



ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

จิตติมา ทาสวรรณอินทร์และคณะ

สาขาวิชาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
พฤษภาคม 2568

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)



ภาวะพลัมพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

จิตติมา	ทาสวรรณอินทร์
สายฝน	สุภาศรี
วารุณี	พันธ์วงศ์
รวีพรรดิ	พูลลาภ

สาขาวิชาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
พฤษภาคม 2568

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาติ ลีตระกูล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คาว เวียงคำ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ มณฑะสิทธิ์ มะโนธรรม ในการให้คำแนะนำและตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่อนุญาติทุนในการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะและข้อปรับปรุงแก้ไขวิจัยเล่มนี้ให้สมบูรณ์มากขึ้น

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในการวิจัยเป็นอย่างดี และผู้เขียนบทความ ผู้แต่งหนังสือและตำราทุกท่านที่ผู้วิจัยได้อ้างถึง

จิตติมา ทาสวรรณอินทร์และคณะ

สารบัญ

บทที่

หน้า

1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	2
	ประโยชน์ของการวิจัย	3
	ขอบเขตการวิจัย	3
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
	สมมติฐานการวิจัย	4
	นิยามศัพท์	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
	ความหมายของภาวะพดพหลัง	6
	องค์ประกอบของภาวะพดพหลัง	7
	ปัจจัยกำหนดของภาวะพดพหลัง	8
	การส่งเสริมภาวะพดพหลัง	14
	แนวคิดผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะพดพหลัง	16
	แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ	16
	แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ	17
	แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์	18
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพดพหลัง	19
	การสนับสนุนทางสังคม	21
	วิถีชีวิตใหม่	21
3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากรที่ศึกษา	24
	วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	24

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	25
สร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	29
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	30
ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล.....	28
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
4	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
5	
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการ และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	71
การอภิปรายผล.....	76
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	80
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	80
เอกสารอ้างอิง	81
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.....	86
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	87
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย.....	89
ภาคผนวก ง คำสั่งแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัย.....	101
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	103
ภาคผนวก ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูล.....	104
ประวัติผู้วิจัย.....	107

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามเพศ.....	32
2. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามอายุ.....	32
3. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามศาสนา.....	33
4. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	33
5. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามการศึกษา.....	34
6. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามอาชีพ.....	34
7. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	35
8. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามแหล่งรายได้.....	36
9. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามความพอเพียงของรายได้.....	36
10. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามโรคประจำตัว.....	36
11. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามยาที่รับประทานเป็นประจำ.....	37
12. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามการออกกำลังกาย.....	37
13. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร.....	38
14. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามลักษณะที่พักอาศัย.....	39
15. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามภาวะสุขภาพในปัจจุบัน.....	39
16. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกการตรวจสุขภาพประจำปี.....	40
17. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกระดับความสามารถ ในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ.....	41
18. จำนวน ร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกจำแนกการรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ.....	42
19. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเจตคติที่มีต่อการสูงอายุ.....	44
20. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุ.....	47
21. จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับเจตคติที่มีต่อการสูง.....	48
22. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	49
21. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	51
22. จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	52
23. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ.....	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
24. จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	52
25. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสู้งวัยอย่างประสบความสำเร็จ.....	53
26. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสู้งวัยอย่างประสบความสำเร็จ.....	55
27. จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการสู้งวัยอย่างประสบความสำเร็จ.....	56
28. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสู้งวัยอย่างมีสุขภาวะ.....	57
29. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสู้งวัยอย่างมีสุขภาวะ.....	59
30. จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการสู้งวัยอย่างมีสุขภาวะ.....	60
31. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะพดพด.....	61
32. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะพดพด.....	64
33. จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับภาวะพดพด.....	66

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
---	-------------------------------	---

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พบว่าประเทศไทย วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด และยังพบว่าภาคเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 23.39 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) นั้นหมายความว่าภาคเหนือจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ซึ่งจะมีประชากรที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 โดยผลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอัตราการเสียชีวิตลดลง ทำให้โครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป อัตราการเกิดลดลง และอัตราการเสียชีวิตลดลง ทำให้จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขยายมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาคสังคมและภาคเศรษฐกิจ โดยภาคสังคมพบว่าวัยทำงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ต้องมีการย้ายถิ่นฐานไปทำงานยังต่างจังหวัดหรือในกรุงเทพมหานคร ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยเพียงลำพัง จนส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ รู้สึกโดดเดี่ยว กลัวการเป็นภาระแก่ลูกหลาน อีกทั้งสุขภาพร่างกายมีความเสื่อมตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น รายจ่ายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น หากผู้สูงอายุไม่มีการวางแผนเตรียมการเกษียณ และไม่มีรายได้ อาจทำให้เกิดภาวะแก่สมาชิกในครอบครัว จนกลายเป็นปัญหาสัมพันธภาพตามมาได้ (Case & Deaton, 2015) ส่วนในด้านเศรษฐกิจ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในขณะที่วันแรงงานลดน้อยลง ทำให้กำลังแรงงานน้อยลง ขาดแคลนแรงงาน จนมีการนำเข้าแรงงานต่างด้าว ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนที่ของประชากร และอาจเกิดการระบาดของโรคต่าง ๆ ตามมาได้ (UN Department of Economic & Social Affairs Population Division, 2017)

จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น และมีอายุที่ยาวนานขึ้น ทำให้ต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพโดยควรเน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพหรือภาวะพลพลังเนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งเป็นการดำเนินชีวิตบนฐานวิถีชีวิตใหม่ จะต้องมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองและคงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้โดยไม่ต้องพึ่งพาหรือพึ่งพานุคคลอื่นได้น้อยที่สุด อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเลี่ยงจากภาวะโรคเรื้อรังลดลง มีความสุข และชุมชนมีความตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุต่อไป พบว่าภาวะพลพลังเป็นการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (นงลักษณ์ บุญเยี่ย และนิพรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2563) องค์การอนามัยโลก ได้เสนอองค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย 1) สุขภาพ เน้นการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นอิสระและไม่พึ่งพานุคคลอื่น 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ชุมชน และสังคม ตามสิทธิพื้นฐานและวัฒนธรรมนั้น ๆ และ 3) การมีหลักประกัน มีความปลอดภัยจากที่อยู่อาศัยและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (วิภาณันท์ ม่วงสกุล, 2558) โดยจะต้องครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สุขภาพดี ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และผู้สูงอายุที่มีประโยชน์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษเกี่ยวกับสร้างเสริมภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ค่อนข้างน้อย ร่วมกับภาคเหนือมีจำนวนประชากรสูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 23.39 ของประชากรทั้งหมด ข้อมูลจากกรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2566 พบว่าจังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.38 ของประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) จำนวน 166,780 คน ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 – 79 ปี) จำนวน 75,059 คน และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป) จำนวน 30,049 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ซึ่งพบว่าควรได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เข้าสู่วัยสูงอายุตอนกลางและตอนปลายอย่างมีภาวะพลพลัง อีกทั้งยังพบว่าจังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้บริบทของสังคมจากครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มีผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากปล่อยปัญหานี้ไว้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่น การถูกทอดทิ้ง สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง เป็นต้น ปัญหาภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มมากขึ้น หรือผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อีกทั้งยังพบว่าผลจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ จนเกิดวิถีชีวิตใหม่ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยควรเน้นการพึ่งพาตนเองได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและประโยชน์แก่สังคม การสร้างความมั่นคงทางด้านสุขภาพ การเงิน การเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมถึงการสุขในที่เดิมโดยการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว อันจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพและเกิดประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีและสังคมเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาแนวทางการสร้างเสริมภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

ประโยชน์ของการวิจัย

1. ทราบถึงภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย แล้วนำข้อมูลที่ได้รับไปวางแผนในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

3. นำแนวทางการสร้างเสริมภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัด เชียงราย ไปปรับใช้ตามบริบทของผู้สูงอายุอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

1.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงแบบผสมผสาน (Mix Method Research Methodology) โดย เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพดพหลัง และพัฒนาแนวทางการ สร้างเสริมภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

1.2 ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ใน จังหวัดเชียงราย ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยคัดกรองตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) ที่มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป

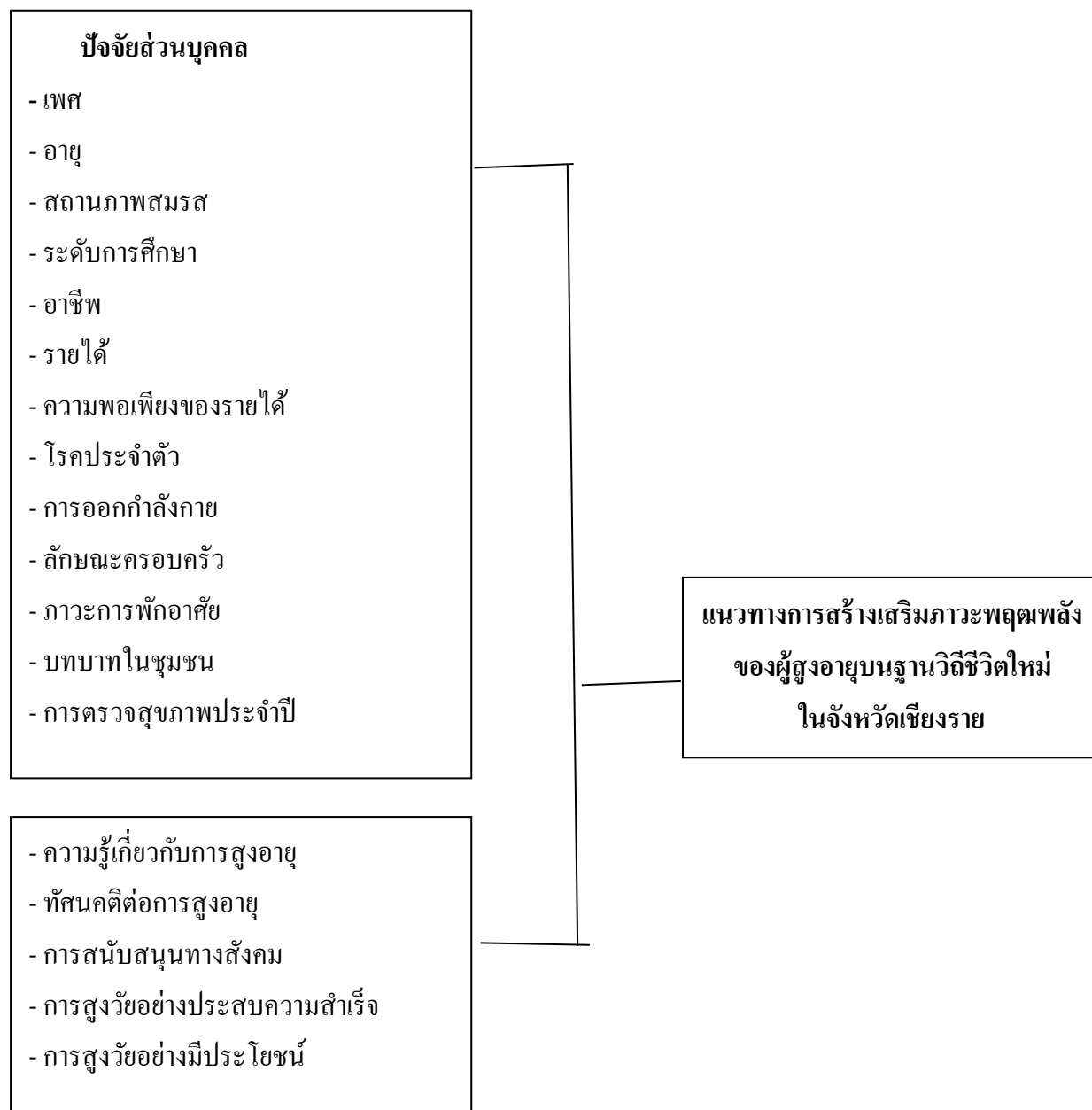
1.3 ขอบเขตด้านสถานที่ศึกษา

อำเภอเวียงป่าเป้า อำเภอเวียงเชียงรุ้ง และอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย

1.4 ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ศึกษา

เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะส่วนบุคคลต่างกันจะมีภาวะพัฒนาที่ต่างกัน
2. แนวทางภาวะพัฒนาของผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะพัฒนาของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความสมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน มีส่วนร่วมในการทำงาน และมีส่วนร่วมในครอบครัวและกลุ่มสังคม การมีความมั่นคง ด้านการเงินและด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม

การรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ หมายถึง เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

เจตคติที่มีต่อการสูงอายุ หมายถึง การเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุในการเข้าสู่วัยสูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด หรือบุคคลรอบข้าง ทั้งด้านสิ่งของและด้านจิตใจ

การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ หมายถึง เป็นความสามารถที่จะคงความเป็นตัวตนหรืออัตลักษณ์ของตนของผู้สูงอายุ แม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ หมายถึง เป็นการส่งเสริมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการเปลี่ยนเข้าสู่ความสำเร็จของแต่ละบุคคล

วิถีชีวิตใหม่ หมายถึง แบบการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างจากวิถีชีวิตเดิม ก่อให้เกิดการปรับตัว

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเวียงป่าเป้า อำเภอเวียงเชียงรุ้ง และอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดพลพลัง (active ageing)
 - 1.1 ความหมายของพลพลัง
 - 1.2 องค์ประกอบของพลพลัง
 - 1.3 ปัจจัยกำหนดพลพลัง
 - 1.4 การส่งเสริมพลพลัง
 - 1.5 ประโยชน์ของพลพลัง
2. แนวคิดผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับพลพลัง
 - 2.1 แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy ageing)
 - 2.2 แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (successful ageing)
 - 2.3 แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ (productive ageing)
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลพลัง
 - 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 3.2 ความรู้เกี่ยวกับการสูงวัย
 - 3.3 ทักษะต่อการสูงวัย
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม
4. วิถีชีวิตใหม่
 - 4.1 แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ความหมายของพฒพล้ง

พฒพล้ง (Active ageing) ได้รับการบัญญัติโดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 1990 และมีการกำหนดกรอบนโยบายพฒพล้งขึ้นในปี ค.ศ. 2002 โดยกล่าวว่า พฒพล้ง เป็นกระบวนการที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security)

สหภาพยุโรปยังให้ความหมายของพฒพล้งไว้ว่า เป็นวิธีการที่ทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี สามารถทำงานได้ยาวนานขึ้น มีการเกษียณอายุการทำงานช้าลง และยังคงมีความกระฉับกระเฉงภายหลังการเกษียณอายุ

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active ageing) คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีความคล่องแคล่วว่องไว สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลและพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมทั้งสมาชิกอื่นในสังคม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551)

พฒพล้ง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ คือ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ มีส่วนร่วมในชุมชนหรือสังคม โดยดำรงชีวิตให้เกิดคุณประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม (จิราพร เกศพิชญพัฒนา และคณะ, 2549)

พฒพล้ง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน มีส่วนร่วมในการทำงาน และมีส่วนร่วมในครอบครัวและกลุ่มสังคม รวมทั้งมีความมั่นคง ด้านการเงินและด้านกายภาพ (กุลศ สุนทรธาดา และกมลชนก ขาสวรรณ, 2553)

องค์ประกอบของพฒพล้ง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบนโยบายพฒพล้ง เมื่อปี ค.ศ. 2002 มีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ด้าน (WHO, 2002) คือ

1. ด้านสุขภาพ (Health) คือ การส่งเสริมให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เรื้อรังและการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการส่งเสริมให้ประชาชนมีปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนสามารถมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประชาชนจะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ ลดการพึ่งพาผู้อื่น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและบริการสุขภาพลดลง รวมถึงสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ตามสิทธิและความจำเป็นของตน

2. ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) คือ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ตามความสามารถ ความ

ต้องการ และความชอบของบุคคล โดยการสร้างนโยบายและโปรแกรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านตลาดแรงงาน การจ้างงาน การศึกษา สุขภาพ และสังคม ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งกิจกรรมที่ได้รับค่าจ้างหรือไม่ได้รับค่าจ้าง

3. ด้านหลักประกัน (Security) คือ การสร้างหลักประกันให้กับประชาชน เพื่อเป็นหลักประกันว่าเมื่อประชาชนเข้าสู่วัยสูงอายุ จะได้รับการปกป้อง การเคารพ และได้รับการดูแล เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรืออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยการสร้างนโยบายหรือโปรแกรมที่เน้นหลักประกันด้านสังคม การเงิน และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัย ตามความต้องการและสิทธิของประชาชน รวมถึงการให้การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลได้

ปัจจัยกำหนดคุณภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้กล่าวถึงปัจจัยกำหนดคุณภาพ (Determinants of active ageing) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน คือ

1. ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านสุขภาพและระบบบริการด้านสังคม (Determinants related to health and social service systems) ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Health promotion and disease prevention) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีคุณภาพด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง และทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ในขณะที่การป้องกันโรคประกอบไปด้วยการป้องกันและจัดการอาการซึ่งเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปเมื่อสูงอายุขึ้น เช่น โรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ เป็นต้น

1.2 การเข้าถึงบริการการรักษา (Curative service) เป็นปัจจัยที่ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก จึงมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพด้านสุขภาพ ซึ่งบริการการรักษาที่เหมาะสมควรเริ่มจากระดับปฐมภูมิ และมีการส่งต่อไประดับทุติยภูมิและตติยภูมิเมื่อจำเป็น มีการประสานงานและการทำงานแบบสหวิชาชีพ รวมถึงต้องมีการประเมินและทบทวนเพื่อให้มีการใช้ยาอย่างปลอดภัย และการประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนของยาที่ใช้

1.3 การดูแลระยะยาว (Long term care) เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพ ด้านหลักประกัน โดยเฉพาะบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการดูแลระยะยาวหมายถึงระบบสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ครอบคลุมการดูแลทั้งในระดับชุมชน เช่น การสาธารณสุข การดูแลระดับปฐมภูมิ การดูแลที่บ้าน บริการฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลในสถานดูแล และสถานดูแลระยะสุดท้าย (Hospices) เป็นต้น

1.4 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต (Mental health services) เป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาทางด้านสุขภาพ โดยควรให้ความสนใจกับโรคทางจิตเวชที่มักไม่ได้รับการวินิจฉัย เช่น ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2. ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม (Behavioral determinants) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาทางด้านสุขภาพ โดยมีความเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปสู่วิถีชีวิตที่มีสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในทุกะยะของชีวิตในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่

2.1 การสูบบุหรี่ (Tobacco use) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ของโรคไม่ติดต่อทั้งในผู้ที่อายุน้อยและผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควรที่สามารถป้องกันได้ โดยการสูบบุหรี่ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น โรคมะเร็งปอด และโรคหัวใจ เป็นต้น การเตรียมพร้อมด้านสุขภาพโดยการงดสูบบุหรี่จึงมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นอันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.2 การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอสามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ โดยสามารถชะลอการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีความเจ็บป่วย รวมถึงสามารถลดโอกาสการเกิดความพิการ ทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น ช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ทำให้เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระ ลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2.3 การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม (Healthy eating) ช่วยให้ผู้ประชาชนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น โรคโลหิตจาง การติดเชื้อ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยปัญหาเรื่องภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากรายการข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหาร ปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจ การขาดข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การมีอาหารให้เลือกน้อย โรคและการใช้ยา การสูญเสียฟัน การแยกตัวจากสังคม ความพิการด้านสติปัญญาหรือร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถซื้อและจัดเตรียมอาหารได้ การอยู่ในสถานการณณ์ฉุกเฉิน และการขาดการทำกิจกรรมทางกาย ซึ่งการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อจำกัดเหล่านี้ และการส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนมีพัฒนาทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

2.4 การมีสุขภาพช่องปาก (Oral health) เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในระบบสุขภาพอื่น ๆ ได้ ทำให้บุคคลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้น มีความมั่นใจลดลง และมีคุณภาพชีวิตลดลง การส่งเสริมสุขภาพช่องปากควรทำตั้งแต่ช่วงวัยต้นไปจนตลอดชีวิต เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ โดยการจัดทำโปรแกรมที่ช่วยให้ประชาชนสามารถรักษาฟันแท้ไว้ให้นานที่สุด

2.5 การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) แม้ว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าแต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการสูงวัยจะทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์มากขึ้น เช่น ภาวะทุพโภชนาการ และโรคตับแข็ง เป็นต้น รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่ออันตรายจาก

การใช้ยาและแอลกอฮอล์ร่วมกัน และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มอีกด้วย การให้การดูแลรักษาผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ทั้งในผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุน้อยจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.6 การใช้ยา (Medications) ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังทำให้มีความจำเป็นต้องใช้ยาสูง และมักพบปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมหรือการใช้ยาเกินคำแนะนำ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิงทำให้เกิดปัญหาฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเฉพาะยาในกลุ่มยานอนหลับและยากันชัก ซึ่งการเกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย การพลัดตกหกล้ม และการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องความเสี่ยงจากการใช้ยาและการใช้ยาอย่างเหมาะสม

2.7 การให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม (Adherence) คือการปรับตัว และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ อันได้แก่ การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม การมีกิจกรรมทางกาย การไม่สูบบุหรี่ ร่วมกับการใช้ยาตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งการมีความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม มีผลอย่างมากกับประสิทธิภาพของการรักษา คุณภาพชีวิต และภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล (Determinants related to personal factors)

3.1 ปัจจัยด้านชีววิทยาและพันธุกรรม (Biology and genetics) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดกระบวนการสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าผู้ที่มีอายุน้อยเนื่องจากผู้สูงอายุได้เผชิญปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยทั้งปัจจัยภายนอก และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพมาเป็นระยะเวลานานมากกว่าคนหนุ่มสาว ซึ่งแม้ว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมจะมีผลต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัลไซเมอร์ และโรคมะเร็ง เป็นต้น แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การงดสูบบุหรี่ การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา และการมีเครือข่ายญาติพี่น้องและเพื่อนคอยช่วยเหลือ เป็นต้น สามารถช่วยลดผลกระทบของพันธุกรรมต่อ การเกิดการเสื่อมหน้าที่ของร่างกายและการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างมากในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

3.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ประกอบด้วย

3.2.1 ความฉลาดและความสามารถด้านสติปัญญา (Intelligence and cognitive capacity) เช่น ความสามารถในการจัดการกับปัญหา และความสามารถในการปรับตัวต่อการสูญเสีย เป็นต้น เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมและการมีอายุยืนยาว การให้การส่งเสริมทักษะในการจัดการกับปัญหาและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแก่ประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนมีความพร้อมด้านจิตใจที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ

3.2.1 สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการควบคุมชีวิต มีความเกี่ยวข้องกับการเลือกพฤติกรรมหรือการเตรียมตัวเพื่อการเกษียณของบุคคล ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีสมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้ประชาชนมีความมั่นใจที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ

4. ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Determinants related to the physical environment)

4.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environments) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยหรือมีข้อจำกัดทางกายภาพหลายด้านจะทำให้ผู้สูงอายุมีการแยกตัวจากสังคมมากขึ้นมีภาวะซึมเศร้ามีความแข็งแรงของร่างกายลดลง และทำให้มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นได้ การอาศัยอยู่ในสถานที่ที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีบริการขนส่งสาธารณะที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความเพียงพอจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเต็มที่ อันจะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการมีส่วนร่วม

4.2 ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย (Safe housing) ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสมรวมถึงการมีเพื่อนบ้านที่ดี เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสุขและพัฒนาด้านความมั่นคงของคนทุกวัย ในผู้สูงอายุการจัดที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยควรให้ความสำคัญกับระยะห่างของบ้านผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว บริการขนส่งสาธารณะ ความต้องการด้านสุขภาพ ความต้องการด้านความปลอดภัย และอันตรายในบ้านซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุ

4.3 การพลัดตกหกล้ม (Falls) การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุใหญ่ของการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ซึ่งอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้น เช่น การมีแสงสว่างในบ้านน้อย มีพื้นต่างระดับหรือทางเดินไม่เรียบ ไม่มีราวจับบันได จักรวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ มีสัตว์เลี้ยงเดินหรือวิ่งอยู่บนพื้นบ้าน เป็นต้น ซึ่งการพลัดตกหกล้มสามารถเกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้มากที่สุดและเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

5. ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Determinants related to the social environment)

5.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการตาย อัตราการป่วย และปัญหาทางด้านจิตใจรวมถึงมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมลงของสุขภาพโดยรวมและความสุขของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการติดต่อทางสังคมน้อยมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตในอีก 3 ปี ข้างหน้า ซึ่งมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงถึง 3 เท่า

5.2 การใช้ความรุนแรงและการทำร้ายผู้สูงอายุ (Violence and abuse) ผู้สูงอายุที่เปราะบางหรืออยู่คนเดียวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาชญากรรม เช่น การลักขโมย และการทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ซึ่งมีผลทางลบต่อความมั่นคงปลอดภัยของผู้สูงอายุ

5.3 การศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ (Education and literacy) การศึกษาเป็นที่มาของการเรียนรู้ตลอดชีวิต ช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระเมื่อสูงอายุขึ้น ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ต่างพบว่ามีความสัมพันธ์กับเสี่ยงต่อการเกิดความพิการ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการว่างงาน เมื่อสูงอายุมากขึ้น

6. ปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ (Determinants related to economic)

6.1 รายได้ (Income) ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง ที่อาศัยอยู่เพียงลำพังหรืออยู่ในชนบท มักจะมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม และบริการสุขภาพ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความพิการเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางซึ่งภาครัฐควรให้ความสำคัญในการช่วยเหลือดูแล

6.2 การปกป้องทางสังคม (Social protection) จากการที่ครอบครัวขยายมีจำนวนลดลง ทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวที่มีให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือมีน้อยลง จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการสร้างระบบที่จะช่วยให้เกิดการปกป้องทางสังคมให้กับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ผู้สูงอายุที่เปราะบาง รวมถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง

6.3 การทำงาน (Work) ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีความกระฉับกระเฉงและมีการทำประโยชน์ในสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความสามารถทำได้ ทั้งในการทำงานอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ งานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ และงานอาสาสมัคร

นอกจากปัจจัยกำหนดพัฒนาพลังที่มีผลต่อพัฒนาพลังแล้ว องค์การอนามัยโลกยังได้กล่าวถึงปัจจัยกำหนดตัดขวาง (Cross-cutting determinants) อีก 2 ปัจจัย ซึ่งมีผลต่อปัจจัยกำหนดพัฒนาพลังทุกปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุและกระบวนการสูงอายุ เช่น ถ้าสังคมมองว่าความเจ็บป่วยเกิดจากกระบวนการสูงอายุเพียงอย่างเดียว ประชาชนก็จะไม่ให้ความสนใจในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านสุขภาพ ไม่มีการป้องกันและการรักษาโรคตั้งแต่เริ่มแรก รวมถึงการให้การรักษาที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น และปัจจัยด้านเพศ ซึ่งเป็นตัวกำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยพบว่าแต่ละเพศมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งเพศชายมีแนวโน้มที่จะได้รับอันตรายหรือเสียชีวิตจากเหตุรุนแรง เช่น อันตรายจากการทำงาน การฆ่าตัวตาย รวมถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด และความเสี่ยงโดยไม่จำเป็นอื่น ๆ เป็นต้น ส่วนในเพศหญิง มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การมีสถานะทางสังคมต่ำ การขาดการเข้าถึงแหล่งอาหาร การศึกษาต่ำ การทำงานที่ไม่ดี และการมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย เป็นต้น ดังนั้นในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับพัฒนาพลังจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างเรื่องเพศด้วย

การส่งเสริมพหุพลัง

ประเทศออสเตรเลีย รัฐออสเตรเลียตะวันตก ได้สร้างแนวปฏิบัติในการส่งเสริมพหุพลัง (A guide to the Western Australian Active Ageing Strategy, March 2004) (Hutchison et al., 2006) โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ คือ สุขภาพและความผาสุก การจ้างงานและการเรียนรู้ ความตระหนักรู้ของชุมชนและการมีส่วนร่วม การปกป้องและความมั่นคง และการวางแผนการให้บริการและการออกแบบสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งการจะนำนโยบายพหุพลังไปสู่การปฏิบัติจริงได้นั้น มีหลักปฏิบัติอยู่ 7 ประการ (Walker, 2006) คือ

1. กิจกรรม ต้องเป็นกิจกรรมที่มีความหมาย ซึ่งก่อให้เกิดความผาสุกทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยไม่จำเป็นต้องเป็นงานที่ก่อให้เกิดรายได้ หรือผลิตภัณฑ์
2. พหุพลังควรเน้นที่แนวคิดของการป้องกัน ทั้งความเจ็บป่วย ความพิการ การพึ่งพาและการสูญเสียทักษะ เป็นต้น โดยการให้ทุกช่วงวัยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการของพหุพลังตลอดชีวิต
3. พหุพลังต้องครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งผู้สูงอายุกลุ่มที่เปราะบาง และผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
4. การส่งเสริมพหุพลังควรให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งความเป็นปึกแผ่นระหว่างวัยรุ่น
5. พหุพลังควรประกอบด้วยทั้งสิทธิที่ประชาชนควรได้รับ และหน้าที่ที่พึงกระทำของบุคคล เช่น ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับการปกป้องทางสังคม รวมถึงการได้รับการศึกษาและการฝึกฝนตลอดชีวิต แต่ประชาชนก็มีหน้าที่ที่ต้องใช้ประโยชน์จากการได้รับโอกาสในการศึกษาและการฝึกฝนในการทำให้ตนเองมีความกระฉับกระเฉงหรือมีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอด้วย
6. กลยุทธ์ในการทำให้เกิดพหุพลังควรทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจของตัวบุคคล เช่น ในการกำหนดนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติควรมีการกำหนดนโยบายทั้งจากภาครัฐบาลกำหนดโดยนโยบายที่ช่วยกระตุ้นการปฏิบัติ และให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบกิจกรรม
7. พหุพลังต้องเคารพความแตกต่างด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรมของบุคคล เช่น ในการกำหนดรูปแบบของกิจกรรมต้องคำนึงถึงความแตกต่างด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรมด้วย

การส่งเสริมพหุพลังเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นมิติของการสร้างหลักประกันว่าจะมีสุขภาพ การเงินการงาน ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัย เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ด้วยการคิดวางแผนและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุให้เร็วที่สุด ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมหรือการออมใน 3 มิติ (กมล สุทิน, 2554) คือ

1. การออมด้านสุขภาพ คือการดูแลสุขภาพให้ได้อย่างสม่ำเสมอ มีการออกกำลังกายการบริโภคอาหารที่เหมาะสมครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดย

ควรเริ่มทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก รวมถึงการออกกำลังกายและสังคม สังคมเครือข่ายทางสังคมที่จะช่วยเหลือในวัยสูงอายุ สังคมความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว หมู่ญาติมิตร และผู้ร่วมงาน สมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นการสังคมที่ไม่มีรูปแบบชัดเจน ใช้เวลาแตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่และกระทำอย่างต่อเนื่อง

2. การออกกำลังกายเชิงธุรกิจ คือการสร้างหลักประกันทางการเงินให้เพียงพอกับคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ โดยควรเริ่มทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันที่เริ่มมีรายได้

3. การออกกำลังกายอยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม คือการเตรียมความพร้อมเรื่องบ้านและชุมชนที่จะอยู่อาศัยในอนาคต โดยควรเริ่มตั้งแต่วันที่คิดจะมีบ้าน การเลือกแบบบ้าน ชุมชน และควรนำเรื่องความเหมาะสมกับวัยสูงอายุมาประกอบการคิดและตัดสินใจด้วย แนวคิดพัฒนาพลังเป็นแนวคิดในเชิงรุก เน้นการป้องกันมากกว่าการแก้ไขเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุด โดยมีหลักการคือ การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเตรียมความพร้อมทั้งสามด้านกับคนทุกกลุ่มที่มีอายุก่อนวัยสูงอายุ ทั้งกลุ่มเด็กวัยรุ่น วัยแรงงาน จนก่อนอายุ 60 ปี และควรมีการจัดทำหลักสูตรการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีสัดส่วนของหลักวิชาการ และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม ผู้จัดทำหลักสูตรควรเป็นคนในท้องถิ่น และให้คนในท้องถิ่นเป็นคนถ่ายทอดเป็นหลัก โดยการช่วยเหลือด้านวิชาการจากบุคคลภายนอก

ประโยชน์ของพัฒนาพลัง

การส่งเสริมพัฒนาพลังให้กับประชาชนจะทำให้เมื่อเข้าสู่สูงวัยสูงอายุ ประชาชนจะได้รับประโยชน์ทั้งต่อตัวบุคคล และชุมชน ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อตัวบุคคล คือทำให้สุขภาพร่างกายโดยรวมและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ลดการเกิดโรคเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อนจากอาการป่วย ลดอัตราการตาย และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม (Vogel et al., 2009) นอกจากนั้นการมีพัฒนาพลังยังทำให้บุคคลนั้นมีการแยกตัวจากสังคมลดลง มีการติดต่อทางสังคมมากขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Maier & Klumb, 2005) และมีความสุขทางใจดีขึ้นด้วย (Penedo & Dahn, 2005)

2. ประโยชน์ต่อชุมชน พบว่าการส่งเสริมพัฒนาพลังให้กับประชาชน และการวางแผน รวมทั้งออกแบบชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกัน และกลายเป็นชุมชนที่เอื้อประโยชน์ให้กับทุกวัย โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ ช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีสุขภาพดีและมีความกระฉับกระเฉง ลดภาระด้าน ค่ารักษาและการบริการสุขภาพในชุมชน ผู้สูงอายุยังมีส่วนช่วยในด้านแรงงานในชุมชน โดยใช้ประสบการณ์ ทักษะ และภูมิปัญญาที่สั่งสมมา ทำงานเป็นอาสาสมัคร ทำงานต่อเนื่องหลังเกษียณอายุ ดูแลหลาน หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่เอื้อประโยชน์แก่ชุมชน (ICMA, 2003)

แนวคิดผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับพหุพลัง

แนวคิดผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับพหุพลังมีหลายแนวคิด ได้แก่ การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy ageing) การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful ageing) และการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ (Productive ageing) โดยแต่ละแนวคิดมีการให้นิยามที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามทุกแนวคิดเน้นที่การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่และความผาสุกตลอดช่วงชีวิตเช่นเดียวกัน โดยรายละเอียดของแนวคิดเหล่านี้มีดังต่อไปนี้

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy ageing)

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy ageing) คือ กระบวนการตลอดชีวิตที่ช่วยเพิ่มโอกาสสูงสุดในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความผาสุก ความเป็นอิสระ และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย สังคมและสติปัญญา รวมถึงการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านตลอดชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ (Peel, McClure, & Bartlett, 2005) การมีชีวิตยืนยาวจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตโดยไม่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต และยังคงรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจไว้ได้ (Reed et al., 1998) สำหรับนิยามตามมุมมองของผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2551) พบว่าความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ คือ การไม่มีโรค การมีร่างกายสมบูรณ์ การพึ่งพาตนเองได้ การทำตัวให้ดูดีตามวัย การมีความพอใจในการดำเนินชีวิต และการไม่มีความเจ็บป่วยจากการมีเคราะห์กรรมหรือการลบหลู่สิ่งเหนือตนเอง ประเด็นหลักที่ใช้ในการประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จะประเมินด้านสุขภาพร่างกายและการทำหน้าที่เป็นหลัก เช่น ประเมินคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living [ADL]) การไม่มีความพิการ เป็นต้น ซึ่งเกณฑ์นี้มักเป็นข้อบ่งชี้ของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในงานวิจัยส่วนใหญ่ ส่วนการประเมินการทำหน้าที่ด้านจิตใจ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางใจ การไม่มีโรคทางจิตเวช การรับรู้สุขภาพทางบวก ความพึงพอใจในชีวิต และรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการประเมินการทำหน้าที่ด้านสังคม เช่น การติดต่อทางสังคมหรือการมีส่วนร่วม และความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมให้ประชาชนมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ประกอบด้วยการส่งเสริมใน 4 ด้าน (Alberta Health and Wellness, 2002) คือ

1. การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (Promoting health and preventing disease and injury) โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพ โดย

เน้นการสร้างเสริมความสามารถและการทำหน้าที่ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการสร้างทางเลือกที่ดี และพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ดีและปลอดภัย

2. การส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านจิตใจ และร่างกาย (Optimizing mental and physical function) โดยการทำให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระเท่าที่จะสามารถทำได้

3. การจัดการกับอาการเรื้อรัง (Managing chronic conditions) โดยการช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการอาการที่เกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเองและความเป็นอิสระ โดยใช้การประสานความร่วมมือของบุคลากรและผู้ดูแล

4. การมีส่วนร่วม (Engaging with life) โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีสัมพันธภาพที่ดี กับผู้อื่น และมีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจอย่างมีจุดหมาย

แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful ageing)

แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful ageing) มีผู้เสนอไว้หลายแนวคิด ได้แก่ แนวคิดที่เน้นด้านสถานะที่เป็นอยู่ (State of being) คือ แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จของรอร์ว และคาห์น (Rowe & Kahn, 1998) แนวคิดนี้มีผู้นิยมใช้ในงานวิจัยเป็นจำนวนมากโดยรอร์วและคาห์นให้นิยามของการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful ageing) ไว้ว่าเป็นภาวะสูงสุดของสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งตามนิยามนี้ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จจะต้องมีองค์ประกอบ คือ มีโอกาสเกิดโรคและความพิการต่ำมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสติปัญญาสูง และมีส่วนร่วมในสังคมอย่างสม่ำเสมอแนวคิดนี้จึงมองว่าการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จเป็นภาวะสูงสุดทางบวกของผู้สูงอายุปกติ (normal ageing) ส่วนแนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จที่เน้นด้านกระบวนการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง (A process of continuous adaptation) ได้แก่ แนวคิดของ บาลเทส และบาลเทส (Baltes & Baltes, 1990) ซึ่งให้นิยามของคำว่า การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จไว้ว่า เป็นกระบวนการปรับตัวตามความต้องการด้านชีววิทยาและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัย โดยจุดเน้นของแนวคิดนี้คือกระบวนการคัดสรร การปรับให้เหมาะสม และการชดเชย (The process of selection, optimization, with compensation [SOC]) เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง เน้นที่การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและกิจกรรมที่กระทำ เพื่อให้ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และคงไว้ซึ่งความพอใจในชีวิต

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดของฮาวิกเฮิร์ท (Havighurst, 1961) ซึ่งกล่าวว่าการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ เป็นการเข้าถึงเป้าหมายของบุคคล หรือการที่บุคคลรับรู้ถึงความพอใจในชีวิต

การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จมีความหมายที่ใกล้เคียงและสามารถใช้สลับการสูงวัยอย่างมีความสุข ภาวะได้ โดยการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีการเลือกเป้าหมายและทักษะที่เขายังสามารถกระทำได้แล้วพัฒนาความสามารถหรือทักษะนั้นให้ดีขึ้นรวมถึงการหาเป้าหมายใหม่ในชีวิต

ทดแทนสิ่งเดิมที่ไม่สามารถทำได้ โดยการหาความหมายใหม่ของสิ่งที่ตนสามารถทำได้ การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จจึงเป็นไปได้ทั้งกระบวนการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายและเป็นผลลัพธ์ที่ตามมาจากการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Hansen-Kyle, 2005) ซึ่งแนวคิดนี้มีความครอบคลุมน้อยกว่าแนวคิดพหุพลังเช่นกัน

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ (Productive ageing)

การสูงวัยอย่างมีประโยชน์ (productive ageing) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่ก่อให้เกิดสินค้าหรือการบริการ หรือการพัฒนาความสามารถในการผลิตสินค้าหรือบริการ (Burr, Caro, & Moorhead, 2002) ซึ่งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้นิยามนี้เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงคุณค่าทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ งานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่ก่อให้เกิดรายได้ งานอาสาสมัคร งานในครอบครัว แต่ไม่รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ปัญญา จะเห็นว่าแนวคิดผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดพหุพลังมีหลายแนวคิด โดยแนวคิดพหุพลัง คือการกระทำหรือกระบวนการเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีความครอบคลุมทุกมิติมากกว่าแนวคิดอื่น ๆ เนื่องจากในกรอบแนวคิดนี้มีการเพิ่มเรื่องของหลักประกันเข้าไปด้วย ซึ่งเป้าหมายสูงสุดของแนวคิดนี้คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อสูงวัย ในขณะที่แนวคิดเรื่องการสูงวัยอย่างมีสุขภาพจะสามารถเป็นได้ทั้งกระบวนการและสถานะที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุตามประเด็นหลัก คือ ด้านร่างกาย สติปัญญาอารมณ์ การแพทย์ เศรษฐกิจ และสังคม ส่วนแนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ เป็นได้ทั้งเป้าหมาย และผลลัพธ์ของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Hansen-Kyle, 2005) และแนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ เป็นการเน้นการทำประโยชน์ของผู้สูงอายุเท่านั้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพหุพลัง

พหุพลังของบุคคลจะสามารถเกิดขึ้นได้ต้องได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายปัจจัย สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพหุพลังของบุคคล แม้ว่าหลายปัจจัยจะเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ แต่ปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับพหุพลังและนำไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพหุพลังที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ได้แก่

1. อายุมีความสัมพันธ์กับพหุพลังโดยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมของบุคคล เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพ ความพิการ และภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้มีการทำกิจกรรมทางกายลดลง ซึ่งการลดลงของการทำกิจกรรมนี้เห็นได้ชัดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป

ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามอายุเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการวางแผนการเกษียณอายุ โดยพฤติกรรมการวางแผนการเกษียณอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้บุคคลเริ่มคิดถึงการเกษียณอายุ มีการวางแผนทางการเงิน มีพฤติกรรมเก็บออม และใช้เวลาในการวางแผนการเกษียณอายุ ดังนั้นอายุจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรือการเตรียมการเพื่อการสูงอายุ

2. เพศ ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกับความแตกต่างด้านเพศยังไม่เป็นที่แน่ชัด พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมมากกว่าเพศหญิง และพบว่าสองเพศมีพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุโดยรวมไม่ต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน

3. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และพบว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้หญิงที่เป็นหม้าย โสด หรือหย่า

4. การศึกษา พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเป็นที่ยอมรับของการพัฒนาความสามารถ การปรับตัวทางสังคม รายได้ และเป็นหลักประกันของการมีสุขภาพที่ดี

5. รายได้ พบว่าพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ การทำงานและอาชีพ โดยปัจจัยด้านรายได้เป็นพื้นฐานของการศึกษาและการดูแลสุขภาพร่างกาย โดยกลุ่มผู้ที่มีรายได้สูงมักจะมีความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การมีรายได้สูงยังทำให้มีอิสระในการเลือกกิจกรรมยามว่าง มีการเข้าถึงสินค้าและบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น และปัจจัยด้านรายไดยังทำให้บุคคลมีความสามารถบริหารจัดการในครอบครัวได้ ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวสิ่งเหล่านี้ทำให้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลนั้นจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความมั่นคง

ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ

ผู้สูงอายุที่บุคคลรับรู้ ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงหรือข้อมูลที่สะท้อนความจริงเกี่ยวกับการสูงอายุและสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมหรือการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้มากขึ้น การเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงจึงเป็นสิ่งจำเป็น การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุและผู้สูงอายุที่ถูกต้องแก่ประชาชนจะช่วยให้ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องโดยความรู้จะเป็นพื้นฐานในการแปลผลการรับรู้ที่มีต่อกระบวนการสูงอายุและผู้สูงอายุ ทำให้บุคคลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ และมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมถึงทำให้ประชาชนให้ความสำคัญต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุและมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้น

ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อผู้สูงอายุ

ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อผู้สูงอายุ สามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยทัศนคติในทางบวก ได้แก่ ความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภูมิปัญญา มีความรู้เท่าทันชีวิต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีศักยภาพในการทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม มีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของตัวเอง หรือไม่เป็นภาระของลูกหลาน ส่วนทัศนคติในทางลบ ได้แก่ ความเชื่อที่ว่า ผู้สูงอายุไม่มีประโยชน์ ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความเจ็บป่วยอ่อนแอ เฉื่อย หงุดหงิดง่าย ไม่ยืดหยุ่น หลงลืมง่าย และมีความสามารถด้านสติปัญญาลดลง ซึ่งทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีต่อผู้สูงอายุมักได้รับอิทธิพลมาจากมุมมองที่สังคมมีต่อผู้สูงอายุ ส่งผลถึงการปฏิบัติของสังคมต่อผู้สูงอายุ และการมองตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ในวัฒนธรรมของคนเอเชีย ผู้สูงอายุจะได้รับการเคารพและนับถือในฐานะเป็นผู้ที่มีภูมิปัญญาและประสบการณ์ โดยผู้สูงอายุจะปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างให้กับรุ่นลูกรุ่นหลาน ในขณะที่ลูกหลานก็ให้ความเคารพ

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งอาจเป็น สิ่งของ การบริการ การปลอบประโลม ความใกล้ชิดสนิทสนม การช่วยเหลือ การแก้ปัญหา และการเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชน

การสนับสนุนทางสังคมยังหมายถึง สิ่งที่ได้รับในด้านความช่วยเหลือทางด้าน ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็น บุคคลหรือกลุ่มคน ส่งผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมสามารถจำแนก เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ และการแสดงความห่วงใย เป็นต้น
2. การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องหรือให้การรับรอง (Affirmation) และการบอกผลการปฏิบัติ หรือการบอกผลดีที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นต้น
3. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การซักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน และเวลา เป็นต้น

วิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

วิถีชีวิตใหม่ (New Normal) เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบจนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย รูปแบบวิถีชีวิตใหม่นี้ประกอบด้วย วิธีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติและการจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้น หลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงและรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าจะธำรงรักษาวิถีดั้งเดิมหรือหวนหาถึงอดีต โดยคำนี้กำเนิดขึ้น ในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจถดถอยทั่วโลกในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 21 (ค.ศ. 2007-2008) ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเศรษฐกิจครั้งใหญ่ การจัดการบางอย่างซึ่งแต่เดิมเคยถูกมองว่าผิดปกติได้กลับกลายมาเป็นสิ่งที่พบเห็นกันได้ทั่วไป และถูกนำมาใช้ในบริบทอื่น ๆ อย่างเช่น ด้านวิทยาศาสตร์เพื่อสื่อสารและทำความเข้าใจถึงสถานะการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ เช่น อุณหภูมิที่สูงขึ้นและความเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล

ส่วนวิถีชีวิตใหม่ในบริบท สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อธิบายได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ผู้คนเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จนกลายเป็นความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ ทำให้บุคคลจำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิม ๆ โดยมีการปรับหาวิธีการดำรงชีวิตแบบใหม่เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ควบคู่ไปกับการพยายามรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีใหม่ ๆ มีการปรับแนวคิด วิสัยทัศน์ วิธีการจัดการ ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยทำมาเป็นกิจวัตร เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความคุ้นชินที่จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติของผู้คนในสังคม (สุภาภรณ์ พรหมบุตร, 2563)

แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) กล่าวถึงการปรับตัวและการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาในการปรับตัวเมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเข้าในชีวิต โดยการปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความคิดและความรู้สึก จากการใช้ความตระหนักรู้ทางปัญญา และสร้างสรรค์ในการบูรณาการระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมให้กลมกลืน รอยใช้แนวคิดจากทฤษฎีระบบมาอธิบายระบบการปรับตัวของบุคคลว่า บุคคลเป็นเหมือนระบบการปรับตัวที่มีความเป็นองค์

รวม (Holistic adaptive system) และเป็นระบบปิด ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) สิ่งนำออก (Output) และกระบวนการป้อนกลับ (Feedback process) แต่ละส่วนนี้จะทำงานสัมพันธ์กันเป็นหนึ่งเดียว โดยเมื่อสิ่งเร้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในผ่านเข้าสู่ระบบการปรับตัว จะกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยใช้กระบวนการเผชิญ 2 กลไก คือ กลไกควบคุม และกลไกการคิดรู้ กลไกทั้งสองนี้จะทำงานควบคู่กันเสมอ ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการปรับตัวออกมา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน ผลลัพธ์การปรับตัวมี 2 ลักษณะ คือ ปรับตัวได้ และปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ โดยนำสิ่งออกจากระบบนี้จะป้อนกลับไปเป็นสิ่งที่เข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้า และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลในขณะนั้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย มีขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินงาน ดังนี้

ประชากรที่ศึกษา

กลุ่มประชากร คือ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 265,859 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566)

เทคนิคและวิธีการเลือกตัวอย่าง

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 กำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973)

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ e คือ ความคลาดเคลื่อนของการเลือกตัวอย่าง (ระดับความเชื่อมั่น 95 %)

N คือ ขนาดของประชากร

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อแทนค่า จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{265,859}{1 + 265,859 (0.05)^2} \\ &= 399.39 \end{aligned}$$

เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนการทำการวิจัยครั้งนี้จึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 450 คน

1.2 การสุ่มตัวอย่าง : การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Multi-Stage Random Sampling) จากอำเภอในจังหวัดเชียงราย ได้แก่ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเทิง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง

อำเภอ	จำนวนประชากรสูงอายุ	กลุ่มตัวอย่าง
เวียงเชียงรุ้ง	6,093	78
เวียงป่าเป้า	15,438	199
เทิง	13,468	173
รวม	34,999	450

1.3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) ที่มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารกันได้และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเป็นผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียดเชิงคุณภาพเพิ่มขึ้น จึงมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ที่คัดเลือกจากผู้ให้ข้อมูลในแบบสอบถามเป็นอย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือ จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผู้ดูแล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ ศาสนา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย ลักษณะที่พักอาศัย และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 ข้อ ตอบใช่ ให้คะแนน 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 0 คะแนน

1.3 ทศนคติต่อการสูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 15 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน คะแนนระหว่าง 15 – 25 คะแนน ทศนคติต่อการสูงอายุน้อย 26 – 50 คะแนน ทศนคติต่อการสูงอายุปานกลาง คะแนนระหว่าง 51 – 75 คะแนน ทศนคติต่อการสูงอายุมาก การแปลแบบสอบถาม

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก กำหนดให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 1 คะแนน

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงลบ กำหนดให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 5 คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน

และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่
ทัศนคติอยู่ในระดับน้อย (1.00 – 1.66) ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 – 3.26) และทัศนคติอยู่ในระดับ
ดี (3.27 – 5.00)

1.4 การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 50 คะแนน คะแนนระหว่าง 10 – 16 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมน้อย 17 – 32 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนระหว่าง 33 – 50 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมมาก การแปลแบบสอบถาม

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก กำหนดให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงลบ กำหนดให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (1.00 – 1.66) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 – 3.26) และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี (3.27 – 5.00)

1.5 การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 50 คะแนน คะแนนระหว่าง 10 – 16 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมน้อย 17 – 32 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนระหว่าง 33 – 50 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมมาก การแปลแบบสอบถาม

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก กำหนดให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงลบ กำหนดให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จอยู่ในระดับน้อย (1.00 – 1.66) การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 – 3.26) และการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ อยู่ในระดับดี (3.27 – 5.00)

1.6 การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 50 คะแนน คะแนนระหว่าง 10 – 16 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมน้อย 17 – 32 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนระหว่าง 33 – 50 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมมาก การแปลแบบสอบถาม

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก กำหนดให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงลบ กำหนดให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับน้อย (1.00 – 1.66) การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 – 3.26) และการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับดี (3.27 – 5.00)

1.7 แบบประเมินภาวะพดพดง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 20 – 100 คะแนน คะแนนระหว่าง 20 – 33 คะแนน ภาวะพดพดงน้อย 34 - 66 คะแนน ภาวะพดพดงปานกลาง คะแนนระหว่าง 67 – 100 คะแนน ภาวะพดพดงมาก

การแปลแบบสอบถาม กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก กำหนดให้คะแนนดังนี้

เป็นประจำ	ให้คะแนน 5 คะแนน
บ่อย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคย	ให้คะแนน 1 คะแนน

กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก กำหนดให้คะแนนดังนี้

ไม่เคย	ให้คะแนน 5 คะแนน
เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
บ่อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เป็นประจำ	ให้คะแนน 1 คะแนน

และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะพดพดงอยู่ในระดับน้อย (1.00 – 1.66) ภาวะพดพดงอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 – 3.26) และ ภาวะพดพดงอยู่ในระดับดี (3.27 – 5.00)

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อส่วนบุคคล และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการสูงวัย ทัศนคติต่อการสูงวัย การสนับสนุนทางสังคม การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ และการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ดำเนินการอภิปรายโดยผู้วิจัย

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. คณะผู้วิจัยจัดทำ เครื่องมือทั้ง 2 ชนิด โดยศึกษาเนื้อหาจากเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrence : IOC) โดยเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00
2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าค่าความเที่ยงของทัศนคติต่อการสูงอายุ เท่ากับ .798 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .789 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ เท่ากับ .886 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีความสุข เท่ากับ .758 และแบบสอบถามภาวะพลุดพลังของผู้สูงอายุ เท่ากับ .816

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม งานวิจัย
 - 1.1 ทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ไปถึงผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
 - 1.2 ประสานงานกับผู้นำชุมชนเพื่อกำหนด วัน/เวลา ที่ชัดเจนและเหมาะสม
 - 1.3 ทีมวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย นำแบบสอบถามเข้าไปถามกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มไว้แล้ว โดยสอบถามความยินดีให้ความร่วมมือ และให้เซ็นในใบยินยอม
 - 1.4 ให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านและตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาตามความต้องการ ในกรณีที่อ่านไม่ได้ ผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ และตอบตามที่ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการ
 - 1.5 นักวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัย ตรวจเช็คคำตอบให้ครบถ้วน กรณีที่พบความไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำให้ครบก่อนเก็บ เพื่อรอการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป
2. การเก็บจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก
 - 2.1 หลังจากเก็บแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยจะร่วมกันพิจารณาบุคคลที่สามารถให้ข้อมูล เชิงลึก ได้ดี (Key Informants) จำนวน 10 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก
 - 2.2 นัดหมาย วัน/เวลา ที่เหมาะสม โดยแจ้งให้ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านที่เกี่ยวข้อง ได้รับทราบล่วงหน้า
 - 2.3 คณะผู้วิจัย เข้าสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาตามสมควร
 - 2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณเชิงคุณภาพ ตามประเด็นที่กำหนด เพื่อนำผลการดำเนินงานมาหาแนวทางการสร้างเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 450 คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ประกอบไปด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 2 นำเสนอแนวทางการสร้างเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย ผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ
- ส่วนที่ 4 เจตคติที่มีต่อการสูงอายุ
- ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 6 การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ
- ส่วนที่ 7 การสูงวัยอย่างมีความสุข
- ส่วนที่ 8 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ($n=450$)

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	185	41.10
หญิง	265	58.90
รวม	450	100

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 และเป็นเพศชาย จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 41.10

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ($n=450$)

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
60 - 69	275	61.10
70 - 79	143	31.80
80 ปีขึ้นไป	32	7.10
รวม	450	100

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 61.10 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุระหว่าง 70 – 79 ปี จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 31.80 และช่วงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 7.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามศาสนา ($n=450$)

ศาสนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พุทธ	414	92.00
คริสต์	32	7.40
อิสลาม	2	0.40
รวม	450	100

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 414 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 รองลงมาได้แก่ ศาสนาคริสต์ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 7.40 และศาสนาอิสลาม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.40 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพ ($n=450$)

สถานภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โสด	9	2.00
สมรส/คู่	298	66.20
หม้าย	134	29.80
หย่า	9	2.00
รวม	450	100

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 66.20 รองลงมาได้แก่ สถานภาพหม้าย จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 29.80 และพบว่าสถานภาพโสด และหย่า มีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา ($n=450$)

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	16	3.60
ประถมศึกษา	354	78.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	32	7.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย	34	7.60
ปริญญาตรี	14	3.10
รวม	450	100

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 354 คน คิดเป็นร้อยละ 78.70 รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 7.60 และพบว่าระดับปริญญาตรีมีจำนวนน้อยที่สุดจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ($n=450$)

อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับจ้าง	72	16.00
ทำไร่/ทำสวน/ทำนา	117	26.00
ข้าราชการเกษียณ	18	4.00
ค้าขาย	51	11.30
ผู้สูงอายุ	192	42.70
รวม	450	100

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่มีงานทำ จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 42.70 รองลงมาได้แก่ ทำไร่/ทำสวน/ทำนา จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 26.00 และพบว่าประกอบอาชีพค้าขายน้อยที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.00

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($n=450$)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 2,678 บาท	171	38.00
มากกว่า 2,679 บาท	279	62.00
รวม	450	100

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 2,679 บาท จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 และน้อยกว่า 2,678 บาท จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งรายได้ ($n=450$)

แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	8	1.80
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และประกอบอาชีพ	145	32.40
บำนาญ	10	2.20
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และสามี / ภรรยา	4	0.90
เกษียณและลูก	6	1.30
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และลูก	182	40.20
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ลูก และประกอบอาชีพ	62	13.80
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และสามี/ภรรยา	25	5.60
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และหลาน	8	1.80

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ลูก และการประกอบอาชีพ มากที่สุด จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 40.20 รองลงมาเป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และประกอบอาชีพ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 32.40 และพบว่ารายได้ที่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และสามีหรือภรรยา มีน้อยจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.90

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพอเพียงของรายได้ ($n=450$)

ความพอเพียงของรายได้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พอเพียงมีเหลือเก็บ	145	32.20
พอเพียงไม่เหลือเก็บ	165	36.70
ไม่พอเพียง	140	31.10
รวม	450	100

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงไม่เหลือเก็บ จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมาได้แก่ พอเพียงเหลือเก็บ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 32.20 และพบว่ารายได้ไม่พอเพียง จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 32.20 น้อยที่สุด ตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว ($n=450$)

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มี	145	32.30
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	300	66.70
ความดันโลหิตสูง	109	24.20
เบาหวาน	54	12.00
ไต	4	0.90
ถุงลมโป่งพอง	13	2.90
ไขมันในเลือดผิดปกติ	3	0.70
หัวใจและเบาหวาน	9	2.00
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	43	9.60
เบาหวานและไขมันในเลือดผิดปกติ	13	2.90
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ	7	1.60
ความดันโลหิตสูงและเก๊าท์	8	1.80
ความดันโลหิตสูงและไต	8	1.80
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และหัวใจ	12	2.70
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน	13	2.90
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และมะเร็ง	4	0.90

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัวมากที่สุด จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 รองลงมาได้แก่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 32.30 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 24.20 รองลงมาได้แก่ เบาหวาน จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามยาที่รับประทานเป็นประจำ ($n=450$)

ยาที่รับประทานเป็นประจำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มี	144	32.00
มีเป็นยาโรคประจำตัว	303	67.30
ยาแก้ปวด	3	0.70

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มียาที่รับประทานเป็นประจำ จำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 67.30 รองลงมาได้แก่ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำ จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 และพบว่ารับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการออกกำลังกาย ($n=450$)

การออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ออกกำลังกาย	22	4.90
ออกกำลังกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	428	95.10
เดิน	336	74.70
วิ่งเหยาะๆ	20	4.40
เต้นแอโรบิก	8	1.80
ปั่นจักรยาน	44	9.80
อื่นๆ เช่น รำวง เปตอง ฟุตบอล	20	4.40

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย จำนวน 428 คน คิดเป็นร้อยละ 95.10 และไม่ออกกำลังกายจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ออกกำลังกายโดยการเดินมากที่สุดจำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 74.70 1 รองลงมาได้แก่ ปั่นจักรยาน จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 9.80 และพบว่าออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิกมีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 1.80

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
($n=450$)

ปัจจุบันอาศัยกับใคร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพียงลำพัง	41	9.10
บิดา/มารดา	12	2.70
สามี/ภรรยา	119	26.40
ลูก	95	21.10
หลาน	24	5.30
ลูกและหลาน	26	5.80
สามี/ภรรยา ลูก และหลาน	108	24.00
สามี/ภรรยา และลูก	9	2.00
ญาติ	16	3.60

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 26.40 รองลงมาได้แก่ อาศัยกับสามี/ภรรยา ลูก และหลาน จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 และพบว่าอาศัยกับสามี/ภรรยา และลูก น้อยที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะที่พักอาศัย ($n=450$)

ลักษณะที่พักอาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บ้านตนเอง	368	81.80
บ้านคู่สมรส	47	10.40
บ้านลูก/หลาน	27	6.00
บ้านญาติพี่น้อง	7	1.60
บ้านเช่า	1	0.20
รวม	450	100

จากตารางที่ 14 พบว่าลักษณะที่พักอาศัยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่บ้านของตนเอง จำนวน 368 คน คิดเป็นร้อยละ 81.80 รองลงมาได้แก่ บ้านของกลุ่มสมรส จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 10.40 และพบว่าอยู่บ้านเช่า จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0 น้อยที่สุด

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ($n=450$)

ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แข็งแรงดี ทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเอง	190	42.20
เจ็บป่วยเล็กน้อย ทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง	185	41.10
เจ็บป่วยเล็กน้อย ต้องพึ่งพาลูกหลาน/ผู้ดูแล	32	7.10
สุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย ต้องพึ่งพาลูกหลาน/ผู้ดูแล	43	9.60
รวม	450	100

จากตารางที่ 15 พบว่าภาวะสุขภาพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่แข็งแรงดี ทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเอง จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 42.20 รองลงมาได้แก่ เจ็บป่วยเล็กน้อย ทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 41.10 และพบว่าเจ็บป่วยเล็กน้อย ต้องพึ่งพา ลูกหลาน/ผู้ดูแล จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 7.10 น้อยที่สุด

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา($n=450$)

การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตรวจ	359	79.80
ไม่ได้ตรวจ	91	20.20
รวม	450	100

จากตารางที่ 16 พบว่าการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพ จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 79.80 และไม่ได้รับการตรวจ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 20.20 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ($n=450$)

ระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด (ติดสังคม)	423	94.00
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (ติดบ้าน)	27	6.00
รวม	450	100

จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด (ติดสังคม) จำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 รองลงมาได้แก่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (ติดบ้าน) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกการรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ($n=450$)

หัวข้อ	การรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ	
	ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช่ จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้สูงอายุมีผิวหนังบางทำให้ระคายความร้อนได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ	219 (48.70)	231 (51.30)
2. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างหนัก เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง	37 (8.20)	413 (91.80)
3. ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกง่าย จึงควรรับประทานยาระบาย	102 (22.70)	348 (77.30)
4. ผู้สูงอายุรับรสชาติลดลง จึงควรปรุงอาหารให้รสจัด	49 (10.90)	401 (89.10)
5. ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายกว่าวัยอื่น	117 (26.00)	333 (74.00)
6. ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดในผู้สูงอายุทุกคน	212 (47.10)	238 (52.90)
7. ผู้สูงอายุมักมีปัญหาหลับยากและตื่นง่าย	361 (80.20)	89 (19.80)
8. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล น้อยใจ เป็นต้น เป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ	348 (77.30)	102 (22.70)
9. ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวลดลง	178 (39.60)	272 (60.40)
10. ผู้สูงอายุควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน เพื่อความปลอดภัย	128 (28.40)	322 (71.60)
11. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุช่วยป้องกันอุบัติเหตุ	365 (81.10)	85 (18.90)

หัวข้อ	การรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ	
	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
12. ผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดลื่นล้ม	336 (74.70)	114 (25.30)

จากตารางที่ 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุที่มีผิวหนังบางทำให้ระคายความร้อนได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ ส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 51.30 ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างหนัก เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 413 คน คิดเป็นร้อยละ 91.80 ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกง่าย จึงควรรับประทานยาระบาย ส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 77.30 ผู้สูงอายุรับรสชาติลดลง จึงควรปรุงอาหารให้รสจัด ส่วนใหญ่ตอบ ไม่ใช่ จำนวน 401 คน คิดเป็นร้อยละ 89.10 ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายกว่าวัยอื่น ส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 333 คน คิดเป็นร้อยละ 74.00 ข้อภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดในผู้สูงอายุทุกคน ส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90 ผู้สูงอายุมักมีปัญหาหลับยากและตื่นง่าย ส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 361 คน คิดเป็นร้อยละ 80.20 ข้อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล น้อยใจ เป็นต้น เป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 77.30 ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวลดลง ส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 60.40 ผู้สูงอายุควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน เพื่อความปลอดภัย ส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 71.60 ข้อสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุช่วยป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 365 คน คิดเป็นร้อยละ 81.10 และ ผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดลื่นล้ม ส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 74.70

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเจตคติที่มีต่อการสูงอายุ

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเจตคติที่มีต่อการสูงอายุ ($n=450$)

ข้อ	ระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความเสื่อมของร่างกายเป็น กระบวนการปกติที่เกิดขึ้น ในวัยสูงอายุ	131 (29.10)	97 (21.60)	216 (48.00)	2 (0.40)	4 (0.90)
2. ท่านให้ความสนใจเกี่ยวกับ ดูแลสุขภาพตนเอง	83 (18.40)	147 (32.70)	208 (46.20)	5 (1.10)	7 (1.60)
3. ท่านช่วยเหลือตัวเองได้ ลดลง ทำให้เป็นภาวะแก่ ลูกหลาน	102 (22.70)	211 (46.90)	137 (30.40)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. การเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายเช่น ผมขาว ผิวหนัง เหี่ยวย่นถือว่าเป็นเรื่องปกติ	223 (49.60)	145 (32.20)	66 (59.8)	8 (1.80)	8 (1.80)
5. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับ ความเสื่อมของร่างกายต่อ การดำเนินชีวิต	108 (24.00)	204 (45.30)	133 (29.60)	5 (1.10)	0 (0.0)
6. เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ท่านทำ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ลดลง	144 (32.00)	251 (55.80)	54 (12.00)	1 (0.20)	0 (0.0)
7. ท่านรู้สึกอยากอยู่เพียง ลำพัง	16 (3.60)	118 (26.20)	122 (27.10)	128 (28.40)	6 (1.40)
8. ท่านวิตกกังวลกับความ เสื่อมของร่างกาย	98 (21.80)	112 (24.90)	198 (44.00)	34 (7.60)	8 (1.80)

ข้อ	ระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับ การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือ เพื่อน	93 (20.70)	133 (29.60)	224 (49.80)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ท่าน เข้าใจชีวิตยิ่งขึ้น	143 (31.80)	211 (46.90)	64 (14.20)	17 (3.80)	15 (3.30)
11. ผู้สูงอายุมักถูกหลอก	191 (42.40)	165 (36.70)	94 (20.90)	0 (0.0)	0 (0.0)
12. ผู้สูงอายุควรเข้าร่วม กิจกรรมในชุมชน	97 (21.30)	142 (31.60)	158 (35.10)	47 (10.40)	6 (1.30)
13. ประสบการณ์ที่ผ่านมาขอ ท่าน สามารถช่วยเหลือ ลูกหลาน เมื่อเกิดปัญหาได้	92 (20.40)	209 (46.40)	147 (32.70)	0 (0.0)	2 (0.40)
14. ท่านได้ความเคารพจาก ลูกหลานหรือชุมชน	179 (39.80)	149 (33.10)	120 (26.70)	2 (0.40)	0 (0.0)
15. ท่านได้รับความช่วยเหลือ จากสังคม	105 (23.30)	162 (36.00)	181 (40.20)	2 (0.40)	0 (0.0)

จากตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ข้อความเสื่อมของร่างกายเป็นกระบวนการปกติที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 ข้อท่านให้ความสนใจเกี่ยวกับดูแลสุขภาพตนเองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 46.20 ข้อท่านช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ทำให้เป็นภาวะแก่ลูกหลาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยปานกลาง จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 46.90 ข้อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นถือว่าเป็นเรื่องปกติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 49.60 ข้อท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกายต่อการดำเนินชีวิตกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบค่อนข้างเห็นด้วย จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 45.30 ข้อเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ท่านทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง ส่วน

ใหญ่ตอบค่อนข้างเห็นด้วย จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 55.80 ข้อท่านรู้สึกอยากอยู่เพียงลำพัง ตอบค่อนข้างไม่เห็นด้วย จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 28.40 ข้อท่านวิตกกังวลกับความเสื่อมของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยปานกลาง จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 ข้อท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยปานกลาง จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 49.80 ข้ออายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ท่านเข้าใจชีวิตยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบค่อนข้างเห็นด้วย จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 46.90 ข้อผู้สูงอายุมักถูกหลอก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 42.40 ข้อผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 1581 คน คิดเป็นร้อยละ 35.10 ข้อประสบการณ์ที่ผ่านมาของท่าน สามารถช่วยเหลือลูกหลาน เมื่อเกิดปัญหาได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบค่อนข้างเห็นด้วย จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 46.40 ข้อท่านได้รับความเคารพจากลูกหลานหรือชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 39.80 และข้อท่านได้รับความช่วยเหลือจากสังคมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 40.20

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุ ($n=450$)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ เจตคติ
1. ความเสื่อมของร่างกายเป็นกระบวนการปกติ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ	3.78	.906	ดี
2. ท่านให้ความสนใจเกี่ยวกับดูแลสุขภาพตนเอง	3.65	.844	ดี
3. ท่านช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ทำให้เป็นภาวะ แก่ลูกหลาน	2.08	.725	ปานกลาง
4. การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น ถือว่าเป็นเรื่องปกติ	4.26	.899	ดี
5. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิต	2.08	.758	ปานกลาง
6. เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ท่านทำกิจกรรมใน ชีวิตประจำวันลดลง	1.80	.642	ปานกลาง
7. ท่านรู้สึกอยากอยู่เพียงลำพัง	3.24	1.104	ปานกลาง
8. ท่านวิตกกังวลกับความเสื่อมของร่างกาย	2.43	.970	ปานกลาง
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียคน ใกล้ชิดหรือเพื่อน	2.29	.788	ปานกลาง
10. อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ท่านเข้าใจชีวิตยิ่งขึ้น	4.00	.956	ดี
11. ผู้สูงอายุมักถูกละเลย	1.78	.767	ปานกลาง
12. ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	3.62	.979	ดี
13. ประสบการณ์ที่ผ่านมามีค่า ท่านสามารถ ช่วยเหลือลูกหลาน เมื่อเกิดปัญหาได้	3.86	.744	ดี
14. ท่านได้รับความเคารพจากลูกหลานหรือชุมชน	4.12	.818	ปานกลาง
15. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากสังคม	3.82	.789	ดี
รวม	3.12	.846	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = .846) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ถือว่าเป็นเรื่องปกติ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 4.26, S.D. = .899) รองลงมาได้แก่ข้ออายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ท่านเข้าใจชีวิตยิ่งขึ้น (Mean = 4.00, S.D. = .956) อยู่ในระดับดี และพบว่าข้อผู้สูงอายุมักถูกละเลย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.78, S.D. = .767) และข้อเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ท่านทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง (Mean = 1.80, S.D. = .642) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับเจตคติที่มีต่อการสูง (n=450)

ระดับเจตคติที่มีต่อการสูง	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	352	78.20
ดี	98	21.80
รวม	450	100

จากตารางที่ 21 พบว่าระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 78.20 รองลงมาอยู่ในระดับดี จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 21.80 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม (n=450)

คำถาม	ระดับการสนับสนุนทางสังคม				
	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย
	ที่สุด	จำนวน	กลาง	จำนวน	ที่สุด
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)
1. ท่านได้รับข้อมูลการดูแลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่	187 (41.60)	169 (37.60)	92 (20.10)	2 (0.40)	0 (0.0)
2. ท่านได้รับการสนับสนุนให้ดูแลสุขภาพตนเองจากบุคคลรอบข้าง	95 (21.10)	145 (32.20)	210 (46.70)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. เมื่อท่านไม่สบาย ท่านได้รับการดูแลจากบุคคลรอบข้าง	50 (11.10)	171 (38.00)	225 (50.00)	4 (0.90)	0 (0.0)
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลรอบข้าง	32 (7.10)	149 (33.10)	251 (55.80)	16 (3.60)	2 (0.40)
5. ท่านได้รับการความเคารพจากบุคคลในชุมชน	156 (34.70)	153 (34.00)	136 (30.20)	2 (.040)	3 (0.70)
6. ท่านสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว	125 (27.80)	177 (39.30)	145 (32.20)	0 (0.0)	3 (0.70)
7. ท่านได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง	162 (36.00)	136 (30.20)	152 (33.80)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. ท่านได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตจากบุคคลรอบข้าง	45 (10.00)	153 (34.00)	244 (54.20)	8 (1.80)	0 (0.0)
9. ท่านมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว	100 (22.20)	136 (30.20)	201 (44.70)	8 (1.80)	5 (1.10)
10. ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของหรือเงินทองจากสมาชิกในครอบครัว	26 (5.80)	76 (16.90)	304 (67.60)	35 (7.80)	9 (2.00)

จากตารางที่ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ช้อท่านได้รับข้อมูลการดูแลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมากที่สุด จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 41.60 ช้อท่านได้รับการสนับสนุนให้ดูแลสุขภาพตนเองจากบุคคลรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 210 คน

คิดเป็นร้อยละ 46.70 ข้อเมื่อท่านไม่สบาย ท่านได้รับการดูแลจากบุคคลรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ ปานกลาง จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ข้อท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจาก บุคคลรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 55.80 ข้อท่านได้รับการ ความเคารพจากบุคคลในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมากที่สุด จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 34.70 ข้อท่านสามารถพูดคุยปัญหา กับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมาก จำนวน 177 คน คิด เป็นร้อยละ 39.30 ข้อท่านได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมากที่สุด จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 ข้อท่านได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตจากบุคคลรอบข้าง กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 54.20 ข้อท่านมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิก ในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 44.70 ข้อท่านได้รับการ สนับสนุนสิ่งของหรือเงินทองจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 67.60

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=450)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ การสนับสนุนทาง สังคม
1. ท่านได้รับข้อมูลการดูแลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่	4.20	.773	มาก
2. ท่านได้รับการสนับสนุนให้ดูแลสุขภาพตนเองจากบุคคลรอบข้าง	3.74	.783	มาก
3. เมื่อท่านไม่สบาย ท่านได้รับการดูแลจากบุคคลรอบข้าง	3.59	.695	มาก
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลรอบข้าง	3.43	.697	มาก
5. ท่านได้รับการความเคารพจากบุคคลในชุมชน	4.02	.853	มาก
6. ท่านสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว	3.94	.811	มาก
7. ท่านได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง	4.02	.836	มาก
8. ท่านได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตจากบุคคลรอบข้าง	3.52	.697	มาก
9. ท่านมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว	3.71	.869	มาก
10. ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของหรือเงินทองจากสมาชิกในครอบครัว	3.17	.729	ปานกลาง
รวม	3.73	.774	มาก

จากตารางที่ 23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.73, S.D. = .774) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อท่านได้รับข้อมูลการดูแลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.20, S.D. = .773) รองลงมาได้แก่ ข้อท่านได้รับการความเคารพจากบุคคลในชุมชน (Mean = 4.02, S.D. = .853) อยู่ในระดับมาก และข้อท่านได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง (Mean =

4.02, S.D. = .836) อยู่ในระดับมาก และพบว่าข้อท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของหรือเงินทองจากสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.17, S.D. = .729)

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม ($n=450$)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	111	24.70
ดี	339	75.30
รวม	450	100

จากตารางที่ 24 พบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 รองลงมาในระดับปานกลาง จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 24.70 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการสู้งวัยอย่างประสบความสำเร็จ

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสู้งวัยอย่างประสบความสำเร็จ ($n=450$)

คำถาม	ระดับการสู้งวัยอย่างประสบความสำเร็จ				
	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย
	ที่สุด	จำนวน	กลาง	จำนวน	ที่สุด
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)
1. ท่านให้ความสำคัญกับการดูแล	0	92	300	58	0
สุขภาพตนเอง	(0.0)	(20.40)	(66.70)	(12.90)	(0.0)
2. ท่านปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ด้วย	222	120	89	15	4
ตนเอง	(49.30)	(26.70)	(19.80)	3.30)	(0.90)
3. ท่านพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	4	104	274	68	0
	(0.90)	(23.10)	(60.90)	(15.10)	(0.0)
4. ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	18	100	303	27	2
	(4.00)	(22.20)	(67.30)	(6.00)	(0.40)
5. ท่านเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ	3	50	273	112	12
	(0.70)	(11.10)	(60.70)	(24.90)	(2.70)
6. ท่านนำประสบการณ์ที่ผ่านมา มาใช้	127	119	190	12	2
ในการให้คำแนะนำบุคคลรอบข้าง	(28.20)	(26.40)	(42.20)	(2.70)	(0.40)
7. เมื่อเกิดปัญหา ท่านมีที่พึ่งพิง	157	118	165	10	0
	(34.90)	(26.20)	(36.70)	(2.20)	(0.0)
8. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ท่านมักพูดคุย	67	183	194	6	0
หรือบอกเล่ากับบุคคลรอบข้าง	(14.90)	(40.70)	(43.10)	(1.30)	(0.0)
9. ท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลง	25	128	281	16	0
	5.60)	(28.40)	(62.40)	(3.60)	(0.0)
10. การสูญเสียเป็นสิ่งที่ท่านยอมรับได้	0	27	234	166	23
	(0.0)	(6.00)	(52.00)	(36.90)	(5.10)

จากตารางที่ 25 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ช้อท่านให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ช้อท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมากที่สุด จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 49.30 ช้อท่านพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 60.90 ช้อท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 67.30 ช้อท่านเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 60.70 ช้อท่านนำประสบการณ์ที่ผ่านมา มาใช้ในการให้คำแนะนำบุคคลรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 42.20 ช้อเมื่อเกิดปัญหา ท่านมีที่พึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 ช้อเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ท่านมักพูดคุยหรือบอกเล่ากับบุคคลรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 43.10 ช้อท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 43.10 และช้อการสูญเสียเป็นสิ่งที่ท่านยอมรับได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 62.40

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (n=450)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ การสูงวัยอย่าง ประสบ ความสำเร็จ
1. ท่านให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ ตนเอง	3.08	.573	ปานกลาง
2. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเอง	4.20	.930	ดี
3. ท่านพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	3.10	.640	ปานกลาง
4. ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.23	.638	ปานกลาง
5. ท่านเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ	2.82	.680	ปานกลาง
6. ท่านนำประสบการณ์ที่ผ่านมา มาใช้ใน การให้คำแนะนำบุคคลรอบข้าง	3.79	.900	ดี
7. เมื่อเกิดปัญหา ท่านมีที่พึ่งพิง	3.94	.896	ดี
8. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ท่านมักพูดคุยหรือ บอกเล่ากับบุคคลรอบข้าง	3.69	.734	ดี
9. ท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลง	3.69	.734	ดี
10. การสูญเสียเป็นสิ่งที่ท่านยอมรับได้	3.36	.643	ดี
รวม	3.49	.737	ดี

จากตารางที่ 26 พบว่าค่าเฉลี่ยของการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.49, S.D. = .737) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.20, S.D. = .930) รองลงมาได้แก่ข้อเมื่อเกิดปัญหา ท่านมีที่พึ่งพิงอยู่ในระดับดี (Mean = 3.94, S.D. = .896) และพบว่าข้อท่านเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.82, S.D. = .680)

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ ($n=450$)

ระดับการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	174	38.70
ดี	276	61.30
รวม	450	100

จากตารางที่ 27 พบว่าระดับการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 61.30 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 ข้อมูลการการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ ($n=450$)

คำถาม	ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ				
	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย
	ที่สุด	จำนวน	กลาง	จำนวน	ที่สุด
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)
1. ท่านแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง	33 (7.30)	187 (41.60)	218 (48.40)	12 (2.70)	0 (0.0)
2. ท่านสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง	0 (0.0)	160 (35.60)	267 (59.30)	21 (4.70)	2 (0.40)
3. ท่านอาศัยในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	30 (6.70)	314 (69.80)	93 (20.70)	11 (2.40)	2 (0.40)
4. ท่านอยู่ในชุมชนที่มีความปลอดภัย	24 (5.30)	280 (62.20)	123 (27.30)	19 (4.20)	4 (0.90)
5. ชุมชนของท่านมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น ทางลาด ราวบันได เป็นต้น	11 (2.40)	66 (14.70)	271 (60.20)	90 (20.00)	12 (2.70)
6. เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ท่านได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน	1 (0.20)	242 (53.80)	190 (42.20)	9 (2.00)	8 (1.80)
7. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในชุมชน	102 (22.70)	105 (23.30)	169 (37.60)	50 (11.10)	24 (5.30)
8. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว	80 (17.80)	114 (25.30)	217 (48.20)	39 (8.70)	0 (0.0)
9. ท่านสามารถจดจำเรื่องราวในอดีตและปัจจุบันได้	80 (17.80)	194 (43.10)	172 (38.20)	2 (0.40)	2 (0.40)
10. เมื่อเกิดความผิดปกติ ท่านสามารถดูแลตนเองเบื้องต้น	82 (18.20)	150 (33.30)	189 (42.00)	25 (5.60)	4 (0.90)

จากตารางที่ 28 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซื้อท่านแสงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 48.40 ซื้อท่านสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 59.30 ซื้อท่านอาศัยในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมาก จำนวน 314 คน คิดเป็นร้อยละ 69.80 ซื้อท่านอยู่ในชุมชนที่มีความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมาก จำนวน 280 คน คิดเป็นร้อยละ 62.20 ซื้อชุมชนของท่านมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น ทางลาด ราวบันได เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 60.20 ซื้อเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ท่านได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ซื้อท่านอยู่ในชุมชนที่มีความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมาก จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 53.80 ซื้อท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 37.60 ซื้อท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 48.20 ซื้อท่านสามารถจดจำเรื่องราวในอดีตและปัจจุบันได้ ตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมาก จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 43.10 ซื้อเมื่อเกิดความผิดปกติ ท่านสามารถดูแลตนเองเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 42.00

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (n=450)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ การสูงวัยอย่าง ประสบ ความสำเร็จ
1. ท่านแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง	3.54	.671	ดี
2. ท่านสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วย เบื้องต้นได้ด้วยตนเอง	3.30	.575	ปานกลาง
3. ท่านอาศัยในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ ปลอดภัย	3.80	.609	ดี
4. ท่านอยู่ในชุมชนที่มีความปลอดภัย	3.67	.683	ดี
5. ชุมชนของท่านมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ดำรงชีวิต เช่น ทางลาด ราวบันได เป็นต้น	2.94	.741	ปานกลาง
6. เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ท่านได้รับความ ช่วยเหลือจากชุมชน	3.49	.634	ดี
7. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในชุมชน	3.47	1.117	ดี
8. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายใน ครอบครัว	3.52	.883	ดี
9. ท่านสามารถจดจำเรื่องราวในอดีตและ ปัจจุบันได้	3.77	.753	ดี
10. เมื่อเกิดความผิดปกติ ท่านสามารถดูแล ตนเองเบื้องต้น	3.62	.875	ดี
รวม	3.51	.754	ดี

จากตารางที่ 29 พบว่าค่าเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.51, S.D. = .754) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อท่านอาศัยในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 3.80, S.D. = .609) รองลงมาได้แก่ข้อท่านสามารถจดจำเรื่องราวในอดีตและปัจจุบันได้ อยู่ในระดับดี (Mean = 3.77, S.D. = .753) และพบว่าข้อชุมชนของท่านมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น ทางลาด ราวบันได เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.94, S.D. = .741)

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ($n=450$)

ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	116	25.80
ดี	334	74.20
รวม	450	100

จากตารางที่ 30 พบว่าระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อยู่ในระดับดี จำนวน 334 คน คิดเป็นร้อยละ 74.20 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 25.80 ตามลำดับ

ส่วนที่ 8 ข้อมูลภาวะพหุคูณพลัง

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะพหุคูณพลัง ($n=450$)

คำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็น	บ่อย	ปาน	เป็น	ไม่เคย
	ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	กลาง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ สุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วย	107 (23.80)	310 (68.90)	27 (6.00)	6 (1.30)	0 (0.0)
2. ท่านจัดการกับภาวะสุขภาพเบื้องต้น ด้วยตนเอง	40 (8.90)	59 (13.10)	328 (72.90)	19 (4.20)	4 (0.90)
3. ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง	4 (0.90)	35 (7.80)	287 (63.80)	124 (27.60)	0 (0.0)
4. ท่านอ่านและเข้าใจแนวทางการดูแล สุขภาพตนเองจากสื่อ	55 (12.20)	70 (15.60)	148 (32.90)	151 (33.60)	26 (5.80)
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ การดำเนินชีวิตจากสมาชิกใน ครอบครัวหรือชุมชน	104 (23.10)	144 (32.00)	192 (42.70)	10 (2.20)	0 (0.0)
6. ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน จากสมาชิกในครอบครัว	88 (19.60)	103 (22.90)	139 (30.90)	118 (26.20)	2 (0.40)
7. ท่านตรวจสุขภาพร่างกายและช่อง ปากเป็นประจำทุกปี	59 (13.10)	66 (14.70)	99 (22.00)	167 (37.10)	59 (13.10)
8. ท่านสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติ ของร่างกายได้	0 (0.0)	129 (28.70)	265 (58.90)	43 (9.60)	13 (2.90)
9. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	45 (10.00)	71 (15.80)	154 (34.20)	110 (24.40)	70 (15.60)
10. ท่านเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	67 (14.90)	151 (33.60)	232 (51.60)

คำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็น	บ่อย	ปาน	เป็น	ไม่เคย
	ประจำ	จำนวน	กลาง	บางครั้ง	จำนวน
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	จำนวน	(ร้อยละ)
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
11. ท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้	11	165	44	85	145
	(2.40)	(36.70)	(9.82)	(18.90)	(32.20)
12. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับทรงตัว เช่น สะดุดแต่ยังไม่ล้ม เป็นต้น	195	185	41	29	0
	(43.30)	(41.10)	(9.10)	(6.40)	(0.0)
13. ท่านมีปัญหาสุขภาพจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	23	63	175	131	58
	(5.10)	(14.00)	(38.90)	(29.10)	(12.900)
14. ท่านได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน	6	218	197	18	11
	(1.30)	(48.40)	(43.80)	(4.00)	(2.40)
15. ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้างได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ	84	149	178	33	6
	(18.70)	(33.10)	(39.60)	(7.30)	(1.30)
16. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	78	80	85	138	69
	(17.30)	(17.80)	(18.90)	(30.70)	(15.30)
17. ท่านรับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 3 มื้อ	146	100	139	56	9
	(32.40)	(22.20)	(30.90)	(12.40)	(2.00)
18. ท่านจัดยาและรับประทานยาได้เองตามแผนการรักษา	162	168	69	45	6
	(36.00)	(37.30)	(15.30)	(10.00)	(1.30)
19. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	159	23	127	141	0
	(35.60)	(5.10)	(28.20)	(31.30)	(0.0)
20. ท่านสูบบุหรี่	0	25	14	20	391
	(0.0)	(5.60)	(3.10)	(4.40)	(86.90)

จากตารางที่ 31 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของท่านสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบบ่อย จำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 68.90 ท่านจัดการกับภาวะสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 328 คน คิดเป็นร้อยละ 72.90 ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 287 คน คิดเป็นร้อยละ 63.80 ท่านอ่านและเข้าใจแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองจากสื่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบบางครั้ง

จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 ข้อท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 42.70 ข้อท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 30.90 ข้อท่านตรวจสุขภาพร่างกายและช่องปากเป็นประจำทุกปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบบางครั้ง จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 37.10 ข้อท่านสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติของร่างกายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 ข้อท่านเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 34.20 ข้อท่านเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เคย จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 51.60 ข้อท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบบ่อย จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 ข้อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับทรงตัว เช่น สะดุดแต่ยังไม่ล้ม เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเป็นประจำ จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ข้อท่านมีปัญหาสุขภาพจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 38.90 ข้อท่านได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบบ่อย จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 48.40 ข้อท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้างได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 33.10 ข้อท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบบางครั้ง จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 30.70 ข้อท่านรับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 3 มื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปานกลาง จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 30.90 ข้อท่านจัดยาและรับประทานยาได้เองตามแผนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบบ่อย จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 37.30 ข้อท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบบางครั้ง จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 31.30 และข้อท่านสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เคย จำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 86.90

ตารางที่ 32 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะพึงพอใจ ($n=450$)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ การพึงพอใจอย่าง ประสพ ความสำเร็จ
1. ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ได้เมื่อเจ็บป่วย	4.15	.574	ดี
2. ท่านจัดการกับภาวะสุขภาพเบื้องต้นด้วย ตนเอง	3.05	.710	ปานกลาง
3. ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	2.82	.598	ปานกลาง
4. ท่านอ่านและเข้าใจแนวทางการดูแล สุขภาพตนเองจากสื่อ	2.95	1.101	ปานกลาง
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการ ดำเนินชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวหรือ ชุมชน	3.76	.831	ดี
6. ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจาก สมาชิกในครอบครัว	3.35	1.083	ดี
7. ท่านตรวจสุขภาพร่างกายและช่องปาก เป็นประจำทุกปี	2.78	1.233	ปานกลาง
8. ท่านสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติของ ร่างกายได้	3.13	.694	ปานกลาง
9. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	2.80	1.178	ปานกลาง
10. ท่านเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชน	1.63	.729	น้อย
11. ท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้	2.58	1.331	ปานกลาง
12. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับทรงตัว เช่น สะดุด แต่ยังไม่ล้ม เป็นต้น	1.79	.859	ปานกลาง
13. ท่านมีปัญหาสุขภาพจนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต	3.31	1.029	ปานกลาง
14. ท่านได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน	3.42	.706	ดี

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ การสูงวัยอย่าง ประสบ ความสำเร็จ
15. ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้างได้ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ	3.60	.917	ดี
16. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์	2.91	1.337	ปานกลาง
17. ท่านรับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 3 มื้อ	3.71	1.108	ดี
18. ท่านจัดยาและรับประทานยาได้เองตาม แผนการรักษา	3.97	1.017	ดี
19. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.56	1.258	ปานกลาง
20. ท่านไม่สูบบุหรี่	4.73	.772	ดี
รวม	4.20	1.271	ดี

จากตารางที่ 32 พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะพหุผลพลั้ง ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.20, S.D. = 1.271) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อท่านไม่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 4.73, S.D. = .772) รองลงมาได้แก่ ข้อท่านสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วย อยู่ในระดับดี (Mean = 4.15, S.D. .574) และพบว่าข้อท่านเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชนมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.63, S.D. = .729)

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับภาวะพดพปลง($n=450$)

ระดับภาวะพดพปลง	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	267	59.30
ดี	183	40.70
รวม	450	100

จากตารางที่ 33 พบว่าระดับภาวะพดพปลงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 59.30 รองลงมาระดับดี จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 40.70 ตามลำดับ

ศึกษาภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวว่า “ตนเองยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระลูกหลาน และยังคงหารายได้ด้วยตนเอง” และ “ทุกวันนี้ยังคงเป็นที่พึ่งแก่ลูกหลาน เลี้ยงหลาน ดูแลบ้านให้ และยังคงปลูกผักขาย ได้รายได้พอใช้จ่าย” และอีกท่านกล่าวว่า “ยังคงออกกำลังกาย จะทำให้ร่างกายกระฉับกระเฉง เดินได้ดีไม่ปวด และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานทำบุญ งานวัด เป็นต้น” ทั้งนี้พบว่าองค์ประกอบพื้นฐานของภาวะพลพลังประกอบไปด้วย

ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสนใจและดูแลสุขภาพของตนเอง ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวดังนี้ “ตนเองพยายามออกกำลังกาย โดยการเดิน หรือปั่นจักรยานทุกวัน เนื่องจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรง” และ “เมื่อมีการนัดตรวจสุขภาพ จะไปทุกครั้ง และหากนัดรับยาจะไปรับยาด้วยตัวเอง ไม่เคยผัดนัดแม้แต่ครั้งเดียว” และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถบอกแหล่งประโยชน์ การขอความช่วยเหลือ หรือการขอคำแนะนำด้านสุขภาพ ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวดังนี้ “ตนเองใช้สิทธิบัตรทอง ไปรับยาที่อนามัย และได้รับการตรวจความดันโลหิตจาก อสม. มีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่บางครั้ง” และ “เมื่อไม่สบายจะไปหาหมอที่อนามัย และเมื่อเกิดเหตุการณ์ด้านสุขภาพ จะโทร 1669” อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ โรคประจำตัว การสังเกตอาการ ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวดังนี้ “ทางอนามัยจะมีการอบรมให้ความรู้ โดยบางทีให้ไปที่อนามัย บางทีอบรมที่ศาลาหมู่บ้าน เป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพเบื้องต้น การรักษาสุขภาพ การออกกำลังกาย” และพบว่ากลุ่มตัวอย่างปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวดังนี้ “เดินก็ต้องช้าลง กลัวล้ม ระวังเวลาลุกนั่ง” และ “ต้องรับประทานยาเนื่องจาก แก่แล้ว กลัวจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลายเป็นภาระ”

ด้านการมีส่วนร่วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เนื่องจากยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีความเห็นว่ายังคงทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวดังนี้ “ตนเองเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นประจำ โดยเฉพาะเทศกาล เช่น ทำบุญปีใหม่ วันสำคัญทางศาสนา หรือพิธีเลี้ยงผีของหมู่บ้าน จะช่วยเตรียมสิ่งของในการทำพิธี” และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการประชุมประชาคมในหมู่บ้าน เกี่ยวกับสาธารณูปโภคต่าง ๆ ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวดังนี้ “เข้าร่วมการประชุมหมู่บ้านทุกครั้ง เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาหมู่บ้าน” อีกทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นแบบไม่ได้รับค่าจ้าง ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวดังนี้ “งานที่เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่คนในหมู่บ้านร่วมมือกัน ไม่มีค่าจ้าง มีแต่ขอความร่วมมือ” แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยเข้าร่วมกลุ่มการทำงานหรือตลาดแรงงาน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาในการทำงานที่เป็นประจำ เน้นการทำงานตามเวลาที่ว่าง ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวดังนี้ “ตนเองต้องดูแลหลาน ทำให้ไม่สามารถทำงานตามเวลาได้ แต่จะหาเวลาว่างในการทำงาน หรือปลูกผักไปขายที่ตลาดหน้าหมู่บ้านในตอนเย็น หรือเอาไปฝากแม่ค้าขายมากกว่า” และกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพไม่แข็งแรงเหมือนวัยหนุ่มสาว ทำให้กังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงาน ดัง

กลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวว่า “สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงเท่าเดิม ทำให้เวลาไปทำงาน อาจเกิดปัญหากับคนข้าง อีกทั้งลูกหลานไม่ค่อยอยากให้ออกไปทำงานที่ไกล กลัวการขับรถ และสุขภาพแย่ลง”

ด้านหลักประกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันทางการเงิน ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวว่า “ไม่มีเงินบำนาญ หรือรายได้ มีแต่รายได้จากเบี้ยสูงอายุของรัฐบาล เลยพยายามรับจ้างเท่าที่จะทำได้ ไม่อยากเป็นภาระ” แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน รายได้ไม่เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวว่า “ไม่ได้รับราชการ ทำงานหารรายได้ หาเช้ากินค่ำ ทำให้ไม่มีเงินเก็บ อาศัยการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือนำผักไปขาย ผลไม้ตามฤดูกาล” โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และอาศัยกับลูกหลาน หรือคู่สมรส ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวว่า “โชคดีที่ปลูกบ้านไว้ตอนเป็นหนุ่ม ทำให้แก่มาที่บ้าน และมีลูกหลานอยู่ด้วย เลยไม่กังวลว่าจะไม่มีบ้านอยู่” และ “มีครอบครัวที่คอยช่วยเหลือกัน ไม่มีก็ขอลูกหลานได้ แต่ไม่यरกรบกวน เพราะพวกเขามีภาระส่งลูกเรียนกัน” และพบว่าชุมชนที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัย ดังกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งกล่าวว่า “ชุมชนมีความสงบ ช่วยเหลือกัน ไม่มี ความวุ่นวาย” และ “หลัง ๆ มามีร้านอาหารเกิดขึ้น ทำให้มีรถเยอะมาก แต่ผู้ใหญ่บ้านแจ้งให้พวกตนเองระวังการขับรถถนนสายนอก คนก็ต้องปรับตัว อาศัยออกแต่เช้าไม่มีรถ และไม่ออกเวลาเย็น เนื่องจากรถเยอะขับเร็วมาก”

ระยะที่ 2 นำเสนอแนวทางการสร้างเสริมภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

แนวทางในการสร้างเสริมภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ที่เหมาะสม โดยการศึกษาบริบทของปัญหาและความต้องการ โดยการใช้แบบสอบถาม และ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อทราบถึงความรู้ ทักษะคิด แรงสนับสนุนจากสังคม และภาวะพลพลังบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย โดยนำแนวคิดภาวะพลพลังขององค์การอนามัยโลก มาประยุกต์ใช้ โดยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดังนี้

1. ด้านร่างกาย พบว่าควรมีการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี ชะลอระยะเวลาในการเข้าสู่ภาวะพึ่งพา และควรมีการป้องกันโรค โดยเน้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันอาจก่อให้เกิดความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น ๆ รวมถึงกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น การพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุ สามารถป้องกันและชะลอความรุนแรงได้ รวมถึงการเข้าถึงการรักษา พบว่าสาเหตุสำคัญของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากขาดความพร้อมในการไปรับการรักษา เช่น อาศัยเพียงลำพัง ลูกหลานไม่มีเวลา เป็นต้น ดังนั้นหน่วยงานของรัฐ ควรมีนโยบายในการจัดการปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ควรได้รับการดูแลในระยะยาวจากบุคลากรในชุมชน โดยควรได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล ในการจัดหาอุปกรณ์และบุคลากรเข้าไปดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เหลืออยู่ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากปัจจุบันผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านจิตใจ ควรเน้นให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยเน้นการความรู้ และปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน จนเกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ลดความรู้สึกวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อีกทั้งควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในด้านการสูญเสีย การวางแผนจัดการตนเองในวาระสุดท้าย และเน้นการให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไป

3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำ และติดตามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และชะลอความเสื่อมของร่างกาย เช่น การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกายตามภาวะสุขภาพของตนเอง พบว่าการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้สุขภาพแข็งแรงแล้วยังก่อให้เกิดสัมพันธภาพกับสมาชิกในชุมชน ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ การรักษาสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะโภชนาการต่ำ และเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลงก่อให้เกิดโรคตามมา อีกทั้งพบว่าการรับประทานยาให้ตรงตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมด้านสติปัญญา ความจำ อาจทำให้เกิด

การได้รับยาไม่ตรงตามแผนการรักษา ดังนั้นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพควรเน้นย้ำ กับผู้ดูแลในการให้ความสำคัญกับการรับประทานยา

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ควรให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญปลอดภัย ลดการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม หรือสิ่งคุกคามด้านสุขภาพ เช่น พื้นบ้านไม่เสมอกัน ไหลถื่นสูง พื้นที่สาธารณะไม่มีความปลอดภัย หรือลิ้น อาคารสถานที่ไม่มีราวจับหรือทางลาด เป็นต้น และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้สูงอายุ ควรเน้นความปลอดภัยภายในบ้าน มีหน่วยงานที่เข้าไปประเมินและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น อันเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ หรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้ความสำคัญ อีกทั้งพบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังหรืออาศัยกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ควรเน้นย้ำแหล่งประโยชน์ที่เข้าถึงได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

5. ด้านสังคม ควรมีการสนับสนุนทางสังคม เช่น การขนส่งไปรับบริการสุขภาพ บริการสาธารณะ เป็นต้น และป้องกันความรุนแรงที่เกิดกับผู้สูงอายุ เช่น การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น และเน้นให้ผู้สูงอายุไม่เป็นเหยื่อของความรุนแรง รวมถึงการถูกล่อลวง โดยควรมีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุจนก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี และสามารถดูแลตนเองจากมิจฉาชีพได้

6. ด้านเศรษฐกิจ เน้นให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้เกิดการมีงานทำ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอ ลดการพึ่งพาลูกหลาน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และผู้สูงอายุควรได้รับการปกป้องจากสังคม มีการให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม และให้ความรู้เกี่ยวกับการออมเงิน มีหลักประกันที่มั่นคงทางการเงิน (เชิงรุก)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ตามประเด็นที่กำหนด เพื่อศึกษาภาวะพัฒนาและนำเสนอแนวทางการสร้างเสริมภาวะพัฒนาของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 450 คน ระหว่างตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การศึกษาภาวะพัฒนาของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของตนเองและครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว ที่พักอาศัย 2) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ จำนวน 12 ข้อ 4) เจตคติที่มีต่อการสูงอายุ จำนวน 15 ข้อ 5) การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ 6) การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ จำนวน 10 ข้อ 7) การสูงวัยอย่างมีความสุข จำนวน 10 ข้อ และ 8) ภาวะพัฒนาของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ และศึกษาภาวะพัฒนาของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 นำข้อมูลมานำเสนอรูปแบบการทางการสร้างเสริมภาวะพัฒนาของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrence : IOC) โดยเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าค่าความเที่ยงของทัศนคติต่อการสูงอายุ เท่ากับ .798 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .789 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ เท่ากับ .886 แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีความสุข เท่ากับ .758 และแบบสอบถามภาวะพัฒนาของผู้สูงอายุ เท่ากับ .816 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการวิจัย ทั้งสิ้น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะพลวัตของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 265 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.90 ส่วนเพศชายจำนวน 185 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.10 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 275 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.10 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 414 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.00 สถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 298 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.20 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 354 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.70 ส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 192 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 2,679 บาท จำนวน 279 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.00 รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และลูก จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 40.20 ส่วนใหญ่รายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.70 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 300 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.70 ทั้งนี้พบว่าประชากรมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด จำนวน 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.20 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.00 มียารับประทานเป็นประจำ จำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 67.30 ในด้านการออกกำลังกายพบว่าออกกำลังกายมากที่สุด จำนวน 428 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.10 โดยวิธีการเดินมากที่สุด จำนวน 336 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.70 รองลงมาได้แก่ ปั่นจักรยาน จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.80 พบว่าอาศัยกับสามีหรือภรรยา จำนวน 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.40 รองลงมาได้แก่ อาศัยสามี/ภรรยา ลูก และหลาน จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.00 ในด้านลักษณะที่พักอาศัย พบว่ามีบ้านเป็นของตนเอง จำนวน 368 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.80 เมื่อสอบถามในภาวะสุขภาพปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่แข็งแรงดี ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำนวน 190 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.20 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 79.80

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด (ติดสังคม) จำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 รองลงมาได้แก่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (ติดบ้าน) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ เช่น รับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางเสื่อมถอย จนทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

ส่วนที่ 4 เจตคติที่มีต่อการสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = .846) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น ถือว่าเป็นเรื่องปกติ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 4.26, S.D. = .899) รองลงมาได้แก่ข้ออายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ท่านเข้าใจชีวิตยิ่งขึ้น (Mean = 4.00, S.D. = .956) อยู่ในระดับดี และพบว่าข้อผู้สูงอายุมักถูกลดค่า มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.78, S.D. = .767) และข้อเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ท่านทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง (Mean = 1.80, S.D. = .642) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ และพบว่าระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 78.20 รองลงมาอยู่ในระดับดี จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 21.80 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.73, S.D. = .774) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อท่านได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.20, S.D. = .773) รองลงมาได้แก่ ข้อท่านได้รับความเคารพจากบุคคลในชุมชน (Mean = 4.02, S.D. = .853) อยู่ในระดับมาก และข้อท่านได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง (Mean = 4.02, S.D. = .836) อยู่ในระดับมาก และพบว่าข้อท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของหรือเงินทองจากสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.17, S.D. = .729) และพบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 รองลงมาในระดับปานกลาง จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 24.70 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ

พบว่าค่าเฉลี่ยของการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.49, S.D. = .737) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.20, S.D. = .930) รองลงมาได้แก่ข้อเมื่อเกิดปัญหา ท่านมีที่พึ่งพิงอยู่ในระดับดี (Mean = 3.94, S.D. = .896) และพบว่าข้อท่านเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.82, S.D. = .680) และพบว่าระดับการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 61.30 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 การการสูงวัยอย่างมีความสุข

พบว่าค่าเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีความสุข โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.51, S.D. = .754) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อท่านอาศัยในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 3.80, S.D. = .609) รองลงมาได้แก่ข้อท่านสามารถจดจำเรื่องราวในอดีตและปัจจุบันได้ อยู่ในระดับดี (Mean = 3.77, S.D. = .753) และพบว่าข้อชุมชนของท่านมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น ทางลาด ราวบันได เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.94, S.D. = .741) และพบว่าระดับการสูงวัยอย่างมีความสุข อยู่ในระดับดี จำนวน 334 คน คิดเป็นร้อยละ 74.20 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 25.80 ตามลำดับ

ส่วนที่ 8 ข้อมูลภาวะพหุพลัง

พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะพหุพลัง ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.20, S.D. = 1.271) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อท่านไม่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 4.73, S.D. = .772) รองลงมาได้แก่ ข้อท่านสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วย อยู่ในระดับดี (Mean = 4.15, S.D. = .574) และพบว่าข้อท่านเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชนมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.63, S.D. = .729) และพบว่าระดับภาวะพหุพลังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 59.30 รองลงมาในระดับดี จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 40.70 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 นำเสนอแนวทางการสร้างเสริมภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

แนวทางในการสร้างเสริมภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ที่เหมาะสม โดยการศึกษาบริบทของปัญหาและความต้องการ โดยการใช้แบบสอบถาม และ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อทราบถึงความรู้ ทักษะคิด แรงสนับสนุนจากสังคม และภาวะพลพลังบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย โดยนำแนวคิดภาวะพลพลังขององค์การอนามัยโลก มาประยุกต์ใช้ โดยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดังนี้

1. ด้านร่างกาย พบว่าควรมีการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี ชะลอระยะเวลาในการเข้าสู่ภาวะพึ่งพา และควรมีการป้องกันโรค โดยเน้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันอาจก่อให้เกิดความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น ๆ รวมถึงกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น การพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุ สามารถป้องกันและชะลอความรุนแรงได้ รวมถึงการเข้าถึงการรักษา พบว่าสาเหตุสำคัญของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากขาดความพร้อมในการไปรับการรักษา เช่น อาศัยเพียงลำพัง ลูกหลานไม่มีเวลา เป็นต้น ดังนั้นหน่วยงานของรัฐ ควรมีนโยบายในการจัดการปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ควรได้รับการดูแลในระยะยาวจากบุคลากรในชุมชน โดยควรได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล ในการจัดหาอุปกรณ์และบุคลากรเข้าไปดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เหลืออยู่ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากปัจจุบันผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านจิตใจ ควรเน้นให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยเน้นการความรู้ และปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน จนเกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ลดความรู้สึกวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อีกทั้งควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในด้านการสูญเสีย การวางแผนจัดการตนเองในวาระสุดท้าย และเน้นการให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไป

3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำ และติดตามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และชะลอความเสื่อมของร่างกาย เช่น การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกายตามภาวะสุขภาพของตนเอง พบว่าการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้สุขภาพแข็งแรงแล้วยังก่อให้เกิดสัมพันธภาพกับสมาชิกในชุมชน ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ การรักษาสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของ การเกิดภาวะโภชนาการต่ำ และเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลงก่อให้เกิดโรคตามมา อีกทั้งพบว่าการรับประทานยาให้ตรงตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมด้านสติปัญญา ความจำ อาจทำให้เกิด

การได้รับยาไม่ตรงตามแผนการรักษา ดังนั้นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพควรเน้นย้ำ กับผู้ดูแลในการให้ความสำคัญกับการรับประทานยา

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ควรให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญปลอดภัย ลดการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม หรือสิ่งคุกคามด้านสุขภาพ เช่น พื้นบ้านไม่เสมอกัน ไล่ถอนนสูง พื้นที่สาธารณะไม่มีความปลอดภัย หรือลิ้น อาคารสถานที่ไม่มีราวจับหรือทางลาด เป็นต้น และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้สูงอายุ ควรเน้นความปลอดภัยภายในบ้าน มีหน่วยงานที่เข้าไปประเมินและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น อันเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ หรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้ความสำคัญ อีกทั้งพบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังหรืออาศัยกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ควรเน้นย้ำแหล่งประโยชน์ที่เข้าถึงได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

5. ด้านสังคม ควรมีการสนับสนุนทางสังคม เช่น การขนส่งไปรับบริการสุขภาพ บริการสาธารณะ เป็นต้น และป้องกันความรุนแรงที่เกิดกับผู้สูงอายุ เช่น การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น และเน้นให้ผู้สูงอายุไม่เป็นเหยื่อของความรุนแรง รวมถึงการถูกล่อลวง โดยควรมีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุจนก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี และสามารถดูแลตนเองจากมิจฉาชีพได้

6. ด้านเศรษฐกิจ เน้นให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้เกิดการมีงานทำ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอ ลดการพึ่งพาลูกหลาน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และผู้สูงอายุควรได้รับการปกป้องจากสังคม มีการให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม และให้ความรู้เกี่ยวกับการออมเงิน มีหลักประกันที่มั่นคงทางการเงิน (เชิงรุก)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและภาวะพฤกษศาสตร์ของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะพฤกษศาสตร์ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\text{Mean} = 4.20, \text{S.D.} = 1.271$) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 61.10 ซึ่งยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 และยังคงสามารถประกอบอาชีพได้ด้วยตัวเอง ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งยังคงประกอบอาชีพซึ่งสามารถพึ่งพาตนเอง เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของยมนา ชนะนิล (2563) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน พบว่ามีภาวะพฤกษศาสตร์อยู่ในระดับสูง ($\text{Mean} = 117.16, \text{SD} = 13.81$) (ยมนา ชนะนิล และคณะ, 2563) ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา ปัญญา แก้วและคณะ (2562) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 140 คน พบว่ามีภาวะพฤกษศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{AAI} = .79$) (อัจฉริยา ปัญญา แก้วและคณะ, 2562) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าชื่อท่านไม่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\text{Mean} = 4.73, \text{S.D.} = .772$) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 354 คน คิดเป็นร้อยละ 78.70 ซึ่งยังคงสามารถหาข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกาย จำนวน 428 คน คิดเป็นร้อยละ 95.10 ทำให้เกิดการตระหนักและปฏิบัติพฤติกรรมในการไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ อ่อนละเอียด (2564) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม จำนวน 420 คน พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ($\text{Mean} = 3.81, \text{S.D.} = .592$) (สมใจ อ่อนละเอียด, 2564) และพบว่าการสูบบุหรี่มีผลภาวะสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับภาวะพฤกษศาสตร์ (ยมนา ชนะนิล, 2563) และพบว่าชื่อท่านเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชนมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับน้อย ($\text{Mean} = 1.63, \text{S.D.} = .729$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายในทางเสื่อมถอย ทำให้การเข้ากลุ่มเพื่อหารายได้น้อยลง ร่วมกับผู้สูงอายุอาศัยกับสามี/ภรรยา ลูก และหลาน จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 ทำให้ต้องดูแลลูกหลานเป็นหลัก จึงส่งผลให้ไม่มีเวลาที่จะเข้าร่วมกลุ่มเพื่อหารายได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสิริมาศ หมื่นสาย (2566) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 400 คน พบว่าลักษณะงานของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นงานเกี่ยวกับบ้านฝีมือ ช่างฝีมือต่าง ๆ งานเกี่ยวกับการถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญา ทักษะประสบการณ์ให้กับผู้อื่น ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (สิริมาศ หมื่นสาย, 2566)

ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ยังศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพฤกษศาสตร์ ได้แก่ เจตคติที่มีต่อการสูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยเจตคติที่มีต่อการสูงอายุในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 3.12, \text{S.D.} = .846$) พบว่าเจตคติ เป็นทัศนคติที่มีต่อการสูงอายุของตนเอง ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพปัจจุบันแข็งแรงดี ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 42.20 แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเอง และพบว่ารายได้ส่วนใหญ่แม้จะเพียงพอแต่ไม่

เหลือเก็บ จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 จึงทำให้เจตคติต่อการสูงอายุนั้นอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าทัศนคติเหล่านี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยพบว่าทัศนคติของตัวบุคคลที่มีต่อการสูงอายุนั้นเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือพฤติกรรมเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยการมีทัศนคติทางบวกต่อกระบวนการสูงอายุนั้นเอง (Laidlaw et al., 2018) แต่พบว่าการศึกษาของ นาริรมย์ รัตนสัมฤทธิ์ และเรณูมาศ มาอ่อน (2562) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60 - 70 ปี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น จากทั้ง 4 ภูมิภาค ภูมิภาคละ 1 จังหวัด (จังหวัดนครสวรรค์, จังหวัดนครราชสีมา, จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, จังหวัดสงขลา) และกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,814 คน พบว่าทัศนคติต่อการเป็นสูงอายุนั้นอยู่ในระดับน้อย จำนวน 708 คน คิดเป็นร้อยละ 39.00

และผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.73, S.D. = .774) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกอร เนตรฐ (2561) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอโคกพระ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 435 คน การสนับสนุนจากสังคมเป็นตัวทำนายการมีเจตคติที่ดีต่อการเสริมสร้างภาวะสุขภาพ (กนกอร เนตรฐ, 2561) และเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของวิมล จงอุดมสุข (2560) ได้ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการสร้างพลังเพื่อรับมือกับอายุของผู้ใหญ่ วัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปีในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสร้างพลังเพื่อรับมือกับวัยสูงอายุรายด้าน ได้แก่ด้านการมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ปลอดภัย (R = .319) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (R = .414) และด้านการมีความมั่นคง และปลอดภัย (R = .394) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าท่านได้รับข้อมูลการดูแลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.20, S.D. = .773) มาก และขอท่านได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง (Mean = 4.02, S.D. = .836) อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของปกรอง พงษ์พัฒนพิสิฐ และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่อพฤติพลังของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 52 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติพลังในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ปกรอง พงษ์พัฒนพิสิฐ และคณะ, 2564) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .56$) ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ยมนา ชนะนิล, 2563)

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.49, S.D. = .737) การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ เป็นภาวะสุขภาพที่แข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง รู้สึกพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของปณรัตน์ เมืองงาม และคณะ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในจังหวัดชุมพร โดยการสัมภาษณ์ จำนวน 21 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จมีการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ดี

ความสามารถทางปัญญาและสมรรถภาพทางกาย และมีทัศนคติความผูกพันในการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก (ปุนรัตน์ เมืองงาม และคณะ, 2563) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.20, S.D. = .930)

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.51, S.D. = .754) การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม พบว่าการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะจะนำไปสู่ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 61.10 และมีสุขภาพแข็งแรงดี ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 42.20 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา มาลัย (2567) ที่ศึกษาในสูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท จำนวน 628 คน พบว่าสุขภาวะแบบพหุพลังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 69.39 $\pm$ SD 18.38) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าท่านอาศัยในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 3.80, S.D. = .609) ซึ่งพบว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นปัจจัยกำหนด ของภาวะพหุพลัง เนื่องจากหากสิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต จะส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และอาจส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ จนทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพา การที่ผู้สูงอายุมีบ้านที่ปลอดภัย จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท ฤกษ์แจทอง และคณะ (2562) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 450 คน ที่พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับพหุพลังของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กัมปนาท ฤกษ์แจทอง และคณะ, 2562)

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับภาวะพหุพลัง ซึ่งประกอบไปด้วย การมีสุขภาพที่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากต้องการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ แต่ยังคงรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ ไม่มีรายได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว พบว่าทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีหลักประกันทางการเงิน เนื่องจากไม่ได้วางแผนไว้ก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่ทางด้านหลักประกันด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ และได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
2. ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกัน
3. ผลจากการศึกษานี้ได้แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี และควรเน้นการดูแลตนเองตามบริบทเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกันหลายๆ กลุ่ม เพื่อจะได้แนวทางเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ในการนำไปใช้วางแผนการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมทั้งหมด เพื่อให้เกิดภาวะพหุพลังที่ดีต่อไป
2. ควรนำแนวทางการส่งเสริมภาวะพหุพลังสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย เพื่อให้เกิดความชัดเจนในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนวทางจากผลการศึกษา
3. ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ควรขยายพื้นที่เป้าหมายให้ครบทุกตำบลหรือหมู่ จะเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบกันและนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมภาวะพหุพลังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัมปนาท ภูญแจทอง, นฤมล เอี่ยมฉัตรกุล, ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ, ทศนีย์ ธีรวิวรรกุล และปรารณา สถิตวิภาวี . (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์. วารสารพยาบาล สาธารณสุข.33(3), 78-94.
- กนกอร เนตรชู. (2561). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสริมสร้างตนเองสู่ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กมล วิเศษงามปกรณ์ และ วัชร ศรีทอง.(2558).ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กฤติกา ชูวงศ์. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤติกาพร ไยโนนตาต. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ .วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาเอกพยาบาล สาธารณสุข,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดือนใจ ทองคำ.(2549).พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอดากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์.ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว.มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชุติมา มาลัย, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, อธิพล ดวงจินดา และอัสนี วันชัย .(2567) . การมีสุขภาวะแบบพลพลังของผู้สูงอายุไทยในสังคมสูงวัย: การศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดชัยนาทภายใต้บริบทพื้นที่เขตภาคกลางของประเทศไทย. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 16(1), 1-20.
- เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ.(2556).แต่งานการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิชาการ มทร.สุพรรณภูมิ.1(2), 128-137
- นิรมล อินทฤทธิ์.(2547).พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ นาควิจิตร.(2551).ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ.

- ปกครอง พงษ์พัฒน์พิสิฐ, รักชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 23(4), 266-274
- ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก และพรฤดี นิธิรัตน์. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท : กรณีศึกษาบ้านนาโป่ง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี. 8 (2), 96-111.
- ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนศิริ, บังอรศรี จินดาวงศ์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชรปาน, ชนกานต์ จันทะคุณ และ ชลทิพย์ สุภาพินิจ. (2561). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 33(2), 153-160.
- ปณรัตน์ เมืองงาม, ประชา ตันเสนีย์ และบุญเชิด บุตรอินทร์. (2562). รูปแบบการพัฒนาในการเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในจังหวัดชุมพร. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี. 2(2), 30-42.
- ภรณ์ ตั้งสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย. 20(1), 57-69.
- ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2562). ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 30(2), 83-92
- ยมนา ชนะนิล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ยุภา โฟผา, สุวิมล แสงเวียงจันทร์ และทัศนีย์ พงกษาชีวะ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาปัจจัยเชิงลึกบ้านคลองโยง หมู่ที่ 1. วารสารพยาบาลทหารบก. 18, 266-275.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี. สาขาวิชาการบริหารทั่วไป. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ. มหาวิทยาลัยบูรพา
- ศิวาพร มหาทำนุโชค. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงขาว ที่มีความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: Nursing Journal. 42, 118-125
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพลัดพราก จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 14(3), 333-345.
- สิริมาส หมื่นสาย. (2566). รูปแบบการจ้างงานที่เหมาะสมกับพลัดพรากของกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (Active Aging) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพจังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยวิชาการ. 6(5), 91-104

- สุสันหา ชื่นเข้ม.(2012).การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ของ
แรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่.วารสารสาธารณสุขศาสตร์.42(3), 62-82.
- สุวัฒนา ลิ้มยุ่นทรง.(2550).พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยเชื้อสายกระเหรี่ยง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัด
ราชบุรี.จิตวิทยาการแนะแนว:มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เสาวนิจ นิจอมนันต์ชัย และมาลีสันติศิริศักดิ์ .(2553).การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ.วารสารกองการพยาบาล.37(2),64-76.
- อวิษฐา จงอุดมสุข. (2560). อิทธิพลของปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการสร้างพลังเพื่อรับมือกับ
วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉริยา ปัญญาแก้ว, Hsiu-Yun Hsu, สุจิตพร เลอศิลป์ และสุภาวดี พุฒิน้อย. (2562). ระดับพฤติกรรมและ
รูปแบบการใช้เวลาในกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดพราก. วารสาร
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 31(1),177-188.
- อุไร เฉลยพลกรัง.(2551).พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของแม่บ้านกะเหรี่ยงสะกอ กรณีศึกษาแม่บ้านชาว
กะเหรี่ยงสะกอ หมู่บ้านแม่ชา ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่.
From:http://www.sac.or.th/databases/ethnicedb/research_detail.php?id=1016
- Brubaker, J.K.(2008).The birth of a new specialty: Geriatrics. J Lanc Gen Hosp;3(3):105–107.
- Brubaker, J.K.(2008).The birth of a new specialty: Geriatrics. J Lanc Gen Hosp;3(3) : 105–107.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publication
- Gottlieb, B. H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal
helping behaviors . Canadian Journal of Behavioural Science. 10, 105-115.
- Hill, L. & Smith, N. (1985). Self-care: Nursing promotion of health. New jersey: Prentice-Hall, Inc
- Laidlaw K, Kishita N, Shenkin SD et al (2018) Development of a short form of the Attitudes to
Ageing Questionnaire (AAQ). Int J Geriatr Psychiatry. 33 (1), 113 – 121 .
<https://doi.org/10.1002/gps.4687>
- Orem, D.E. (1991). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Orem, D. (2001). Nursing concepts of practice (6th edition). St. Louis: Mosby.
- Pender,N.J.(1982).Health Promotion in Nursing Practice.Norwalk; CT: Appleton-Century Crofts.
- Pringer, S. et al.(2006).Dual-tasking effects on gait variability : The role of aging, falls, and
executive function. Movement. Disord. 21, 950–957.
- Postma, E., Tate, K.(2015).Automatic detection of confusion in elderly users of a web-based health
instruction video. Telemed J E Health.21(6), 514–519.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

COA No. 150/2567
CRPPHO REC No. 164/2567

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 424 หมู่ 5 บ้านหนองยาว ตำบลท่าสาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
รหัสไปรษณีย์ 57000 โทร. 053-910-328

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP)

ชื่อโครงการ : ภาวะพลัดหลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย
เลขที่โครงการ : CRPPHO 164/2567
ผู้วิจัยหลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์
สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร็ว
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง
1. โครงร่างการวิจัย
2. แบบสอบถามโครงการวิจัย
3. หนังสือแจ้งข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ใบยินยอมให้ทำการวิจัย

๑

(นายวัชรพงษ์ คำหล้า)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 10 มกราคม 2568

วันหมดอายุ : 9 มกราคม 2569

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไข ดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่อง ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

.....
ที่อยู่

.....
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และ
ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย
อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และ
แนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้า มีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความ
เข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
รักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจาก ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ต้องกระทำ
ไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้
ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัว
ข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้าน เภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจจึงได้ ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยอันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

จิตติมา
.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตติมา ทาสวรรณอินทร์)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

หมายเลขแบบสอบถาม.....



แบบสอบถามงานวิจัยเรื่องภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

แบบสอบถามเรื่องภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3	การรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4	เจตคติที่มีต่อการสูงอายุ	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 5	การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 6	การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 7	การสูงวัยอย่างมีความสุข	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 8	ภาวะพลพลัง	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 9	คุณภาพชีวิต	จำนวน 5 ข้อ

ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะนำข้อมูลที่รับจากแบบสัมภาษณ์ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเพื่อให้ส่งผลกระทบต่อ ท่านผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องที่ตรงกับการให้ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ
☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์
☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส / คู่ ☐ 3. หม้าย
☐ 4. หย่า ☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ 4. ปริญญาตรี ☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพ
☐ 1. รับจ้างทั่วไป ☐ 2. ทำสวน/ทำนา/ทำไร่
☐ 3. เกษียณอายุ ☐ 4. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว
☐ 5. ไม่มีงานทำ/ว่างงาน ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน บาท/เดือน (ค่าประมาณ)
8. ท่านได้รับรายได้จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1. จากการประกอบอาชีพ ☐ 2. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ 3. สามี/ภรรยา
☐ 4. ลูก ☐ 5. หลาน ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....
9. ความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว
☐ 1. ไม่พอเพียง
☐ 2. พอเพียงและเหลือเก็บ
☐ 3. พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ
10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
☐ 1. ไม่มี
☐ 2. มีโรคประจำตัว โปรดระบุ (ถ้าจำได้).....
11. ท่านมียาที่รับประทานเป็นประจำหรือไม่
☐ 1. ไม่มี
☐ 2. มี โปรดระบุ (ถ้าจำได้).....

12. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 1. เดิน ☐ 2. วิ่งเหยาะ ๆ ☐ 3. เต้นแอโรบิค
- ☐ 4. ปั่นจักรยาน ☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....
13. ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 1. อยู่เพียงลำพัง ☐ 2. บิดา/มารดา ☐ 3.สามี/ภรรยา
- ☐ 4. ลูก ☐ 5. หลาน ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....
14. ลักษณะที่พักอาศัยในปัจจุบัน
- ☐ 1. บ้านของตนเอง ☐ 2. บ้านของคู่สมรส ☐ 3. บ้านลูก/หลาน
- ☐ 4. บ้านญาติพี่น้อง ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....
15. ปัจจุบันภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
- ☐ 1. แข็งแรงดี ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง
- ☐ 2. เจ็บป่วยเล็กน้อย ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
- ☐ 3. เจ็บป่วยเล็กน้อย ต้องพึ่งพาลูกหลาน/ผู้ดูแล
- ☐ 4. สุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย ต้องพึ่งพาลูกหลาน/ผู้ดูแล
- ☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....
16. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่
- ☐ 1. ตรวจ ☐ 2. ไม่ตรวจ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 - ☐ 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - ☐ 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - ☐ 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (ในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - ☐ 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - ☐ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - ☐ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - ☐ 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงพยุงหรือดันขึ้นมา
 - ☐ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อยเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3. ทำได้เอง
4. การใช้ห้องน้ำ
 - ☐ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - ☐ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)
 - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 - ☐ 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - ☐ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - ☐ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม เพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. การสวมใส่เสื้อผ้า
 - ☐ 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
 - ☐ 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
 - ☐ 0. ไม่สามารถทำได้
 - ☐ 1. ต้องการคนช่วย
 - ☐ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น วอร์คเกอร์ จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

☐ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

☐ 1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ

รวมคะแนน	
----------	--

หมายเหตุ

0 – 4 คะแนน	กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง
5 – 11 คะแนน	กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน
12 – 20 คะแนน	กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอบใช่ หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับการรับรู้ของท่าน
 ตอบไม่ใช่ หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับการรับรู้ของท่าน

ลำดับ	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้สูงอายุมีผิวหนังบาง ทำให้ระคายความร้อนได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ		
2	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างหนัก เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง		
3	ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกง่าย จึงควรรับประทานยาระบาย		
4	ผู้สูงอายุรับรสชาติลดลง จึงควรปรุงอาหารให้รสจัด		
5	ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายกว่าวัยอื่น		
6	ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดในผู้สูงอายุทุกคน		
7	ผู้สูงอายุมักมีปัญหาหลับยากและตื่นง่าย		
8	การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล น้อยใจ เป็นต้น เป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ		
9	ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวลดลง		
10	ผู้สูงอายุควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน เพื่อความปลอดภัย		
11	สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุช่วยป้องกันอุบัติเหตุ		
12	ผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดลื่นล้ม		

ส่วนที่ 4 เจตคติที่มีต่อการสูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเห็นด้วยอย่างยิ่ง
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นค่อนข้างเห็นด้วย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นค่อนข้างไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นไม่เห็นด้วย

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับเจตคติที่มีต่อการสูงอายุ				
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย
1	ความเสื่อมของร่างกายเป็นกระบวนการปกติที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ					
2	ท่านให้ความสนใจเกี่ยวกับดูแลสุขภาพตนเอง					
3	ท่านช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ทำให้เป็นภาวะแก่ลูกหลาน					
4	การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นถือว่าเป็นเรื่องปกติ					
5	ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกายต่อการดำเนินชีวิต					
6	เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ท่านทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง					
7	ท่านรู้สึกอยากอยู่เพียงลำพัง					
8	ท่านวิตกกังวลกับความเสื่อมของร่างกาย					
9	ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อน					
10	อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ท่านเข้าใจชีวิตยิ่งขึ้น					
11	ผู้สูงอายุมักถูกละเลย					
12	ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน					
13	ประสบการณ์ที่ผ่านมาของท่าน สามารถช่วยเหลือลูกหลานเมื่อเกิดปัญหาได้					
14	ท่านได้รับความเคารพจากลูกหลานหรือชุมชน					
15	ท่านได้รับความช่วยเหลือจากสังคม					

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านได้รับข้อมูลการดูแลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่					
2	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ดูแลสุขภาพตนเองจากบุคคลรอบข้าง					
3	เมื่อท่านไม่สบาย ท่านได้รับการดูแลจากบุคคลรอบข้าง					
4	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลรอบข้าง					
5	ท่านได้รับการความเคารพจากบุคคลในชุมชน					
6	ท่านสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว					
7	ท่านได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง					
8	ท่านได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตจากบุคคลรอบข้าง					
9	ท่านมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว					
10	ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของหรือเงินทองจากสมาชิกในครอบครัว					

ส่วนที่ 6 การสำรวจอย่างประสบความสำเร็จ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง					
2	ท่านปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง					
3	ท่านพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน					
4	ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
5	ท่านเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ					
6	ท่านนำประสบการณ์ที่ผ่านมา มาใช้ในการให้คำแนะนำบุคคลรอบข้าง					
7	เมื่อเกิดปัญหา ท่านมีที่พึ่งพิง					
8	เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ท่านมักพูดคุยหรือบอกเล่ากับบุคคลรอบข้าง					
9	ท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลง					
10	การสูญเสียเป็นสิ่งที่ท่านยอมรับได้					

ส่วนที่ 7 การสว่ຍ່ຍ่งมีสุภวะ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง					
2	ท่านสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง					
3	ท่านอาศัยในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย					
4	ท่านอยู่ในชุมชนที่มีความปลอดภัย					
5	ชุมชนของท่านมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น ทางลาด รวบันได เป็นต้น					
6	เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ท่านได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน					
7	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในชุมชน					
8	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว					
9	ท่านสามารถจดจำเรื่องราวในอดีตและปัจจุบันได้					
10	เมื่อเกิดความผิดปกติ ท่านสามารถดูแลตนเองเบื้องต้น					

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามภาวะพหุพลัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เป็นประจำ หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นประจำ

บ่อย หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่านบ่อย

ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

เป็นบางครั้ง หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นบางครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของท่านไม่เคย

ลำดับ	หัวข้อ	ระดับการปฏิบัติ				
		เป็นประจำ	บ่อย	ปานกลาง	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วย					
2	ท่านจัดการกับภาวะสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง					
3	ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง					
4	ท่านอ่านและเข้าใจแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองจากสื่อ					
5	ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน					
6	ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัว					
7	ท่านตรวจสุขภาพร่างกายและช่องปากเป็นประจำทุกปี					
8	ท่านสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติของร่างกายได้					
9	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน					
10	ท่านเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชน					
11	ท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้					
12	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับทรงตัว เช่น สะดุดแต่ยังไม่ล้ม เป็นต้น					
13	ท่านมีปัญหาสุขภาพจนส่งผลกระทบต่อการทำงาน					
14	ท่านได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน					
15	ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้างได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ					
16	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์					
17	ท่านรับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 3 มื้อ					
18	ท่านจัดยาและรับประทานยาได้เองตามแผนการรักษา					
19	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
20	ท่านสูบบุหรี่					

ส่วนที่ 9 คุณภาพชีวิต EQ-5D-5L

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

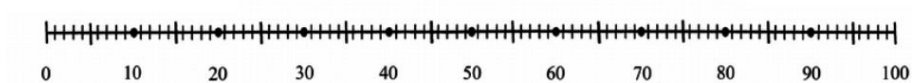
หัวข้อ	ความรู้สึกมีปัญหา				
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่ได้
1. เคลื่อนไหว					
2. การดูแลตนเอง					
3. กิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ					
4. ความเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว					
5. ความวิตกกังวล / ซึมเศร้า					

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ○ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

สุขภาพของท่านโดยรวมเป็นอย่างไร

0 สุขภาพแย่ที่สุด

100 สุขภาพดีที่สุด



คำสั่งแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัย



๔๔๓/๒๕๖๗

ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เรื่อง แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย

ตามที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติงบประมาณจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ให้ทำโครงการวิจัย เรื่อง ภาวะพลุกพล่านของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย นั้น เพื่อให้การจัดทำเครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย เป็นไปอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ (๒) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย ตามรายชื่อดังนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดาว เวียงคำ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณเฑียร มະโนธรรม ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

หน้าที่ ตรวจเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดทำเครื่องมือวิจัยให้เป็นไปอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัชย์ มุ่งไธสง)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย



คำสั่งมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ที่ ๔๓๘๐/๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย

ตามที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติงบประมาณจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ให้ทำโครงการวิจัย เรื่อง ภาวะพลัดพรกของผู้อยู่อาศัยบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย นั้น เพื่อให้การจัดทำเครื่องมือเก็บข้อมูล การวิจัย เป็นไปอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ (๒) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงแต่งตั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ลีตระกูล ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย

หน้าที่ ตรวจเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดทำเครื่องมือวิจัยให้เป็นไปอย่าง ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ครชัย มุ่งโฮง)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาติ ลีตระกูล | มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คาว เวียงคำ | มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณูเชษฐ์ มะโนธรรม | มหาวิทยาลัยพะเยา |

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูล



ที่ อว ๐๖๑๑.๔๑/ว ๕๔๔

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ถนนพหลโยธิน อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย ๕๗๑๐๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้อาจารย์เข้าพื้นที่เก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเวียง

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาเอกการจัดการสุขภาพ
ผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ดำเนินการทำงานวิจัย เรื่อง “ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่
ในจังหวัดเชียงราย” นั้น

ทั้งนี้ เพื่อให้การจัดทำงานวิจัย เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและนำไปประกอบการทำวิจัย
ให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จึงขอความอนุเคราะห์ให้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ เข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลงานวิจัย ณ องค์การบริหารส่วนตำบลเวียง
อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ ๒๘ มกราคม - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ หากขัดข้องประการใด ขอความ
กรุณาแจ้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๕๖๑๕ ๖๕๔๑ ซึ่งเป็นผู้จัดงานวิจัย
ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพงษ์ เรือนคำ)

คณบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทร. ๐ ๕๓๑๗๗ ๖๕๒๖

โทรสาร ๐ ๕๓๑๗๗ ๖๕๒๗

www.crru.ac.th





ที่ อว ๐๖๑๑.๔๑/ว ๕๔๙

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ถนนพหลโยธิน อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย ๕๗๑๐๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติครุฑให้อาจารย์เข้าพื้นที่เก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดงมหาวัน

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาเอกการจัดการสุขภาพ
ผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ดำเนินการทำงานวิจัย เรื่อง “ ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่
ในจังหวัดเชียงราย ” นั้น

ทั้งนี้ เพื่อให้การจัดทำงานวิจัย เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและนำไปประกอบการทำวิจัย
ให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จึงขออนุมัติครุฑให้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ เข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลงานวิจัย ณ องค์การบริหารส่วนตำบลดงมหาวัน
อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ ๒๘ มกราคม - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ หากขัดข้องประการใด ขอความ
กรุณาแจ้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๕๖๑๕ ๖๕๔๑ ซึ่งเป็นผู้จัดทำงานวิจัย
ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพงษ์ เรือนคำ)

คณบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทร. ๐ ๕๓๗๗ ๖๕๒๖

โทรสาร ๐ ๕๓๗๗ ๖๕๒๗

www.crru.ac.th





ที่ อว ๐๖๑๑.๔๑/ว ๕๔๙

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ถนนพหลโยธิน อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย ๕๗๑๐๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้อาจารย์เข้าพื้นที่เก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเวียงเทิง

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาเอกการจัดการสุขภาพ
ผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ดำเนินการทำงานวิจัย เรื่อง “ภาวะพลพลงของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่
ในจังหวัดเชียงราย” นั้น

ทั้งนี้ เพื่อให้การจัดทำงานวิจัย เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและนำไปประกอบการทำวิจัย
ให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จึงขอความอนุเคราะห์ให้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ เข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลงานวิจัย ณ เทศบาลตำบลเวียงเทิง อำเภอเทิง
จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ ๒๘ มกราคม - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ หากขัดข้องประการใด ขอความกรุณาแจ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๕๖๑๕ ๖๕๔๑ ซึ่งเป็นผู้จัดงานวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพงษ์ เรือนคำ)

คณบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทร. ๐ ๕๓๗๗ ๖๕๒๖

โทรสาร ๐ ๕๓๗๗ ๖๕๒๗

www.cru.ac.th



ประวัตินักวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาว ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss. Thitima Thasuwanain

หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

โทร 053-776526 โทรศัพท์มือถือ 085-615-6541 E: mail: tithima29@hotmail.com

ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี พย.บ.(การพยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่(2550)

ปริญญาโท พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่(2557)

สาขาวิชาการที่ชำนาญ

- การดูแลผู้สูงอายุ
- Self-management in Elderly
- Disease in Elderly

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย

1. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยทองและผู้สูงวัยในชาวเขา จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2560
2. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (หัวหน้าโครงการ) พ.ศ. 2561
3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ชุมชนกระเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ยาว จังหวัดเชียงราย (หัวหน้าโครงการ) พ.ศ. 2562
4. รูปแบบการจัดการและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (ผู้ร่วมโครงการ) พ.ศ. 2562
5. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (หัวหน้าโครงการ) พ.ศ.2563

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

ชื่อ - สกุล	นางวารุณี พันธวังศ์
ตำแหน่งทางวิชาการ	อาจารย์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2558	วท.ม. (การจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2547	วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2559 - ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
พ.ศ. 2555 - 2559	หัวหน้าหน่วยงานความปลอดภัย บริษัท สตาร์ฟлекс จำกัด
พ.ศ. 2553 - 2555	หัวหน้าหน่วยงานความปลอดภัย บริษัท พี.ซี. โปรดักส์ อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด
พ.ศ. 2550 - 2553	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ บริษัท ไทยเท็กซ์ แอพพารเอล จำกัด
พ.ศ. 2547 - 2550	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ บริษัท ไทยฟอลคอลลแอพพารเอล จำกัด

ผลงานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่

- ชนพนธ์ คำเที่ยง, วารุณี พันธวังศ์, พิณภูจินิษฐ์ จิตคำ และอนุสรรา บุญจิตร.(2564).ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ซื้อสินค้าในตลาดสดเทศบาลตำบลบ้านคู้ ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 .การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ครั้งที่ 5 .วันที่ 29-30 เมษายน 2564. หน้า166
- วารุณี พันธวังศ์, ชนพนธ์ คำเที่ยง, จิราภรณ์ เศษจันทร์และ กาญจนา ปินตาคำ (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับเอนไซม์โคเลสเตอรอลในเกษตรกรชาวนา กรณีศึกษา: จังหวัดเชียงราย. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ครั้งที่ 5 .วันที่ 29-30 เมษายน 2564. หน้า167

- ทอฝัน ศรีปัญญา, ชุตติกาญจน์ เหล่าวงษา, กิตติชัย พรหมวงศ์, วารุณี พันธวงศ์ และ ธนพนธ์ คำเที่ยง.(2564). *ระดับความเสี่ยงในขั้นตอนการปลูกข้าวของเกษตรกรชาวนา ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. การประชุมวิจัยระดับชาติพะเยาวิจัย ครั้งที่ 10.วันที่ 25 – 28 มกราคม 2564. หน้า 545.*
- บุญทริกา หม่องาม, จุฑามาศ พันไชย, วารุณี พันธวงศ์ และธนพนธ์ คำเที่ยง. (2563). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้ในการจัดการสารเคมีอันตรายของเกษตรกรสวนยางพารา ตำบลจี่ว อำเภอกะทิง จังหวัดเชียงราย.การประชุมวิชาการสำหรับนักศึกษาในระดับชาติ ครั้งที่ 3 คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.วันที่ 1 พฤษภาคม 2563. หน้า 572 - 579.*
- บุญทริกา หม่องาม, จุฑามาศ พันไชย, วารุณี พันธวงศ์ และธนพนธ์ คำเที่ยง. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการสารเคมีอันตรายของเกษตรกรสวนยางพาราตำบลจี่ว อำเภอกะทิง จังหวัดเชียงราย. การประชุมสังคมศาสตร์วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 16 “ความมั่นคงทางอาหารสู่สังคมไทยที่ยั่งยืน” วันที่ 24 มกราคม 2563. หน้า 230 - 240.*
- ภัทรภรณ์ เทียมสินสังวร, พิทยรัตน์ โกดิรัมย์, ธนพนธ์ คำเที่ยง และวารุณี พันธวงศ์. (2563). *ระดับความเครียดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย. การประชุมสังคมศาสตร์วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 16 “ความมั่นคงทางอาหารสู่สังคมไทยที่ยั่งยืน” วันที่ 24 มกราคม 2563. หน้า 205 - 212.*
- Jiraphorn Satechan, Thanaphon Khamthieng, Warunee Phanwong. (2020). *The Cleaning Wquipment to Prevents Dust Diffusion of Bus Air Filters. Conferent Proceeding, Singapore SG Mar 30-31, 2020, Part XIX, 2263-2267.*
- Warunee Phanwong, Patchara Koychusakul, Waranya Maneerat, Jutamas Muangmool, Manuchet Manotham and Thitima Tasuwanin. 2019. *Factor related with Mental Health Status among the Elderly in Nang Lae Sub District Municipality, AmphoeMuang, Chiang Rai Province. The 4th Internationnal Conference on Innovation Education and Technologyat Aiyara Grand Hotel Pattaya, Chonburi, Thailand.*
- วารุณี พันธวงศ์ และจิราภรณ์ เศษจันทร์. (2562). *การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานด้วยเครื่องมือ RULA & REBA ของเกษตรกรชาวนา ตำบลบ้านคู้ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ครั้งที่ 2 . วันที่ 7-8 กุมภาพันธ์ 2562. เชียงราย, ประเทศไทย. หน้า 485 - 493.*
- วารุณี พันธวงศ์. (2561). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนในรายวิชา การจัดการและควบคุม.อันตรายจากสารเคมี สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. รายงานการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ และนานาชาติ ครั้งที่ 2. วันที่ 26 กรกฎาคม 2561. ร้อยเอ็ด, ประเทศไทย. หน้า 61 – 40.*

วารุณี พันธุ์วงศ์ และกาญจนา ปินตาคำ. (2560). *ปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพของเกษตรกรชาวนาไทย : กรณีศึกษาชาวนาดำบลบ้านคู อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย*. วารสารการวิจัยกาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย วารสารฉบับพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 44 ปี การก่อตั้ง มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 ฉบับพิเศษ กรกฎาคม - ธันวาคม 2560. หน้า 125 - 133.

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวสายฝน สุภาศรี
2. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss.Saiphon Supasri
3. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 1570700131888
4. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ผู้สอน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
5. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
 สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย
 57100 หมายเลขโทรศัพท์ 0850341106 e-mail : saiphon525@gmail.com
6. ประวัติการศึกษา
 พ.ศ. 2552-2555 วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
 พ.ศ. 2560-2564 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) การสร้างเสริมสุขภาพ
8. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร

ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 3

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายวิพรรดิ พูลลาภ
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr.Rawipat pullarp
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3100500910905
3. ตำแหน่งปัจจุบัน รองคณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57100 หมายเลขโทรศัพท์ 0832444464
e-mail : aladinny@gmail.com
5. ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2544-2548 วิทยาศาสตรบัณฑิต (วิทยาศาสตรการแพทย์) มหาวิทยาลัยบูรพา
พ.ศ. 2549-2554 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนการมนุษย์) มหาวิทยาลัยมหิดล
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) จิตวิทยา จิตวิทยาวัยรุ่น
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการ
ความเครียดของประชาชนในเขตชุมชนน้ำจ๋า และชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัด
เชียงราย