

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในชุมชน  
จังหวัดอุบลราชธานี

ยมนา ชนะนิล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เมษายน 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ยมนา ชนะนิล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิณิชชา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



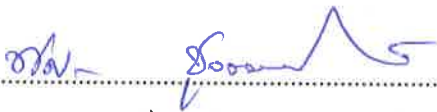
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ)



.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)



.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิณิชชา)



.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....16.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2563

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิจิตร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ให้ข้อเสนอแนะแก้ไข เอาใจใส่ตรวจสอบ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูวรรธนะปกรณ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข และให้แนวคิดต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่งโคม ตลอดจนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนที่ได้ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ขอบคุณครอบครัวสามีมิตรรัก พี่น้องและเพื่อน ๆ ตลอดจนบุคคลอื่น ๆ ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจ กำลังใจ รวมทั้งกำลังทรัพย์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณ ไว้ ณ โอกาสนี้

คุณค่าและประโยชน์ใด ๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทิตาแต่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ยมนา ชนะนิล

58920030: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ: พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ภาวะพหุพลัง/ผู้สูงอายุ

ยมนา ชนะนิล: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี (FACTORS RELATED TO ACTIVE AGEING AMONG COMMUNITY DWELLING OLDER ADULTS IN UBUON RATCHATHANI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรชัย จุลเมตต์, Ph.D., นัยนา พิพัฒน์วิชชา, Ph.D. 104 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

พหุพลังเป็นกระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ในสภาวะสังคมปัจจุบันการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะพหุพลังจึงมีความสำคัญ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบประเมินภาวะพหุพลัง ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88, .95, .80 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 117.16, SD = 13.81$ ) รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพหุพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .24, p = .018, r_s = .53, p < .001, r = .56, p < .001$  และ  $r = .25, p = .013$  ตามลำดับ) อายุ และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ พยาบาลบุคลากรด้านสุขภาพ ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะพหุพลัง ได้แก่ รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพหรือภาวะพหุพลังเพิ่มขึ้น

58920030: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S.

(GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: ACTIVE AGEING/ OLDER ADULTS

YOMMANA CHANANIN: FACTORS RELATED TO ACTIVE AGEING AMONG  
COMMUNITY DWELLING OLDER ADULTS IN UBON RATCHATHANI PROVINCE.

ADVISORY COMMITTEE: PORNCHAI JULLAMATE, Ph.D., NAIYANA PIPHATVANITCHA,  
Ph.D. 104 P. 2020.

Active ageing is processes that lead older adults to have good quality of life that supporting older adults to have active ageing is very important for the current social situation. The objectives of this correlational research were to study the level of active ageing among community-dwelling older adults in Ubon Ratchathani and to study the relationship among the selected factors such as age, education, income, self-care agency, social support, spiritual well-being and the active ageing among community dwelling older adults in Ubon Ratchathani. The sample was 97 older adults in Ubon Ratchathani who were randomly selected by the multi-stage sampling. The research instruments include the interview form of self-care agency, social support, spiritual well-being and the active ageing scale with the reliability coefficient of .88, .95, .80, and .91 respectively. To analyze the data frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson product-moment correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient were employed.

The results of this research showed a high level of active ageing among the community dwelling older adults in Ubon Ratchthani ( $\bar{X} = 117.16$ ,  $SD = 13.81$ ). There was a positive relationship among income, self-care agency, social support and spiritual well-being were related to the active ageing at the .05 level of significance. ( $r_s = .24$ ,  $p = .018$ ,  $r_s = .53$ ,  $p < .001$ ,  $r = .56$ ,  $p < .001$ ,  $r = .25$ ,  $p = .013$  respectively). Age and educational were not related to the level of active ageing at the .05 level of significance.

The results from this study suggested that suggested that there should be a promotion of the health personnel, nurse and the related associate networks in the awareness of the factors which are related to the level of active ageing such promotions are in terms of income, self care agency, social support and spiritual well-being that will enhance them to be the potential older adults or have higher level of active ageing.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	8
สมมติฐานของการวิจัย .....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ภาวะพหุผลพลึง.....	12
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุผลพลึง .....	23
3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	45
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
4 ผลการวิจัย.....	49
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	49

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล.....	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	58
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	64
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	65
บรรณานุกรม .....	66
ภาคผนวก.....	83
ภาคผนวก ก.....	84
ภาคผนวก ข.....	95
ภาคผนวก ค.....	102
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	104

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	50
2	พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลของตัวแปรคัดสรร.....	53
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะพดพปลงของผู้สูงอายุ จำแนกตามมิติรายด้าน.....	54
4	ความถี่ ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับภาวะพดพปลง.....	54
5	ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความผาศูกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุกับภาวะพดพปลง ของผู้สูงอายุ .....	55



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2643 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุจำนวน 962 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าจากปี พ.ศ. 2523 ที่มีผู้สูงอายุจำนวน 382 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2593 จะสูงถึง 2.1 พันล้านคน (United Nation [UN], 2017) ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญนี้เช่นกัน ซึ่งประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 จากประชากรไทย 65.1 ล้านคน เนื่องจากการเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากของประชากรสูงอายุไทย คือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรโดยรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 (ดวงเดือน รัตนมงคลกุล, สมสมัย สังขมณี, สุธีร์ รัตนมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ และศิริดาภัทร สุขฉวี, 2558; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559)

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุทำให้เกิดผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของร่างกาย ปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรังและโรคประจำตัว จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 1.5 อยู่ในสภาวะติดเตียง และผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในห้าหรือร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะติดบ้าน ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 57.8 และปัญหาโรคเรื้อรัง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) สถาบันวิจัยประชากรและสังคมศึกษา พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเองมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2559 คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2580 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ผลกระทบที่ตามมารัฐต้องใช้จ่ายเงินทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพิ่มการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มการจัดบริการทางด้านสุขภาพให้มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนครอบครัวและชุมชน

จำเป็นต้องเพิ่มระบบของการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน (ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล และคณะ, 2558; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ขณะเดียวกันสภาพสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยลง ขาดแคลนผู้ดูแลเมื่อความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกครอบครัว นับตั้งแต่การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา การคงไว้ของรายได้ผู้สูงอายุ ตลอดจนผลที่เกิดต่อพลวัตทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, ม.ป.ป.) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในสังคมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพหรือ มีภาวะพลุดพลัง (Active ageing) จึงมีความสำคัญและจำเป็นในสถานะสังคมปัจจุบัน กล่าวคือ ในระดับบุคคลทำให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพาผู้อื่น และยังทำให้ลดการแยกตัวออกจากสังคม มีความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Penedo & Dahn, 2005) ในระดับสังคม ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ลดจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคง มีสุขภาพดีและมีความกระฉับกระเฉง ลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในด้านรักษา และการบริการสุขภาพ ในชุมชนผู้สูงอายุยังมีส่วนช่วยด้านแรงงานในชุมชน โดยใช้ประสบการณ์ ทักษะและภูมิปัญญาที่สั่งสมมาทำงานเป็นอาสาสมัคร ทำงานต่อเนื่องหลังเกษียณอายุ หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่เอื้อประโยชน์แก่ชุมชน (วิไลพร วงศ์สินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง, 2556)

สำหรับประเทศไทยปัจจุบันแนวคิดพลุดพลังนี้สะท้อนอยู่ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาในเชิงนโยบายระดับชาติ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีการกำหนดมาตรการเพื่อการพัฒนาที่สำคัญ ๆ อาทิเช่น มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสาร และสื่อ มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัย มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553; วลัยพร นันทสุภวัฒน์, 2552) พลุดพลังยังถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายสำคัญในมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ

(กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2561) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระดับภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558; Punyakaew, Lersilp, & Putthinoi, 2019) การส่งเสริมภาวะพดพพลังจึงมีความสำคัญและจำเป็น

ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกให้ความหมายภาวะพดพพลังไว้ว่าเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (World Health Organization [WHO], 2002) ในการคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคคลทางด้านร่างกาย สังคม และ ความผาสุกด้านจิตใจ ขณะเดียวกันมีความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตและคงการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยได้รับการปกป้องการดูแลเมื่อถึงคราวจำเป็น (United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2012) เป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยคาดว่าภาวะพดพพลังเป็นหนทางหนึ่งที่จะแก้ไขปัญหของผลกระทบที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลก (ระวี สัจจโสภณ, 2556) องค์การอนามัยโลกกำหนดกรอบนโยบายพดพพลังบนพื้นฐานหลัก 3 ประการ (WHO, 2002) ได้แก่ 1) สุขภาพ (Health) เป็นปัจจัยหลักของการดำรงความเป็นอิสระ และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 2) การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการดำรงศักยภาพที่จะมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง และ 3) หลักประกันความมั่นคง (Security) เป็นหลักประกันว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะได้รับการปกป้อง การเคารพ และได้รับการดูแลเมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ องค์ประกอบเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีปัจจัยกำหนดภาวะพดพพลัง 6 ด้าน ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและเพศที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) ปัจจัยกำหนดด้านระบบบริการทางสุขภาพและทางสังคม 2) ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม 3) ปัจจัยกำหนดส่วนบุคคล 4) ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และ 6) ปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ (WHO, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพพลัง ดังต่อไปนี้

อายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้นร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง กระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมสะสมของเซลล์ขึ้นเรื่อย ๆ กระทั่งเกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างเป็นลำดับ และอย่างไม่สามารถฟื้นคืนได้ (Whitbourne & Whitbourne, 2011) อายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับ โรคและภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (อาทิตยา สุวรรณ และสุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) อายุจึงเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะสุขภาพ นำมาสู่ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง โดยเฉพาะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาในระดับสูง (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558) มีหลายการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะพดพพลัง โดยผู้สูงอายุที่อายุน้อยจะมีภาวะพดพพลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่อายุ

มาก ทั้งนี้อายุมีผลต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลงไปด้วยจากภาวะสุขภาพ ความสามารถในการเดินและการทรงตัวลดลง รวมทั้งการลดลงของพลังงานสำรองของร่างกาย เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558; Annear et al., 2014; Kaushik, 2016; Salazar, 2017) ในบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างลักษณะของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งจากการศึกษาของ วิลพร วงศ์คินี และคณะ (2556) และ นางเยาว์ มีเทียน และอภิญา วงศ์พิริโยธา (2561) พบว่า อายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ อายุจึงยังคงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

การศึกษา เป็นปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมตามแนวคิดพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลก ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย การศึกษาช่วยเพิ่มทักษะและความเชื่อมั่นต่อความเป็นอิสระของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิต (Kaushik, 2016; WHO, 2002) บุคคลที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสในการเลือกดำเนินชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า เพราะการศึกษาช่วยทำให้บุคคลเป็นผู้ที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้มาก มักให้ความสนใจตัวเองสนใจสถานการณ์รอบตัว (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558; Arpino & Sole-Auro, 2017) ความผิดปกติทางด้านสุขภาพร่างกาย และการสูญเสียสมรรถภาพร่างกายจึงพบได้ในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง (Fernandez-Ballesteros, 2008) การศึกษามีผลโดยตรงต่อแบบแผนทางด้านสุขภาพ และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย การศึกษาช่วยปลูกฝังทักษะ ความรู้ ความสามารถ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ (Arpino & Sole-Auro, 2017) การศึกษายังช่วยสร้างหลักประกันความมั่นคงที่แตกต่างกันในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีหลักประกันความมั่นคงสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย (สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทย์กร, 2559) ทั้งนี้หลายการศึกษาจึงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีภาวะสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558; สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทย์กร, 2559; Arpino & Sole-Auro, 2017; Fernandez-Mayoralas et al., 2015) โดยผู้สูงอายุที่มีจำนวนปีที่ศึกษาในระบบการศึกษาน้อย จะมีภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่จำนวนปีการศึกษาในระบบการศึกษาน้อย (Salazar, 2017) แต่ถึงแม้จากการวิจัยข้างต้นจะพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ในบริบทสังคมที่แตกต่างกันการศึกษายังมีความแตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาของ วิลพร วงศ์คินี และคณะ (2556)

พบว่าการศึกษาไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ การศึกษาจึงยังคงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะพฤติกรรม

รายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจตามแนวคิดพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีเงินเก็บออมเงินจากกองทุนต่าง ๆ และการมีโอกาทำงานอย่างมีศักดิ์ศรีจะช่วยส่งเสริมภาวะพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่ยากจน มีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและทุพพลภาพเพิ่มขึ้น การไม่มีเงินเก็บออม ไม่มีเงินบำนาญ หรือเงินประกันสังคม หรืออยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย หรือรายได้ไม่แน่นอน ส่งผลต่อเรื่องภาวะโภชนาการ ที่อยู่อาศัยและการบริการสุขภาพได้ (Rajola, Frigerio, & Parrichi, 2014; WHO, 2002) มีการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพฤติกรรม ซึ่งผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีภาวะพฤติกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (Annear et al., 2014; Backstrom, 2015; Mapoma, 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และช่วยลดภาวะพึ่งพาได้ และรายได้ยังมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ (Mapoma, 2014) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การมีรายได้สูงจะทำให้มีปัจจัยสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ (วิไลพร วงศ์สินี และคณะ, 2556; สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทย์กร, 2559; WHO, 2014) ถึงแม้หลายการศึกษาจะพบว่า รายได้ เป็นตัวกำหนดภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ แต่จากการศึกษาของ Fernandez-Mayoralas et al. (2015) พบว่า รายได้ไม่ได้เป็นตัวทำนายภาวะพฤติกรรม ทั้งนี้ในบริบทสังคมที่แตกต่างกันรายได้ จึงยังคงจำเป็นต้องทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะพฤติกรรม

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรมตามแนวคิดพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก เป็นศักยภาพของบุคคลที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตแต่ละบุคคลค่านิยมและความเชื่อที่เฉพาะตามบริบททางวัฒนธรรม (Renpenning & Taylor, 2003) สุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักหนึ่งในสามของภาวะพฤติกรรม ความสามารถในการดูแลตนเองจึงมีความเกี่ยวข้องกับภาวะพฤติกรรม จากรายงานการศึกษาของ Japan's International Contribution to Active Aging (Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, 2014) พบว่า การดูแลตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมภาวะพฤติกรรมในผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเองด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตัวเอง ยังผลให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และโรคเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ (McPhee et al. 2016) หากผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ ร่างกายและจิตใจ ยังคงมีศักยภาพ และสามารถเข้าร่วมทำกิจกรรม

ต่าง ๆ ได้สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพดพลงระดับสูง (สุกัจจ์ สดงประกัจจ์สกุล, 2558) ทั้งนี้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับวิธีการดำเนินชีวิตแต่ละบุคคลค่านิยมและความเชื่อที่เฉพาะตามบริบททางวัฒนธรรม การดูแลตนเองจึงยังคงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะพดพลง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมตามแนวคิดพดพลงขององค์การอนามัยโลก เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับพดพลงสุขภาพและก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับบุคคลในการดำเนินชีวิต (Eskin, 2003) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติตามความสัมพันธ์โดยธรรมชาติในการให้ความช่วยเหลือ (Song, Son, & Lin, 2011) เป็นกระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคม (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000; WHO, 2002) ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลและชุมชน ซึ่งหมายรวมถึง เครือข่ายครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และสมาชิกในชุมชน ที่มีอยู่ในช่วงเวลาที่จำเป็นต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (Ozby et al., 2007) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะพดพลง (พริทีย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ, 2552; Paul, Riberio, & Teixeira, 2012; WHO, 2002) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012; Paul et al., 2012) การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคล ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ (ชนะ สมักรการ และสุพัฒนา คำสอน, 2559) เครือข่ายทางสังคมระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันให้การช่วยเหลือ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมเยียน และการให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อภาวะพดพลง (วิไลพร วงศ์สินี และคณะ, 2556; Annear et al., 2014; Lai, Lein, Lau, & Lai, 2016; WHO, 2002) ภายใต้อัฒริวัฒนธรรม ความเชื่อ เอกลัทธิ และบริบททางสังคมที่แตกต่างกันผู้สูงอายุย่อมได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันออกไป การสนับสนุนทางสังคมจึงยังคงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะพดพลง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หรือสูกภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกเป็นสูกใจมีความพอใจ พอเพียง และพอดีในชีวิตปัจจุบัน มีพลังชีวิต เป็นพลังภายในที่ทำให้เกิดแรงขับทางบวกที่ทำให้คนสามารถที่จะดำรง และดำเนินชีวิตต่อไปได้ มีคุณธรรมนำมาซึ่งความดีงามและความมีคุณค่าในตนเอง มีสติ มีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต (พินนภา สดงสาคร, อรพินทร์ ชูชม และพรรณี บุญประกอบ, 2555) จิตวิญญาณของผู้สูงอายุมีความสำคัญในการส่งเสริมภาวะพดพลง ในผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะมองโลกในแง่ดีและยังคงทำกิจกรรม อันเป็นประโยชน์ ในทางกลับกันหากไม่ได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ ไม่ได้รับ

การยอมรับ เคารพ ให้เกียรติ ผู้สูงอายุอาจมีภาวะซึมเศร้า และขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Kavas, 2016) จิตวิญญาณจึงช่วยส่งเสริมให้เกิดภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ (Fereshtehnejad & Lokk, 2014; Kavas, 2016) มีการศึกษาพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีอิทธิพลต่อภาวะพหุพลังซึ่งสามารถอธิบายภาวะพหุพลังได้ร้อยละ 5.49 (Nayak, Buys, & Lovie-Kitchin, 2006) ทั้งนี้จิตวิญญาณเป็นตัวแปรสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ภายใต้วินัย เชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่าง ยังคงเป็นประเด็นที่น่าศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อให้เกิดความชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณกับภาวะพหุพลัง

แม้จะมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังดังกล่าวข้างต้น ภายใต้อุปสรรคและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันยังมีองค์ความรู้เฉพาะกับบริบท และลักษณะพหุพลังแตกต่างกันออกไป (Paul et al., 2012) การจะพัฒนาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับบริบท (ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, 2554) จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีอัตลักษณ์ด้านสถาปัตยกรรม ด้านประวัติศาสตร์ ด้านประเพณีและกิจกรรมทางศาสนาที่น่าสนใจ เช่น ประเพณีแห่เทียนเข้าพรรษาซึ่งเป็นประเพณีคู่บ้านคู่เมือง ที่ก่อให้เกิดการร่วมกิจกรรมทางสังคม การสืบสานประเพณีด้วยความเชื่อศรัทธา จนกลายเป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญของจังหวัด ประเพณีบูชาหลวงปู่ชาวัดหนองป่าพงที่จัดขึ้นเป็นประจำในทุก ๆ ปี ด้วยความเชื่อและศรัทธาในพระพุทธศาสนา มีวัดเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงวิถีชีวิต การดำเนินชีวิตพฤติกรรมและค่านิยม ยังเป็นคงเมืองเก่าแก่ทางประวัติศาสตร์มีสถานที่ท่องเที่ยวที่มีสถาปัตยกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ มีส่วนช่วยพัฒนาด้านจิตใจคนในชุมชน ปลูกฝังค่านิยม คุณธรรมของสังคม (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2554; สุวิษช คุณผล, 2551) จังหวัดอุบลราชธานี มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่โดดเด่น มีมรดกภูมิปัญญาก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ความรู้เรื่องทางวัฒนธรรมและอิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คน ทั้งนี้พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้ โดยมีประชากรสูงอายุจำนวน 235,150 คิดเป็นร้อยละ 12.86 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,828,823 คน สะท้อนให้เห็นการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และแนวโน้มสูงมากขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า จังหวัดอุบลราชธานีจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุบลราชธานี, 2559) จึงเป็นจังหวัดที่มีความน่าสนใจในการศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ข้อมูลผลสรุปที่ชัดเจนตรงตาม



บริบทพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนา และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมภาวะพลพลังของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

### คำถามการวิจัย

1. ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับใด
2. อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี หรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

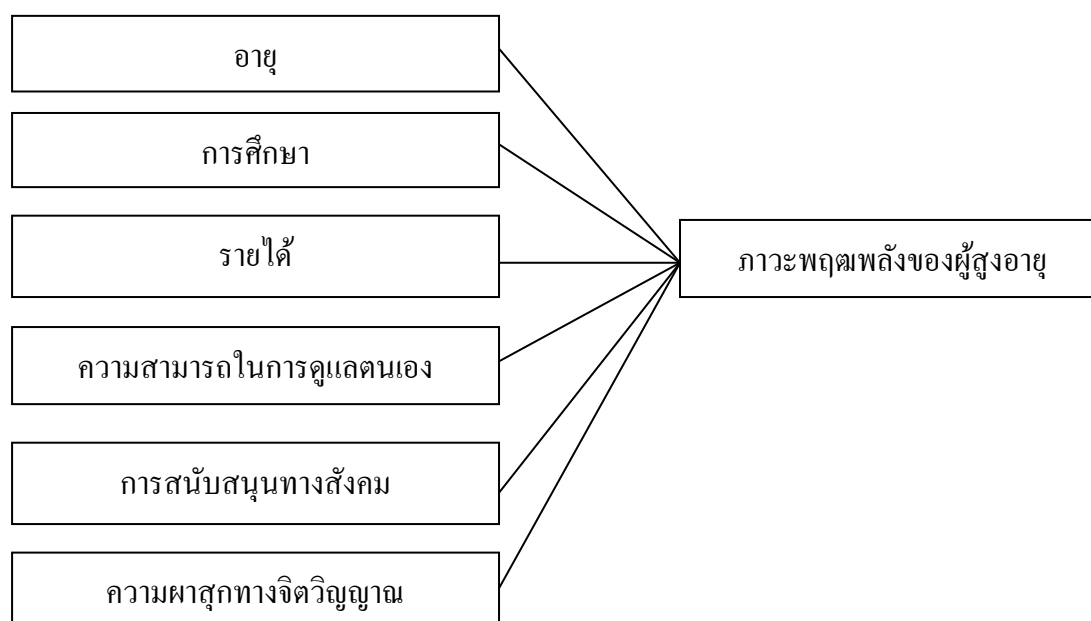
1. เพื่อศึกษาระดับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

### สมมุติฐานของการวิจัย

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
2. การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
3. รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
4. ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
6. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรเพื่อทำการศึกษาวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบนโยบายพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) เป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม จากปัจจัยกำหนดสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยกำหนดด้านระบบบริการทางสุขภาพ และทางสังคม 2) ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม 3) ปัจจัยกำหนดส่วนบุคคล 4) ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และ 6) ปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมมีตัวแปรที่หลากหลาย ผู้วิจัยคัดสรรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในที่นี้มีจำนวน 5 ตัวแปรอยู่ภายใต้ปัจจัยกำหนดพัฒนาพลังตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ 1) อายุ เป็นปัจจัยกำหนดส่วนบุคคล 2) การศึกษา เป็นปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม 3) รายได้ เป็นปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ 4) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม 5) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม และมีจำนวน 1 ตัวแปร คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่คัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรม ดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้นแต่ละตัวแปรมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับภาวะพัฒนาพลัง จึงคาดว่าตัวแปรดังกล่าวทั้ง 6 ตัวแปรจะมีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) กับภาวะพลัดพรกของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำการศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2561 จำนวน 97 คน

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และภาวะพลัดพรก

## นิยามศัพท์เฉพาะ

อายุ หมายถึง จำนวนปีนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนับอายุเต็มปี บริบูรณ์ หากเศษมากกว่า 6 เดือนจะนับเป็น 1 ปี

การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาในระบบการศึกษา

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับต่อเดือนโดยนับเป็นบาท

ภาวะพลัดพรก หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อสิ่งที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการหรือการกระทำกิจกรรมของตนเองที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) สุขภาพ 2) การมีส่วนร่วม 3) หลักประกันความมั่นคง โดยใช้แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ (Active Ageing Scale for Thai people [AAS-Thai]) ของ Thanakwang, Isaramalai, and Hatthakit (2014 a) ประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่ การพึ่งพาตัวเองได้ การร่วมกิจกรรมและการทำประโยชน์ให้สังคม การเจริญทางปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และ การสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อศักยภาพของตนเองเกี่ยวกับการกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สวัสดิภาพของตนและความเป็นอยู่ที่ดี ประเมินได้โดยแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal Self-Care Agency Scale [ASA scale]) ของ นิรนาท วิทย์โชคติคุณ (2534) ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของ Hanucharumkul (1986)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมของตนเอง ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและการเห็นคุณค่า ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเงินทองสิ่งของและแรงงาน ประเมินได้โดยแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ จิวีวรรณ แก้วพรหม (2530)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับคุณค่า ความหมาย  
ของชีวิต ความหมายต่อตนเอง คู่ชีวิต บุตรหลานและบุคคลสำคัญในชีวิต มีเป้าหมายในการดำเนิน  
ชีวิต มีความหวังในชีวิต ยอมรับความจริง มีความเข้มแข็งในจิตใจ เป็นสุขพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่าง  
ของตนเอง มีการรับความรักจากผู้อื่น ได้รับการอภัยและให้อภัยแก่ผู้อื่น ประเมินได้โดยแบบวัด  
ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุ นำไปสู่การพัฒนาได้อย่างตรงตามเป้าประสงค์และสอดคล้องกับบริบท นำไปใช้ในการพัฒนางานส่งเสริมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีสังเขปเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ภาวะพลัดพราก
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพราก
  - 2.1 อายุ
  - 2.2 รายได้
  - 2.3 การศึกษา
  - 2.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง
  - 2.5 การสนับสนุนทางสังคม
  - 2.6 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผู้วิจัยจะนำเสนอแต่ละหัวข้อรายละเอียดตามลำดับดังนี้

#### ภาวะพลัดพราก (Active ageing)

##### 1. ความหมายของพลัดพราก

พลัดพราก เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นจากการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติกว่า 159 ประเทศ ในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศกรอบนโยบายพลัดพราก และให้ความหมาย พลัดพราก ว่าเป็นกระบวนการอันเหมาะสมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีการมีส่วนร่วม และหลักประกันที่มั่นคง ในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย (WHO, 2002) ต่อมาพลัดพราก ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับนานาชาติ โดยการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป ปี ค.ศ. 2012 ประกาศเป็นปี European year of active ageing and intergenerational solidarity กำหนดเป็นเป้าหมายและนโยบายระดับโลก ซึ่งพลัดพรากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Healthy ageing) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful ageing) และผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (Productive ageing) (Fernandez-Ballesteros, Robine, Walker, & Kalache, 2013) พลัดพรากเน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งกิจกรรมทางสังคม

(Social) เศรษฐกิจ (Economic) การเมือง (Civic) วัฒนธรรม (Cultural) จิตวิญญาณหรือความเชื่อ (Spiritual) และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activities) อาจกล่าวได้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมตลอดชีวิต (Engaged in life) (International Council on Active Ageing, 2006)

พหุพลัง เป็นกระบวนการที่จะคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคคล ทางด้านร่างกาย สังคม และความผาสุกด้านจิตใจ ขณะเดียวกันมีความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตและคงการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยได้รับการปกป้อง การดูแลเมื่อถึงคราวจำเป็น (UNECE, 2012)

พหุพลัง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วม และหลักประกันความมั่นคง ในลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การคงกิจกรรมในการดำเนินชีวิต มีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ และการสร้างหลักประกันความมั่นคงไว้สำหรับบั้นปลายชีวิต (Thanakwang et al., 2014 a)

สำหรับประเทศไทย คำว่า Active ageing มีการใช้คำในภาษาไทยแตกต่างกันออกไป เช่น พหุพลัง สูงวัยอย่างมีคุณภาพ และผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ซึ่งการบัญญัติคำของนักวิชาการไทย อาจกล่าวได้ว่ายังให้สำคัญกับสุขภาพกายเป็นหลัก พหุพลังคือการที่ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ คือ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ มีส่วนร่วมในชุมชน หรือสังคมโดยดำรงชีวิตให้เกิดคุณประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม (ปาริชาติ ญาตินิยม, 2547) พหุพลังเป็นความสามารถ ในการดูแลพึ่งตนเองได้ ตลอดจนการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น และสังคม หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและสังคม อีกทั้งการมีอิสระความพอใจ ในชีวิต ตลอดจนการพัฒนาทางจิตใจและปัญญาศักยภาพของผู้สูงอายุไทย พิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยใช้ทักษะความรู้ ความสามารถและภูมิปัญญาของตนให้เป็นประโยชน์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553)

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพหรือมีภาวะพหุพลัง คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีความคล่องแคล่ว ว่องไวสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลและพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมทั้งสมาชิกคนอื่นในสังคม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) เป็นการยังประโยชน์ของผู้สูงอายุอย่างมีความสุข มีการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อตนเอง ครอบครัว ลูกหลาน และต่อสังคม ซึ่งการกระทำนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและภาคภูมิใจ (วัลย์พร นันทสุภวัฒน์, 2552)

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังอธิบายประเด็นสำคัญของภาวะพหุพลังไว้ว่า ภาวะพหุพลัง คือ 1) ความเป็นอิสระ (Autonomy) เกี่ยวกับความสามารถในควบคุม การรับมือกับสถานการณ์ และการตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการดำเนินชีวิต 2) การไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา

(Independence) มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ 3) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ในบริบทของวัฒนธรรม และมีคุณค่าในตนเอง ตรงตามเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง 4) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Healthy life expectancy) สามารถดำเนินชีวิตอยู่โดยสามารถดูแลตนเองได้ (WHO, 2002)

การศึกษาในครั้งนี้ ภาวะพหุผลลึง คือ ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่ 1) การพึ่งพาตัวเองได้ (Being self-reliant) 2) การร่วมกิจกรรม และทำประโยชน์ให้สังคม (Being actively engaged with society) 3) การเจริญทางปัญญา (Growing spiritual wisdom) 4) การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน (Building up financial security) 5) การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Maintaining healthy lifestyle) 6) การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Engaging in active learning) และ 7) การสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา (Strengthening family tie for being cared for in the late life)

## 2. องค์ประกอบของพหุผลลึง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบนโยบายพหุผลลึงขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2002 ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านสุขภาพ หมายถึง สุขภาพร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม (Social well-being) กรอบนโยบายพหุผลลึงด้านสุขภาพมุ่งเน้นและให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการเชื่อมโยงทางสังคม (WHO, 2002) สุขภาพในภาวะพหุผลลึง คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้เหมาะสมกับวัย (ปาริชาติ ญาตินิคม, 2547) สุขภาพเป็นกระบวนการที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ในบั้นปลายชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติที่สำคัญ คือ การมีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจที่เข้มแข็งกรอไปด้วยสติปัญญา การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และการพัฒนาจิตวิญญาณด้านบวก (Thanakwang et al., 2014 a)

กลยุทธ์ที่สำคัญด้านสุขภาพในภาวะพหุผลลึง 3 ประการ ได้แก่ 1) การป้องกันโรค การคัดกรองและการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น 2) การรักษาและการดูแล และ 3) การส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีและกระฉับกระเฉง (Healthy active lifestyles) (Ahtonen, 2012) การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำเพื่อให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และส่งเสริมป้องกันการเกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้สามารถมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้

ลดการพึ่งพาผู้อื่น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและบริการสุขภาพ รวมถึงสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ตามสิทธิและความจำเป็นของตน (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552; WHO, 2002)

2.2 ด้านการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของตน ตามความสามารถ ความต้องการ และความชอบของแต่ละบุคคล (ปาริชาติ ญาตินิยม, 2547; WHO, 2002) การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการร่วมกิจกรรมด้านต่าง ๆ โดยการสร้างนโยบาย และโปรแกรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในด้านตลาดแรงงาน การจ้างงาน การศึกษา สุขภาพ และสังคม ซึ่งจะทำให้สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งกิจกรรมที่ได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ได้รับค่าตอบแทน (WHO, 2002) ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรม หมายถึง กิจกรรมที่ทำร่วมกับ ครอบครัว เพื่อน สังคม และกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติที่สำคัญ คือ 1) การมีส่วนร่วมตลอดชีวิต 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม และ 3) การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ (Thanakwang et al., 2014 a) นโยบายพหุผลพลอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในสหภาพยุโรป ในด้านการมีส่วนร่วม คือ การจ้างงานภายหลังการเกษียณ ขยายระยะเวลาการเกษียณ ปรับเปลี่ยนทัศนคติของนายจ้าง และการส่งเสริมกิจกรรมอาสาภายหลังการเกษียณอายุ (Ahtonen, 2012)

2.3 ด้านหลักประกันความมั่นคง หมายถึง การสร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะได้รับการคุ้มครอง การเคารพให้เกียรติ และได้รับการดูแลเมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้หรืออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (WHO, 2002) โดยการสร้างนโยบายหรือโปรแกรมที่เน้นหลักประกันด้านสังคม การเงินและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัย ตามความต้องการ และสิทธิของบุคคล รวมถึงการให้การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลได้ (Thanakwang et al., 2014 a; WHO, 2002) ความมั่นคงในภาวะพหุผลพล คือ การที่ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจปลอดภัย มีความรู้สึกแน่นอนถึงปัจจัยต่างๆ ในการดำรงชีวิต ซึ่งได้แก่ รายได้ ที่อยู่อาศัยและผู้ดูแล (ปาริชาติ ญาตินิยม, 2547) องค์การอนามัยโลกอธิบายหลักประกันความมั่นคงเพิ่มเติมในแต่ละด้านไว้ ดังนี้ (WHO, 2002)

#### 1. การคุ้มครอง การเคารพให้เกียรติ ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 สังคมปลอดภัย การส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และอยู่ตามลำพัง จัดสวัสดิการทางสังคม ด้านสุขภาพและด้านการเงิน

1.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ HIV สนับสนุนรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม และการมีกองทุนกู้ยืมแก่ผู้สูงอายุ

1.3 การปกป้องคุ้มครองความปลอดภัยจากการรักษาและการใช้จ่ายในผู้สูงอายุ



1.4 ความยุติธรรมทางสังคม ส่งเสริมการได้รับการคุ้มครองตามสิทธิทางกฎหมาย  
ให้มีอิสระและอำนาจในการตัดสินใจ

1.5 ที่พักอาศัย ที่พักอาศัยมีความปลอดภัยเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ กรณีมี ข้อขัดแย้ง  
ในครอบครัวหรือภาวะวิกฤต มีสถานที่ให้ความช่วยเหลือด้านที่พักสำหรับผู้สูงอายุ

1.6 ในสภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ฉุกเฉินมีข้อปฏิบัติเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการ  
คุ้มครอง เช่น การให้บริการขนส่งไปยังศูนย์บรรเทาทุกข์แก่ผู้สูงอายุที่เดินไม่ได้

1.7 การมีกฎหมายคุ้มครองและองค์กรในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม กระทั่ง  
การสร้างตระหนักและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อสาธารณชน

2. การลดความไม่เท่าเทียมและเพิ่มสิทธิที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง การออก  
กฎหมายและบังคับใช้กฎหมายในการป้องกัน เช่น ความรุนแรงต่อเพศหญิง พิธีกรรม ความเชื่อ  
ทางศาสนาที่อันตรายต่อสุขภาพ การสร้างหลักประกันด้านรายได้ในผู้สูงอายุเพศหญิง

### 3. ปัจจัยกำหนดคุณภาพ (Determinants of active ageing)

กรอบนโยบายคุณภาพขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงปัจจัยกำหนดคุณภาพไว้  
6 ด้านด้วยกัน ได้แก่ 1) ปัจจัยกำหนดด้านระบบบริการทางสุขภาพและทางสังคม 2) ปัจจัยกำหนด  
ด้านพฤติกรรม 3) ปัจจัยกำหนดส่วนบุคคล 4) ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) ปัจจัย  
กำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และ 6) ปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยกำหนดเหล่านี้อยู่  
ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และเพศที่แตกต่างกันออกไป รายละเอียดดังนี้ (WHO, 2002)

3.1 ปัจจัยตัดขวาง (Cross-cutting determinants) เป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงซึ่งมีผลต่อ  
กระบวนการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ

3.1.1 วัฒนธรรม (Culture) สังคมวัฒนธรรมหล่อหลอมวิถีชีวิตของบุคคลแต่ละ  
ช่วงวัย วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อทุก ๆ ปัจจัยกำหนดคุณภาพ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต  
และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภายใต้อิทธิพลของวัฒนธรรม และความซับซ้อนของ  
แต่ละกลุ่มชน แต่ละประเทศที่มีค่านิยมทัศนคติ และประเพณีที่แตกต่างกัน (ดวงเดือน  
รัตนมงคลกุล, 2554; WHO, 2002) มีการศึกษาภาวะคุณภาพตามบริบทวัฒนธรรมไทยใน  
มุมมองของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศตะวันตก บางมิติของการสูงวัยอย่างมี  
ศักยภาพในผู้สูงอายุไทย นั้นแตกต่าง โดยเฉพาะมิติความงอกงามทางปัญญา และการเตรียมตัว  
เพื่อความมั่นคงยามชรา (Thanakwang, Isaramalai, & Hatthakit, 2014 b)

3.1.2 เพศ (Gender) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพทางสังคม ในหลาย ๆ สังคม  
ผู้หญิงและผู้ชายมีสถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้การเข้าถึงโอกาสต่าง ๆ ไม่เท่าเทียมกัน

เช่น การศึกษา การทำงาน และรวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (European Union, 2012; Foster & Walker, 2013; WHO, 2002)

3.2 ปัจจัยกำหนดอื่น ๆ (Determinants) ปัจจัยกำหนดอื่น ๆ ที่จะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน (WHO, 2002) ได้แก่

3.2.1 ปัจจัยกำหนดด้านระบบบริการทางสุขภาพและทางสังคม (Determinants related to health and social services systems) ในการพัฒนาพลพลังระบบบริการสุขภาพจะต้องมองสุขภาพตลอดทุกช่วงอายุ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม ในการดูแลเบื้องต้นและการดูแลระยะยาว ระบบการบริการสุขภาพและสังคมต้องบูรณาการผสมผสานอย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ อันเนื่องจากปัจจัยด้านอายุและให้การดูแลโดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (ดวงเดือน รัตนมงคลกุล, 2554) ปัจจัยกำหนดด้านระบบบริการทางสุขภาพและทางสังคม ประกอบด้วย

3.2.1.1 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพลพลังด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและทำให้สุขภาพดีขึ้น (วิไลพร วงศ์คินี และคณะ, 2556)

3.2.1.2 การเข้าถึงบริการการรักษา ในผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ตั้งแต่เริ่มต้นทั้งในระดับปฐมภูมิ และส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ จึงมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดพลพลังด้านสุขภาพ (WHO, 2002)

3.2.1.3 การดูแลระยะยาว เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพลพลังด้านหลักประกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการดูแลระยะยาว หมายรวมถึงระบบสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการครอบคลุมการดูแลทั้งโดยครอบครัวและชุมชน (ดวงเดือน รัตนมงคลกุล, 2554; วิไลพร วงศ์คินี และคณะ, 2556; Ruppe, 2011)

3.2.1.4 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต มีบทบาทสำคัญต่อภาวะพลพลังและมีผลในการดูแลระยะยาว ซึ่งควรให้ความสำคัญและใส่ใจกับความเจ็บป่วยเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม และความเพียงพอของรายได้ในวัยเกษียณ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าทำให้เพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ (WHO, 2002)

3.2.2 ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม (Behavioral determinants) หมายถึง พฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุจะต้องมีการดูแลตนเอง ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมเมื่อเข้าสู่

วัยสูงอายุเพื่อป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย (Alves da Silva et al., 2016; WHO, 2002) ได้แก่

3.2.2.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้นตามปริมาณ และระยะเวลาการสัมผัสบุหรี่ และอาจนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำงาน เนื่องจากบุหรี่มีผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมวลกระดูก (WHO, 2002)

3.2.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระดับปานกลาง จะช่วยชะลอภาวะเสื่อมของร่างกาย และการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุคงอยู่ได้อย่างอิสระไม่พึ่งพาเป็นระยะเวลานานขึ้น ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตใจและการมีส่วนร่วมทางสังคม (WHO, 2002)

3.2.2.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุจะช่วยป้องกันโรคเรื้อรังได้ ขณะเดียวกันหากผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เหมาะสม จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ในที่สุด (WHO, 2002)

3.2.2.4 การดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน เพราะปัญหาสุขภาพภายในช่องปากของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็น ฟันผุ โรคเหงือก และการสูญเสียฟัน ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโภชนาการ ยังผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง (ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, 2554)

3.2.2.5 การดื่มน้ำ การดื่มน้ำในผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมากขึ้น เช่น โรคตับแข็ง (วิไลพร วงศ์คีณี และคณะ, 2556)

3.2.2.6 การไช้ยา ผู้สูงอายุมักมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้รับยาจำนวนมากชนิด บางครั้งมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของยา รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาและการไช้ยาที่ไม่ถูกต้อง จึงมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการไช้ยาได้ง่าย (WHO, 2002)

3.2.2.7 ปัญหาที่เกิดจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Iatrogenesis) ปัญหาที่เกิดจากการวินิจฉัย และการรักษา พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากลักษณะเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคที่เป็น ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดปัญหาจากการรักษาได้ง่าย (WHO, 2002)

3.2.2.8 การให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Adherence) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายรรวมถึงการปรับตัว และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย

3.2.3 ปัจจัยกำหนดส่วนบุคคล (Personal factors) ที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคและการเจ็บป่วยได้ (Alves da Silva et al., 2016; WHO, 2002) ได้แก่

3.2.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพและพันธุกรรม มีผลต่อกระบวนการสูงอายเพราะการสูงอายถูกกำหนดด้วยกระบวนการทางชีวภาพและพันธุกรรม ซึ่งอิทธิพลของพันธุศาสตร์ในการพัฒนาสู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัลไซเมอร์ โรคมะเร็งบางชนิดแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับปัจจัยภายนอกด้านพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม การดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล กล่าวอีกนัยหนึ่งผู้สูงอายุจึงมักมีภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว (WHO, 2002)

3.2.3.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความสามารถทางการคิดและสติปัญญา การรับรู้ความสามารถตนเอง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีการสูญเสียของเหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นตัวทำนายที่สำคัญของภาวะพลัดพราก และการมีชีวิตยืนยาว ความสามารถทางการคิดแม้ว่าจะเสื่อมถอยลงเมื่ออายุสูงขึ้น แต่ก็ทดแทนด้วยความรอบรู้ รอบคอบที่เพิ่มพูนขึ้นตามประสบการณ์ของชีวิต (WHO, 2002)

3.2.4 ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ได้แก่ (Annear et al., 2014; WHO, 2002)

3.2.4.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะพึ่งพิงและไม่พึ่งพิงของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยหรือมีข้อจำกัดทางกายภาพไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นำมาซึ่งปัญหาในการเคลื่อนไหว และส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ หกล้มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะแยกตัว ซึมเศร้า การเข้าถึงหรือการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง หรือทำได้ไม่เต็มที่ (ควงเดือน รัตนะมงคลกุล, 2554; Lin, Chen, & Cheng, 2014)

3.2.4.2 ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย บ้านเรือนที่ปลอดภัยและเพื่อนบ้านที่ดีส่งผลต่อสุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

3.2.4.3 การหกล้ม ซึ่งการหกล้มในผู้สูงอายุส่งผลการบาดเจ็บ ก่อให้เกิดความพิการนำมาสู่ภาวะพึ่งพิง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และอาจส่งผลกระทบต่อขั้นเสียชีวิต

3.2.4.4 น้ำ อากาศ อาหารที่สะอาด และปลอดภัย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทุกช่วงวัยในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ

3.2.5 ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Determinants related to the social environment) การสนับสนุนทางสังคม โอกาสในการศึกษาการเรียนรู้ตลอดชีวิต สภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมและความมั่นคงปลอดภัย ของผู้สูงอายุ (WHO, 2002) ได้แก่

3.2.5.1 การสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม ทั้งอัตราป่วย อัตราตาย และความผาสุกของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสีย สมาชิกครอบครัวและเพื่อนมากกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความขัดแย้งทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย การสนับสนุนให้มีการติดต่อกับสังคม ทำให้เกิดความเข้มแข็งทางอารมณ์ (ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, 2554; WHO, 2002)

3.2.5.2 ความรุนแรง และการทารุณกรรม ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย หรืออาศัยอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความรุนแรง และการทารุณกรรม เช่น การลักทรัพย์ ทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย บาดเจ็บ และสูญเสีย (WHO, 2002)

3.2.5.3 การศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ การศึกษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต จะเพิ่มทักษะและความเชื่อมั่นต่อความเป็นอิสระของชีวิต การศึกษายังเพิ่ม โอกาสในการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำโอกาสเสี่ยงต่อการว่างงาน (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558; Arpino & Sole-Auro, 2017; Fernandez-Mayoralas et al, 2015)

3.2.6 ปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ (Economic determinant) คือ รายได้การทำงาน การคุ้มครองทางสังคม มีผลอย่างยิ่งกับภาวะพลพลง การที่ผู้สูงอายุ มีเงินเก็บออมเงินจากกองทุนต่าง ๆ และการมีโอกาทำงานอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งช่วยส่งเสริมภาวะพลพลง ได้แก่

3.2.6.1 รายได้ ผู้สูงอายุมีภาวะยากจนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และคุณภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งรายได้มีความเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงอาหารและภาวะโภชนาการ ที่อยู่อาศัยและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่มีเงินเก็บออม ไม่มีเงินบำนาญ หรือเงินประกันสังคม หรืออยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ หรือรายได้ไม่แน่นอน มีความเสี่ยงต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งและเป็นคนแรร่ร้อน (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558; Mapoma, 2014)

3.2.6.2 การคุ้มครองทางสังคม ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุ รวมทั้งนโยบายมาตรการต่างในการคุ้มครองผู้สูงอายุ เช่น โครงการเงินบำนาญวัยสูงอายุ การดูแลระยะยาว โปรแกรมประกันภัยผู้สูงวัย นโยบายการส่งเสริมการทำงานในผู้สูงอายุ เป็นต้น (WHO, 2002)

3.2.6.3 การทำงาน ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานตามศักยภาพ ยอมรับความสามารถ และให้ได้รับการตอบแทนที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุทำงานอย่างต่อเนื่อง ในวัยเกษียณ ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการภายในครัวเรือน ทำให้สมาชิกครอบครัววัยแรงงานมีเวลาทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีทักษะและประสบการณ์ ยังคงทำงานแบบอาสาสมัครซึ่งช่วยให้ตัวผู้สูงอายุเองมีส่วนร่วมในสังคมและมีสุขภาพจิตที่ดี ทั้งยังสร้างประโยชน์ต่อสังคมอีกด้วย (ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, 2554; WHO, 2002)

#### 4. การประเมินภาวะพหุพลัง

การประเมินภาวะพหุพลังสามารถประเมินได้โดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์ หรือสอบถามบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือการมีพหุพลัง หรือใช้เครื่องมือที่อยู่ในรูปแบบของแบบสอบถามในการประเมิน จากการทบทวนวรรณกรรม พบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะพหุพลัง ดังนี้

4.1 การประเมินภาวะพหุพลังในงานวิจัยของ Bowling (2008) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการให้ผู้สูงอายุประเมินระดับพหุพลังด้วยตนเอง (Self-rating scale of active ageing) โดยใช้คำถาม 2 ข้อ คือ 1) ตามความคิดของท่าน ท่านคิดว่าพหุพลังคืออะไร 2) ท่านคิดว่าพหุพลังตามความคิดของท่านดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งใด และท่านมีระดับของพหุพลังเป็นอย่างไร ซึ่งคำตอบสามารถเลือกตอบได้ 5 ระดับ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว

4.2 แบบประเมิน Active Aging Scale [ASA] ของ Rantanen et al. (2019) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกระบวนการพัฒนาเครื่องมือโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้ และศึกษาข้อมูลป้อนกลับโดยการทำ Focus groups และมีการศึกษาตรวจสอบวัดซ้ำ (Test-retest study) กับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 235 คน อายุระหว่าง 60-94 ปี ประเทศฟินแลนด์ แบบสอบถามจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ เป้าหมาย (Goals) ความสามารถ (Ability) โอกาส (Opportunity) และการมีกิจกรรม (Activity) ทั้งนี้การประเมินด้านจิตใจแฝงอยู่กับข้อคำถามในแต่ละด้าน แบบประเมินวัดความมุ่งมั่นของผู้สูงอายุในการสร้างความผาสุกผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับเป้าหมาย ความสามารถ และโอกาสของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

4.3 การประเมินพหุพลังในประเทศไทย พบในการศึกษาวิจัยของ สุปราณี แดงวงษ์, ศากุล ช่างไม้, ถัดดาวรรณ เสียงอ่อน และวาริศา เพชรธีรานนท์ (2552) ได้มีการสร้างแบบประเมินพหุพลังของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดตามกรอบนโยบายพหุพลังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ ประเมินพหุพลัง 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 12 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วม 7 ข้อ และด้านความมั่นคง 6 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนสามารถ

เลือกตอบได้ 4 ระดับ แบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือและมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และจากนั้น วิไลพร วงศ์คีณี และคณะ (2556) ได้ปรับภาษาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนปลายอายุ 40-59 ปี จำนวน 398 คน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

4.4 แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทย (Active Ageing Scale for Thai people [AAS-Thai]) ของ Thanakwang et al. (2014 a) ซึ่งพัฒนานำขึ้นภายใต้กรอบพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ร่วมกับแนวคิดผู้สูงอายุเชิงบวกเป็นฐานในการออกแบบและทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พัฒนาเครื่องมือขึ้นให้เฉพาะเจาะจงกับบริบทวัฒนธรรมไทย มีการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินทั้งหมด 3 ระยะ รวม 8 ขั้นตอน วิเคราะห์องค์ประกอบหลักของเครื่องมือโดยการหมุนแกนด้วยวิธีเวรีแมกซ์ (Varimax method) ประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่ การพึ่งพาตัวเองได้ การร่วมกิจกรรมและการทำประโยชน์ให้สังคม การเจริญทางปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา จำนวน 36 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง (CVI = .91) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95

4.5 ประเมินตามตัวชี้วัดและดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการวัดภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ ซึ่งมีจัดทำขึ้นโดยองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องทั่วโลกและมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศตามรายงานการวิเคราะห์ 2018 Active ageing index analytical report โดย United Nations Economic Commission for Europe (UNECE, 2019) สำหรับประเทศไทยมีการจัดทำ Active ageing index of Thai elderly โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์ประกอบ (Composite index) ของดัชนีชี้วัดมาจาก ดัชนีย่อย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ซึ่งมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง 6 ตัวชี้วัด ด้านการมีส่วนร่วม (4 ตัวชี้วัด) ด้านความมั่นคง (4 ตัวชี้วัด) และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพัฒนาพลัง (2 ตัวชี้วัด) ซึ่งค่าดัชนีพัฒนาพลังและดัชนีองค์ประกอบแต่ละด้านที่ได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ในการแปลความหมาย หากค่าดัชนีที่ได้มีค่าเข้าใกล้ 1 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ แต่หากมีค่าเข้าใกล้ 0 จะมีความหมายในทางตรงกันข้ามหรือมีความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2560)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทย (Active Ageing Scale for Thai people [AAS-Thai]) ของ Thanakwang et al. (2014 a) ซึ่งมี

ความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือแบบประเมินดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้น ภายใต้กรอบเหตุผลขององค์การอนามัยโลก และมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทวัฒนธรรมไทย และที่สำคัญคือการมองถึงมิติการเจริญทางปัญญา (Spirituality) ที่พบว่าในผู้สูงอายุไทยกับ ประเทศตะวันตกมีความแตกต่าง รวมทั้งมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่เชื่อถือได้

จากข้อมูลข้างต้นที่องค์การอนามัยโลกได้มีนโยบายมุ่งสร้างเหตุผลให้กับประชากร โลกให้เข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ เป้าหมายหลักสำคัญคือ การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ ดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ มีส่วนร่วมในทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และมีความมั่นคงในชีวิต ภายใต้องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ด้าน คือ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และหลักประกัน ความมั่นคง ทั้งนี้มีปัจจัยกำหนดเหตุผล 6 ด้านด้วยกัน ได้แก่ 1) ปัจจัยกำหนดด้านระบบบริการ ทางสุขภาพและทางสังคม 2) ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม 3) ปัจจัยกำหนดส่วนบุคคล 4) ปัจจัย กำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และ 6) ปัจจัย กำหนดด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยกำหนดเหล่านี้ขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม และเพศ ที่แตกต่างกัน ออกไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลาย ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหตุผล ซึ่งมีการ ศึกษาวิจัยทั้งที่สอดคล้องและแตกต่างกันออกไป เพื่อให้เกิดความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบท ในการที่จะพัฒนาภาวะเหตุผล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยที่จะทำการศึกษาเพื่อหา ความสัมพันธ์กับภาวะเหตุผล ความสำคัญและรายละเอียดของแต่ละตัวแปรดังจะกล่าวในหัวข้อ ต่อไปนี้

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหตุผล

จากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบนโยบายเหตุผลขององค์การอนามัยโลกเป็น แนวทางในการทบทวนวรรณกรรมคัดสรรปัจจัยเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์กับภาวะเหตุผลในการ วิจัยครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ รายละเอียดดังนี้

#### 1. อายุ (Age)

อายุเป็นช่วงเวลาของการดำรงชีวิตอยู่ของบุคคลเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงเวลาที่กล่าวถึง ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทาง ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ อายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับ โรคและภาวะเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุ (อาทิ ตา ตู รรณ และ สุธธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) อายุยังมีความเกี่ยวเนื่องกับ การเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโดยเมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการเผชิญปัญหาจะลดลง (สิริภิญญา ศิริสม, เขียมจิต แสงสุวรรณ และจิตภินันท์ ศรีจักร โคตร, 2556) อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ



ภาวะพหุพลัง โดยอายุที่มากขึ้นผู้สูงอายุมีภาวะพหุพลังลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะกิจกรรมในชีวิตประจำวันส่งผลให้เกิดการพึ่งพาในระดับสูง (สุกัจจ์ย์ แสงประจักษ์สกุล, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Annear et al. (2014) พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลัง ซึ่งอายุมีผลต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆจะลดลงไปด้วย จากภาวะสุขภาพ ความสามารถในการเดิน และการทรงตัวลดลง รวมทั้งการลดลงของพลังงานสำรองของร่างกาย เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง ผู้สูงอายุที่อายุน้อยจะมีภาวะพหุพลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก (Salazar, 2017)

## 2. รายได้ (Income)

จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุสิ่งหนึ่งที่ปฏิเสธไม่ได้คือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อสมรรถภาพร่างกาย ความสามารถในการทำงานลดลง นำมาสู่การสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญที่มีความเกี่ยวเนื่องกับรายได้ในผู้สูงอายุ (Backstrom, 2015) คือ 1) สภาวะเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรังทำให้สมรรถภาพร่างกายลดลงเป็นอุปสรรคต่อการทำงานบางอย่าง และ 2) บทบาทหน้าที่การเกษียณอายุ จากเคยมีรายได้ประจำจากงานที่ทำเมื่อเกษียณอายุทำให้รายได้ลดลง จากการวิเคราะห์ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2559 ของ สุวิชา เป้าอารีย์ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.20 ไม่ได้ทำงาน ยังคงทำงานอยู่เพียงร้อยละ 23.12 ทั้งนี้เหตุผลโดยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานเนื่องจากอายุมากสุขภาพไม่ดีจากการเกษียณอายุ บุตรหลานไม่ต้องการให้ทำงาน และร้อยละ 2.28 เพราะไม่มีใครจ้างงาน แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ มาจากบุตรหลาน รายได้จากการลงทุนและสินทรัพย์ เงินบำนาญ และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

รายได้เป็นปัจจัยกำหนดภาวะพหุพลังตัวหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงโลกได้ระบุไว้ภายใต้ปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย มีเงินเก็บออมเงินจากกองทุนต่าง ๆ และการมีโอกาสทำงานอย่างมีศักดิ์ศรี จะช่วยส่งเสริมภาวะพหุพลัง ในทางตรงกันข้ามในผู้สูงอายุที่ยากจนมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและทุพพลภาพเพิ่มขึ้น การไม่มีเงินเก็บออม ไม่มีเงินบำนาญ หรือเงินประกันสังคม หรืออยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ รายได้ไม่แน่นอน ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัยและการบริการสุขภาพได้ (Rajola et al., 2014; WHO, 2002)

รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะพหุพลัง ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีภาวะพหุพลังมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (Backstrom, 2015) จากการศึกษาของ

Mapoma (2014) เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในสาธารณรัฐแซมเบีย พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดภาวะพดพหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และช่วยลดภาวะพดพได้ รายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ( $r = .07$ ) และรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .17$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทยากร (2559) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลัง โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านสุขภาพ ( $r = .13$ ) ด้านการมีส่วนร่วม ( $r = .15$ ) หลักประกันความมั่นคง ( $r = .22$ ) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน รายได้เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ (วิไลพร วงศ์คินี และคณะ, 2556) ถึงแม้หลาย ๆ การศึกษาจะพบว่า รายได้เป็นตัวกำหนดภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุแต่จากการศึกษาของ Fernandez-Mayoralas et al. (2015) พบว่า รายได้ไม่ได้เป็นตัวทำนายภาวะพดพหลัง ทั้งนี้ในบริบทสังคมที่แตกต่างกันรายได้จึงยังคงจำเป็นต้องทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลัง

### 3. การศึกษา (Education)

การศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดภาวะพดพหลังตัวหนึ่งที่ยังคงการอนามัยโลกได้ระบุไว้ภายใต้ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ที่จะส่งผลกระทบต่อความร่วมมือและความมั่นคงปลอดภัย กล่าวว่าการศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ การศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จะช่วยเพิ่มทักษะและความเชื่อมั่นต่อความเป็นอิสระของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิต (WHO, 2002) การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีความสำคัญในผู้สูงอายุ ความผิดปกติทางด้านสุขภาพร่างกาย และการสูญเสียสมรรถภาพร่างกายพบในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง ซึ่งสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะพดพหลัง (Fernandez-Ballesteros, 2008)

การศึกษาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลัง ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีภาวะพดพหลังแตกต่างกัน (สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทยากร, 2559; Arpino & Sole-Auro, 2017) ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้ภาวะพดพหลังมากขึ้น (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558) ผู้สูงอายุที่จำนวนปีที่ศึกษาในระบบการศึกษามาก จะมีภาวะพดพหลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่จำนวนปีที่ศึกษาในระบบการศึกษาน้อย (Salazar, 2017) ทั้งนี้จากการศึกษาของ Fernandez-Mayoralas et al. (2015) พบว่า การศึกษาร่วมกับการมีกิจกรรมกับเพื่อนและคนในครอบครัว สามารถทำนายภาวะพดพหลังได้ร้อยละ 50 ( $R^2 = .50$ ) และจากการศึกษาของ Arpino and Sole-Auro (2017) เกี่ยวกับการศึกษากับภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุชาวยุโรป พบว่า การศึกษา

มีผลโดยตรงต่อแบบแผนทางด้านสุขภาพ และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ การศึกษาช่วยปลูกฝังทักษะ ความรู้ ความสามารถ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งหลายกิจกรรมอาจจำเป็นต้องใช้สติปัญญาความสามารถ การตัดสินใจ หรือการแก้ไขสถานการณ์ การดำเนินชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง (Lifestyle activity) มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุจึงมีความเกี่ยวข้องกับสติปัญญาหรือความสามารถในการรับรู้ของผู้สูงอายุด้วย (Parisi et al., 2012) บุคคลที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสในการเลือกดำเนินชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า เพราะการศึกษาช่วยทำให้บุคคลยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้มาก มักเป็นผู้สนใจตัวเอง สนใจสถานการณ์รอบตัว สามารถประเมินและแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ พฤติกรรมนี้จะสืบเนื่องไปจนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค้นคว้าจะสามารถนำความรู้และประสบการณ์ของตน มาปรับใช้กับตัวเองรวมทั้งบุคคลรอบตัว และเป็นผู้ที่มีโลกทัศน์กว้างต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาต่ำ (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558) ทั้งนี้ถึงแม้จากการวิจัยข้างต้นจะพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดหลังแต่ในบริบทที่แตกต่างการศึกษามีความแตกต่างกัน การศึกษาจึงยังคงจำเป็นต้องทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะพลัดหลัง

#### 4. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

##### 4.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลตัวเอง (Self-care) เป็นความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาสุขภาพ และรับมือกับความเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มี การสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2014) การดูแลตัวเองเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาสมรรถภาพร่างกาย เพื่อให้มีอายุยืนยาวมากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลตนเอง หมายถึง การดูแลตนเองทั่วไปในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร ชักผ้า การแต่งกาย การใช้โทรศัพท์ และการดูแลสุขอนามัยของตนเอง การดูแลกรณีเจ็บป่วยอาจหมายถึง การรับประทานยา การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสูงสุดของบุคคล (O'Toole, 2012) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมของบุคคลที่แตกต่างกันออกไปในการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Orem, 2011)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำการเพื่อการดูแลตนเองทั่วไปและผลกระทบจากปัจจัยพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็น อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ครอบครัว ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่จำเป็น (Orem, 2011) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถของบุคคล

ในการตอบสนองความต้องการอย่างต่อเนื่องในการดำเนินชีวิต การดูแล ส่งเสริมและรักษา ความสมบูรณ์เกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ (Sousa, 2002) ซึ่งมีคุณลักษณะ 4 ประการ ได้แก่

1. ความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive capabilities) เป็นความสามารถในการ ประเมิน พิพากษ์ และการตัดสินใจ
2. ความสนใจส่วนบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ
3. ความสามารถทางด้านร่างกาย และความสามารถทางจิตสังคมในการดูแลตนเอง
4. ความสามารถส่วนบุคคลที่จะดำเนินการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ศักยภาพของบุคคล เกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมที่กระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั่วไป ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สวัสดิภาพของตน และความเป็นอยู่ที่ดี

#### 4.2 ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะพลัดพราก

Orem (2001 อ้างถึงใน ทวีพร เตชะรัตนมณี, 2547) กล่าวว่า การที่บุคคล จะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลตนเองที่ เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเอง ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง กับความต้องการการดูแลตนเอง และนำไปสู่ความผาสุก (Well-being) ซึ่งการดูแลตนเองของ บุคคลจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ เมื่อบุคคลกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้อง มีความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับการความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่ออายุมากกว่า 75 ปี (Soderhamn, 2000) ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัย ส่วนบุคคล เกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา รายได้ ปัจจัยด้านสังคม การสนับสนุนทางสังคมทำให้ ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐาน จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งด้าน วัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ อันนำมาซึ่งการดำรงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเอง เป็นต้น(พรพรรณ โรจนัตระกูล, 2555; Burnette, Mui, & Zodikoff, 2004)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรมตามแนวคิด พลัดพรากขององค์การอนามัยโลก เป็นศักยภาพของบุคคลที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองขึ้นอยู่กับวิธีการดำเนินชีวิตแต่ละบุคคลค่านิยมและความเชื่อที่เฉพาะตามบริบท

ทางวัฒนธรรม (Renpenning & Taylor, 2003) จากรายงานการศึกษา Japan's international contribution to active aging (Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, 2014) การดูแลตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุซึ่งกล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตัวเอง ยังผลให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สุขภาพ เป็นองค์ประกอบหลักหนึ่งในสามของภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองจึงมีความเกี่ยวข้องกับ ภาวะสุขภาพโดยตรง (Ferreira et al., 2012) ผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ ร่างกาย และจิตใจ จึงยังคงมีศักยภาพและสามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุมี ภาวะสุขภาพระดับสูง (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558) ทั้งนี้ถึงแม้จากการวิจัยข้างต้น จะพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแต่ในบริบทที่แตกต่าง การดูแลตนเองของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยที่ต่างกัน ความสามารถในการดูแล ตนเอง จึงยังคงจำเป็นต้องทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

#### 4.3 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการประเมินศักยภาพของบุคคล เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมหรือการกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นพื้นฐาน เครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองมีที่นักวิชาการหลายท่านสร้างขึ้นจาก แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม (Gast et al., 1989) โดยประเมินระดับของคุณสมบัติพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการ และมีความเชื่อว่าการดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแล ตนเองแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแล ตนเอง ได้แก่ The Exercise of Self-care Agency [ESCA], The Denyes Self-care Agency Instrument [DSCAI], The Self-As-Carer Inventory [SCI], และแบบประเมิน The Appraisal of Self-care Agency Scale [ASAS] เน้นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Damasio & Koller, 2013) ทั้งนี้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองฉบับภาษาไทยใช้กัน แพร่หลาย ได้แก่

1. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองฉบับภาษาไทย (Self-as-carer inventory Thai version [SCIT]) ของ แสงอรุณ อิศระมาลัย (2545 อ้างถึงใน ชิวสา ลิวิธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา, 2551) ประกอบด้วยคำถาม 40 ข้อ 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านการตระหนักถึง ความสำคัญในการดูแลตนเอง และด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี

โดยมีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง .94-.96 และ ชิวาสา ลีวัธนะ และคณะ (2551) นำมาปรับใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดหัวใจ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

2. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของ Hanucharurnkul (1986) ที่ได้พัฒนาจากแบบประเมิน The Appraisal of Self-care Agency Scale [ASAS] ของ Evers et al. (1986) สร้างขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ ซึ่งมีการปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับรังสีรักษา และมีการนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย ทั้งนี้ นิรินาท วิทโยชกิติคุณ (2534) ได้นำมาปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินผู้สูงอายุโดยปรับความซับซ้อน และยากต่อความเข้าใจของข้อคำถาม ปรับข้อคำถามที่เป็นด้านลบจากจำนวน 9 ข้อ ให้เหลือเพียง 1 ข้อ ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ นิรินาท วิทโยชกิติคุณ (2534) เนื่องจากมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการประเมินผู้สูงอายุและมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่เชื่อถือได้

## 5. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

### 5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับบุคคลในการดำเนินชีวิต การขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาทางจิตใจหลายอย่าง เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล (Eskin, 2003) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิตใจ ช่วยป้องกันผลกระทบที่เกิดจากภาวะทางด้านจิตใจ ภาวะเครียด (Ozbay et al., 2007) มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างแตกต่างและหลากหลาย ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลและชุมชน หมายถึง เครือข่ายครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านและสมาชิกในชุมชน ที่มีอยู่ในช่วงเวลาที่จำเป็นต้องการช่วยเหลือสนับสนุน ทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และทางการเงิน (Ozbay et al., 2007) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติตามความสัมพันธ์โดยธรรมชาติในการให้ความช่วยเหลือ (Song et al., 2011) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการ

ที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่อาจทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น

(Cohen et al., 2000)

การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 มิติด้วยกัน ได้แก่ มิติโครงสร้าง หมายถึง ขนาด และความถี่ของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมิติทางอารมณ์ หมายถึง ความรัก และการเอาใจใส่ การให้สิ่งของ บ่งบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ ซึ่งมีความสำคัญทั้งสองมิติ (Charney, 2004) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981 cited in Wei & Wang, 2009) มีองค์ประกอบ 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ความรู้สึกห่วงใยรัก และผูกพัน เห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ (Instrumental support) และกระทำ เพื่อช่วยเหลือ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) รวมถึงการชี้แนะ การให้คำปรึกษา
4. การสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (Appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับการเห็นพ้องหรือให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังแบ่งรูปแบบความสัมพันธ์ออกเป็น 3 รูปแบบ (Williams & Dilworth-Anderson, 2002) ได้แก่

1. แบบไม่เป็นทางการ (Informal support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพัน ความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบ และไม่ต้องใช้เงินเป็นการแลกเปลี่ยน เช่น การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน
2. แบบเป็นทางการ (Formal support) เป็นการสนับสนุนที่มาจากองค์กรหน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งของรัฐบาลและเอกชน
3. ความสัมพันธ์ทางศาสนา (Church social support) ซึ่งศาสนาจะช่วยสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้สามารถผ่านวิกฤตต่าง ๆ ไปได้

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือที่ได้รับจาก เครือข่ายทางสังคม ดูแลเอาใจใส่และให้ความรัก ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ตามความต้องการ เพื่อให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและมีความสุข ซึ่งประกอบด้วยมิติทางด้าน อารมณ์ การยอมรับยกย่องและการเห็นคุณค่า การยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านเงินทองสิ่งของและแรงงาน ทั้งการสนับสนุนแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

## 5.2 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะพหุพลัง

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า การให้ความช่วยเหลือ ในด้านต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การให้เวลา การให้ข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ การยอมรับ ยกย่อง และการเห็นคุณค่าในสิ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสม (จตุรงค์ บุษยรัตน์สุนทร และเบญจพร บัวสำลี, 2558) รวมทั้งการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือการที่รัฐต้องมีมาตรการต่าง ๆ เพื่อปกป้องผู้สูงอายุ ให้ออกห่างจากความทุกข์ยาก ทางเศรษฐกิจและสังคม อันเนื่องมาจากการขาดรายได้หรือการมีรายได้น้อยลง การคุ้มครองทางสังคม บางครั้งได้รับการนิยาม ที่มีความหมายกว้างขวาง ครอบคลุมโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ใช้หลักการ ในการป้องกันและปกป้องคนยากจนและอ่อนแอ ที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ โดยการคุ้มครองทางสังคม และการประกันสังคมจะช่วยปกป้องให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในภาวะวิกฤต ซึ่งหมายรวมถึงคนในครอบครัวและปัจเจกบุคคล ที่ได้รับผลกระทบจากการคุกคามต่าง ๆ ให้ได้รับการคุ้มครองปกป้องและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้นานที่สุด (จตุรงค์ บุษยรัตน์สุนทร และเบญจพร บัวสำลี, 2558)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยกำหนดภาวะพหุพลังตัวหนึ่ง ที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ภายใต้ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมและความมั่นคงปลอดภัย (WHO, 2002) การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุเอง โดยการสมัครใจ การช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมเยียน ส่งเสริมให้เกิดผู้ดูแลหลากหลายช่วงวัย และการให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เหล่านี้กำหนดลักษณะภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ (วิลพร วงศ์คีณี และคณะ, 2556; Annear et al., 2014; WHO, 2002) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บทบาทของครอบครัวที่สมบูรณ์ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจ และการสนับสนุนสัมพันธ์ภาพทางสังคม ระหว่างครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่ไว้ใจช่วยส่งเสริมภาวะพหุพลัง ของผู้สูงอายุ (วิลพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552; Paul et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Annear et al. (2014) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพหุพลัง พบว่า ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ คือ เครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมตามวิถีชุมชน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะของการจัดกิจกรรมทางสังคม ที่หลากหลายเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ช่วยส่งเสริมภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ (Kaushik, 2016; Smith, Banting, Eime, O'Sullivan, &



Uffelen, 2017) โดยผู้สูงอายุสามารถเลือกกิจกรรมที่ตนเองถนัดตามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง เช่น การเป็นที่ปรึกษาขององค์กรหรือหน่วยงาน (Kaushik, 2016) จากการศึกษาของ Lai et al. (2016) พบว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะพดพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .12$ ) การสนับสนุนจากชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะพดพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .15$ ) ในบริบททางสังคมที่แตกต่างผู้สูงอายุยอมได้รับการสนับสนุนที่แตกต่างออกไป และสังคมวัฒนธรรม (Socio-cultural) มีอิทธิพลต่อภาวะพดพลง (Annear et al., 2014) จึงยังมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาให้สอดคล้องในแต่ละบริบท

### 5.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลายของแนวคิด และมีหลายองค์ประกอบ มีแนวคิดที่นิยมนำมาศึกษา คือ 1) การประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (Main effect/ direct effect) ประเมินการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หรือขนาดของเครือข่ายทางสังคม (Network size) 2) การประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยอ้อม (Indirect effect) ต่อสุขภาพหรือการประเมินการรับรู้ถึงการกระทำเพื่อสนับสนุน (Supportive actions) ให้บุคคลนั้นปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ (Lakey & Cohen, 2000) การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งที่เฉพาะเจาะจงกับโรคต่าง ๆ และการประเมินการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป เช่น

#### 1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The Norbeck Social Support

Questionnaires [NSSQ] ของ Norbeck (1984) ใช้แนวคิดของ Kahn (1979 อ้างถึงใน Norbeck, 1984) ซึ่งเชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยขนาดของเครือข่ายทางสังคมหรือระยะเวลาของสัมพันธภาพ การเข้าถึงหรือความถี่ของการติดต่อ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพ มีการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า และด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

#### 2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The Personal Resources Questionnaire

[PRQ] ของ Weinert (1984) เป็นเครื่องมือที่วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อคำถามให้อธิบายสถานการณ์ที่ได้รับ ความช่วยเหลือ บอกเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและความพึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับ ส่วนที่ 2 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 25 ข้อ วัดระดับการรับรู้ทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับความผูกพัน การมีส่วนร่วมในสังคม การได้มีโอกาสดูแลหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การได้รับขวัญกำลังใจหรือการยอมรับ และการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ในปัจจุบันมีการ

นำไปใช้และถูกแปลเป็นหลายภาษา เช่น ไทย ญี่ปุ่น จีน เกาหลี สเปน ซึ่ง Tawalbeh and Ahmad (2013) ศึกษาเพิ่มเติมพบว่า การใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภูมิหลังทางวัฒนธรรมของประชากรที่แตกต่างกันด้วย

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ของ Sarason, Levine, Basham, and Sarason (1983) แบบสอบถามจำนวน 27 ข้อ วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อการได้รับสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม ส่วนที่ 2 สอบถามความพึงพอใจที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม และต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบของการประเมินแบบสั้น ๆ เรียกว่า Social Support Questionnaire-shortened version (Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987) ได้แก่ SSQ3, SSQ6

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Kaplan, Cassel, and Gore (1977) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ตามแนวคิดของ Cobb (1976 อ้างถึงใน Kaplan et al., 1977) แปลเป็นภาษาไทยและปรับใช้ให้มีความเหมาะสมกับประชากรไทย โดย จวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ครอบคลุมการประเมินการได้รับตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การตอบสนองความต้องการด้านการได้รับการยอมรับ การตอบสนองในฐานะการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน ซึ่งเครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ การพยาบาล และผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะจิตสังคมและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 14 ท่าน ถูกนำมาใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ได้มีการนำมาใช้ประเมินวัดการสนับสนุนทางสังคมอย่างกว้างขวาง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ซึ่งมีความเหมาะสมกับการประเมินในผู้สูงอายุและมีค่าความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้

## 6. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being)

### 6.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณมีความหมายหลากหลายขึ้นกับวัฒนธรรม มีนักวิชาการในหลายสาขาได้นำคำว่า จิตวิญญาณไปสื่อความหมายถึง ความรัก ความศรัทธา ศูนย์กลางของความสามัคคี แก่นหลักหรือคุณค่าแท้ ที่มีต่อบุคคล องค์กร อาชีพ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) จิตวิญญาณมีความสำคัญ ในการดำเนินชีวิตมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งเหนือธรรมชาติ

(Eliopoulos, 2014) มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของบุคคล ในบริบททางวัฒนธรรม และศาสนาที่แตกต่างกัน เป็นการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต คุณค่าของตนเองและผู้อื่น ตลอดจนสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ต้องสูญเสีย (Jernigan, 2001) สามารถเผชิญปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ (Cohen & Koenig, 2003) จิตวิญญาณเป็นแรงขับหรือ ความปรารถนาภายในที่ทำให้บุคคลมีความหมาย มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อ ความสำเร็จในชีวิต (Dombeck & Karl, 1987 อ้างถึงใน ทศนีย์ ทองประทีป, 2552) ในวัฒนธรรมไทย จิตวิญญาณ คือ คุณค่าสูงส่ง ที่เกี่ยวกับบาปบุญคุณโทษ อุดมคติ อุดมการณ์ หรือความดี คุณค่าเหล่านี้ มีพลังที่จะช่วยสรรค์สร้างสภาวะที่สมบูรณ์แก่ทั้งบุคคล องค์กรและสังคม (ประเวศ วะสี, 2543)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีนักวิชาการบางกลุ่มเรียกอีกอย่างว่า สภาวะทางจิต วิญญาณ หรือสภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Spiritual well being ซึ่ง Paloutzian and Eillison (1982 อ้างถึงใน กนิษฐา ลิ้มทรัพย์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา, 2557) ได้ให้ความหมายว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลว่าสามารถดำเนินชีวิต ไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและมีความสำเร็จที่ตั้งใจไว้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสภาวะทางจิตวิญญาณของ พิณนภา แสงสาคร และคณะ (2555) ได้ให้ความหมายของ สภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะจิตที่มีความสุขมีความสงบเย็น เป็นความสุขความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว และมีพรหมวิหาร 4 มีเป้าหมาย และสามารถบรรลุเป้าหมายของชีวิตเห็นคุณค่าในตนเอง และยอมรับในตนมีอิสระให้อภัยตนเอง และผู้อื่นตลอดจนดำรงชีวิตอยู่อย่างผาสุก มีปัญญา เข้าใจธรรมชาติของชีวิต รับรู้สภาพ ตามความเป็นจริง เข้าใจถึงกฎของธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลง มีการรู้แจ้งเห็นจริง จิตมี คุณภาพอันเป็นความรู้สึกหรือการกระทำที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบและความเกี่ยวพันกับ กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งจะต้องประกอบด้วยความอดทนความเข้มแข็งทางกาย และทางใจ ความหวังการควบคุมดูแล การตัดสินใจและเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายตลอดจนพร้อมเผชิญกับความ เปลี่ยนแปลงอย่างก่อให้เกิดคุณค่าและไม่รู้สึกหวั่นวิตกใด ๆ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ หมายถึง สภาวะที่ผู้สูงอายุรับรู้ความหมาย และมีเป้าหมายในชีวิต เห็นคุณค่าของชีวิต พึ่งพอใจในธรรมชาติ ความจริงของชีวิตพึ่งพอใจใน ศาสนาที่ตนนับถือ มีสิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจที่ทำให้รู้สึกมีพลัง มีชีวิตชีวา มีความหวัง ความสงบสุข ภายในจิตใจ มีความเสียสละเมตตากรุณา มีความหวัง มีความสร้างสรรค์ ไม่เห็นแก่ตัว ให้ความรัก และได้รับความรัก ให้ความไว้วางใจให้อภัยต่อตนเองและผู้อื่น (กนิษฐา ลิ้มทรัพย์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา, 2557) ความต้องการทางจิตวิญญาณนี้ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองจะช่วยให้เกิดผลดีต่อ

สุขภาพ บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่มีคุณธรรมจริยธรรม และสามารถควบคุมจิตของตนให้มีสมาธิ สามารถใช้สติปัญญาในการแสวงหาความรู้ และแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผลสงบเยือกเย็น สมหวังใบบนน้ำสาดชื่นมีกำลังใจที่เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญหรือดำเนินชีวิตไปข้างหน้าอย่างมั่นใจ (พัชนี สมกำลัง และมาริสา ไกรฤกษ์, 2552) ซึ่งองค์ประกอบความผาสุกทางจิตวิญญาณ มี 4 องค์ประกอบ (พัชนี สมกำลัง และมาริสา ไกรฤกษ์, 2552) ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบภายในบุคคลเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในบุคคลการแสวงหาความหมายของชีวิตการตระหนักรู้ในตนเองความรู้สึกลึกมีเอกลักษณ์เฉพาะตนความชื่นชมยินดีในชีวิตและมีสันติสุขภายใน
2. องค์ประกอบระหว่างบุคคลและวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพ และความลึกซึ้งในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับผู้อื่นเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมศาสนาแสดงออกถึงความรักที่มีต่อบุคคลอื่นการให้อภัยผู้อื่นความไว้วางใจยอมรับและให้เกียรติผู้อื่นและใจดีมีเมตตาต่อผู้อื่น
3. องค์ประกอบสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยมีความสัมพันธ์กับธรรมชาติยาแกร่งต่อธรรมชาติมีความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับธรรมชาติและความรู้สึกลึกถึงความพิเศษของสิ่งแวดล้อม
4. องค์ประกอบสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนือธรรมชาติ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบางสิ่งบางอย่างที่อยู่เหนือธรรมชาติพลังจักรวาลความจริงเหนือธรรมชาติหรือพระเจ้ารวมถึงความเชื่อ การเคารพบูชานมัสการสรรเสริญแหล่งพลังลึกลับ แห่งจักรวาลประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนตัวกับพระเจ้านมัสการ พระผู้ทรงสร้างเข้าสนิทเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับพระเจ้ามีสันติสุขกับพระเจ้าและมีชีวิตแห่งการอธิษฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ความรู้สึกลึกที่แสดงถึงการเข้าใจความหมายของชีวิต ความหมายต่อตนเอง คู่ชีวิต บุตรหลานและบุคคลสำคัญในชีวิต มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มีความหวังในชีวิต ยอมรับความจริง มีความเข้มแข็งในจิตใจ เป็นสุขพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างตนเอง มีการรับความรักจากผู้อื่น ได้รับการอภัยและให้อภัยแก่ผู้อื่น

## 6.2 ความผาสุกทางจิตวิญญาณกับภาวะพหุผลพลัง

จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของสุขภาพและสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาวะพหุผลพลัง จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ (Kirby, Coleman, & Daley, 2004) ภาวะพหุผลพลังมีส่วนสำคัญ ที่จะช่วยให้บุคคลใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายได้อย่างมีความสุข มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง และเศรษฐกิจ ของชุมชน ป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จะตามมาได้รับการดูแลเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้คือมีหลักประกันที่ความมั่นคง สุดท้ายคือภาวะพหุผลพลังช่วยให้บุคคลตาย

อย่างสมศักดิ์ศรี (Aslan, 2016 อ้างถึงใน Kavas, 2016) ทั้งนี้จิตวิญญาณเป็นปัจจัยทำนวยความ ผาสุก ทางจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง (Kirby et al., 2004) จิตวิญญาณหรือความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะพดพปลงโดยตรง ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพดพปลงของ Nayak et al. (2006) พบว่าจิตวิญญาณ สามารถอธิบายภาวะพดพปลงได้ถึงร้อยละ 5.49 Kavas (2016) กล่าวถึงความสำคัญของจิต วิญญาณกับภาวะพดพปลงไว้ว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมีความสำคัญ ในการส่งเสริม ภาวะพดพปลงในผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณหรือมีความผาสุก ทางจิตวิญญาณ จะมองโลกในแง่ดีและยังคงทำกิจกรรม อันเป็นประโยชน์ ในทางกลับกัน หากไม่ได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ ไม่ได้รับการยอมรับเคารพให้เกียรติ ผู้สูงอายุอาจมี ภาวะซึมเศร้าและขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทั้งนี้ความผาสุกจิตวิญญาณเป็นตัวแปร ที่สำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง ยังคงมีการศึกษาค้นคว้าวิจัยน้อย จึงเป็นประเด็น ที่ยังน่าศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อให้เกิดความชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของความผาสุก ทางจิตวิญญาณกับภาวะพดพปลง

### 6.3 การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เครื่องมือประเมินทางจิตวิญญาณถูกพัฒนาขึ้นในหลายรูปแบบจากกรอบแนวคิด ที่แตกต่างกันออกไปตามนักวิชาการแต่ละสาขา จากการทบทวนวรรณกรรมการสังเคราะห์ องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางจิตวิญญาณ ในบริบทของสังคมไทยของ พิณนภา แสงสาคร และคณะ (2555) กล่าวถึงการประเมินทางจิตวิญญาณไว้ว่าแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การประเมิน เชิงคุณภาพ และการประเมินเชิงปริมาณ

1. การประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่นิยมใช้มี 5 วิธี คือ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Interviewed guideline) วาดรูปเส้นทางชีวิต (Spiritual life maps) วาดภาพแผนผังครอบครัว (Spiritual genograms) แผนที่ระบบนิเวศน์ครอบครัว (Spiritual ecomaps) และแผนผังสังคมครอบครัว (Spiritual ecograms)

#### 2. การประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณเชิงปริมาณ

2.1 The Spiritual Well-being Scale [SWBS] เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้น โดย Paloutzian and Ellison (1982 อ้างถึงใน พิณนภา แสงสาคร และคณะ, 2555) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ด้านการมีสุขภาพจากการมีความสัมพันธ์ยึดมั่นศรัทธาในศาสนา (The Religious Well-being [RWB]) และด้านการมีสุขภาพที่เป็นอยู่ (The Exstential Well-being [EWB])

2.2 The JAREL Spiritual Well-being Scale เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้น โดย Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen, and Stollenwerk (1996) มี 3 องค์ประกอบ คือ

ด้านความเชื่อ/ ความศรัทธา ด้านชีวิต/ความรับผิดชอบต่อตนเอง และด้านความพึงพอใจในชีวิต/ความเป็นจริงของชีวิต

2.3 The Spiritual Index of Well-being [SIWB] เป็นแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณซึ่งถูกพัฒนาขึ้น โดย Daaleman and Frey (2004) มี 2 องค์ประกอบ คือ ด้านการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) และด้านการวางแผนชีวิต (Life scheme)

2.4 The Geriatric Spiritual Well-being Scale [GSWS] เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้น โดย Dunn (2008) มี 4 องค์ประกอบ คือ ด้านเป้าหมายและความหมายของชีวิต (Affirmative self-appraisal subscale) ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ (Connectedness subscale) ด้านการทำประโยชน์ต่อผู้อื่น (Altruistic benevolence subscale) และด้านวิถีแห่งความศรัทธา (Faith ways subscale)

2.5 The Functional Assessment of Chronic illness Therapy Spiritual Well-being scale [FACIT-Sp] เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้น โดย Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, and Cella (2002) มี 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความหมาย/ ความสงบ และด้านความศรัทธา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ประกอบด้วยมิติ ด้านการรับความรัก ความหมายต่อบุคคลสำคัญ ความหวัง การรับการอภัย ความหมายต่อตนเอง เป้าหมาย การให้ความรัก และการให้อภัย ให้ความหมายค่าคะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 7 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองแสนสุข เทศบาลตำบลอ่างศิลา และเทศบาลตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอาจนำมาสู่การเกิดโรค ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม การทำงาน การคงไว้ซึ่งรายได้ และทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องมีการปรับตัว ตลอดจนการคงศักยภาพหรือมีภาวะพดพลง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นานมากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศสิ่งสำคัญคือ การเตรียมพร้อมรับกับสถานการณ์ และมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในสังคมเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพดพลง (เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ สักดาพร, 2554) การเตรียมผู้สูงอายุให้มีลักษณะพดพลงหรือส่งเสริมให้มีภาวะพดพลงนั้นจะต้องดำเนินการสอดคล้องกับสภาพบริบทของชุมชน โดยใช้

การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจะก่อให้เกิดความยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ (ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล และคณะ, 2558) การดำเนินการอาศัยกลุ่มผู้สูงอายุใช้ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม มองผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณค่าของสังคม เป็นพลพลพลัง ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองต่อผู้สูงอายุด้วยกันเอง และต่อชุมชน (ปณิธิ บรรานัน, 2557) และส่งเสริมภายใต้องค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันความมั่นคง ซึ่งจากกรอบนโยบายพลพลังที่มีองค์ประกอบแต่ละด้านยังอยู่ภายใต้วัฒนธรรม และเพศที่แตกต่างกันออกไป การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลพลัง โดยคัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้กรอบนโยบายพลพลังขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทางทบทวนวรรณกรรม เพื่อคัดสรรตัวแปรในการศึกษาวิจัยตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความผาทางจิตวิญญาณเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญรายละเอียดความเกี่ยวข้องดังกล่าวไว้แล้วข้างต้น ซึ่งคาดว่าจากผลการวิจัยจะสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาส่งเสริมภาวะพลพลังของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 235,150 คน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุบลราชธานี, 2559)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2561 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
2. การรู้คิดปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test [AMT]) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) โดยมีคะแนนมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

#### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้มาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G\* Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดสถิติทดสอบ Correlation bivariate normal model ในการทดสอบเลือกรูปแบบการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว ระบุขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.25 ตามการศึกษาของ Lai et al. (2016) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะพดพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = 0.25$ ) กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 97 คน



### การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) ด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ทั้งนี้จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 25 อำเภอ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การจัดกลุ่มออกเป็นชั้นตามเกณฑ์ของการแบ่งเขตการปกครอง และกำหนดตามขนาดพื้นที่เป็นตารางกิโลเมตรของแต่ละอำเภอ (ที่ทำการปกครองจังหวัดอุบลราชธานี, 2558) ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

อำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดพื้นที่ตั้งแต่ 701 ตารางกิโลเมตรขึ้นไป จำนวน 9 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเดชอุดม อำเภอบุญทริก อำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอตระการพืชผล อำเภอพิบูลมังสาหาร อำเภอม่วงสามสิบ อำเภอโขงเจียม อำเภอน้ำยืน และอำเภอโขงไฉน

อำเภอขนาดกลาง มีขนาดพื้นที่ตั้งแต่ 351-700 ตารางกิโลเมตร จำนวน 8 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอนาจะหลวย อำเภวารินชำราบอำเภอเขมราฐ อำเภอตาลสุ่ม อำเภอสำโรง อำเภอเมืองอุบลราชธานี อำเภอน้ำขุ่น และอำเภอสิรินธร

อำเภอขนาดเล็ก มีขนาดพื้นที่ไม่เกิน 350 ตารางกิโลเมตร จำนวน 8 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอकुข่าวุ้น อำเภอทุ่งศรีอุดม อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอเหล่าเสือโก้ก อำเภอสว่างวีระวงศ์ อำเภอดอนมดแดง อำเภอนาเขย และอำเภอนาตาล

ภายหลังการจัดกลุ่มประชากรออกเป็นชั้นตามขนาดอำเภอ ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ตามลำดับ

1. เลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนในแต่ละชั้นอำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจากชั้นของอำเภอที่แบ่งไว้ เขตละ 1 อำเภอ รวม 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโขงไฉน อำเภอเขมราฐ อำเภอสว่างวีระวงศ์

2. จากข้อ 1 เลือกตำบลโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก อำเภอละ 1 ตำบล รวม 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลสร้างถ่อ ตำบลหัวนา ตำบลแก่งโคม

3. จากข้อ 2 เลือกหมู่บ้านโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก หมู่บ้านในแต่ละตำบลจำนวน 3 หมู่บ้านให้ได้เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างคิดสัดส่วนเท่า ๆ กัน ในแต่ละระดับชั้นอำเภอ และสุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านจากรายชื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล รวมเป็นจำนวนทั้งหมด 97 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test [AMT]) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ในการทดสอบคัดกรองภาวะการรับรู้คิดของผู้สูงอายุ ซึ่งแบบทดสอบสภาพสมองนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Hodkinson (1972) จากการศึกษาทดสอบความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของแบบทดสอบสภาพสมอง พบว่ามีความไวในการทดสอบร้อยละ 70-80 และมีความจำเพาะร้อยละ 71-90 (MacKenzie, Copp, Shaw, & Goodwin, 1996) แบบประเมินดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจาก สั้น ใช้เวลาน้อยในการทดสอบ จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบประเมิน Mini-Mental State Examination [MMSE] และแบบประเมิน Abbreviated Mental Test [AMT] พบว่า มีความไวในการทดสอบ เท่ากับร้อยละ 99 และร้อยละ 94 และมีความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 85 และร้อยละ 86 ตามลำดับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 (Foroughan et al. 2017) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับอายุ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ระลึกเหตุการณ์ ทบทวนความจำ การนับเลข ถอยหลัง โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถาม ทั้ง 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

การแปลผล แปลผลคะแนนโดยรวม คะแนนเท่ากับ 0-7 คะแนน หมายถึง การรับรู้คิดผิดปกติ คะแนนเท่ากับ 8-10 คะแนน หมายถึง การรับรู้คิดปกติ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามที่สัมภาษณ์เกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว และการตรวจสุขภาพประจำปี

2.2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal Self-Care Agency Scale [ASA scale]) ของ นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Evers et al. (1986) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติตามความคิดที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นโดยทั่วไป เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน แปลเป็นภาษาไทยและปรับใช้ให้มีความเหมาะสมกับประชากรไทย โดย Hanucharurnkul (1986) ซึ่งนำไปใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 และ นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534) นำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย มาปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขต

กรุงเทพมหานคร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองดังกล่าว มาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้โดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ให้ความหมายค่าคะแนน ดังต่อไปนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	หมายถึง
ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด
ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองมาก
ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง
ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองเล็กน้อย
ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

2.3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Kaplan et al. (1977) แปลเป็นภาษาไทย และปรับใช้ให้มีความเหมาะสมกับประชากรไทย ซึ่งเครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ การพยาบาล และผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะจิตสังคม และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 14 ท่าน ถูกนำมาใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว มาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยมิติการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ยกย่องและ การเห็นคุณค่า ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเงินทองสิ่งของและแรงงาน จำนวนข้อคำถาม 38 ข้อ มีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ให้ความหมายค่าคะแนน ดังต่อไปนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	หมายถึง
ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเกือบทุกครั้ง หรือ เป็นประจำ

ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง
ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

2.4 แบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 7 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองแสนสุข เทศบาลตำบลอ่างศิลา และเทศบาลตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณดังกล่าว มาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้โดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยมิติ ด้านความหมายของชีวิต ความหมายต่อตนเอง คู่ชีวิต บุตรหลานและบุคคลสำคัญในชีวิต เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความหวังในชีวิต การยอมรับความจริง ความเข้มแข็งในจิตใจเป็นสุขพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ของตนเอง การรับความรักจากผู้อื่น ได้รับการอภัยและให้อภัยแก่ผู้อื่น มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ให้ความหมายค่าคะแนน ดังต่อไปนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	หมายถึง
ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด
ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมาก
ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุปานกลาง
ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุบ้างเล็กน้อย
ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเลย

2.5 แบบประเมินภาวะพดพดง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทย (Active Ageing Scale for Thai People [AAS-Thai]) ของ Thanakwang et al. (2014 a) ในการประเมินภาวะพดพดงของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบพดพดงขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ร่วมกับแนวคิดผู้สูงอายุเชิงบวกเป็นฐานในการออกแบบและทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พัฒนาเครื่องมือขึ้นให้เฉพาะเจาะจงกับบริบทวัฒนธรรมไทย มีการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินทั้งหมด 3 ระยะ รวม 8 ขั้นตอน วิเคราะห์องค์ประกอบหลักของเครื่องมือโดยการหมุนแกนด้วยวิธีเวรีแมกซ์ (Varimax method) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง (CVI = .91) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95 ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทยดังกล่าว มาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้โดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่ การพึ่งพาตัวเองได้ การร่วมกิจกรรมและการทำประโยชน์ให้สังคม การเจริญทางปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และ การสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ให้ความหมายค่าคะแนน ดังต่อไปนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	หมายถึง
ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน	ข้อความ หรือเหตุการณ์นั้นจริงตลอดเวลา
ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน	ข้อความ หรือเหตุการณ์นั้นค่อนข้างจริง
ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน	ข้อความ หรือเหตุการณ์นั้นจริงเป็นบางครั้ง
ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน	ข้อความ หรือเหตุการณ์นั้นไม่จริงเลย หรือแทบจะไม่จริงเลย

### การแปลผล

การแปลผลคะแนนภาวะพดพดงโดยรวม พิจารณาจากคะแนนรวมทั้งหมดแบ่งระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการแบ่งคะแนนโดยใช้หลักการทางสถิติ คือ อันตรภาคชั้น = ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด)/ ช่วงชั้น และยึดจุดกึ่งกลางเป็นหลัก (บุญชม ศรีสะอาด, 2545; สติน พันธุ์พินิจ, 2549) จากคะแนนตั้งแต่ 36-144 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ดังนี้

คะแนนช่วง 109-144	หมายถึง ภาวะพดพดงอยู่ในระดับสูง
คะแนนช่วง 72-108	หมายถึง ภาวะพดพดงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 36-71	หมายถึง ภาวะพดพดงอยู่ในระดับต่ำ

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งสิ้น 2 ส่วน ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และแบบประเมินภาวะพลุดพลัง ซึ่งเป็นเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแล้วอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีการดัดแปลงจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ชุด

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และแบบประเมินภาวะพลุดพลัง ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ ตำบลเมือง ศรีโค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88, .95, .80 และ .91 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .80 ขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) จึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งภายหลังผ่านการพิจารณาได้รับรหัสจริยธรรมเลขที่ 11-04-2561 แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2. ผู้วิจัยขอขอรบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ โดยสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูล โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามแทน ชื่อ-นามสกุล ผลการวิจัยครั้งนี้ถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างทำลายภายหลังจากเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว 1 ปี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่งโคม

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งขอรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อสามารถคัดเลือกและสุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3. สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

4. นัดพบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการร่วมวางแผนเกี่ยวกับการเข้าพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุตามรายชื่อที่สุ่มไว้ โดยขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำทางเพื่อเดินทางไปพบผู้สูงอายุที่บ้าน

6. ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ณ บ้านหรือพักอาศัยของผู้สูงอายุ โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยไม่มีการบังคับ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมให้ ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการประเมินคัดกรองทดสอบสภาพสมองก่อนการสัมภาษณ์

หากไม่ผ่านการคัดกรองผู้วิจัยทำการส่งต่อข้อมูลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลแนะนำให้ผู้สูงอายุไปรับการตรวจคัดกรองเพิ่มเติม

7. ดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะพหุคูณพลัง ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามตามการรับรู้และความรู้สึกของตนเอง โดยไม่มีการชี้นำหรือบังคับใด ๆ ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลให้ระยะเวลาตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายโดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ไม่เร่รังรัดเกล้าประมาณ 1 ชม. ถึง 2 ชม. โดยการสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงแรกประเมินคัดกรอง ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะพหุคูณพลังให้ผู้สูงอายุพักระหว่างการสัมภาษณ์ประมาณ 5 นาที และทำการประเมินช่วงที่ 2 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

8. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล กล่าวคำขอบคุณ และลากลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับ ภาวะพหุคูณพลังของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเงื่อนไขของการใช้สถิติ (Prion & Haerling, 2014; Puth, Neuhauser, & Ruxton, 2014) ดังนี้

2.1 พิจารณาลักษณะตัวแปรที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปรมีการวัดระดับอันตรภาค (Interval scale) หรือ ระดับอัตราส่วน (Ratio scale)

2.2 กลุ่มตัวอย่างต้องได้มาจากการสุ่มโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Random sampling)

2.3 ข้อมูลตัวแปรแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorow-Smirnov ในการตรวจสอบ



## 2.4 ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

3. กรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ทั้งนี้ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการตรวจสอบพบว่า อายุ การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และภาวะพดพหลัง เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ขณะที่การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง มีการแจกแจงของข้อมูลแบบไม่ปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเงื่อนไขของการใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน จึงวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นรายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก ค

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร (Degree of relationship) จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550; Moore, Notz, & Flinger, 2013)

$r > .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง (Strong)
$.50 < r < .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (Moderate)
$.30 < r < .50$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (Weak)
$r < .30$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก (Very weak)
$r = 0$	หมายความว่า	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาระดับภาวะพดพลั่งของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพดพลั่งของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบประเมินภาวะพดพลั่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งการทดสอบสมมติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว และการตรวจสุขภาพประจำปี โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ นำเสนอในรูปของตาราง แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรคัดสรร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปของตาราง แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะพดพลั่งของผู้สูงอายุ ระดับภาวะพดพลั่งของผู้สูงอายุ โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปของตารางแสดงไว้ในตารางที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ( $r_s$ ) และ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ( $r$ ) และนำเสนอในรูปแบบของตาราง แสดงไว้ในตารางที่ 5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว และการตรวจสุขภาพประจำปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 97$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	38	39.18
70-79 ปี	42	43.30
80 ปีขึ้นไป	17	17.52
เพศ		
ชาย	23	23.71
หญิง	74	76.29
ศาสนา		
พุทธ	97	100
สถานภาพสมรส		
สมรส	51	52.58
โสด	7	7.22
หม้าย	38	39.17
หย่าร้าง	1	1.03

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
การศึกษา (จำนวนปีที่เข้าเรียน)		
ไม่ได้เรียนหนังสือ (0 ปี)	2	2.06
ประถมศึกษา (1-6 ปี)	91	93.81
มัธยมศึกษา (7-12 ปี)	2	2.06
ปริญญา (13-16 ปี)	2	2.06
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30	30.93
เกษตรกร	60	61.86
ค้าขาย	2	2.06
รับจ้างทั่วไป	3	3.09
เย็บผ้า	1	1.03
จักสาน	1	1.03
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
0-1,000 บาท	59	60.82
1,001-2,000 บาท	24	24.74
2,001-3,000 บาท	5	5.15
3,001-4,000 บาท	2	2.06
4,001-5,000 บาท	3	3.09
5,001 บาท ขึ้นไป	4	4.12
แหล่งที่มาของรายได้		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	38	39.17
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ	7	7.22
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และการประกอบอาชีพ	9	9.28
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และบุตร	40	41.24
เงินบำนาญ	3	3.09

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อาศัยอยู่เพียงลำพัง	10	10.31
สมาชิกครอบครัว 2-3 คน	32	32.99
สมาชิกครอบครัว 4-5 คน	33	34.02
สมาชิกครอบครัวมากกว่า 5 คน	22	22.68
(Min = 1, Max = 9)		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	40	41.24
มี (ระบุได้มากกว่า 1 โรค)	57	58.76
ความดันโลหิตสูง	32	56.14
เบาหวาน	29	50.88
ไขมันในเลือดสูง	14	24.56
หัวใจ	3	5.26
ไต	2	3.51
ปอด (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หอบหืด)	3	5.26
ไทรอยด์	2	3.51
ข้อเข่าเสื่อม	3	5.26
ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่ตรวจ	7	7.22
ตรวจ	90	92.78

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 43.30) รองลงมาคืออายุในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 39.18) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.29) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.58) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 93.81) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 61.86) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-1,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60.82) แหล่งที่มาของรายได้ มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 41.24) รองลงมา คือ ได้จากเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุอย่างเดี่ยว (ร้อยละ 39.17) มีจำนวนสมาชิกครอบครัวอยู่ระหว่าง 4-5 คน มากที่สุด (ร้อยละ 34.02) มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 10.31 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.76 โดยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.14 ของจำนวน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 92.78

### ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลของตัวแปรคัดสรร ( $n = 97$ )

ตัวแปร	Min	Max	พิสัย	$\bar{X}$	SD
อายุ	60	89	29	72.13	6.68
การศึกษา (จำนวนปี)	0	16	16	4.33	2.14
รายได้	600	36,000	35,400	2,015.46	4,760.98
ความสามารถในการดูแลตนเอง	67	118	51	98.78	11.99
การสนับสนุนทางสังคม	73	152	79	123.29	17.77
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	56	100	44	83.85	9.68

จากตารางที่ 2 พบว่า อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 72.13 ปี ( $SD = 6.68$ ) จำนวนปีที่เข้าเรียนในระบบการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ปี ( $SD = 2.14$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,015.46 บาท ( $SD = 4,760.98$ ) ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 98.78, SD = 11.99$ ;  $\bar{X} = 123.29, SD = 17.77$ ;  $\bar{X} = 83.85, SD = 9.68$ ) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะพดพลังของผู้สูงอายุ ระดับภาวะพดพลังของผู้สูงอายุ โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปแบบของตารางแสดงไว้ในตารางที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามมิติรายด้าน  
( $n = 97$ )

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	$SD$
1. ด้านการพึ่งพาตัวเองได้	3.55	0.45
2. ด้านการร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ให้สังคม	3.10	0.61
3. ด้านการเจริญทางปัญญา	3.54	0.44
4. ด้านการสร้าง ความมั่นคงด้านการเงิน	2.73	0.74
5. ด้านการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ	3.36	0.47
6. ด้านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง	2.79	0.75
7. ด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว	3.69	0.51

จากตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามมิติรายด้าน พบว่า ด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.69, SD = 0.51$ ) รองลงมาคือด้านการพึ่งพาตัวเองได้ ( $\bar{X} = 3.55, SD = 0.45$ ) ทั้งนี้มิติด้านการสร้าง ความมั่นคงด้านการเงิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 2.73, SD = 0.74$ )

ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับภาวะสุขภาพ ( $n = 97$ )

ระดับภาวะสุขภาพ	ช่วงคะแนนที่ เป็นไปได้	คะแนนจริงที่ได้	ความถี่	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง	109-144	109-144	71	73.20
ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง	72-108	86-108	26	26.80
ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ	36-71	-	-	-

( $\bar{X} = 117.16, SD = 13.81, \text{Min} = 86, \text{Max} = 144$ )

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.20 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 144 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 86 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 117.16 คะแนน ( $SD = 13.81$ )

**ตอนที่ 4** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ( $r_s$ ) และ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ( $r$ ) และนำเสนอในรูปแบบของตารางรายละเอียดดัง แสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ กับภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	<i>p</i> -value
อายุ	.02	.836
การศึกษา	.07	.526
รายได้	.24	.018
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.53	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.56	< .001
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.25	.013

จากตารางที่ 5 พบว่า อายุ และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .02, p = .836; r_s = .07, p = .526$ ) รายได้ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพดพหลังในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .24, p = .018; r = .25, p = .013$ ) ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพดพหลังในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r_s = .53, p < .001; r = .56, p < .001$ ) ตามลำดับ



## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาระดับภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบประเมินภาวะพดพลง คุณภาพเครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88, .95, .80 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 43.30) รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 39.18) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.29) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.58) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 93.81) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 61.86) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-1,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60.82) แหล่งที่มาของรายได้ มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 41.24) รองลงมา คือ ได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอย่างเดียว (ร้อยละ 39.17) มีจำนวนสมาชิกครอบครัวอยู่ระหว่าง 4-5 คน มากที่สุด (ร้อยละ 34.02) มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 10.31 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.76 โดยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 56.14 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และเข้ารับการรักษาสุขภาพประจำปี ร้อยละ 92.78

2. อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 72.13 ปี ( $SD = 6.68$ ) จำนวนปีที่เข้าเรียนในระบบการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ปี ( $SD = 2.14$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 2,015.46 บาท ( $SD = 4,760.98$ ) ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 98.78, SD = 11.99$ ;  $\bar{X} = 123.29, SD = 17.77$ ;  $\bar{X} = 83.85, SD = 9.68$ ) ตามลำดับ

3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพดพหลังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.20 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 117.16 คะแนน ( $SD = 13.81$ ) เมื่อพิจารณาจำแนกตามมิติรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ ด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.69, SD = 0.51$ ) รองลงมาคือ ด้านการพึ่งพาตัวเองได้ ( $\bar{X} = 3.55, SD = 0.45$ ) ทั้งนี้มิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 2.73, SD = 0.74$ )

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพดพหลัง พบว่า

4.1 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ( $r = .02, p = .836$ )

4.2 การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ( $r_s = .07, p = .526$ )

4.3 รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพดพหลังในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .24, p = .018$ )

4.4 ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพดพหลังในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r_s = .53, p < .001$ )

4.5 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพดพหลังในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .56, p < .001$ )

4.6 ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพดพหลังในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .25, p = .013$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

**1. ระดับภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี** ผลการศึกษารึ้นนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพดพพลังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.20 ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 117.16 คะแนน ( $SD = 13.81$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 72.13 ปี อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนกลางที่ยังคงความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผู้สูงอายุเปราะบางที่มีปัญหาสุขภาพและต้องการบริการสนับสนุนให้สามารถปรับตัวกับการดำรงชีวิตประจำวันส่วนใหญ่จะมีอายุ 80 ปีขึ้นไป (ธัญรัชต์ องค์กรมีเกียรติ, 2561) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.86 จึงยังคงทำงานพึ่งพาตนเองตามความสามารถของตนเอง ทั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มเกษตรกรมักมองว่าหากตนเองยังสามารถทำงานได้อยู่ไม่ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และจะยังคงทำการเกษตรอย่างต่อเนื่องซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ได้ออกกำลังกายทุกวันทำให้ร่างกายแข็งแรง (รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, เกลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2556) เมื่อพิจารณามิติรายด้านพบว่าด้านการพึ่งพาตัวเอง มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูงกว่ามิติอื่น ๆ ( $\bar{X} = 3.55, SD = 0.45$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จำลอง ชูโต และวรรณิ ศิริสุนทร (2554) ที่ศึกษาถึงระดับความมีพดพพลังของผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพดพพลังในระดับสูงเช่นกัน เนื่องจากสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัธยาศัย สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และมีความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพราะลูกหลานให้ความเคารพนับถือให้การดูแลที่ดี นอกจากนี้บริบททางสังคมวัฒนธรรม ประเพณีอันดีงาม ความเชื่อมั่นศรัทธาในศาสนาที่สืบทอด ต่อกันมา ทำให้ยังคงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ (มะยูริ วงศ์กานกมล, 2560) จังหวัดอุบลราชธานีมีประเพณีที่สำคัญอันเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนานเชื่อมโยงสู่วิถีการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชน เช่น ประเพณีแห่เทียนพรรษาที่เป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญของจังหวัด กุศโลบายสำคัญของประเพณีนี้คือ หลอมเทียน หลอมใจ หลอมบุญ ทำให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ และถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น (สุวิษ ภูณผล, 2551) จึงยังคงการมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพดพพลังอยู่ในระดับสูง

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับภาวะพดพพลัง อธิบายผลการศึกษาได้ตามลำดับดังนี้

อายุ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .02, p = .836$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ผู้สูงอายุจะมีอายุเท่าใดก็ไม่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพดพลงสูงขึ้นหรือต่ำลง อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ภาวะพดพลงของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง และภาวะพดพลงด้านการพึ่งพาตนเองมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูงกว่ามิติอื่น ๆ ถึงแม้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 58.80 แต่เข้ารับการตรวจตามนัดและตรวจสุขภาพประจำปีถึงร้อยละ 92.78 ยังผลต่อภาวะสุขภาพทำให้ยังคงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร วงศ์คีณี และคณะ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพดพลงของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และ นางเยาว์ มีเทียน และอภิญา วงศ์พิริยโยธา (2561) ศึกษาปัจจัยทำนายพดพลงในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่สามารถทำนายพดพลงได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสานมองว่าการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง มีแรงที่สามารถทำงานหาเงินได้ หรือทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาใคร ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และการได้ทำกิจกรรมในสังคม รวมถึงการได้ดูแลลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุสุขใจ จึงยังคงทำงานและมีส่วนร่วมทางสังคม (จิตภินันท์ ศรีจักร โคตร, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, เจียมจิต แสงสุวรรณ, สุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณ และประสพสุข ศรีแสนปาง, 2559) รวมทั้งความเชื่อ ประเพณีทางศาสนา วัฒนธรรมทางสังคมที่ทำให้ยังคงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ทำให้มีขวัญกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง มีความหวังและมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต (มะยูรี วงศ์วานกลม, 2560) สิ่งเหล่านี้มีส่วนช่วยส่งเสริมภาวะพดพลงของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุเท่าไรหากแต่สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมได้ และหากสังคมให้การสนับสนุนในด้านต่างๆก็จะทำให้ผู้สูงอายุคงภาวะพดพลงไว้ได้เช่นกัน

การศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .07, p = .526$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ผู้สูงอายุจะเข้าเรียนในระบบการศึกษาจำนวนกี่ปี ก็ไม่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพดพลงสูงขึ้นหรือต่ำลง อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าภาวะพดพลงของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนปีที่ผู้สูงอายุเข้าเรียนในระบบการศึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาถึงร้อยละ 93.81 ซึ่งลักษณะของข้อมูลด้านการศึกษาไม่มีการกระจายตัวแบบปกติ และข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ที่ส่งผลให้การศึกษ

ไม่มีผลต่อภาวะพดพหลังคือ หากมองย้อนไปถึงระบบการศึกษาไทยเมื่อ 70 ปีก่อนที่ใช้แผนการศึกษาแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2479 กำหนดระยะเวลาของการเรียนชั้นประถมศึกษาเพียง 4 ปีซึ่งเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ และค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่เข้าศึกษาในระบบเท่ากับ 4.33 ปี จึงมีความขัดแย้งกับการศึกษาวิจัยของต่างประเทศที่มีระบบการศึกษาที่แตกต่างซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนปีที่ศึกษาในระบบการศึกษามาก จะมีภาวะพดพหลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่จำนวนปีการศึกษา ในระบบน้อย (Salazar, 2017) หากแต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลพร วงศ์คินี และคณะ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพดพหลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายพดพหลังได้ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันที่มีรูปแบบวิธีการเรียนรู้ ที่หลากหลาย การเรียนรู้ไม่มีที่สิ้นสุด ไม่มีเพียงแต่การศึกษาในระบบการศึกษา หากผู้สูงอายุสามารถที่จะนำความรู้ไปใช้ในการพัฒนาเพื่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีความตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิตมีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ มีศักยภาพ ที่จะพึ่งพาตนเองได้ และใช้ความสามารถนั้นช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น (ทิพย์ธิดา ณ นคร, 2560) การเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ไม่ใช่การศึกษาในระบบการศึกษาช่วยส่งเสริมภาวะพดพหลังในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ความผาสุกของผู้สูงอายุ และยังมีส่วนช่วยดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Narushima, Liu, & Diestelkamp, 2018) การเรียนรู้ตลอดชีวิตเพิ่มโอกาสทางการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ผลการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและยืดหยุ่นได้ และยังคงอยู่เป็นผู้มีส่วนร่วมในสังคมเรียนรู้ต่อสถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลง (Panitsides & Papastamatis, 2013) ดังนั้นระดับการศึกษาหรือจำนวนปีที่เข้าเรียนในระบบการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลัง

รายได้ ผลการศึกษาคครั้งนี้พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพดพหลังในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .24, p = .018$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หมายความว่า หากผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีภาวะพดพหลังสูงขึ้น แต่ถ้าหากผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง ผู้สูงอายุจะมีภาวะพดพหลังต่ำลง ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยกำหนดภาวะพดพหลังด้านเศรษฐกิจ ตามกรอบแนวคิดพดพหลังขององค์การอนามัยโลก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทยากร (2559), Mapoma (2014) และ Backstrom (2015) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพหลัง โดยเฉพาะความเพียงพอของรายได้ มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และช่วยลดภาวะพึ่งพาได้ จากการศึกษารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2,015.46 บาท ( $SD = 4,760.98$ ) ซึ่งส่วนใหญ่รายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและบุตร (ร้อยละ 41.20) ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 9.30 ที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุมีการเก็บออมเงินทองไว้เพื่อใช้ในยามชรา มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 2.25, SD = 1.08$ )

ขณะที่รายได้เป็นหลักประกันความมั่นคงอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาของ Mapoma (2014) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ช่วยส่งเสริมภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในด้านการมีส่วนร่วม การศึกษาภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุไทย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพราก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ( $r = .452$ ,  $r = .525$  ตามลำดับ) (Haque, Soonthornhdhada, Hunchangsith, & Kanchanachitra, 2016) ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง (Hirai, Kondo, & Kawachi, 2012) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ย่อมมีปัจจัยสนับสนุนในการทำ กิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ (กิตติมาพร โลกาวิทย์, 2556) ยังผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อ ภาวะพลัดพรากด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ รวมทั้งความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการมีเงินเก็บออม เพื่อใช้จ่ายเป็นหลักประกันความมั่นคงของผู้สูงอายุ

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการดูแล ตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพลัดพรากในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ( $r_s = .53$ ,  $p < .001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า หากผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีภาวะพลัดพรากสูงขึ้น แต่ถ้าหากผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้สูงอายุจะมีภาวะพลัดพรากต่ำลง ซึ่งความสามารถในการ ดูแลตนเองเป็นปัจจัยกำหนดภาวะพลัดพรากด้านพฤติกรรม ตามแนวคิดพลัดพรากขององค์การอนามัยโลก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2558) และ Ferreira et al. (2012) ที่พบว่า การดูแลตนเองมีความเกี่ยวข้องกับภาวะพลัดพรากโดยตรง กล่าวคือ ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสัณยภาพของบุคคลที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุมีความ รับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความสามารถ ในจัดการสุขภาพด้วยตัวเอง ยังผลให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และหากผู้สูงอายุสามารถดูแล ตนเองได้ ร่างกายและจิตใจยังคงมีศักยภาพ สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวกทำให้ ผู้สูงอายุมีภาวะพลัดพราก การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 98.78$ ,  $SD = 11.99$ ) การดูแลตนเองมีความสำคัญกับ ความสามารถการทากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา ภาวะพลัดพรากทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง ซึ่งการดำเนินชีวิตแบบอิสระ ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา (Independent living) เป็นหลักสำคัญอย่างหนึ่งของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดพราก (Liotta et al., 2018)

และเมื่อพิจารณามิตราษด้านภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามิติด้านการพึงพาตนเองมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูงกว่ามิติดอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ ปณิธิ บรราน (2557) ที่กล่าวถึงภาวะพดพลงของผู้สูงอายุว่าต้องไม่เป็นภาระของลูกหลานและสังคม จึงดูแลสุขภาพกาย และใจของตนเองเพื่อยืดระยะเวลาพึ่งพิงตนเองให้ได้นานที่สุด เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และ โรคเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ (McPhee et al., 2016) รวมทั้งความเชื่อมั่นในตนเองย่อมที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับสังคมและสร้างความมั่นคงในชีวิตตนเองด้วยความอดทน จึงมีแนวโน้มสูงที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพดพลง (นงเยาว์ มีเทียน และอภิญา วงศ์พิริยโยธา, 2561)

**การสนับสนุนทางสังคม** ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพดพลงในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .56, p < .001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีภาวะพดพลงสูงขึ้น แต่ถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุจะมีภาวะพดพลงต่ำลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคคลในการดำเนินชีวิต (Eskin, 2003) การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ ทั้งต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตใจ ช่วยป้องกันผลกระทบที่เกิดจากภาวะทางด้านจิตใจ ภาวะเครียด (Ozby et al., 2007) ทั้งนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ ครอบครัวและเพื่อน เครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งครอบครัวมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะพดพลงด้านสุขภาพ (กัตติกา ฐานะขวิง, 2551) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีผู้ให้คำแนะนำหรือให้ข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.21, SD = 0.75$ ) และการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน พบว่า เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพมีผู้คอยช่วยเหลือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.44, SD = 0.76$ ) จึงมีส่วนช่วยส่งเสริมภาวะพดพลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุยังทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุเองโดยการสมัครใจ การช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมเยียน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลหลากหลายช่วงวัย และ ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนกำหนดลักษณะภาวะพดพลงของผู้สูงอายุ (วิไลพร วงศ์สินี และคณะ, 2556; Annear et al., 2014; WHO, 2002)

ด้านการตอบสนองความต้องการด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่าความคิดเห็นเกี่ยวกับได้รับความไว้วางใจ ให้รับผิดชอบงานบ้านที่สามารถทำได้ เช่น อบรมเลี้ยงดูหลาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.60, SD = 0.64$ ) ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเมื่อพบปะเพื่อนหรือบุคคลที่รู้จักมักคุ้นกันเสมอ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.68, SD = 0.61$ ) และด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างทำให้ตนเองรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.58, SD = 0.63$ ) ซึ่งผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานและมีส่วนร่วมทางสังคม มองว่า การได้ทำกิจกรรมในสังครวมถึงการได้ดูแลลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข (จิตภินันท์ ศรีจักร โคตร และคณะ, 2559) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บทบาทของครอบครัวที่สมบูรณ์ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจ และการสนับสนุนสัมพันธภาพทางสังคม ระหว่างครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่ไว้ใจจะช่วยส่งเสริมภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุ (วลัยพร นันท์สุภวัฒน์, 2552; Paul et al., 2012) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Annear et al. (2014), Kaushik (2016), Lai et al. (2016) และ Smith et al. (2017) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ เครือข่ายทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามวิถีชุมชน การจัดกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมช่วยส่งเสริมภาวะพลัดพรากในผู้สูงอายุ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยกำหนดภาวะพลัดพรากตัวหนึ่ง ที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ภายใต้ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมและความมั่นคงปลอดภัย (WHO, 2002) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ (ฉัฐกานต์ ลำเนียงเสนาะ, 2556) การมีสังคม ครอบครัว มิตรภาพที่ดี และมีเวลาว่าง เป็นปัจจัยทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพลัดพราก (Ferreira et al., 2012)

**ความผาสุกทางจิตวิญญาณ** ผลการศึกษานี้พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพลัดพรากในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .25, p = .013$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีภาวะพลัดพรากสูงขึ้น แต่ถ้าหากความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุจะมีภาวะพลัดพรากต่ำลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญทางด้านการมีคุณค่า มีความหมายในชีวิตเป็นหลักการใช้ชีวิต การแสวงหาความหมายในชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกเป็นสุขใจ พอใจ พอเพียง และพอดีในชีวิตปัจจุบัน เป็นพลังชีวิตทำให้เกิดแรงขับทางบวกที่ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิต และรู้ถึงคุณค่าในตนเอง และมีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต (พิณนภา แสงสาคร, อรพินทร์



ชุมชน และพรณี บุญประกอบ, 2555) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 83.85, SD = 9.68$ ) ผู้สูงอายุมีความยินดีทำทุกอย่างที่เหมาะสมเพื่อให้คู่ชีวิต บุตรหลานหรือบุคคลที่สำคัญที่สุดในชีวิตของตนเองมีความสุข มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.60, SD = 0.66$ ) รองลงมาคือ รู้สึกว่าคู่ชีวิต บุตรหลาน หรือบุคคลที่สำคัญที่สุดในชีวิตของตนต้องการให้ตนเองมีความสุข ( $\bar{X} = 4.59, SD = 0.72$ ) และรู้สึกว่าตนเองได้ทำอย่างดีที่สุดแล้วตลอดชีวิตที่ผ่านมา ( $\bar{X} = 4.57, SD = 0.68$ ) ส่งผล ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจปลอดภัยในการดำรงชีวิต ซึ่งความมั่นคงในภาวะพหุพลัง ประการหนึ่ง คือ การที่ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจปลอดภัย มีความรู้สึกแน่นอนถึงปัจจัยต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต เช่น รายได้ ที่อยู่อาศัย รวมไปถึงผู้ดูแล (ปารีชาต ญาตินิยม, 2547) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุ (Wiesmann & Hannich, 2008) ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nayak et al. (2006) และ Kavas (2016) ที่พบว่า จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะพหุพลัง ทั้งนี้จิตวิญญาณมีผลต่อสุขภาวะทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม อารมณ์ และปัญญา ซึ่งสามารถทำนายสุขภาวะของผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 12 (Saleem & Khan, 2015) จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ (Kirby et al., 2004) การสนับสนุนความผาสุกทางจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณยังมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้มแข็ง ความรู้สึกปลอดภัย และความหวังในเวลาที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนช่วยให้ผู้สูงอายุก้าวผ่านไป (Malone & Dadswell, 2018) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ จึงช่วยส่งเสริมให้เกิดภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ และความมั่นคง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมทั้งให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาล ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลัง อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะพหุพลัง
2. ด้านการศึกษา จากผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และรายได้

3. ด้านนโยบาย การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลัง เสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ควรมีนโยบายสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม และจากผลการวิจัยนี้ พบว่ามิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงินมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เนื่องจากรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลัง จึงควรมีนโยบายในการสร้างความมั่นคงทางเงินหรือรายได้สำหรับผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล นักวิชาการ และนักวิจัยที่มีความสนใจในการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปต่อยอดในการวิจัยเพื่อหาปัจจัยทำนายหรือนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จากการวิจัยนี้ หรือพัฒนารูปแบบ โปรแกรมการส่งเสริมภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุโดยการวิจัยกึ่งทดลอง
2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าตัวแปรด้านการศึกษาหรือจำนวนปีที่ศึกษาในระบบไม่สัมพันธ์กับภาวะพหุพลัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลาย ๆ งานวิจัย ดังนั้นหากนักวิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนเพิ่มมากขึ้น อาจทำการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้แตกต่างกัน เพราะปัจจุบันการศึกษามีรูปแบบที่หลากหลายไม่เพียงแต่การศึกษาในระบบ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน ระหว่างพื้นที่เขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท ซึ่งในบริบทที่แตกต่างอาจมีภาวะพหุพลังที่แตกต่างกัน

## บรรณานุกรม

- กนิษฐา ลิ้มทรัพย์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2557). การตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการ ผู้สูงอายุคืนแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ. *วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร*, 11(1), 203-204.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการคัดกรองประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). *มาตรการ ขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2548). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนผู้สูงอายุในการศึกษา และข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต*. เข้าถึงได้จาก <http://law.m-society.go.th/law2016/law/view/626>.
- กัตติกา ณะขว้าง. (2551). *กลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ของผู้สูงอายุไทย ในจังหวัดน่าน*. คุญฉินิพนธ์ปรัชญาคุญฉินิพนธ์, สาขาวิชาประชากรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (2554). *หนังสือเทศกาลงานประเพณีที่น่าสนใจทางการท่องเที่ยว*. กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมกิจกรรม ฝ่ายกิจกรรมการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย.
- กิตติมาพร โลกาวิทย์. (2556). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 5(1), 194-211.
- คณะกรรมการจัดทำหนังสือวิวัฒนาการประวัติประเพณีแห่เทียนพรรษา จังหวัดอุบลราชธานี. (2550). *เลิศล้ำเลิศค่าเทียนพรรษาเมืองอุบล*. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร และเบญจพร บัวสำลี. (2558). *การสังเคราะห์งานวิจัยผู้สูง ระหว่างปี 2549-2558*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึงได้จาก <http://swhcu.net/index.php/en/home/km-menu//2558/ageing-menu>

- จิตภินันท์ ศรีจักร โศทร, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, เจียมจิต แสงสุวรรณ, สุวรรณ บัญยะลีพรรณ และประสพสุข ศรีแสนปาง. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทำงานในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34*(2), 41-48.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2549). รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาพลัง: กรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับในสังคม. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- จำริญ บริสุทธิ์, ศรีวัฒน์ จิระเดชประไพ, บัญญัติ ขงย่วน และผดุงชัย ภู่อพัฒน์. (2557). รูปแบบการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพพลัง: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลปากแพรก จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาโดยองค์กรในพระบรมราชูปถัมภ์, 9*(1), 26-35.
- จำลอง ชูโต และวรรณิ ศิริสุนทร. (2554). รายงานการวิจัยระดับความมีคุณภาพพลังของผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนะ สมัครการ และสุพัฒนา คำสอน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดพิจิตร. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ นเรศวรวิจัยครั้งที่ 12 วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ* (หน้า 758-768). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชื่นดา วิชาวุธ, นภาพร ชโยวรรณ, ยุพา วงศ์ไชย, ประคอง อินทรสมบัติ และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร (บรรณาธิการ). (2553). *การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ณัฐกานต์ ดำเนียงเสนาะ. (2556). *ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล. (2554). *ภาวะพัฒนาพลัง: กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, สมสมัย สังขมณี, สุชีร์ รัตนะมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ และสิริดาภัทร สุขฉวี. (2558). ภาพสภาวะของผู้สูงอายุผ่านมุมมองพลฒพลังในชุมชน จังหวัดนครนายก. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 22(2), 48-60.
- ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2547). *ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สภาวะของผู้สูงอายุข้อ่าเสื่อม ในจังหวัดภูเก็ต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิสนา เขมมณี. (2555). *ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธการพิมพ์.
- ทิพย์ธิดา ณ นคร. (2560). *การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพลฒพลังในบริบทสังคมไทย*. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาชีวิตและความตาย, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- ที่ทำการปกครองจังหวัดอุบลราชธานี. (2558). *ข้อมูลการปกครองท้องที่ 2557*. อุบลราชธานี: ที่ทำการปกครองจังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารอัดสำเนา.
- ชัยรัชต์ องค์กรมีเกียรติ. (2561). *ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(3), 5-19.
- ธิดาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และช่อลดดา พันธุเสนา. (2551). *ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 141-150.
- นรินาถ วิทยโชคกิติคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงเยาว์ มีเทียน และอภิญา วงศ์พิริยโยธา. (2561). *ปัจจัยทำนายพลฒพลังในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 123-131.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

- ปณิธิ บรรวณ. (2557). พดผลล้งบทบททของลุ่มผู้สูงอายุและทุนที่ใช้ในการจับเคลื่อนงาน  
 ด้านผู้สูงวัย. *มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์*, 31(3), 97-120.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักงาน  
 ปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปาริชาติ ฉญาตินิยม. (2547). *ลักษณะภาวะพดผลล้ง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง*.  
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างแรง  
 สนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ  
 ในชนบท. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 15(3), 431-448.
- พรพรรณ โรจน์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของ  
 ผู้สูงอายุโรคผิวหนัง กรณีศึกษาสถาบันโรคผิวหนัง กรุงเทพมหานคร. *วารสาร  
 กองการพยาบาล*, 39(1), 79-91.
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542). เข้าถึงได้จาก [http://www.moe.go.th/  
 hp-vichai/ex-prb04.htm](http://www.moe.go.th/hp-vichai/ex-prb04.htm).
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546). เข้าถึงได้จาก [http://www.dla.go.th/upload/  
 regulation/type1/2554/2/488\\_1.pdf](http://www.dla.go.th/upload/regulation/type1/2554/2/488_1.pdf)
- พัชนี สมกำลัง และมาริสา ไกรฤกษ์. (2552). ความผาสูกทางจิตวิญญาณจากการแสวงหา  
 ความหมายของชีวิต: การศึกษาชีวิตฟลอเรนซ์ ในดิงเกลผู้นำทางการพยาบาล.  
*วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(3), 23-32.
- พิณณา แสงสาคร, อรพินทร์ ชูชม และพรณี บุญประกอบ. ( 2555). การสังเคราะห์องค์ความรู้  
 เกี่ยวกับสุขภาพทางจิตวิญญาณในบริบทของสังคมไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*,  
 18(1), 84-94.
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และระติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย  
*วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- มะยูรี วงศ์กานกลม. (2560). ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคม  
 วัฒนธรรมอีสาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, ฉบับพิเศษการประชุมพยาบาล  
 ครั้งที่ 25*, 140-148.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*.  
 กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: พริ้นเทอรี่.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ์ ภัทรวานิชย์ม, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระวี สัจจโสภณ. (2556). แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพลุดพลังในผู้สูงอายุ. *วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 34(3), 471-490.
- เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ ศักดาพร. (2554). *ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กองมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วลัยพร นันท์สุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน. (2555). *หลักเศรษฐศาสตร์มหภาค* (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิไลพร วงศ์ลีณี, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง. (2556). ปัจจัยทำนายพลุดพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 40(4), 91-99.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2553). สักยภาพของผู้สูงอายุไทย. ใน *ลัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ) รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552* (หน้า 126-136). กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (ม.ป.ป.). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก [http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/1000\\_UNFPA\\_rev\\_Policy%20Brief%20Thai\\_200411\\_69.pdf](http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/1000_UNFPA_rev_Policy%20Brief%20Thai_200411_69.pdf)
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุบลราชธานี. (2559). รายงาน  
สถานการณ์ทางสังคมจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2559. เข้าถึงได้จาก [http://www.ubonratchathani.m-society.go.th/?page\\_id=5472](http://www.ubonratchathani.m-society.go.th/?page_id=5472).
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). แผนการศึกษาแห่งชาติ  
พ.ศ. 2560-2579. เข้าถึงได้จาก <http://www.ksp.or.th/ksp2013/content/view.php?mid=154&did=1194>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). สรุปผลที่สำคัญรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในไทย.  
กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). รายงานผลเบื้องต้น สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย  
พ.ศ. 2557. เข้าถึงได้จาก [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/13101/17262.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/13101/17262.pdf)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจดิจิทัลและสังคม. (2560). ดัชนีพัฒนาพลัง  
ผู้สูงอายุไทย (Active ageing index of Thai elderly). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล  
พับลิเคชัน.
- เสาวนิจ นิจอมนันต์ชัย และมาลี สันติศิริศักดิ์. (2553). การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม  
ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารกองการพยาบาล,  
37(2), 64-75.
- ลิน พันธุ์พินิจ. (2549). เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- สิริกัญญา ศิริสม, เจียมจิต แสงสุวรรณ และจิตภินันท์ ศรีจักร โคตร. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับการเผชิญปัญหา ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมประสาท  
วิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 8(2), 70-81.
- สุปราณี แดงวงษ์, ศากุล ช่างไม้, ถัดดาวรรณ เสียงอ่อน และวาริศา เพชรธีรานนท์. (2552).  
ปัจจัยทำนายพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุนทร โคตรบรรเทา. (2553). ปรัชญาการศึกษาสำหรับผู้บริหารการศึกษา. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2558). ปัจจัยกำหนดระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย. สงขลานครินทร์  
ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 21(1), 139-167.
- สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทยากร. (2559). การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ  
เตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี,  
10(2), 62-79.



- สุวิษ คุณผล. (2551). เมืองอุบลบุญล้นล้ำบุญธรรมบุญทานสืบสานตำนานเทียน. ใน มะลิวัลย์ สิบน้อย, รายงานการดำเนินโครงการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดทำต้นเทียนพรรษาของจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสืบสานตำนานประเพณีดั้งเดิม (หน้า 47-49). อุบลราชธานี: สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สุวิชา เป้าอารีย์. (2559). *ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย ปี 2559*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. เข้าถึงได้จาก <http://nidapoll.nida.ac.th/index.php?op=polls-detail&id=63>.
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. *รามาศิษีพยาบาลสาร*, 16(2), 309-322.
- อชาญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา, ปาน กิมปี และ ระวี สัจจโสภณ. (2554). *การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3419/hs1911.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความซุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 5(2), 21-32.
- อินทุกานต์ กุลไวย. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Ahtonen, A. (2012). *Healthy and active ageing: Turning the silver economy into gold*. Brussels, Belgium: European Policy Centre. Retrieved from [http://www.epc.eu/documents/uploads/pub\\_1426\\_healthy\\_and\\_active\\_ageing.pdf](http://www.epc.eu/documents/uploads/pub_1426_healthy_and_active_ageing.pdf).

- Alves da Silva, W. A., Barbosa, K. T. F., Lopes de Oliveira, F. M. R., Medeiros de Brito, F., Nascimento de Lyra Ramos, S. S., Fernandes, A. M., Moraes de Oliveira, S., Fontana, N., Moreira de Lacerda, H. J., Carvalho de Soares, L., Nunes, T. B., & Fernandes, M. G. M. (2016). Personal and behavioral determinants of active aging. *International Archives of Medicine*, *9*(72), 1-10. doi: 10.3823/1943.
- Annear, M., Keeling, S., Wilkinson, T., Cushman, G., Gidlow, B., & Hopkins, H. (2014). Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review. *Ageing & Society*, *34*(4), 590-622. doi: 10.1017/S0144686X1200116X.
- Arpino, B., & Sole-Auro, A. (2017). Education inequalities in health among older Europeans men and women: The role of active aging. *Journal of Aging and Health*, *31*(1), 185-208. doi: 10.1177/0898264317726390.
- Austrom, M. G., Perkins, A. J., Damush, T. M., & Hendrie, H. C. (2003). Predictors of life satisfaction in retired physicians and spouses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38*(3), 134-141.
- Backstrom, B. (2015). Health, ageing migrants and care strategies. *Health, Culture & Society*, *8*(2), 75-86. doi: 10.5195/hcs.2015.207.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Ageing and Mental Health*, *12*(3), 293-301. doi: 10.1080/13607860802120979
- Burnette, D., Mui, A. C., & Zodikoff, B. D. (2004). Gender, self-care and functional status among older persons with coronary heart disease: A national perspective. *Women Health*, *39*(1), 65-84.
- Chansarn, S. (2012). Active ageing of elderly people and its determinants: Empirical evidence from Thailand. *Asia-Pacific Social Science Review*, *12*(1), 1-18.
- Chan, A. C. M., & Cao, T. (2015). Age-friendly neighbourhoods as civic participation: Implementation of an active ageing policy in Hong Kong. *Journal of Social Work Practice*, *29*(1), 53-68. doi: 10.1080/02650533.2014.993947
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanism of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(2), 195-216.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, A. B., & Koenig, H. G. (2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*, 28(3), 215-241.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004). The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 499-503.
- Damasio, B. F., & Koller, S. H. (2013). The appraisal of self-care agency scale-revised [ASAS-R]: Adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cad Saude Publica*, 29(10), 2071-2082. doi: org/10.1590/0102-311X00165312.
- Dunn, K. S. (2008). Development and psychometric testing of a new geriatric spiritual well-being scale. *International Journal of Older People Nursing*, 3(3), 161-169. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00107.x.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eskin, M. (2003). Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(1), 7-12. doi: 10.1111/1467-9450.t01-1-00315.
- European Union. (2012). *Active ageing and gender equality policies*. Retrieved from [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/active\\_ageing\\_final\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/active_ageing_final_report_en.pdf).
- Evers, G. C., Isenberg, M. A., Philipsen, H., Brouns, G., Halfens, R., & Smeets, H. (1986). The Appraisal of Self-care Agency's ASA-scale: Research program to test reliability and validity. In *Proceedings of the International Nursing Research Conference: New frontiers in nursing research* (p. 130). Edmond: University of Alberta.
- Evers, G. C. (1989). *Appraisal of self-care agency: ASA-scale*. Assen: Van Corcum.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3 A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fereshtehnejad, S. M., & Lokk, J. (2014). Active aging for individuals with parkinson's disease: Definitions, literature review, and models. *Hindawi Publishing Corporation*, 2014, 1-8. doi: 10.1155/2014/739718.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2008). *Active aging the contribution of psychology*. Gottingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Fernandez-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1-4. doi: 10.1155/2013/298012.
- Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P., Prieto-Flores, M. E., Rodriguez-Blazquez, C., Martin-Garcia, S., Rojo-Abuin, J. M., & Forjaz, M. J. (2015). Active ageing and quality of life: Factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging and Mental Health journal*, 19(11), 1031-41. doi: 10.1080/13607863.2014.996734.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Active aging and its relationship to functional independence. *Texto & Contexto Enfermagem Journal*, 21(3), 513-518. doi: 10.1590/S0104-07072012000300004.
- Foroughan, M., Wahlund, L. O., Jafari, Z., Rahgozar, M., Farahani, I. G., & Rashedi, V. (2017). Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score [AMTS] among older Iranian. *Psychogeriatrics*, 17(6), 460-465. doi: 10.1111/psyg.12276.
- Foster, L., & Boxall, K. (2015). People with learning disabilities and active ageing. *British Journal of Learning Disabilities*, 43(4), 270-276. doi: 10.1111/bld.12144.
- Foster, L., & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10(1), 3-10.
- Gast, H. L., Denyes, M. J., Campbell, J. C., Hartweg, D. L., Schott-Baer, D., & Isenberg, M. (1989). Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 26-38.

- Haque, N., Soonthornhdada, K., Hunchangsith, P., & Kanchanachitra, M. (2016). Active ageing level in Thailand: A comparison between female and male elderly. *Journal of Health Research, 30*(2), 99-107.
- Hanucharurnkul, S. (1986). *Self care agency, coping strategies and locus of control in Thai cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Doctoral dissertation, Nursing, Wayne State University.
- Hirai, H., Kondo, K., & Kawachi, I. (2012). Social determinants of active aging: Differences in mortality and the loss of healthy life between different income levels among older Japanese in the AGES cohort study. *Gerontology and Geriatrics Research, 2012*, 1-9. doi: 10.1155/2012/701583.
- Hodkinson, H. M. (1972). Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age Ageing, 1*(4), 233-238. doi: 10.1093/ageing/1.4.233.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. (1996). Focus on spiritual well-being: Harmonious interconnectedness of mind-body-spirit-use of the JAREL Spiritual Well-Being Scale. *Geriatric Nursing: American Journal of Care for the Aging, 17*, 262-266.
- International Council on Active Aging. (2006). *Active aging week 2006*. Retrieved from <http://www.icaa.cc/aaw.htm>
- Jernigan, H. L. (2001). Spirituality in older adults: A cross-cultural and interfaith perspective. *Pastoral Psychology, 49*(6), 413-437.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15*(5), 47-58.
- Kaushik, A. (2011). *Active ageing: A study of elderly contributing in urban Life*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr Muller.
- Kaushik, A. (2016). Socio-cultural determinants of active ageing: A comparative study of two locations. *Indian Journal of Gerontology, 30*(1), 1-25.
- Kavas, E. (2016). Spiritual support during the active aging. In *Proceedings of the 22<sup>nd</sup> International Academic Conference* (pp.112-123). Lisbon, Portugal: International Institute of Social and Economic Sciences. doi: 10.20472/IAC.2016.022.028.

- Kirby, S. E., Coleman, P. G., & Daley, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(3), 123-129. doi: 10.1093/geronb/59.3.P123.
- Lai, M. M., Lein, S. Y., Lau, S. H., & Lai, M. L. (2016). Modeling age-friendly environment, active aging and social connectedness in an Emerging Asian Economy. *Journal of Aging Research*, 2016(4), 1-14. doi: 10.1155/2016/2052380.
- Lakey, B., & Cohen S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29-52). New York: Oxford University Press.
- Lin, W. I., Chen, M. L., & Cheng J. C. (2014). The promotion of active aging in Taiwan. *Ageing International*, 39(2), 81-96.
- Lim, E. Z. K., & Thompson, C. L. Z. (2016). Measuring active ageing among older adults in Singapore Get access. *Ageing & Society*, 36(9), 1853-1869. doi: 10.1017/S0144686X15001312.
- Liotta, G., Canhao, H., Cenko, F., Cutini, R., Vellone, E., Illario, M., Kardas, P., Poscia, A., Sousa, R. D., Palombi, L., & Marazzi, M. C. (2018). Active ageing in Europe: Adding healthy life to years. *Front Med (Lausanne)*, 5, 123. doi: 10.3389/fmed.2018.00123.
- MacKenzie, D. M., Copp, P., Shaw, R. J., & Goodwin, G. M. (1996). Brief cognitive screening of the elderly: A comparison of the Mini-Mental State Examination [MMSE], Abbreviated Mental Test [AMT] and Mental Status Questionnaire [MSQ]. *Psychological Medicine*, 26(2), 427-430.
- Malone, J., & Dadswell, A. (2018). The role of religion, spirituality and/ or belief in positive ageing for older adults. *Geriatrics*, 3(2), 1-16. doi: 10.3390/geriatrics3020028.
- Mapoma, C. C. (2014). Determinants of active ageing in Zambia. *African Population Studies*, 28(3), 1286-1296.
- McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: Perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567-580. doi: 10.1007/s10522-016-9641-0.

- Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan. (2014). *Report of the study group for Japan's international contribution to active aging*. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10501000...Kokusaika/0000044929.pdf>.
- Moore, D. S., Notz, W. I., & Flinger, M. A. (2013). *The basic practice of statistics* (6<sup>th</sup> ed.). New York: W. H. Freeman.
- Narushima, M., Liu, J., & Diestelkamp, N. (2018). Lifelong learning in active ageing discourse: Its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability. *Ageing & Society*, 38(4), 651-675. doi: 10.1017/S0144686X16001136.
- Nayak, R., Buys, L., & Lovie-Kitchin, J. (2006). Influencing factors in achieving active ageing. In *Proceedings 6<sup>th</sup> IEEE International Conference on Data Mining-Workshops [ICDMW]* (pp. 858-862). Hong Kong: Queensland University of Technology.
- Norbeck, J. S. (1984). The Norbeck Social Support Questionnaire. *Birth Defects Original Article Series Journal*, 20(5), 45-57.
- Norbeck, J. S. (1988). Social support. In J. J. Fitzpatrick, R. L. Taunton, & J. Q. Benoliel (Eds.), *Annual review of nursing research* (6<sup>th</sup> ed., pp. 85-109). New York: Springer.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: A Harcourt Health sciences Company.
- Orem, D. E. (2011). *The self-care deficit nursing theory*. Retrieved from <http://nursingtheories.weebly.com/dorothea-e-orem.html>.
- O'Toole, M. T. (Ed.). (2012). *Mosby's medical dictionary* (9<sup>th</sup> ed.). Missouri: Elsevier Mosby.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35-40.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. (17<sup>th</sup> ed., pp. 224-236). New York: John Wiley & Sons.
- Panitsides, E. A., & Papastamatis, A. J. (2013). Promoting active aging through lifelong learning evolving trends and practices. *The International Journal of Adult, Community and Professional Learning*, 19(2), 59-66.

- Parisi, J. M., Rebok, G. W., Xue, Q. L., Fried, L. P., Seeman, T. E., Tanner, E. K., Gruenewald, T. L., Frick, K. D., & Carlson, M. C. (2012). The role of education and intellectual activity on cognition. *Journal of Aging Research, 2012*, 1-9.  
doi: 10.1155/2012/416132.
- Paul, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 2012*, 1-10.  
doi: 10.1155/2012/382972.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry, 8*(2), 189-193.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy spiritual well-being scales (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine, 24*(1), 49-58.
- Ponce de Leon, L., Levy, J. P., Fernandez, T., & Ballesteros, S. (2015). Modeling active aging and explicit memory: An empirical study. *Health & Social Work, 40*(3), 183-190.
- Prion, S., & Haerling, K. A. (2014). Making sense of methods and measurement: Pearson product-moment correlation coefficient. *Clinical Simulation in Nursing, 10*(11), 587-588.
- Punyakaew, A., Lersilp, S., & Putthinoi, S. (2019). Active ageing level and time use of elderly persons in a Thai suburban community. *Occupational Therapy International, 2019*, 1-8. doi.org/10.1155/2019/7092695.
- Puth, M. T., Neuhauser, M., & Ruxton, G. D. (2014). Effective use of Pearson's product-moment correlation coefficient. *Animal Behaviour, 93*, 183-189.  
doi: 10.1016/j.anbehav.2014.05.003.
- Rajola, F., Frigerio, C., & Parrichi, M. (2014). Financial well-being in active ageing. *Studies in Health Technology and Informatics, 203*, 69-77.



- Rantanen, T., Portegijs, E., Kokko, K., Rantakokko, M., Tormakangas, T., & Saajanaho, M. (2019). Developing an assessment method of active aging: University of Jyväskylä Active Aging Scale. *Journal of Aging and Health, 31*(6), 1002-1024.  
doi: 10.1177/0898264317750449.
- Renpenning, K., & Taylor, S. (2003). *Self-care theory in nursing: Selected papers of dorothea Orem*. Berlin, Germany: Springer.
- Ruppe, G. (2011). *Active ageing and prevention in the context of long term care*. Retrieved from [http://www.euro.centre.org/data/1310723769\\_53386.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1310723769_53386.pdf)
- Salazar, B. C. (2017). Active aging by age, sex and years of education in a sample of Mexican older adults. *Journal of Gerontology & Geriatric Research, 6*(3 Suppl), 43.  
doi: 10.4172/2167-7182-C1-014.
- Saleem, R., & Khan, S. A., (2015). Impact of spirituality on well-being among old age people. *The International Journal of Indian Psychology, 2*(3), 172-181.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships, 4*, 497-510.
- Smith, G. L., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G., & Uffelen, J. G. Z. V. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14*(56), 1-21.
- Soderhamn, O. (2000). Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *Journal of Nursing Studies, 37*(4), 361-368.  
doi: 10.1016/S0020-7489(00)00015-8.
- Soderhamn, O. (2001). Health and the internal structure of the self-care ability scale for the elderly [SASE]. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 8*(2), 67-71.

- Song, L., Son, J., & Lin, N. (2011). Social support. In J. Scott, & P. J. Carrington (Eds.), *The SAGE handbook of social network analysis* (pp. 116-128). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sousa, V. D. (2002). Conceptual analysis of self-care agency. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 1(1), 3-12.
- Tawalbeh, L. I., & Ahmad, M. M. (2013). Personal resource questionnaire: A systematic review. *Journal of Nursing Research*, 21(3), 170-7. doi: 0.1097/01.jnr.0000432049.31921.ab.
- Tesch-Roemer, C. (2012). *Active ageing and quality of life in old age*. Geneva: United Nations.
- Thanakwang, K., Isaramalai, S., & Hatthakit, U. (2014 a). Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1211-1221. doi: 10.2147/CIA.S66069.
- Thanakwang, K., Isaramalai, S., & Hatthakit, U., (2014 b). Thai cultural understandings of active ageing from the perspectives of older adults: A qualitative study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(2), 152-165.
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2014). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (4<sup>th</sup> ed.). Saint Louis: Elsevier Health Sciences.
- United Nation [UN]. (2015). *World population prospects: The 2015 revision*. New York: United Nations.
- United Nation [UN]. (2017). *World populations ageing 2017*. New York: United Nations.
- United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2012). Active ageing. *UNECE Policy Brief on Ageing*, 13, 1-16. Retrieved from [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy\\_briefs/ECE-WG.1.17.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1.17.pdf).
- United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2019). *2018 Active ageing index analytical report*. Retrieved from [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active\\_Ageing\\_Index/Stakeholder\\_Meeting/ACTIVE\\_A EING\\_INDEX\\_TRENDS\\_2008-2016\\_web\\_cover\\_reduced.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/Stakeholder_Meeting/ACTIVE_A EING_INDEX_TRENDS_2008-2016_web_cover_reduced.pdf).
- United Nations Population Fund. (2012). *Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge*. New York: United Nations Population Fund.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Association*, 55(1), 121-139.

- Wei, X., & Wang, C. (2009). Research on the contents and structure of social support for private entrepreneurs. *Asian Social Science*, 5(2), 11-14.
- Weinert, C. (1984). Evaluation of the personal resource questionnaire: A social support measure. *Birth Defects Original Article Series Journal*, 20(5), 59-97.
- Wiesmann, U., & Hannich, H. J. (2008). A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. *Aging & Mental Health*, 12(1), 56-65.
- Williams, S. W., & Dilworth-Anderson, P. (2002). Systems of social support in families who care for dependent African American elders. *The Gerontologist*, 42(2), 224-236. doi: 10.1093/geront/42.2.224.
- Whitbourne, S. K., & Whitbourne, S. B. (2011). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives* (4<sup>th</sup> ed). New Jersey: John Wiley & Sons.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Definition of an older or elderly person*. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Health impact assessment: The determinants of health*. Retrieved from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- Yung, E. H. K., Conejos, S., & Chan, E. H. W. (2016). Social needs of the elderly and active aging in public open spaces in urban renewal. *Cities*, 52, 114-122. doi: 10.1016/j.cities.2015.11.022.
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM -Population Health*, 2, 373-381. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.04.009.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

## แบบสัมภาษณ์ประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุดพลง ของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อการศึกษาของ  
นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุดพลงของ  
ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ทั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความร่วมมือใน  
การตอบคำถามมา ณ โอกาสนี้

### คำชี้แจง

1. เมื่อผู้สัมภาษณ์ได้อ่านข้อคำถามให้ท่านฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับ  
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว
2. แบบสัมภาษณ์ประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุดพลงของผู้สูงอายุ  
ในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่  
ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล  
ตอนที่ 2 แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated  
Mental Test [AMT])  
ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะพุดพลง  
ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพุดพลงของ  
ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง  
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ
3. ข้อมูลดังกล่าวที่ได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

### ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ ..... ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่น ๆ .....
4. สถานภาพสมรส  สมรส  โสด  หม้าย  หย่าร้าง
5. การศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ  เรียนหนังสือ ระบุ (จำนวนปี) .....  
 ชั้นประถมศึกษาปีที่  ชั้นมัธยมศึกษาปีที่  
 ระดับปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี.....
6. อาชีพ .....
7. รายได้ .....บาท/เดือน
8. ระบุแหล่งที่มาของรายได้.....
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
9. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ).....
10. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี  ตรวจ  ไม่ได้ตรวจ เพราะ.....

## ตอนที่ 2 แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

### แบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test [AMT])

คำชี้แจง จงตอบคำถามต่อไปนี้

ข้อ	คำถาม	ผิด	ถูก
1	อายุ...เท่าไร คำตอบ.....		
2	ขณะนี้เวลา...อะไร คำตอบ.....		
3	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ คำตอบ.....		
4	ปีนี้...ปีอะไร คำตอบ.....		
5	สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร คำตอบ.....		
6	คนนี่คือใคร...(ชี้คนสัมภาษณ์) และคนนี่คือใคร...(ชี้ที่คนใกล้ ๆ:ญาติ) คำตอบ.....		
7	วันเดือนปีเกิดของท่านคือ.... คำตอบ.....		
8	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดใน พ.ศ. อะไร คำตอบ.....		
9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร คำตอบ.....		
10	ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1 คำตอบ.....		

### การพิจารณา

ถ้าตอบ “ถูก” น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ

สรุปผล  ปกติ  ผิดปกติ



### ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะพัฒนาพลัง

#### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามประเมินเกี่ยวกับภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ หรือการสูงอายุอย่างมีศักยภาพ เมื่อผู้สัมภาษณ์ได้อ่านข้อคำถามให้ท่านฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถามจะมีเกณฑ์การพิจารณาให้เลือกตอบดังนี้

- 1 ไม่จริง หมายถึง ข้อความ หรือเหตุการณ์นั้นไม่จริงเลย หรือแทบจะไม่จริงเลย
- 2 จริงบางครั้ง หมายถึง ข้อความ หรือเหตุการณ์นั้นจริงเป็นบางครั้ง
- 3 ก่อนข้างจริง หมายถึง ข้อความ หรือเหตุการณ์นั้นก่อนข้างจริง
- 4 จริงตลอดเวลา หมายถึง ข้อความ หรือเหตุการณ์นั้นเป็นจริงตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ก่อนข้าง จริง	จริง ตลอดเวลา
	1	2	3	4
1. ท่านสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน				
2. ท่านพยายามช่วยเหลือตัวเองในเรื่องต่าง ๆ ก่อนที่จะขอร้องให้สมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่น ๆ ช่วยเหลือ				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ท่านช่วยเหลือครอบครัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ				
7. ท่านสามารถจัดการ ดูแลที่อยู่อาศัยได้ด้วยตัวเอง				
8. ท่านมักหางานหรือกิจกรรมทำในยามว่าง เพื่อให้คลายเหงา				
9. ....				

ข้อความ	ไม่จริง 1	จริง บางครั้ง 2	ค่อนข้าง จริง 3	จริง ตลอดเวลา 4
10. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมอื่นๆที่เป็นสมาชิกอยู่เสมอ				
11. ....				
12. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมงานประเพณี งานบุญ ในชุมชนเสมอ				
13. ....				
14. ....				
15. ....				
16. ท่านบริจาคเงินทอง หรือทรัพย์สินให้กับ ชุมชนหรือสาธารณประโยชน์				
25. ท่านสามารถให้การช่วยเหลือแก่ผู้อื่น ในครอบครัวด้านการเงินได้				
26. ....				
27. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่เป็น ประโยชน์ต่อร่างกาย				
28. ท่านรับประทานเนื้อปลา ผัก และผลไม้ เป็นประจำ				
29. ท่านพยายามเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ				
35. ....				
36. ท่านได้อบรมสั่งสอนและปฏิบัติเป็น แบบอย่างที่ดีให้บุตรหลานเห็นถึงความสำคัญ กตเวทีในการดูแลบุพการี				

## ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง

#### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สัมภาษณ์ได้อ่านข้อคำถามให้ท่านฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถามจะมีเกณฑ์การพิจารณาให้เลือกตอบดังนี้

- |   |                        |         |   |
|---|------------------------|---------|---|
| 1 | ไม่ตรงกับตัวท่านเลย    | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง       |
| 2 | ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย  | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองเล็กน้อย  |
| 3 | ตรงกับตัวท่านปานกลาง   | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง   |
| 4 | ตรงกับตัวท่านมาก       | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองมาก       |
| 5 | ตรงกับตัวท่านมากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด |

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย	ตรงกับตัวท่านปานกลาง	ตรงกับตัวท่านมาก	ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
	1	2	3	4	5
1. แม้ว่าอายุจะมากขึ้น ฉันปรับปรุงปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ					
2. ฉันคิดว่าสิ่งที่ฉันกระทำอยู่เพียงพอที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพที่ดี					

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัว ท่านเลย	ตรงกับ ตัวท่าน เล็กน้อย	ตรงกับ ตัวท่าน ปาน กลาง	ตรงกับ ตัวท่าน มาก	ตรงกับ ตัวท่าน มากที่สุด
	1	2	3	4	5
3. ....					
4. ฉันดูแลความสะอาดของ สภาพแวดล้อมรอบตัวฉัน					
5. ฉันจะทำในสิ่งที่จะช่วยให้ฉันมี สุขภาพดีก่อนสิ่งอื่น					
6. ....					
7. ฉันพยายามแสวงหาวิธีการดูแล ตนเองให้ดีขึ้น					
8. ....					
9. ฉันรักษาน้ำหนักตัวให้พอเหมาะ โดยเลือกรับประทานอาหารที่ เหมาะสม					
10. ฉันพยายามที่จะฟังตนเอง					
11. ....					
12. ฉันมีญาติและเพื่อนฝูงที่จะขอ ความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น					
13. ....					
24. ฉันสามารถเคลื่อนไหวได้ดี จึงสามารถดูแลตนเองตามต้องการ					

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สัมภาษณ์ได้อ่านข้อคำถามให้ท่านฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถามจะมีเกณฑ์การพิจารณาให้เลือกตอบดังนี้

- |   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| 1 | ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง    | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย                       |
| 2 | เป็นความจริงเล็กน้อย หมายถึง  | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง                 |
| 3 | เป็นความจริงมาก หมายถึง       | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง                    |
| 4 | เป็นความจริงมากที่สุด หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกครั้ง หรือ เป็นประจำ |

ข้อความ	ไม่เป็นความจริงเลย 1	เป็นความจริงเล็กน้อย 2	เป็นความจริงมาก 3	เป็นความจริงมากที่สุด 4
<b><u>ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์</u></b>				
1. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ หรือ เดือดร้อนจะมีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจท่าน				
2. เมื่อท่านต้องการระบายอารมณ์หรือความรู้สึก จะมีผู้รับฟังท่าน				
3. ....				
7. ....				
8. ....				

ข้อความ	ไม่เป็น ความจริง เลย 1	เป็น ความจริง เล็กน้อย 2	เป็น ความจริง มาก 3	เป็น ความจริง มากที่สุด 4
10. มีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจ และ สามารถพูดคุยปัญหาต่างๆที่สำคัญได้				
<b>ด้านการตอบสนองความต้องการด้านการ ยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า</b>				
11. ....				
12. บุคคลรอบข้างคอยให้ข้อเสนอแนะ หรือท้วงติงท่านเพื่อให้ท่านกระทำในสิ่ง ที่เหมาะสมขึ้น				
<b>ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม</b>				
19. เมื่อมีกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม ตามวัย ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น				
20. ....				
<b>ด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร</b>				
27. มีผู้ให้คำแนะนำหรือให้ข่าวสาร เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อท่าน เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน				
<b>ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน</b>				
32. มีบุคคลที่จะไปไหนกับท่านเมื่อท่าน ต้องการ				
34. ....				
36. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน				
37. ....				
38. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ มีผู้คอยช่วยเหลือท่าน				

### ส่วนที่ 3 แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

#### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อ ชีวิตของผู้สูงอายุเอง คู่ชีวิต บุตรหลาน หรือบุคคลที่สำคัญที่สุดในชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อผู้สัมภาษณ์ได้อ่านข้อคำถามให้ท่านฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถามจะมีเกณฑ์การพิจารณาให้เลือกตอบดังนี้

- 1 ไม่ตรงกับตัวท่านเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
- 2 ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย
- 3 ตรงกับตัวท่านปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
- 4 ตรงกับตัวท่านมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
- 5 ตรงกับตัวท่านมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย	ตรงกับตัวท่านปานกลาง	ตรงกับตัวท่านมาก	ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
	1	2	3	4	5
1. ท่านรู้สึกว่าคุณได้ทำอย่างดีที่สุดแล้วตลอดชีวิตที่ผ่านมา					
2. ....					
4. ....					
6. ท่านรู้สึกว่าท่านมีชีวิตอยู่อย่างไรจุดหมาย					
18. ท่านรู้สึกสบายใจที่การกระทำบางอย่างที่ไม่ดีได้รับการอภัย					
19. ท่านรู้สึกไม่พอใจใครบางคน					
20. ....					

**ภาคผนวก ข**

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม  
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดุงพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Related to Active Ageing among Community Dwelling Older Adults in Ubon Ratchathani Province

ชื่อนิสิต นางขมมา ชนะนิล

รหัสประจำตัวนิสิต 58920030 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11 - 04 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 97 ราย  
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล หมู่บ้านหรือที่พักอาศัยในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ จะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ 0521.1.20 / 7๖4



เลขที่	01297
ปี	พ.ศ. 2561
วันที่	1๖:๒๖
ชื่อ	

อุทยานวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่

จ.สงขลา 90110

30 พฤษภาคม 2561

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในวิทยานิพนธ์  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
อ้างถึง หนังสือราชการเลขที่ ศธ 6206/0862 ลงวันที่ 21 เมษายน 2561

ตามที่ นางยมนา ชนะนิล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ (Active Ageing)” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในงานวิจัย เรื่อง “Development and Psychometric Testing of the Active Ageing Scale for Thai People (ASS-Thai)” ของ คุณกัตติกา ธนะขำวง คณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประกอบการทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี” นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทางนางยมนา ชนะนิล ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวนอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คำรณ พิทักษ์)

ผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ ศร ๖๒๐๖/ ๑๓๓๗



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางยมนา ชนะนิล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุดหลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ณ ชุมชนตำบลเมืองศรีโค จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๕ มิถุนายน - ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๙๓๗



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลพทตบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางยมนา ชนะนิล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพดพลึงของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ณ ชุมชนตำบลสร้างถ่อ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓๓ ราย ระหว่างวันที่ ๑๗ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๓๓๓



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลพทตบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๓

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางยมนา ชนะนิล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ณ ชุมชนตำบลหัวนา จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓๒ ราย ระหว่างวันที่ ๑๗ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๓๕๐



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้งโดม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางยมนา ชนะนิล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพฤกษพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ณ ชุมชนตำบลบ้านแก้งโดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓๒ ราย ระหว่างวันที่ ๑๗ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

**ภาคผนวก ก**

สรุปการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร

สรุปผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์  
ของตัวแปร ตรวจสอบการกระจายของข้อมูล

ตัวแปร	Skewness	Skewness Std.Error	Kurtosis	Kurtosis Std.Error	Kolomogorov- Smirnov ( <i>p</i> )
อายุ *	.359	.245	-.466	.485	.099
การศึกษา	4.282	.245	20.787	.485	.000
รายได้	6.281	.245	40.952	.485	.000
ความสามารถในการดูแล ตนเอง	-.742	.245	.035	.485	.040
การสนับสนุนทางสังคม *	-.344	.245	-.432	.485	.174
ความผาสุกทาง จิตวิญญาณ *	-.449	.245	-.341	.485	.091
ภาวะพลัดพราก *	-.157	.245	-.785	.485	.054

\* มีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ

ตัวแปร/ ข้อตกลงเบื้องต้น	interval scale/ ratio scale	random sampling	normal distribution	homoscedasticity	linear relationship	สถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ ความสัมพันธ์
ภาวะพลัดพราก	/	/	/	/	/	Pearson
อายุ	/	/	/	/	/	correlation
การสนับสนุนทางสังคม	/	/	/	/	/	
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	/	/	/	/	/	
รายได้	/	/	x	-	-	Spearman rank
จำนวนปีที่เข้าเรียน	/	/	x	-	-	correlation
ความสามารถในการดูแลตนเอง	/	/	x	-	-	