

ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ Active Aging of the Elderly in Urban Area, Chiang Mai Province

พิชชาวีร์ โอบอ้อม พย.บ.* Pitchawee Oborm, N.S.B.*

อภิชาติ ไตรแสง ค.ด.** Apichart Traisaeng, Ph.D.**

เสาวลักษณ์ ชัยทวีป ปร.ด.** Saowalak Chaytawee, Ph.D.**

เมธี วงศ์วีระพันธุ์ ปร.ด.*** Metree Vongverapant, Ph.D.***

ปิยะพันธุ์ นันตา ปร.ด.*** Piyaphun Nunta, Ph.D.***

Corresponding author: E-mail: beanpitcha@gmail.com

Received: 20 Apr 2023, Revised: 14 Jun 2023, Accepted: 20 Jun 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 395 คน ที่มีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living ได้ไม่น้อยกว่า 12 คะแนน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะพลัดพรากของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดพรากของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ($\beta = 0.89, p < .05$) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = 1.58, p < .01$) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ($\beta = 1.62, p < .01$) และปัจจัยด้านจิตวิทยา ($\beta = 1.17, p < .01$) ตามลำดับ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะพลัดพรากของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

*นักศึกษานิเทศศาสตร์ สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

Email: Pitchawee.001@gmail.com

*Master of Art in Community Health Development, Faculty of Liberal Arts, Maejo university

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ Email: apichart.mju@gmail.com, saowalak@mju.ac.th

**Asst. Prof., Faculty of Liberal Arts, Maejo university

***อาจารย์ ดร. คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ Email: matree@maejo.mju.ac.th, piyaphun2508@gmail.com

***Ph. D., Faculty of Liberal Arts, Maejo university

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถใช้ผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุให้ตระหนักและมีการเตรียมพร้อมการเข้าสู่ภาวะพดพพลังที่ดีและมีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะพดพพลัง ผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง

Abstract

The objectives of this research were to determine the level of active aging and to study the factors associated with active aging among elderly in urban area, Chiang Mai province. The sample consisted of 395 elderly who live in urban area, Chiang Mai province with ADL score above 12. The research instruments consisted of active aging questionnaires and factors associated with active aging questionnaires, which consisted of social and culture, psychology, health behaviors, and health literacy. The data were analyzed using descriptive statistics and Stepwise Multiple Regression Analysis. The result of this study reveals that active aging of the elderly in urban area, Chiang Mai province were at a good level. The results of factor analysis reveal that active aging in urban area, Chiang Mai province were health literacy ($\beta = 0.89, p < .05$), health behaviors ($\beta = 1.58, p < .01$), social and culture ($\beta = 1.62, p < .01$), and psychology ($\beta = 1.17, p < .01$) respectively. This can significantly explain the variation of active aging in the elderly by 76 percent.

This research reports the factors associated with active aging in urban area, Chiang Mai province. The results can be useful for elderly to be aware of and prepare for the good and quality active aging in the future.

Keywords: Active aging, Elderly, Urban

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ ได้รายงานไว้ในประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2548 ในขณะที่มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2560 กรมกิจการผู้สูงอายุ² ได้รวบรวมข้อมูลสถิติ พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปมีจำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีจำนวน 12.6 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทย สัดส่วนนี้จะยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2583 หรืออีก 20 ปี ข้างหน้า โดยมากกว่าครึ่งยังคงเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป ในขณะที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล³ ที่ได้มีการรายงานสถานการณ์พัฒนาของผู้สูงอายุไว้ว่า ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 20 ของประชากร และจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า ที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 และในปี พ.ศ. 2583 สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นสูงเป็นร้อยละ 32.1 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) เนื่องจากคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวยิ่งขึ้นและอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลง²

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อในมิติต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ โดยการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอาจถูกมองว่าจะเป็นภาระให้บุตรหลานต้องดูแลในอนาคต เนื่องจากการเสื่อมสภาพทางร่างกาย เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดกล้ามเนื้อ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา มีโรคประจำตัว ความรู้ ความเข้าใจ ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยอาจเหมารวมว่าผู้สูงอายุมีลักษณะเหมือนกันทุกคน คือ เป็นวัยต้องพึ่งพิง

เป็นผู้รับ ต้องมีผู้ดูแล เช่นเดียวกับรายงานการสำรวจสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข⁴ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) อ้วน (Obesity) ข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ภาวะร่างกายมีไขมันในเลือดมากกว่าปกติโดยเฉพาะคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein: LDL) อยู่ในระดับสูง ส่วนไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein: HDL) อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ และถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) มากขึ้น ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ

ในอีกด้านหนึ่งก็ยังมีผู้สูงอายุอีกมากที่มีสุขภาพดี มีสติปัญญาเฉียบคม มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ มีคุณค่าต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม หรือเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีพลังในการดำเนินชีวิต จะส่งผลดีต่อผู้สูงอายุเองและสังคมโดยรวม กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถสร้างรายได้ให้ตนเอง ไม่เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “Active aging (พัฒนาพลัง)” ของ WHO⁴ หรือองค์การอนามัยโลก ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพและเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยแนวคิดพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ (Active aging) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคงปลอดภัย (Security) หรือเรียกโดยทั่วไปว่า “สามเสาหลัก” ร่วมกันกับลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาพลัง 4 ด้าน ของ UNECE⁵ หรือคณะกรรมการการเศรษฐกิจแห่งสหประชาชาติในยุโรป ได้แก่ 1) การมีสุขภาพดี (Health) หมายถึง การมีสุขภาพกายสุขภาพจิตอยู่ในสภาพดี 2) การ

มีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน รวมถึงการพัฒนาทั้งในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาโดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในชุมชน 3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในด้านที่อยู่อาศัย รวมถึงการได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอไม่ถูกทอดทิ้งและมีรายได้เพียงพอในการใช้ชีวิตประจำวัน และ 4) สภาพที่เอื้อต่อการมีพดพดล้ง (Enabling environment) หมายถึง สภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุมีสิ่งสนับสนุนต่อการมีภาวะพดพดล้ง รวมถึงความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้สูงอายุในขณะเดียวกันทาง สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม⁶ ได้กำหนดและอธิบายถึงระดับภาวะพดพดล้งของผู้สูงอายุไว้คือ การที่ผู้สูงอายุมีภาวะพดพดล้งอยู่ในระดับสูง จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ มีคุณค่า สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีอายุที่ยืนยาวต่อไปได้

สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่⁷ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเท่ากับ 291,149 คน คิดเป็นร้อยละ 15.7 ของประชากรจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉพาะในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ มีจำนวนผู้สูงอายุ 31,154 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 ของประชากรในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่อาจจะต้องมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลง ปรับปรุง และปฏิบัติตนในทิศทางเดียวกันกับผู้สูงอายุทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดการมีพดพดล้งทางสุขภาพที่ดี นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของสังคม มีการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่จะมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพต่อตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีภาวะพดพดล้ง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะพดพดล้งผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ทั้ง 4

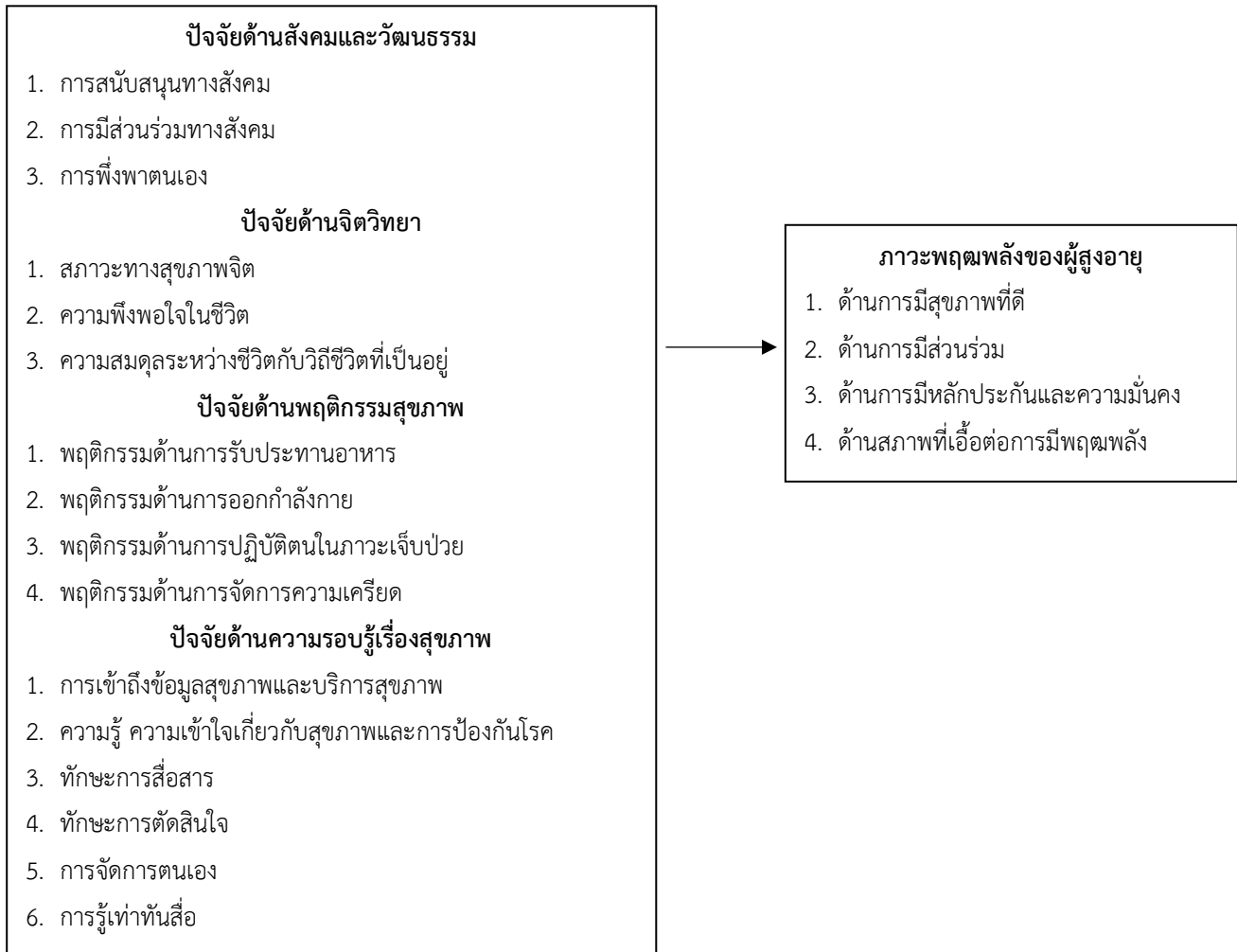
แขวง คือ แขวงนครพิงค์ แขวงศรีวิชัย แขวงกาวิละ และแขวงเม็งราย เนื่องจากมีลักษณะพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางความเจริญ เป็นสังคมที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เป็นศูนย์กลางในด้านต่าง ๆ เช่น ขนบธรรมเนียมสังคม วัฒนธรรม การศึกษา การค้า อุตสาหกรรมระบบสาธารณสุข เป็นต้น และมีความซับซ้อนของปัญหาในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยครั้งนี้จึงศึกษาถึงภาวะพดพดล้งของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะพดพดล้ง เพื่อสร้างเสริมภาวะพดพดล้งที่ได้ให้กับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะพดพดล้งของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพดล้งของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาภาวะพดพดล้งของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดพดพดล้งของผู้สูงอายุของ WHO⁴ (องค์การอนามัยโลก) แนวคิดของ UNECE⁵ (คณะกรรมการการเศรษฐกิจแห่งสหประชาชาติในยุโรป) และดัชนีภาวะพดพดล้งของผู้สูงอายุของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม⁶ โดยศึกษา 4 ด้าน คือ 1) ด้านการมีสุขภาพที่ดี 2) ด้านการมีส่วนร่วม 3) ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง และ 4) ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพดพดล้ง ร่วมกับปัจจัยที่ส่งผลภาวะพดพดล้งของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ผู้วิจัยนำเสนอกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ 4 แขวง คือ แขวงนครพิงค์ แขวงกาวิละ แขวงเม็ງราย และแขวงศรีวิชัย จำนวน 31,154 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 4 แขวง คือ แขวงนครพิงค์ แขวงกาวิละ แขวงเม็ງราย และแขวงศรีวิชัย รวมทั้งหมด 395 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น⁸ (Probability sampling) ด้วยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ และเขตพื้นที่ จากนั้นทำการ

สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เป็นการสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบไม่มีการแทนที่/ใส่คืน (Sampling without replacement) ตามสัดส่วนของจำนวนตัวอย่าง ได้ผลการสุ่มตัวอย่างได้ออกเป็น 1) แขวงศรีนครพิงค์ สุ่มตัวอย่างได้ 120 คน 2) แขวงกาวิละ สุ่มตัวอย่างได้ 101 คน 3) แขวงศรีวิชัย สุ่มตัวอย่างได้ 93 คน และ 4) แขวงเม็ງราย สุ่มตัวอย่างได้ 81 คน ตามลำดับ หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 395 คน แล้วนั้นผู้สูงอายุจะต้องผ่านการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) โดยมี

คะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีความสามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ และมีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดพดพพลังของ WHO⁴ (องค์การอนามัยโลก) UNECE⁵ (คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติในยุโรป) และแบบประเมินดัชนีภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม⁶ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการมีสุขภาพที่ดี (HI) จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการมีส่วนร่วม (PI) จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง (SI) จำนวน 4 ข้อ และ 4) ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพดพพลัง (EI) จำนวน 2 ข้อ มีการให้คะแนนเป็น 0 และ 1 และหาผลรวม (AAI) ของของค่าคะแนนองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน โดยถ่วงน้ำหนักให้แต่ละด้านมีความสำคัญเท่ากัน คำนวณได้จากสูตร

$$AAI = \frac{HI + PI + SI + EI}{4}$$

โดยใช้วิธีการคำนวณคะแนนของภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุสำหรับเกณฑ์ในการประเมินผลแบ่งได้ 3 ระดับ คือ

0.000 - 0.499 คะแนน หมายถึง มีภาวะพดพพลังอยู่ในระดับต่ำ

0.500 - 0.799 คะแนน หมายถึง มีภาวะพดพพลังอยู่ในระดับปานกลาง

0.800 - 1.000 คะแนน หมายถึง มีภาวะพดพพลังอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 126 ข้อ ประกอบด้วย

1) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 40 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ คือ คะแนนของระดับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม 1 = ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย 2 = นานๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = ทุกครั้ง

2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ คือ คะแนนของระดับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม 1 = ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย 2 = นานๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = ทุกครั้ง

3) ปัจจัยด้านจิตวิทยา จำนวน 29 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ คือ คะแนนของระดับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม 1 = ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย 2 = นานๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = ทุกครั้ง

4) ปัจจัยด้านจิตวิทยา จำนวน 42 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ คือ คะแนนของระดับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม 1 = ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย 2 = นานๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = ทุกครั้ง

การแปลความหมายระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยโดยใช้ค่าเฉลี่ยมีดังนี้¹⁰

4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับมากที่สุด

3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับมาก

2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับปานกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับน้อย

1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์ ถูกต้อง โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและภาษาให้ตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ผลการทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของ ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.96 สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.98

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญไปทำการทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค⁹ (Cronbach) (α -Coefficient) ซึ่งต้องได้ค่าความสัมพันธ์มากกว่า 0.70 ขึ้นไป แสดงว่า ชุดแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปวัดภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นของภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.83 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เท่ากับ 0.83 ปัจจัยด้านจิตวิทยา เท่ากับ 0.82 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.84 และปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ เท่ากับ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา รหัสหนังสือรับรอง HE 062-2022 วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบาย

วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลใด ๆ และในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถามที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจและมีสิทธิ์แจ้งขอลอนตัวได้ตลอดเวลา ซึ่งคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่ได้คัดเลือกไว้จากผู้นำชุมชนในแต่ละชุมชน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจถึงสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่เข้าพบที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกให้เข้าพบ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงสรุปอ้างอิง (Inferential Statistics) คือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้โดยทดสอบการกระจายของข้อมูล ทดสอบความแปรปรวนและความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปร ทดสอบความแปรปรวนโดยดูค่าจากกราฟ Scatter Plot พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่รอบๆ เส้นตรงอย่าง

สมมาตร ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระ โดยมี ค่า VIF น้อยกว่า 10 และค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.86 ถึง 1.00

ผลการวิจัย

1. ภาวะพดพพลังของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะพดพพลังด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง มีคะแนนเฉลี่ยมาก

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะพดพพลังของกลุ่มตัวอย่าง (n = 395)

ภาวะพดพพลัง	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการมีสุขภาพที่ดี	0.80	0.15	ระดับมาก
2. ด้านการมีส่วนร่วม	0.82	0.20	ระดับมาก
3. ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง	0.88	0.17	ระดับมาก
4. ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพดพพลัง	0.71	1.13	ระดับปานกลาง
ภาวะพดพพลังโดยรวม	0.80	0.41	ระดับมาก

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพพลังของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพดพพลังของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน พบว่า ปัจจัยทั้งหมดได้เข้าสู่สมการถดถอย คือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา และ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ โดยมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่

ที่สุด ($\bar{x} = 0.88$, S.D. = 0.17) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{x} = 0.82$, S.D. = 0.20) ด้านการมีสุขภาพที่ดี ($\bar{x} = 0.80$, S.D. = 0.15) และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพดพพลัง ($\bar{x} = 0.71$, S.D. = 1.13) โดยภาพรวมของค่าเฉลี่ยภาวะพดพพลัง ($\bar{x} = 0.80$, S.D. = 0.41) กล่าวคือ ภาวะพดพพลังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (ดังตารางที่ 1)

ปรับแล้ว (Adjusted R²) เท่ากับ 0.76 หมายถึง ตัวแปรด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านจิตวิทยา และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ สามารถใช้เพื่อพยากรณ์ภาวะพดพพลังของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 76.00 สรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้านสังคมและวัฒนธรรมได้มากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีสภาวะทางจิตวิทยาอยู่ในระดับที่ดี และได้รับความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้นก็จะทำให้ภาวะพดพพลังอยู่ในระดับที่ดีหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (ดังตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ด้าน ที่มีผลต่อภาวะพดพลงของ
กลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวม (n = 395)

ตัวแปรที่ใช้พยากรณ์	b	SE	Beta	t
1. ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social _C)	0.81	0.16	1.62	8.72**
2. ด้านจิตวิทยา (Psychology _B)	0.58	0.09	1.17	6.11**
3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health _B)	0.74	0.12	1.58	7.09**
4. ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ (Knowledge _H)	0.44	0.07	0.89	5.98*

R = 0.88, R² = 0.77, Adjusted R² = 0.76, Constant = 3.21, F = 14.74**, SE_{est} = 0.19

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < .05), ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < .01)

โดยสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอย
พหุคูณได้เป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 3.21 + 0.81(\text{Social}_C) + 0.74(\text{Psychology}_B) + 0.58(\text{Health}_B) + 0.44(\text{Knowledge}_H)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 1.62(\text{Social}_C) + 1.58(\text{Psychology}_B) + 1.17(\text{Health}_B) + 0.89(\text{Knowledge}_H)$$

2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการ
ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรย่อยของด้าน
สังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ
และด้านความรู้เรื่องสุขภาพกับภาวะพดพลงของ
กลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายต่อ
ภาวะพดพลงของตัวแปรย่อยปัจจัยด้านสังคมและ
วัฒนธรรม ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านพฤติกรรม
สุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ พบว่า มี
ตัวแปรอิสระย่อยทั้งหมด 13 ตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอย
พหุคูณ คือ การสนับสนุนทางสังคม การพึ่งพาตนเอง
สภาวะทางสุขภาพจิต ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่

เป็นอยู่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรม
ด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนใน
ภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค การเข้าถึง
ข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจ
โดยมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R²)
เท่ากับ 0.76 หมายถึง ตัวแปรย่อยของด้านสังคมและ
วัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้าน
ความรู้เรื่องสุขภาพ ทั้ง 13 ตัวแปรย่อย สามารถใช้
เพื่อพยากรณ์ภาวะพดพลงของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ
76.00 (ดังตารางที่ 3)

โดยสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอย
พหุคูณได้เป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 3.21 + 0.77(\text{Sup}_S) + 0.79(\text{Self}_P) + 0.87(\text{Psy}_H) + 0.61(\text{Life}_B) + 0.69(\text{Nut}_E) + 0.63(\text{Str}_M) + 0.60(\text{Ill}_S) + 0.42(\text{Exc}_B) + 0.82(\text{Cog}_K) + 0.75(\text{Acc}_S)$$

$$\begin{aligned} & + 0.74(\text{Self}_M) + 0.62(\text{Com}_S) + \\ & 0.60(\text{Ced}_S) \\ \text{สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน (\beta)} \\ \hat{Z} = & 0.81(\text{Sup}_S) + 0.83(\text{Self}_R) + \\ & 0.91(\text{Psy}_H) + 0.63(\text{Life}_B) + \\ & 0.75(\text{Nut}_E) + 0.68(\text{Str}_M) \\ & + 0.64(\text{Ill}_S) + 0.51(\text{Exc}_B) + \\ & 0.95(\text{Cog}_K) + 0.83(\text{Acc}_S) + \\ & 0.80(\text{Self}_M) \\ & + 0.59(\text{Com}_S) + 0.65(\text{Ced}_S) \end{aligned}$$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพลัดพรากของกลุ่มตัวอย่าง (n = 395)

ตัวแปรย่อยที่ใช้พยากรณ์	b	SE	Beta	t
1. การสนับสนุนทางสังคม (Sup _S)	0.77	0.02	0.81	7.78**
2. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Part _S)	0.39	0.09	0.46	4.06
3. การพึ่งพาตนเอง (Self _R)	0.79	0.14	0.83	9.16**
4. สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy _H)	0.87	0.06	0.91	9.44**
5. ความพึงพอใจในชีวิต (Sat _L)	0.38	0.11	-0.24	3.08
6. ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life _B)	0.61	0.05	0.63	6.12*
7. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut _E)	0.69	0.18	0.75	8.56**
8. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str _M)	0.63	0.15	0.68	7.44**
9. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill _S)	0.60	0.11	0.64	6.87*
10. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc _B)	0.42	0.08	0.51	4.56*
11. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog _K)	0.82	0.02	0.95	8.01**
12. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ (Acc _S)	0.75	0.03	0.83	7.08**
13. การจัดการตนเอง (Self _M)	0.74	0.08	0.80	6.97**
14. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com _S)	0.62	0.04	0.59	6.54*
15. ทักษะการตัดสินใจ (Ced _S)	0.60	0.06	0.65	5.15*
16. การรู้เท่าทันสื่อ (Lite _M)	0.48	0.21	-0.52	2.02
ค่าคงที่ (Constant)	3.21			

R = 0.88, R² = 0.77, Adjusted R² = 0.76, Constant = 3.21, F = 14.74**, SE_{est} = 0.19

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < .05) ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < .01)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

จากผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านพบว่า ด้านการมีสุขภาพที่ดี (Health) ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุพลังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม⁴ ที่ได้กำหนดและอธิบายถึงระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุไว้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีภาวะพหุพลังอยู่ในระดับสูงจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ มีคุณค่า สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีอายุที่ยืนยาวต่อไป

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถพยากรณ์ภาวะพหุพลังได้ถึงร้อยละ 76 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนงเยาว์ มีเทียน¹⁰ ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพหุพลังในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การพึ่งพาตนเอง จิตวิทยา การรับรู้และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ พฤติกรรมทางสุขภาพ ร่วมกันทำนายพหุพลังในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมืองได้ร้อยละ 41.4 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิตินธิ ริชชี และสุภาภรณ์ จอคำอาจ¹¹ ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง และทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ได้ร้อยละ 25 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ยมนา ชนะนิล และคณะ¹² ที่ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับสูง จากผลการวิจัยช่วยให้ทีมสุขภาพได้เข้าใจปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมืองให้ผ่านเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีพหุพลัง ทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับประชาชนกลุ่มนี้เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและมีความสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการส่งเสริมภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุพลังให้กับผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเน้นการสร้างเสริมหรือสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

2. ด้านปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำผลการวิจัยไปช่วยเน้นการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการเป็นสำคัญ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2560.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2562. นครปฐม: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
4. WHO. Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. United Nations. The Sustainable Development Goals for Active Aging [Online]. 2002 [cited 4 May 2023]. Available <https://www.un.org/sustainabledevelopment>
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ดัชนีพลัดพรากผู้สูงอายุไทย (Active Ageing Index of Thai Elderly). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นอลพับลิเคชั่น จำกัด; 2560.
7. สำนักงานสถิติ จังหวัดเชียงใหม่. จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสถิติ จังหวัดเชียงใหม่; 2562.
8. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย; 2560.
9. Cronbach, L. J. Essentials of psychological testing. New York: Harper Collins Publishers; 1990.
10. นงเยาว์ มีเทียน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลัดพรากของผู้ใหญ่วัยกลางคน ในชุมชนเขตกิ่งเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561;41(1):47-55.
11. จิตนธิ ริชชี และสุภาภรณ์ จอคำอาจ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุกิ่งเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2565; 28(2):30-45.
12. ยมนา ชนะนิล และคณะ. ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;30(2):83-92.