

บทความวิจัยต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ
ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

Factors Associated with Active Aging among the Elderly in Sikhio Hospital,
Sikhio District, Nakhon Ratchasima Province

นภาพรรณ หล่มเพชร

Napawan Lomphech

โรงพยาบาลสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

Sikhio Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

เบอร์โทรศัพท์ 08-1790-1372, E-mail : napawan.pcu.sikhiu@gmail.com

วันที่รับ 8 ก.ย.2565; วันที่แก้ไข 10 ต.ค.2565; วันที่ตอบรับ 11 พ.ย.2565

บทคัดย่อ

พหุพลังเป็นศักยภาพของบุคคลที่จะเป็น ผู้สูงอายุในอนาคตที่มีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาว รู้วิถีจัดการกับชีวิตให้มีความสุข มีความสามารถ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเพื่อให้ตนเองมี ชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักยภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัย เชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังของ ผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอ สิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสิคิ้ว จำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ซึ่ง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.82 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดย ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความ เชื่อมั่น เท่ากับ 0.702 การเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่

เดือนมีนาคม 2565 ถึงเดือนเมษายน 2565 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ อนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะพหุพลังของ ผู้สูงอายุ ในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน ก่อนข้างมาก ร้อยละ 55.5 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 36.0 ($\bar{X}=14.24, SD=2.58$) เมื่อพิจารณาราย ด้านพบว่า ด้านร่างกายอยู่ในระดับคะแนนก่อนข้าง น้อย ด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก ด้านสติปัญญาอยู่ใน ระดับมาก ด้านสังคมและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มาก ด้านความมั่นคงอยู่ในระดับก่อนข้างมาก และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังของ ผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ศาสนา ระดับการศึกษา ภาวะพึ่งพิง โรคประจำตัว ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลัง ของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ควรมีการเสริมสร้างพัฒนา

ภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีร่างกายแข็งแรง มีความสุขในการดำเนินชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: พลัดพลัง; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยด้านสุขภาพ; การมีส่วนร่วม; ความมั่นคง

Abstract

Active aging is the potential of a person to become a healthy elderly person in the future, live a long life, and know how to manage a happy life with desirable attributes of life. This research is cross-sectional analytical research with the purpose of studying the factors associated with active aging among the elderly in Sikhio Hospital, Sikhio District, Nakhon Ratchasima Province. The 400 sample group were elderly in the area under responsibility of Sikhio Hospital. Collected from March 2022 to April 2022. Research instrument was a questionnaire with factors associated with the active aging of the elderly. Content validity of this instruments was 0.82 and reliability of Cronbach's Alpha coefficient was 0.702. The data analysis used descriptive statistics and chi-square.

The results showed that the level of active aging among the elderly as a whole was at a relatively high score level of 55.5%, followed by a high level of 36.0% ($\bar{X}=14.24$, $SD=2.58$). Most of the individual factors found that the physical aspect was at a relatively low score level. The mental aspect, intellectually, social and participation at a high level, and the security aspect was at a quite high level. Moreover, factors that relationship with

the active aging of the elderly are statistically significant, including age, marital status, occupation, income, family characteristics, religion, educational level, dependency, and medical problems. Meanwhile, the irrelevant factor related to active aging was gender. The findings show that the active aging development of the elderly should be strengthened, especially in health, so that the elderly are physically fit, enjoy a healthy lifestyle, and have a good quality of life.

Keywords: Active Aging; Elderly; Health Factors; Participation; Stability

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกของเราเข้าสู่ยุคแห่งสังคมผู้สูงอายุปี 2559 จำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,433 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 929 ล้านคน ร้อยละ 12.5 ซึ่งถือว่าโลกของเราได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ แน่โน้มว่าประชากรโลกจะมีอายุสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ประเทศกำลังพัฒนากำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงอายุในไม่ช้า อาทิ ญี่ปุ่น ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.1 ของประชากรทั้งหมด รองลงมาอังกฤษ ร้อยละ 23.7 และสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 21.0 ในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด คือ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 18.7 รองลงมาประเทศไทย ซึ่งได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 18.2 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งแนวโน้ม

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คนต่อ ปี) และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์และผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศในอนาคต ซึ่งการเพิ่มขึ้น ของสัดส่วนประชากรสูงอายุนั้นมีสาเหตุสำคัญมาจากอัตราการเกิดของประชากรที่ลดลง ในขณะที่ประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวมากขึ้นหรือมีอัตราการตายลดลง^[1]

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดให้มีการจัดการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 ณ กรุงมาดริดประเทศสเปน ในปี พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมได้ก่อให้เกิดพันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นต่อไปนี้ คือ (1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (older persons and development) (2) สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาพ (advancing health and well-being into old age) (3) การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (ensuring enabling and supportive environment) ซึ่ง เป็น พัน ธิ ร ณี ที่ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องร่วมยึดถือเป็นเป้าหมายการดำเนินงานผู้สูงอายุ และร่วมกำหนดทิศทางกลยุทธ์ของการพัฒนาเพื่อมุ่งไปสู่

เป้าหมายดังกล่าวร่วมกันประเด็นท้าทายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ^[2]

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ.2545 – 2564 ซึ่งแผนดังกล่าวได้มีการปรับปรุงและติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ โดยปัจจุบันได้ใช้แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 เป็นกรอบและแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ และจะสิ้นสุดภายในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้เห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฯ มอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการตามมาตรการ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม และปรัชญาการดำเนินงานผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด การดำเนินงานตามมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพลุพลัง ยกตัวอย่างเช่น มาตรการส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ มาตรการให้การศึกษาศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในปัจจุบันสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปี 2564 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของ

ประเทศไทยในระยะยาว จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุมีดังนี้ (1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการทำงานแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการ หรือมีความซ้ำซ้อน ทั้งในเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในภาพรวม ดังนั้นทุกภาคส่วนจึงต้องทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อนำนโยบายด้านผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง (2) กลไกการติดตามผลการดำเนินงาน ปัจจุบันข้อมูลผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ไม่สามารถแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบันได้จากทุกภาคส่วนที่มีการดำเนินงาน จึงส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์และการกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ จึงกำหนดเรื่องผู้สูงอายุให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ โดยกำหนดกรอบการปฏิรูปภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำยุทธศาสตร์ กำหนดควีสัญทัศน์ยุทธศาสตร์ ที่สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอยู่ในลำดับสำคัญและได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ผันแปรไปตามนโยบายของแต่ละรัฐบาล และการขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดประเด็นเร่งด่วนและผู้รับผิดชอบหลักในการบูรณาการการทำงานอย่างเป็นองค์รวม โดยมีเป้าหมายหลักคือ ในอีก 20 ปีข้างหน้าผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็น active aging คือ มีสุขภาพที่ดี (healthy) มีหลักประกันและความปลอดภัยในชีวิต (security) และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม (participation) และยังเป็นอีกหนึ่งพลังในการขับเคลื่อนประเทศ^[2] โรงพยาบาลสิริแก้ว อำเภอสิริแก้ว จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 119,643 คน (ประชากรกลางปี 2564) เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง มีพื้นที่รับผิดชอบ 12 ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 แห่ง และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสิริแก้ว เขตพื้นที่รับผิดชอบ 2 ตำบล หมู่บ้าน 24 หมู่บ้าน แบ่งเป็นชุมชน 30 ชุมชน คือ เทศบาลตำบลสิริแก้ว 19 ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลสิริแก้ว 9 ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลมิตรภาพ 2 ชุมชน ข้อมูลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 21,546, 22,212 และ 23,186 ราย เป็นผู้สูงอายุจำนวน 4,390, 4,497 และ 4,686 คน คิดเป็นร้อยละ 20.37, 20.24 และ 20.21 เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มในอีก 10 ปีข้างหน้า จะพบว่าประชากรในพื้นที่อำเภอสิริแก้วจะมีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และจากการคัดกรองสุขภาพของประชากรในพื้นที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอาจถูกมองว่าเป็นภาระให้บุตรหลานต้องดูแลในอนาคต เนื่องจากการเสื่อมสภาพทางร่างกาย เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดกล้ามเนื้อ และปัญหาเกี่ยวกับตาและสายตา เช่น ตาพร่ามัว ต้อกระจก เป็นต้น ความรู้ความเข้าใจดังกล่าวยังส่งผลต่อทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยเหมารวมว่าผู้สูงอายุมีลักษณะเหมือนกันทุกคน คือ เป็นวัยต้องพึ่งพิง เป็นผู้รับ ต้องมีผู้ดูแล ในขณะที่ยังมีผู้สูงอายุอีกมากที่มีสุขภาพดีมีสติปัญญาเฉียบคม มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้มีคุณค่าต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม^[3] ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม หรือเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีพลังในการดำเนินชีวิต จะส่งผลดีต่อผู้สูงอายุเองและสังคม โดยรวม กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสามารถสร้างรายได้

ให้ตนเอง ไม่เป็นภาระของครอบครัว ขณะเดียวกัน เป็นการลดงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ และหากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ ได้มากย่อมส่งผลดีต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจ จึงเป็นการใช้ประโยชน์จากสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในการสร้างการเติบโตให้กับเศรษฐกิจของประเทศ หรือเรียกว่าการปันผลทางประชากรครั้งที่ 2 (second demographic dividend)^[4] การเข้าสู่สังคมสูงอายุในหลายประเทศทั่วโลกทำให้องค์การอนามัยโลกนำเสนอกรอบแนวคิด active ageing ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับปัจเจกและระดับสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุข ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ มีความมั่นคงในชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคม เป็นแนวทางให้นานาประเทศนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของตนเอง ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดพลัง active ageing^[5] จากประเด็นปัญหาที่พบและการดำเนินงานตามนโยบาย ผู้ศึกษาเล็งเห็นความสำคัญจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาแนวทาง การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสิคิ้ว ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพที่ดีและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ลักษณะครอบครัว และภาวะพึ่งพิง มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา ด้านสังคม และด้านความมั่นคง มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบตัดขวาง (cross-sectional Study) เพื่อศึกษาภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2565

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ในงบประมาณ 2564 จำนวน 4,686 คน

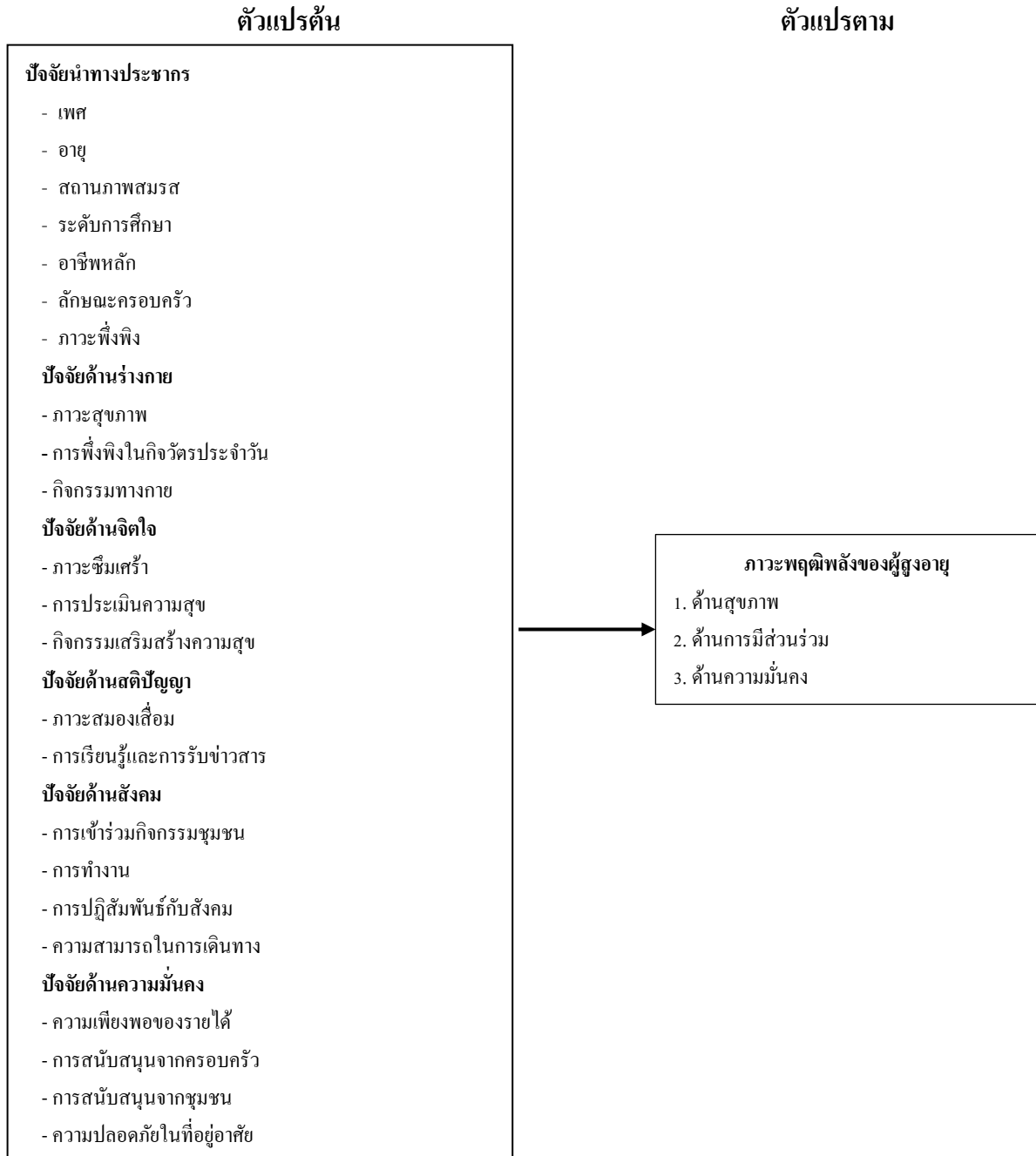
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบตัดขวาง ผู้วิจัยประยุกต์แบบประเมินพลัดพลังของผู้สูงอายุของพินิจ ฟ้าอำนวยผล^[6] เนื่องจากเป็น

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตรงตามแนวคิดภาวะ
 พหุพิพลังผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก^[5] ที่มี
 ปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) การมีสุขภาพที่ดี (2)
 การมีส่วนร่วม และ (3) การมีหลักประกันและความ

มั่นคง และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคือ ประชากร
 วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดใน
 การวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ในงบประมาณ 2564 จำนวน 4,686 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คน รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2565

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} = \frac{4,686}{1 + (4,686 \times 0.05^2)}$$

$$= 368.54$$

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้น การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงใช้สูตรของ ยามานะ (Yamane) และผู้วิจัยปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 400 คน เพื่อเพิ่มความแม่นยำของข้อมูลและลดความคลาดเคลื่อน

เกณฑ์การคัดเลือก ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว สามารถพูดคุยสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับรู้และมีความพิการ ได้แก่ พิการทางเคลื่อนไหว พิการทางสติปัญญา ตาบอดและหูหนวก และผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อให้

ข้อมูลในระดับหนึ่งแล้วผู้สูงอายุ สามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพิพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสิคิ้ว อำเภอสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยอ้างอิงแบบประเมินพหุพิพลังของผู้สูงอายุของพินิจฟ้าอำนวยผล^[6] เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาตรงตามแนวคิดภาวะพหุพิพลังของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก^[5] แบ่งเป็น 6 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุประเมินจากเครื่องมือประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (barthel activities of daily living : ADL)

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านร่างกาย (physically active) จำนวน 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 1 ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ชนิด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับดีมาก 4 คะแนน ระดับดี 3 คะแนน ระดับปานกลาง 2 คะแนน ไม่ดี 1 คะแนน และไม่ดีมาก ๆ 0 คะแนน

2.2 การพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน จำนวน 2 ข้อ คำถามชนิดเลือกตอบ 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มีปัญหา 0 คะแนน มีปัญหาบ้าง 1 คะแนน มีปัญหามาก 2 คะแนน

2.3 กิจกรรมทางกาย จำนวน 3 ข้อคำถาม คะแนนสูงสุดจาก 3 ข้อย่อย มีคะแนน 0-4 คะแนน ดังนี้ คำถามข้อที่ 1 ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ไม่มี 0 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ทุกสัปดาห์ 3 คะแนน และทุกวันหรือเกือบทุกวัน 4 คะแนน คำถามข้อที่ 2 ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่มี 0 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน ทุกสัปดาห์ 3 คะแนน และทุกวันหรือเกือบทุกวัน 4 คะแนน คำถามข้อที่ 3 ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่มี 0 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 0 คะแนน ทุกสัปดาห์ 2 คะแนน และทุกวันหรือเกือบทุกวัน 2 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมทางด้านร่างกาย นำคะแนนข้อย่อยแต่ละด้านมารวมกันแบ่งระดับจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 10-12 เท่ากับ ระดับ 4 คะแนน 7-9 เท่ากับ ระดับ 3 คะแนน 4-6 เท่ากับ ระดับ 2 และคะแนน 0-3 เท่ากับ ระดับ 1

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตใจ (mentally active) จำนวน 4 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

3.1 ภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 ข้อ แบบคำถาม 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบมี ให้ 0 คะแนน และไม่มี ให้ 2 คะแนน

3.2 การประเมินความสุข จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับมากที่สุด 4 คะแนน ระดับมาก 3 คะแนน ระดับปานกลาง 2 คะแนน ระดับน้อย 1 คะแนน และระดับน้อยที่สุด 0 คะแนน

3.3 กิจกรรมเสริมสร้างความสุข จำนวน 1 ข้อ แบบคำถาม 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบมี ให้ 2 คะแนน และไม่มี ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมด้านจิตใจ นำคะแนนข้อย่อยแต่ละด้านมารวมกันแบ่งระดับจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 8-10 เท่ากับ ระดับ

4, คะแนน 6-7 เท่ากับ ระดับ 3, คะแนน 3-5 เท่ากับ ระดับ 2, คะแนน 0-2 เท่ากับ ระดับ 1

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านสติปัญญา จำนวน 4 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

4.1 ภาวะสมองเสื่อม จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย 4 คะแนน เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน เกิดขึ้นทุกสัปดาห์ 1 คะแนน เกิดขึ้นทุกวันหรือเกือบทุกวัน 0 คะแนน สรุปคะแนนการแปลผลภาวะสมองเสื่อมจากคะแนนรวม 2 ข้อย่อย โดยผลรวม 7-8 คะแนน = 4, 5-6 คะแนน = 3, 3-4 คะแนน = 2, 1-2 คะแนน = 1, 0 คะแนน = 0

4.2 การเรียนรู้และการรับข่าวสาร จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามแบบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ได้รับ/มี 2 คะแนน และไม่ได้รับ/ไม่มี 0 คะแนน และการแปลผลระดับพฤติกรรมด้านสติปัญญาและการรับรู้ นำสรุปคะแนนข้อย่อยแต่ละข้อรวมกันแบ่งระดับจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 7-8 เท่ากับ ระดับ 4, คะแนน 5-6 เท่ากับ ระดับ 3, คะแนน 3-4 เท่ากับระดับ 2 และคะแนน 0-2 เท่ากับ ระดับ 1

ตอนที่ 5 ปัจจัยด้านสังคม จำนวน 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

5.1 การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามแบบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เข้าร่วม 2 คะแนน และไม่เข้าร่วม 0 คะแนน

5.2 การทำงาน จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 คำถามแบบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำงานโดยความสมัครใจ 2 คะแนน ทำงานเพราะความจำเป็น 1 คะแนน และไม่

ทำงาน 0 คะแนน และข้อคำถามที่ 2 คำถามแบบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มี 2 คะแนน และไม่มี 0 คะแนน

5.3 การปฏิสัมพันธ์กับสังคม จำนวน 1 ข้อ คำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นประจำ ทุกวัน 3 คะแนน ทุกสัปดาห์ 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน และไม่มีเลย 0 คะแนน

5.4 ความสามารถในการเดินทาง จำนวน 1 ข้อ คำถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ สามารถเดินทางได้ทุกครั้งที่ 2 คะแนน สามารถเดินทางได้บางครั้ง 1 คะแนน และไม่สามารถเดินทางได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 6 ปัจจัยด้านความมั่นคง จำนวน 5 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

6.1 ความเพียงพอของรายได้ จำนวน 1 ข้อ คำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เกินเพียงพอ มีเหลือเก็บ 4 คะแนน เพียงพอ 3 คะแนน เพียงพอเป็นบางครั้ง 2 คะแนน และไม่เพียงพอ 0 คะแนน

6.2 การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 1 ข้อ คำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ได้รับและเพียงพอ 2 คะแนน ได้รับแต่ไม่เพียงพอ 1 คะแนน ไม่ได้รับ 0 คะแนน ไม่ต้องการ 2 คะแนน

6.3 การสนับสนุนจากชุมชน จำนวน 1 ข้อ คำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ได้รับและเพียงพอ 2 คะแนน ได้รับแต่ไม่เพียงพอ 1 คะแนน ไม่ได้รับ 0 คะแนน ไม่ต้องการ 2 คะแนน

6.4 ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย จำนวน 2 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 คำถามแบบ 2

ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เคย 0 คะแนน และไม่เคย 2 คะแนน และข้อคำถามที่ 2 คำถามแบบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มี 2 คะแนน และไม่มี 0 คะแนน

การแปลผลการประเมินภาวะพฤฒิพลัง

ผลรวมระดับคะแนน 5 ด้าน (แต่ละด้านมีคะแนน 1-4) คะแนนการประเมินภาวะพฤฒิพลังรวม 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับ ดังนี้

16-20 คะแนน เท่ากับ ระดับ 4 (ระดับมาก)

11-15 คะแนน เท่ากับ ระดับ 3 (ระดับค่อนข้างมาก)

6-10 คะแนน เท่ากับ ระดับ 2 (ระดับค่อนข้างน้อย)

5 คะแนน เท่ากับ ระดับ 1 (ระดับน้อย)

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยอ้างอิงแบบประเมินพฤฒิพลังของผู้สูงอายุของพินิจ ฟ้าอำนาจผล^[6] เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตรงตามแนวคิดภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก^[5] และการศึกษาจากเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่มีความตรงของเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ การใช้ภาษา และความตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เฉพาะทางเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน นำผลวิเคราะห์ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.82

4.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพิจารณาความตรง

เชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลใหม่สำโรง อำเภอเสีจิว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alcha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.702

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 สร้างแบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบความเรียบร้อย ความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ จัดประชุมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยสัมภาษณ์ โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์

5.2 ดำเนินการติดต่อประสานงานนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ใช้เวลาการตอบแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 15-30 นาที ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขั้นตอนในการตอบแบบสัมภาษณ์ในแต่ละส่วน ให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

5.3 การเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 ถึง เดือนเมษายน 2565 โดยผู้วิจัยและทีมสัมภาษณ์

5.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ที่เก็บรวบรวมร่วมกับผู้วิจัยร่วม หากพบว่าข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในวันต่อไปจนครบถ้วน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด

6.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะพหุพิลังของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เพศหญิง 261 คน ร้อยละ 65.2 และเพศชาย 139 คน ร้อยละ 34.8 ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 50.3 รองลงมาอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 37.5 และน้อยที่สุด อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.3 โดยอายุเฉลี่ย 70.26 ปี อายุมากที่สุด 100 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.0 รองลงมาศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.8, ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 58.0 รองลงมา หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 34.0 และน้อยที่สุด โสด ร้อยละ 7.0 การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.2 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.2 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.3 รองลงมา ค้าขาย ร้อยละ 19.5 และน้อยสุดเกษตรกร ร้อยละ 5.5 รายได้ส่วนใหญ่ อยู่ช่วง 0-1,000 บาท ร้อยละ 30.5 รองลงมา 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 22.8 แหล่งที่มารายได้อื่น ๆ ส่วนใหญ่จากตนเอง ร้อยละ 40.0 รองลงมา ได้รับจากบุตรหลาน ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 37.8 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 34.0

1.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ประเมินด้วยเครื่องมือประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (barthel activities of daily living :

ADL) โดยกลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน) และกลุ่มติดบ้าน (5-11คะแนน) และกลุ่มติดสังคม (12-20 คะแนน) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 67.2 รองลงมา กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 31.6 และน้อยสุด กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 1.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.8 รองลงมา โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.5

2. ภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

2.1 ระดับคะแนนภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ ในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 55.5 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 36.0 และน้อยสุด ระดับค่อนข้างน้อย ร้อยละ 8.5 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนประเมินภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสีคิ้ว โดยภาพรวม (n=400)

ระดับภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 ระดับน้อย (0-5 คะแนน)	0	0
ระดับ 2 ระดับค่อนข้างน้อย (6-10 คะแนน)	34	8.5
ระดับ 3 ระดับค่อนข้างมาก (11-15 คะแนน)	222	55.5
ระดับ 4 ระดับมาก (16-20 คะแนน)	144	36.0
$(\bar{X}=14.24, SD=2.58, Min=6, Max=19)$		
รวม	400	100

2.2 ระดับคะแนนภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน
2.2.1 ด้านร่างกาย พบว่า ระดับคะแนนภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

ค่อนข้างน้อย ร้อยละ 68.0 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 16.5 และน้อยสุด ระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 15.5 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนประเมินภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย
(n=400)

ด้านร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 น้อย (0-3คะแนน)	66	16.5
ระดับ 2 ค่อนข้างน้อย (4-6 คะแนน)	272	68.0
ระดับ 3 ค่อนข้างมาก (7-9 คะแนน)	62	15.5
ระดับ 4 มาก (10 คะแนน ขึ้นไป)	0	
(\bar{X} =4.98, SD=1.46, Min=1, Max=8)		
รวม	400	100

2.2.2 ด้านจิตใจ พบว่า ระดับคะแนนภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.5 รองลงมา ระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 21.3 และน้อยสุด ระดับน้อย ร้อยละ 4.8 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนประเมินภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ (n=400)

ด้านจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 น้อย (0-2 คะแนน)	19	4.7
ระดับ 2 ค่อนข้างน้อย (3-5 คะแนน)	38	9.5
ระดับ 3 ค่อนข้างมาก (6-7 คะแนน)	85	21.3
ระดับ 4 มาก (8-10 คะแนน)	258	64.5
(\bar{X} =6.38, SD=1.68, Min=0, Max=8)		
รวม	400	100

2.2.3 ด้านสติปัญญาและการรับรู้ พบว่า ระดับคะแนนภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.5 รองลงมา ระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 36.8 และน้อยสุด ระดับน้อย ร้อยละ 4.5 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ด้านสติปัญญา (n=400)

ด้านสติปัญญาและการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 น้อย (0-2 คะแนน)	18	4.5
ระดับ 2 ค่อนข้างน้อย (3-4 คะแนน)	45	11.3
ระดับ 3 ค่อนข้างมาก (5-6 คะแนน)	147	36.8
ระดับ 4 มาก (7-8 คะแนน)	190	47.5
$(\bar{X}=7.29, SD=2.01, Min=0, Max=10)$		
รวม	400	100

2.2.4 ด้านสังคม พบว่า ระดับคะแนนภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 35.0 รองลงมา ระดับค่อนข้างน้อยและค่อนข้างมาก ร้อยละ 26.0 และน้อยสุด ระดับน้อย ร้อยละ 13.0 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ด้านสังคม (n=400)

ด้านสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 น้อย (0-3 คะแนน)	52	13.0
ระดับ 2 ค่อนข้างน้อย (4-6 คะแนน)	104	26.0
ระดับ 3 ค่อนข้างมาก (7-9 คะแนน)	104	26.0
ระดับ 4 มาก (10-13 คะแนน)	140	35.0
$(\bar{X}=7.85, SD=3.74, Min=0, Max=13)$		
รวม	400	100

2.2.5 ด้านความมั่นคง ระดับคะแนนภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 45.0 รองลงมา ระดับค่อนข้างน้อย ร้อยละ 29.8 และน้อยสุด ระดับมาก ร้อยละ 80.8 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนประเมินภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ ด้านความมั่นคง
(n=400)

ด้านความมั่นคง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 น้อย (0-3 คะแนน)	35	8.7
ระดับ 2 ค่อนข้างน้อย (4-6 คะแนน)	119	29.8
ระดับ 3 ค่อนข้างมาก (7-9 คะแนน)	180	45.0
ระดับ 4 มาก (10-12 คะแนน)	66	16.5
(\bar{X} =7.20, SD=2.41, Min=0, Max=12)		
รวม	400	100

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับ ภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ศาสนา ระดับการศึกษา ภาวะพึ่งพิง โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วน เพศ เป็น ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ลีคิว จังหวัดนครราชสีมา ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก^[5] เป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะ สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุทั่วโลก โดย คาดว่าภาวะพฤฒิพลังจะเป็นหนทางที่จะยกระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะพฤฒิพลังที่ดีมีความสุขในการดำเนินชีวิต ตลอดจนมีศักยภาพในการพึ่งพา

ตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ ซึ่งผลวิจัยพบว่า ภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ระดับ ค่อนข้างมาก (\bar{X} =14.24, S.D.=2.58) อธิบายได้ว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.26 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส วิถีชีวิตและวัฒนธรรมในพื้นที่เป็นสังคมเมือง ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มติดสังคม อีกทั้งได้รับการส่งเสริมดูแลทางด้านสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมจากภาครัฐและเอกชนอย่างทั่วถึง การเข้าถึงบริการง่าย อันส่งผลให้ ภาวะพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการรับรู้ และด้านสังคมอยู่ในระดับ มาก ในการศึกษาครั้งนี้จึงแตกต่างกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม^[7] ดัชนีพฤฒิพลังผู้สูงอายุไทยมีค่าเท่ากับ 0.685 ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และต่างกับฐานญา สมภู^[8] พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพฤฒิพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย ปี 2558 พบว่า ระดับภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่มีระดับ ภาวะพฤฒิพลังปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.54 เช่นกัน

แนวคิดภาวะพฤฒิพลังขององค์การอนามัยโลกนั้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพ

การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย หรือเรียกว่า สามเสาหลัก” ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยด้านสุขภาพ ทางด้านร่างกายส่วนใหญ่คะแนนภาวะพฤกษณ์อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ($\bar{X}=4.98$, $S.D=1.46$) พบว่า โดยอายุเฉลี่ย 70.7 ปี ส่วนใหญ่เพศหญิง เป็นกลุ่มติดสังคม เมื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายของตนเองอยู่ระดับปานกลาง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีปัญหาทำให้การปฏิบัติกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย อธิบายได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลงมากกว่าการสร้าง เช่น ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและหัวใจ ภูมิคุ้มกันหรือภูมิต้านทานลดลง ผมหงอกเร็วขึ้น กระบวนการเผาผลาญ และระบบของร่างกายลดลง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลงและเสียหายที่ไปในที่สุด สอดคล้องกับทฤษฎีทางชีววิทยา^[9] ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่กำลังเผชิญอยู่ และปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายที่พบมากคือ โรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ในการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ภาวะพฤกษณ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=6.38$, $S.D=1.68$) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 87.0 ประเมินความสุขอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 และ มีการทำกิจกรรมสร้างความสุข ร้อยละ 73.3 ทั้งนี้ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะพฤกษณ์ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=23.125$, $p=0.003$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน มีภาวะพฤกษณ์ ในระดับดีมาก มากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน คู่สมรสหรืออยู่คนเดียว สอดคล้องกับสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล^[10]

พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤกษณ์ของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกันจะมีระดับพฤกษณ์สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ และส่วนในปัจจัยด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ภาวะพฤกษณ์ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=7.29$, $S.D=2.01$) ซึ่งปัจจัยระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะพฤกษณ์ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=23.355$, $p=0.01$) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมและการรับรู้ข่าวสารส่วนใหญ่ได้จากสื่อทางโทรทัศน์ หอกระจายข่าวและสื่อต่าง ๆ สอดคล้องกับสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล^[10] ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤกษณ์ของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีระดับพฤกษณ์สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสในการเลือกเนิ่นชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า เพราะการศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลเป็นผู้ที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้มาก มักเป็นผู้สนใจตัวเอง สนใจสถานการณ์รอบตัว สามารถประเมินและแสดง บทบาทของตนเองได้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ พฤติกรรมนี้จะสืบเนื่อง ไปจนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดี้นั้นจะสามารถนำความรู้และประสบการณ์ของตน มาปรับใช้กับตัวเองรวมทั้งบุคคลรอบตัว และเป็นผู้ที่มีโลกทัศน์กว้างต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาดำ

ปัจจัยด้านสังคมและการมีส่วนร่วม ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากและค่อนข้างมาก ($\bar{X}=7.85$, $S.D=3.74$) เมื่อวิเคราะห์รายข้อ การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชุมชนส่วน

ใหญ่เข้าร่วมน้อย ร้อยละ 64.3 อธิบายได้ว่าในพื้นที่ศึกษาเป็นลักษณะสังคมเมือง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลงจากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558^[11] และมีการกำหนดนโยบายมาตรการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยการดำเนินการเข้มงวดกับสถานที่เสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจากเดิมที่เคยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนตามวิถีใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนอาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในวัยสูงอายุสำหรับผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเอง สอดคล้องกับธัญญา สมภู^[8] ศึกษาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพฤฒพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย ที่เรียกว่า PLS Model ผลพบว่า กลุ่มทดลองผู้สูงอายุนี้อายุมีระดับพฤฒพลังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดสมดุลในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะนำไปสู่การมีภาวะพฤฒพลังในผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพ

การมีส่วนร่วมทางสังคม การมีหลักประกันที่มั่นคงในชีวิต

ปัจจัยด้านความมั่นคงปลอดภัย ภาพรวมคะแนนภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 45.0 ($\bar{X}=7.20$, S.D=2.41) ปัจจัยรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพฤฒพลังผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=59.975$, $p=0.000$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะมีภาวะพฤฒพลังต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง เมื่อสูงวัยการประกอบอาชีพลดลง แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่จากการทำงานด้วยตนเองและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความเพียงพอของรายได้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 34.5 ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวได้รับแต่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.5 และการได้รับความสนับสนุนจากชุมชนส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 38.5 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาที่มีประเด็นท้าทายในสังคมสูงวัย ในมิติด้านเศรษฐกิจแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุมาจากการทำงานและจากบุตร โดยแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ อายุยิ่งมากรายได้จากการทำงานก็ลดลง รายได้ส่วนใหญ่จะมาจากบุตรแทน บุตรยังคงเป็นแหล่งรายได้หลักของของประชากรสูงอายุ^[12] นอกจากนี้ ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะพฤฒพลังผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ซึ่งการศึกษาของวิกานันท์ ม่วงสกุล^[13] กล่าวว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ถือได้ว่าเป็นกลุ่มคนที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและเศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมให้กับคนทุกวัย

ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เป็นผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเองและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า ภาวะพลัดพราก องค์ประกอบด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุ ศักยภาพของบุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตที่มีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาว รู้วิธีการจัดการกับชีวิตให้มีความสุขที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการดำเนินชีวิตได้แก่ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีอิสระพึ่งพาตนเองได้ และมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้อื่น มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักยภาพ การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีความสามารถในการใช้สรีรวิทยา จิตใจ และสังคมตามกระบวนการชราที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตในสังคมตามสิทธิที่มีอยู่อย่างอิสระ ต้องมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยก่อนสูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และรัฐบาลอีกด้วย อันจะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาพลัดพรากด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้กายภาพ สังคม จิตใจ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุดีขึ้น^[5] อีกทั้งลดการเป็นภาระครอบครัว ชุมชน และรัฐอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างเสริมความตระหนักของผู้สูงอายุ ถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองตั้งแต่ก่อนวัย

สูงอายุ อาทิ การตรวจสุขภาพเป็นประจำทำให้สามารถดูแลสุขภาพร่างกายตนเองได้ถูกวิธี ทัศนคติในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า เพื่อให้มีพลัดพรากในวัยสูงอายุ รวมถึงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัย

2. ควรส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อสภาพทางด้านร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุต่าง ๆ

3. ควรส่งเสริมจัดสภาพแวดล้อมภายในชุมชนให้เอื้อต่อสภาพทางด้านร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ อาทิ ทางเดินทางเท้าสำหรับผู้สูงอายุ สวนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการฟื้นฟูวิถีชีวิตความเอื้ออาทรและการจัดกิจกรรมนันทนาการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชน

การป้องกันสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยเสนอโครงการศึกษาวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผ่านการรับรองเลขที่ NRPH 004 วันที่ 13 มกราคม 2565 ผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงอารีย์ เชื้อเดช ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสีคิ้ว ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่งานวิจัย ทีมงานกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรวม ทีมงานเวชระเบียน

สารสนเทศที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูล ช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- [1] กิตติ ลากสมบัติศิริ และนางวิมล บ้านพวน. (บรรณาธิการ). รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563
- [2] กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี ประจำปี พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพฯ: สามัคคี; 2560.
- [3] ปณิธิ บรรวณ. พดุมพลัง: บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุและ “ทุน” ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ. มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2557; 30(3) : 97 – 120.
- [4] สุกจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2557; 17: 231 – 48.
- [5] World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [6] พินิจ ฟ้าอำนวยผล. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะ Active ageing สำหรับผู้สูงอายุไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2563.
- [7] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ดัชนีพดุมพลังผู้สูงอายุไทย. สำนักสถิติพยากรณ์
- [8] ฐานญา สมภู. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพดุมพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
- [9] สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2546.
- [10] สุกจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. ปัจจัยกำหนดระดับวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย. วารสารสงขลานครินทร์ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2558; 21(1): 139 – 67.
- [11] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 2562. [ออนไลน์]. (2563). [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
- [12] มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย(ด้านสุขภาพ). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพมหานคร; 2558.
- [13] วิภาณันท์ ม่วงสกุล. การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ด้วยแนวคิดพดุมพลัง. วารสารวิจัยสังคม 2558; 38(2): 93 – 112.