกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุสามารถจำแนกแยกแยะเลือกวิธีการจัดการทางอารมณ์ วิธีการป้องกันโรค และวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องมาจากกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความหลากหลายครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย เช่น อาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลช่องปาก ด้านจิตใจ และอารมณ์ โดยการฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ ด้านสังคม มีกิจกรรมนันทนาการ และจิตอาสา ด้านปัญญา ใช้กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักกำหนดอาหารร่วมกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจำแนกวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง สอดคล้องกับ วิไลวรรณ อิศรเดช ที่ระบุว่า “ผู้สูงอายุที่รู้จักการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีจะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงและเสื่อมสภาพช้าลง และด้านจิตใจมีอารมณ์ที่คงที่ มีทัศนคติที่ดีรู้จักปรับตัวฝึกอารมณ์ให้มีสุขอยู่เสมอ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ผู้สูงอายุต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพิจารณาสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพตนเองเป็นไปตามแบบแผนและขั้นตอน และมีเป้าหมายที่จะดูแลตัวเองอย่างชัดเจน ซึ่งหมายถึง การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา” (วิไลวรรณ อิศรเดช, 2565)

องค์ประกอบ 4 การคิดวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พบว่า ผู้สูงอายุสามารถหาสาเหตุของปัญหาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางร่างกาย และเข้าใจปัญหาที่เกิดจากความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ เนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่เข้าสู่วัยชราที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและความจำ จากความเสื่อมของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และผู้สูงอายุบางคนมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่โรคประจำตัว อาทิเช่น หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคทางหลอดเลือดสมอง ทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่น ผู้สูงอายุบางคนมีอาการซึมเศร้าจากที่เคยทำงานประจำต้องอยู่บ้านจากการเกษียณอายุ เมื่อผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมจากชมรมผู้สูงอายุ เกิดการเรียนรู้จากการร่วมกิจกรรมทางชมรม ทั้งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัญญา ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหาและหาสาเหตุของปัญหาการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัญญา สอดคล้องกับ วิไลวรรณ อิศรเดช ได้สรุปแนวความคิดผู้สูงอายุจากมุมมองนักวิชาการว่า “กระบวนการสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ไม่อาจปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงได้ทั้งชายและหญิงทำให้เกิดความเสื่อมทางกายภาพ จิต สังคมของผู้สูงอายุ มีผลต่อวิธีการดำเนินชีวิต การพึ่งพิงผู้อื่นเป็นเหตุให้เกิดความคับข้องใจ ทำให้เกิดการสังสมภาวะเครียด เมื่อวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องปรับตัวให้ต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวตามจะเกิดผลกระทบทางด้านกายภาพและจิตสังคมต่าง ๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวตามสภาพกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม” (วิไลวรรณ อิศรเดช, 2565) และบุคคลที่มีทักษะการคิดวิเคราะห์จะสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผล แบ่งปัญหาและระบุสาเหตุและผลออกเป็นส่วนสำคัญ สร้างรายการการดำเนินการและทรัพยากรที่จำเป็นในการแก้ปัญหาสามารถเปรียบเทียบและแสดงความแตกต่างระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของปัญหาและสาเหตุ และจัดหมวดหมู่ข้อมูลเพื่อระบุรูปแบบและสรุปผล (Rahman, M., 2019) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรม จะพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุได้ จากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในชมรม ดังเช่นที่ Lai, E. R. แนะนำว่า การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์แม้ว่าผู้ใหญ่มักจะใช้เหตุผลได้ไม่ดี แต่ในทางทฤษฎีแล้วทุกคนสามารถเรียนรู้ที่จะคิดวิเคราะห์ได้ แนะนำให้พัฒนาโดยหาวิธีการถ่ายทอดสู่บริบทใหม่ และใช้แนวทางการเรียนรู้แบบร่วมมือกันเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Lai, E. R., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติ์ธเนศ สว่างวรรณ และชมสุภัค ครุฑกะ พบว่า ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรพัฒนาทักษะทางปัญญา ในด้านการวิเคราะห์หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กิตติ์ธเนศ สว่างวรรณ และชมสุภัค ครุฑกะ, 2562)

องค์ประกอบ 5 การคิดอย่างมีวิจารณญาณทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุสามารถคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมและชุมชนเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตนได้อย่างเหมาะสม และสามารถคิดอย่างมีเหตุและผลเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมและชุมชน เพื่อให้ผลของความคิดเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้พัฒนากิจกรรมของสังคมและชุมชน ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมีการรับรู้และเรียนรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และสมาชิกของชมรม รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับตัวพฤติกรรมให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและชมรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนให้มีสุขภาพที่ดีและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับ Rahman, M. ระบุถึงการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการใช้เหตุผลในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องตีความ และกำหนดข้อมูลที่ช่วยในการหาเหตุผลและสรุปผล และนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่หรือคุ้นเคยเพื่อแก้ไขปัญหาโดยใช้ข้อเท็จจริง ความรู้ หลักการและเทคนิคที่ได้รับนำไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา (Rahman, M., 2019) และเป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ รจนา อยู่สุข และรินทร์หทัย กิตติ์ธนาจรณ์ ที่สรุปว่าการเป็นสมาชิกชมรมและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายสุขภาวะองค์



รวมด้านปัญญาของผู้สูงอายุ (รจนา อยู่สุข และรินทร์หทัย กิตติธนาจรณ์, 2568)

องค์ประกอบ 6 การคิดอย่างมีวิจารณญาณทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านร่างกายเพื่อตัดสินใจในปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เช่น ไม่ควรวิ่ง หรือเดินอย่างรีบเร่ง เพราะส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด และสามารถคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์เพื่อตัดสินใจในการทำงานได้อย่างไม่รู้สึกเครียด หรือวิตกกังวล ทั้งนี้ เนื่องมาจากการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นความคิดที่รอบคอบสมเหตุสมผลผ่านการพิจารณาปัจจัยรอบด้านอย่างกว้างขวาง ไตร่ตรองคุณค่าที่แท้จริง ใช้หลักเหตุผลในการพิจารณาผลที่ตามมา (ทิตนา แคมมณี, 2555) และใช้ทักษะการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดำเนินการที่เหมาะสมและทันที่ที่สามารถตัดสินใจประสิทธิผลของวิธีแก้ปัญหาและให้เหตุผลของกระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rahman, M., 2019) ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจากชมรมสามารถดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณได้ถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของตนเอง โดยพิจารณาแนวทางที่ส่งเสริมการพัฒนาด้านปัญญาด้วยทักษะการวางแผนและทักษะการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจและปลอดภัย ด้านจิตใจมีการฝึกสมาธิและการพัฒนาทางจิตตภาวนาช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่แข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดีลดความเครียดและความกังวล ทำให้พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ด้วยปัญญาและการแก้ปัญหาอย่างมีสติ (จิรวรา โรจนสกุลเกตุ, 2568)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยองค์ประกอบของทักษะทางปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุรวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบบุคลากรในองค์กรทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ควรนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปกำหนดนโยบายและแผน ดังนี้ 1) ควรมีการออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานฝ่ายบุคคลนำไปวางแผนพัฒนาบุคลากรก่อนเข้าสู่วัยเกษียณอายุ 2) ควรมีการวางแผนร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาทักษะทางปัญญาให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งองค์รวม ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุและ 3) รัฐบาลควรส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาทักษะทางปัญญา เพื่อค้นหานวัตกรรมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส และ 4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถาบันครอบครัว ควรวางแผน สร้างความเข้าใจกับญาติ และครอบครัว รวมทั้งผู้ดูแลให้มีบทบาทการกระตุ้นสติปัญญาผู้สูงอายุ (การพูดคุย การอ่าน การสนับสนุนทางสังคม เข้าชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ) เพื่อให้เกิดการรับรู้ และป้องกันการหลงลืมจากการเปลี่ยนแปลงทางสมองเมื่ออายุสูงวัย อันส่งผลให้การใช้ทักษะทางปัญญาน้อยลง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2558). คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรุงเทพมหานคร. (2566). ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2566. เรียกใช้เมื่อ 23 เมษายน 2568 จาก https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/103/3Sor/Chomrom2566.pdf
- กิตติธเนศ สว่างวรรณ และชมสุภัค ครุฑทะ. (2562). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมทักษะทางปัญญาของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(1), 207-215.

- ฉันท ชาติทอง. (2555). สบายตา โมเดล รูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญา. นครปฐม: เพชรเกษมการพิมพ์.
- จินตนา ทองเพชร และคณะ. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(2), 57-64.
- จิ้วรา โรจนสกุลเกิด. (2568). การบูรณาการกฎแห่งปัญญาของสถาบันพลังจิตตธรรมะจักรวาล (PDJ Institute) กับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ: แนวทางการส่งเสริมทักษะและสุขภาวะผู้สูงอายุผ่านหลักภavana 4. วารสารบัณฑิตศึกษาวิชาการ, 3(1), 106-114.
- ณัฐจิตตา เทวเลิศสกุล และคณะ. (2559). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาล นครรังสิต. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 9(1), 529-545.
- ทิตนา แหมมณี. (2555). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาคจิรา ภูสมศรี และสาธุกานต์ กาบคำ. (2564). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น เอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15(2), 102-115.
- ภัชราภรณ์ วงศ์อาสา และคณะ. (2565). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: การสังเคราะห์อภิमानงานวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารสภาการพยาบาล, 37(2), 30-45.
- ภัทรธิดา ศรีแสง และวราภรณ์ ดินน้ำจืด. (2562). ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 340-350.
- รจนา อยู่สุข และรินทร์หทัย กิตติธนาบุญ. (2568). ปัจจัยทำนายสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 15(1), 147-159.
- ลภณ จิรโสภิน. (2562). วิเคราะห์ศาสตร์การบริหารจัดการผ่านทักษะทางปัญญา 11 ประการของหมากลิ้ม. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 25(2), 78-93.
- วิไลวรรณ อิศรเดช. (2565). ผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวม. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา เชียงพุทธ, 7(12), 147-161.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการสาธารณสุขแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566 - 2570). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรศักดิ์ อมรรัตนศักดิ์ และคณะ. (2559). ระเบียบวิธีวิจัยทางการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- อาชัญญา รัตนอุบล. (2559). การเรียนรู้ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Caroline, N. et al. (2013). Normal Cognitive Aging. Clinics in Geriatric Medicine, 29(4), 737-752.
- Cronbach, L. J. (1970). Essentials of psychological testing. (3rd ed.). New York: Harper & Row.



- Fritsch, T. et al. (2007). Cognitive Functioning in Healthy Aging: The Role of Reserve and Lifestyle Factors Early in Life. *The Gerontologist*, 47(3), 307-322.
- Hanushek, E. A. & Woessmann, L. (2008). The Role of Cognitive Skills in Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 46(3), 607-668.
- Lai, E. R. (2011). *Critical Thinking: A Literature Review Research Report*. London: Parsons Publishing.
- Peretti, C. et al. (2002). Cognitive skill learning and aging A component process analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(5), 445-459.
- Rahman, M. (2019). 21st Century Skill “Problem Solving”: Defining the Concept. *Asian Journal of Interdisciplinary Research*, 2(1), 64-74.
- Uchmanowicz, I. et al. (2017). Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1565-1572 <https://doi.org/10.2147/CIA.S140309>