

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์

กัมปนาท กุญแจทอง *

นฤมล เอี่ยมณีกุล ** ขวัญใจ อำนางสัตย์ชื่อ ***

ทัศนีย์ รวีวรกุล **** ประรณนา สถิตยวิภาวี *****

บทคัดย่อ

พฤติกรรมเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก การศึกษาภาคตัดขวางนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุ ที่ไม่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดและความจำ 450 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติโคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.2 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ ที่อยู่อาศัย เชื้อชาติ สิทธิการรักษา การฝึกฝนด้านการรู้คิดหรือฝึกสมอง และปัจจัยกำหนดพฤติกรรม คือ ปัจจัยภาคตัดขวาง (วัฒนธรรม และเพศ) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในผู้สูงอายุ ในด้านที่อยู่อาศัย วัฒนธรรมและเพศ บริการด้านสุขภาพและสังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรม/ ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม/ ผู้สูงอายุ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors related to active aging in Surin province

Kampanart Kunjaethong *

Naruemon Auemaneekul** Kwanjai Amnatsatsue***

Tassanee Rawiworrakul**** Pratana Satitvipawee*****

ABSTRACT

Active aging is an important process to promote quality of life among elderly people. This study aimed to study the level of active aging and factors associated to active aging among elderly people in Surin province. The concept of active aging of World Health Organization was applied as the conceptual framework. This Cross-sectional study uses interview forms for data collection with the elderly people without cognitive and memory impairment. 450 samples were gathered using multi-stage random sampling. Data were analyzed using chi-square.

The results showed that most of elderly people had moderate level of active aging (54.2 percent), and factors associated to active aging among elderly people were personal characteristics factors including of living place, ethnics, health benefits, cognitive or brain training. Moreover, the determinants factors of active aging were cross-cutting determinants (culture and gender), determinants related to health and social service system, behavioural determinants, determinants related to physical environment, determinants related to social environment, and economic determinants (p-value < .05).

The finding suggest that active aging programs include living place, culture and gender, health and social service system, and physical environment are essential to enhance the quality of life among elderly people.

Keywords: Active aging/ determinants of active aging/ elderly

Article info: Received December 17, 2018; Revised May 7, 2019; Accepted December 13, 2019

* Master student, Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding Author; Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**** Assist Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

***** Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 2006 เป็นร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050¹ จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 เป็น 14.9 ในปี พ.ศ. 2537 และ 2557 ตามลำดับ² และปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว³ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับพัฒนาการระดับต่ำ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁴ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.9 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 93.6⁵ จากการพัฒนาของผู้สูงอายุดังกล่าวมีผลทำให้ วยแรงงานต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น⁴ ผู้สูงอายุมีสุขภาพแยลง ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม² ปัญหาดังกล่าวทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁶ แนวคิดที่นำมาใช้แก้ปัญหาดังกล่าว คือแนวคิดพัฒนาพลัง ซึ่งมีประโยชน์แก่ตัวผู้สูงอายุ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ป้องกันโรคเรื้อรัง ลดการพึ่งพาคนอื่น⁷ องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดพัฒนาพลังขึ้น ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงในชีวิต เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพัฒนาพลังในต่างประเทศส่วนใหญ่ เป็นการศึกษเกี่ยวกับ การรับรู้ความหมายของพัฒนาพลัง การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พัฒนาพลัง โดยพบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส⁹ สุขภาพจิต¹⁰ การทำงาน¹¹ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลัง

การศึกษาในประเทศไทย เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความหมายของพัฒนาพลัง¹² ลักษณะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียง¹³ การศึกษาระดับของพัฒนาพลัง¹⁴ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลัง โดยพบว่า สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย อาชีพ หนี้สิน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และสุขภาพ⁶ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ การออกกำลังกาย¹⁴ ที่อยู่อาศัย การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์ การเข้าสังคมของผู้สูงอายุ การศึกษา และการออมเงิน¹⁵ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลัง

องค์การอนามัยโลก ได้เสนอกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดพัฒนาพลังว่าประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และสังคม 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม 3) ปัจจัยส่วนบุคคล 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม 6) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยภาคตัดขวาง⁸

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาพลังในประเทศไทย ยังมีอยู่อย่างจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และมีการศึกษาเชิงพรรณนาบางส่วน^{4,16} มีการศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยกำหนดพัฒนาพลังกับพัฒนาพลัง แต่เป็นการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่ได้ทำการศึกษาแยกเป็นรายด้าน ประกอบกับเป็นการศึกษาที่ทำมานานแล้ว¹⁶ ในภาคตะวันออกเฉียง

เฉียงเหนือ มีการศึกษาเชิงคุณภาพ¹⁷ การศึกษาเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมด้าน การมีส่วนร่วม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่ง การศึกษานี้ศึกษาเพียงพฤติกรรมยังด้านมีส่วนร่วม เพียงด้านเดียว¹⁸ ยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรม ด้านสุขภาพ และความมั่นคง และยังไม่เคยมี การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดพฤติกรรมในภาค ตะวันออกเฉียง-เหนือ ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในบริบทของจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีความ หลากหลายของชาติพันธุ์ เช่น เขมร ลาว และกวย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม มีโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.81 โรคเบาหวาน ร้อยละ 27.3 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.3 กลุ่มอาการที่พบบ่อย คือ ตามัว ร้อยละ 47.8 นอนไม่หลับ ร้อยละ 33.9 และอาการ อ่อนเพลีย ร้อยละ 30.3 และการรักษานอกจากจะ ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ยังมีการใช้แพทย์ พื้นบ้านอีกด้วย¹⁹ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็น ประโยชน์แก่พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรใน ทีมสหวิชาชีพ ในการนำข้อมูลไปใช้ออกแบบ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพ ความ มั่นคงในชีวิต และการมีส่วนร่วมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะ ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ลดการพึ่งพาผู้อื่น มีความ มั่นคงในชีวิต มีความกระฉับกระเฉง และเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆในสังคมอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผล ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย คุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยกำหนด พฤติกรรมกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัด สุรินทร์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีความไม่ ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่อยู่ อาศัย อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ บุคคลที่ อาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว สิทธิ การรักษา การฝึกฝนด้านการรู้คิดหรือการฝึก สมอง ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต และ ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัย กำหนดด้านระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัย กำหนดด้านพฤติกรรม ปัจจัยกำหนดด้าน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยกำหนดด้าน สิ่งแวดล้อมทางสังคม ปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยภาคตัดขวาง ตัวแปรตามได้จากกรอบ แนวคิดพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2002 ซึ่งประกอบด้วยสุขภาพ การมีส่วนร่วม และ ความมั่นคงในชีวิต⁸

ขอบเขตของการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการ วิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) โดยทำ การสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน 17 อำเภอของจังหวัดสุรินทร์ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่มีความผิดปกติในการรู้คิด และความจำ ซึ่งคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรอง Mini-Mental State Examination ฉบับภาษาไทย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของ Daniel²⁰ กรณีรู้ขนาดของประชากรที่ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 272 ราย ซึ่งอาจเกิดปัญหาการเป็นตัวแทนที่ดี ผู้วิจัยจึงได้นำขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ มาคูณกับขนาดของ Design Effect เท่ากับ 1.5 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากร จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 410 ราย และเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล และเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการศึกษา 450 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีการสุ่ม 3 ขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เลือก 2 อำเภอ จาก 17 อำเภอ ของจังหวัดสุรินทร์ เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษา

2. แบ่งพื้นที่ใน 2 อำเภอ เป็น 2 พื้นที่ เป็นหมู่บ้านในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยอำเภอกาบเชิงมีกลุ่ม (Cluster) ของหมู่บ้านในเขตเทศบาล 34 หมู่บ้าน และกลุ่ม (Cluster) นอกเขตเทศบาล 52 หมู่บ้าน อำเภอชุมพลบุรี มีกลุ่มของหมู่บ้านในเขตเทศบาล 63 หมู่บ้าน และกลุ่มหมู่บ้านนอกเขตเทศบาล 59 หมู่บ้าน หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่คืน

เลือกตัวแทนของหมู่บ้านในแต่ละอำเภอ แบ่งเป็นเขตเทศบาลมา 3 หมู่บ้าน และนอกเขตเทศบาล 3 หมู่บ้าน ซึ่งแต่ละอำเภอจะมีตัวแทน 6 หมู่บ้านรวมทั้ง 2 อำเภอมีตัวแทนทั้งสิ้น 12 หมู่บ้าน

3. คัดเลือกครัวเรือนที่จะทำการศึกษา โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ โดยใช้ข้อมูลผู้สูงอายุจากที่ได้จากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนได้จำนวนผู้สูงอายุตามต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองสมองเสื่อม เป็นแบบประเมินของผ่องพรรณ อรุณแสง²¹ ซึ่งดัดแปลงมาจาก อัญชุลี เตมีย์ประดิษฐ์ และคณะ เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้สถานที่ ความจำ ความสนใจ และการคิดเลข การระลึกได้ และทักษะทางภาษา ซึ่งมีทั้งหมด 11 ข้อ การแปลผลเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ≤ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษา ≤ 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ≤ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการรู้จำ²²

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา เชื้อชาติ งานที่ทำในปัจจุบัน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การมีบ้านเป็นของตนเอง จำนวน

สมาชิกในครอบครัว ปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา การไปใช้บริการด้านการรักษาตามสิทธิ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีสถานที่พักผ่อนหรือออกกำลังกาย การใช้บริการสถานที่พักผ่อนออกกำลังกาย อากาศผิปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และข้อมูลการตรวจสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก 18.5 – 24.9 กิโลกรัม/เมตร² ปกติ ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร² น้ำหนักเกิน และเส้นรอบเอว ปกติ ชาย < 90 เซนติเมตร หญิง < 80 เซนติเมตร มากกว่าปกติ ชาย ≥ 90 เซนติเมตร หญิง ≥ 80 เซนติเมตร²³

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์พหุผลซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงข้อคำถามให้สอดคล้องเหมาะสม กับบริบทของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยยึดตามกรอบแนวคิดพหุผลขององค์การอนามัยโลก⁶ มีจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็นด้านสุขภาพ 8 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วม 5 ข้อ ด้านความมั่นคงในชีวิต 5 ข้อ ข้อละ 3 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 54 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดพหุผลของผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงข้อคำถามให้สอดคล้องเหมาะสม กับบริบทของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยยึดตามกรอบแนวคิดพหุผลขององค์การอนามัยโลก⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดด้านต่างๆ คือ ปัจจัยภาคตัดขวาง 8 ข้อ 24 คะแนน ปัจจัยกำหนดด้านระบบบริการสุขภาพ และสังคม 6 ข้อ 18 คะแนน ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม 8 ข้อ 24 คะแนน ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 7 ข้อ

21 คะแนน ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม 5 ข้อ 15 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสัมภาษณ์พหุผลทั้ง เท่ากับ 0.95 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยกำหนดพหุผลทั้ง เท่ากับ 0.87

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 30 คน ในบ้านสวาย ตำบลโคกตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 5 - 7 มกราคม 2559 เพื่อดูความสมบูรณ์ของการสื่อความหมายของข้อคำถาม และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์พหุผลทั้ง เท่ากับ 0.82 และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยกำหนดพหุผลทั้ง เท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลทำหลังจากได้หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ MUPH 2016-012 ผู้วิจัยเตรียมเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวเต็มใจ (Informed consent) อธิบายผู้เข้าร่วมการศึกษา เกี่ยวกับการเก็บข้อมูลที่ได้อาจถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอเพื่อ

การศึกษาในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอรายบุคคล การนัดหมายวันเก็บข้อมูลก่อน โดยจะทำการเก็บข้อมูลในวัน เวลาและสถานที่ที่ผู้ผู้เข้าร่วม การศึกษาสะดวก ขณะเก็บข้อมูล หากผู้เข้าร่วม การศึกษามีเหตุไม่สะดวกในการให้ข้อมูล สามารถ ยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยจึงติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่ทำการ เก็บศึกษา เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ วัตถุประสงค์ ความเป็นมา เกี่ยวกับการวิจัย และขอข้อมูล รายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านที่จะทำการเก็บ ข้อมูล

2. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จากรายชื่อที่ได้จาก หน่วยงานในพื้นที่

3. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย โดยคัดจากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถอ่านและเขียน ภาษาไทยได้ดี จำนวน 30 ราย จาก 2 อำเภอ ทั้งหมด 12 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1-2 ราย

4. ทำการอบรมผู้ช่วยวิจัย เกี่ยวกับแนวทางการ เก็บแบบสัมภาษณ์ การใช้ข้อคำถามในแต่ละ ข้อ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีการแจกคู่มือผู้ช่วยวิจัย เพื่อเก็บไว้ศึกษา หากมีข้อสงสัย

5. นัดหมายทีมงาน เพื่อลงเก็บข้อมูล กับกลุ่ม ตัวอย่างตามรายชื่อที่ได้จากการสุ่ม ซึ่งมีการนัดหมายไว้แล้ว เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบ ความสมบูรณ์ และทำการบันทึกข้อมูลลงใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ระยะเวลาที่ทำการเก็บ ข้อมูล 1 เดือน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่คัดกรองโดยใช้ แบบคัดกรองสมองเสื่อมแล้ว ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 8 ราย จึงทำการสัมภาษณ์จากรายชื่อกลุ่ม

ตัวอย่างสำรอง จนได้แบบสัมภาษณ์ครบ 450 ชุด และมีแบบสัมภาษณ์สมบูรณ์ 450 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้สถิติวิเคราะห์ไคแอสควร์ (Pearson Chi-Square) เพื่อหาหาความสัมพันธ์ ของตัวแปรต่างๆ

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคแอสควร์ พบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัย คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ที่อยู่ อาศัย เชื้อชาติ สิทธิการรักษา การฝึกฝนด้านการ รู้คิดหรือฝึกสมอง และปัจจัยกำหนดพฤติกรรม ซึ่ง ประกอบด้วย ปัจจัยภาคตัดขวาง ปัจจัยกำหนด ด้านระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยกำหนด ด้านพฤติกรรม ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ

ในส่วนของปัจจัยกำหนดพฤติกรรม ผลการ ศึกษาพบว่าปัจจัยกำหนดพฤติกรรม มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยภาคตัดขวาง (เพศ และวัฒนธรรม) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรม มากกว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยภาคตัดขวาง ปัจจัยด้าน ระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยด้าน พฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมในระดับต่ำถึง

ปานกลางเป็น 20.35 เท่า (95% CI: 12.40-33.41) 27.28 เท่า 95% CI: 16.48-45.19) 13.10 เท่า (95% CI: 8.35-20.54) 23.26 เท่า (95% CI: 13.88-38.95) และ 12.92 เท่า (95% CI: 7.93-21.06) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผล

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีพดผลสูงกว่่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเป็น 0.35 เท่า (95% CI: 0.45-0.94) ดังตารางที่ 1

Table 1. Factors related to active aging among elderly. (n=450)

Variable	Active Aging				χ^2	p-value	OR	95%CI
	High		Moderate					
	n	%	n	%				
Living place					32.23*	<0.001		
In municipal areas	133	59.1	92	40.9			3.01	2.05-4.42
Outside municipal	73	32.4	152	67.6			1	
Ethnics					17.13*	<0.001		
Thai-Kui	30	69.8	13	30.2	11.02	0.001	4.45	2.11-9.41
Thai-Lao	133	47.3	148	52.7	0.72	0.39	1.74	1.12-2.68
Thai-Khmer	43	34.1	83	65.9			1	
Health benefits					5.86*	0.02		
Civil services and others	19	67.9	9	32.1			2.65	1.17-6.00
Universal health	187	44.3	235	55.7			1	
Cognitive training					17.47*	<0.001		
Practice	184	50.5	180	49.5			2.97	1.76-5.03
Not practice	22	25.6	64	74.4			1	
Cross-Cutting Determinants					175.55*	<0.001		
High level	151	83.9	29	16.1			20.35	12.40-33.41
Low/moderate level	55	20.4	215	79.6			1	

(continued)

Table 1. Factors related to active aging among elderly. (n=450) (continued)

Variable	Active Aging				χ^2	p-value	OR	95%CI
	High		Moderate					
	n	%	n	%				
Determinants					206.68*	<0.001		
Related to Health and Social Service Systems								
High level	170	82.5	36	17.5			27.28	16.48-45.19
Low/moderate level	36	14.8	208	85.2			1	
Behavioural Determinants					144.14*	<0.001		
High level	158	76.3	49	23.7			13.10	8.35-20.54
Low/moderate level	48	19.8	195	80.2			1	
Determinants Related to the Physical Environment					182.68*	<0.001		
High level	182	75.2	60	24.8			23.26	13.88-38.95
Low/moderate level	24	11.5	184	88.5			1	
Determinants Related to the Social Environment					126.97*	<0.001		
High level	127	82.5	27	17.5			12.92	7.93-21.06
Low/moderate level	79	26.7	217	73.3			1	

(continued)

Table 1. Factors related to active aging among elderly. (n=450) (continued)

Variable	Active Aging				χ^2	p-value	OR	95%CI
	High		Moderate					
	n	%	n	%				
Economic Determinants					5.13*	0.023		
High level	97	40.8	141	59.2			0.65	0.45-0.94
Low/moderate level	109	51.4	103	48.6			1	

*p-value < 0.05, OR= Odds Ratio, 95%CI = 95% Confidence Interval

อภิปรายผล

1. ระดับพัฒนาผล ผลการศึกษาพบว่าพัฒนาผลของผู้สูงในจังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.46, S.D. = 0.49) มีผลมาจากสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การไม่มีโรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การไม่มีความพิการ อาการปวดตามร่างกาย ความรู้สึกเครียด เสียใจ หดหู่หรือซึมเศร้า การอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ในการทำงาน การให้บริการด้านเศรษฐกิจ ครัวเรือนหรือภาคเกษตรกรรม ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความมั่นคงของผู้สูงอายุ เช่น ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่บ้านมีความปลอดภัย การได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนหรือเพื่อนบ้านเมื่อได้รับความเดือดร้อน การได้รับเบี้ยยังชีพในการซื้อของใช้ในการดำรงชีพ การมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ก็อยู่ในระดับปานกลาง

สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ระบุว่าดัชนีดัชนีพัฒนาผลผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง²⁴ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรค ตลอดจนอาการเจ็บป่วยที่พบได้ในวัยผู้สูงอายุ การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี การมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีรายได้ที่เพียงพอในการดำรงชีวิต และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคม เช่น การทำงาน การร่วมกิจกรรมจิตอาสา การค้าขายหรือเป็นผู้ให้บริการด้านธุรกิจ การเลี้ยงดูบุตรหลาน การเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนา การเมือง และวัฒนธรรม การมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างกลุ่มวัยเดียวกัน และบุคคลในกลุ่มวัยอื่นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาผลระดับพัฒนาผลของผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพัฒนาผล ผลการศึกษาพบว่า ที่อยู่อาศัย เชื้อชาติ สิทธิการรักษา และการฝึกฝนด้านการรู้คิดหรือการฝึกสมอง มีความสัมพันธ์กับพัฒนาผล

พลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ที่อยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพลังพลังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีโอกาสจะมีพลังพลังมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล เป็น 3.01 เท่า การอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ไฟส่องสว่าง ทางเท้า สวนสาธารณะ บริการขนส่งมวลชน บริการด้านสุขภาพ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Perales et al¹ ที่พบว่าที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพลังพลัง โดยพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองมีระดับพลังพลังสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท เนื่องจากมีการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายกว่า²⁵ แต่ก็มีการศึกษาอื่นที่ผลการ ศึกษาตรงข้าม โดยพบว่าที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังพลัง⁶

2.2 เชื้อชาติ เชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับพลังพลังของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยกวย และชาวลาว มีโอกาสที่จะมีพลังพลัง มากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยเขมร เป็น 4.45 และ 1.74 เท่า ผู้สูงอายุชาวไทยกวย สืบสายมาจากนักรบชาวยุโรปในอดีตร มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน โดยเพศชายมีความเกี่ยวข้องกับการคล้อยข้างเลี้ยงช้าง เพื่อการออกรบในอดีต ปัจจุบันเป็นไปเพื่อเศรษฐกิจ เพศหญิงทำหน้าที่ดูแลบุตร ทำงานบ้าน มีความรักความสัมพันธ์กันดี จึงส่งผลให้ชาวไทยกวยมีพลังพลังที่สูงที่สุด สำหรับชาวลาว มีความโดดเด่นในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มี

อุปนิสัยร่าเริง ชอบความสนุกสนาน ชอบการทำบุญ รักษาศีล งานรื่นเริง งานประเพณี มีแบบแผนการใช้ชีวิต คำสอน ความเชื่อที่ชัดเจน ส่วนชาวไทยเขมร มีความขยันหมั่นเพียร มีขนบธรรมเนียมประเพณี แนวปฏิบัติที่เคร่งครัด เพศชายมีหน้าที่ในการทำนา ทำไร่ เพศหญิงทำงานบ้าน ทอผ้า ปลูกผัก มีความรักสามัคคีในเครือญาติ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และศาสนาเป็นประจำ แต่ยังมีน้อยกว่าชาวลาว จากปัจจัยต่างๆ ข้างต้น ทำให้ระดับพลังพลังของแต่ละเชื้อชาติแตกต่างกันออกไป สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า เชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับมิติอื่นๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบพลังพลัง เช่น สุขภาพ การใช้บริการด้านสุขภาพ²⁶

2.3 สิทธิการรักษา ผลการศึกษาพบว่า สิทธิการรักษามีความสัมพันธ์กับพลังพลังของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิข้าราชการและอื่นๆ มีโอกาสที่จะมีพลังพลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิบัตรทอง เป็น 2.65 เท่า จากรูปแบบการบริหารเงิน แหล่งงบประมาณ เงื่อนไขการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันของกองทุนสุขภาพ 3 กองทุนหลักของประเทศ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษาแบบข้าราชการรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม ประกันชีวิต และชำระเงินเอง สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ครอบคลุมมากกว่า มีงบประมาณที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมากกว่า จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุกลุ่มสิทธิข้าราชการ และกลุ่มอื่นๆ จะมีระดับพลังพลังที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง ซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่าย (Cost) มีผลการศึกษาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ของ

สิทธิด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีประกันชีวิต กับองค์กร ประกอบด้านสุขภาพในด้านการเข้ารับ บริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพหุผล²⁷ แต่ก็มีบาง การศึกษาที่ผลการศึกษาดตรงกันข้าม ซึ่งระบุว่า การมีประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการทำ หน้าที่ของร่างกายที่ลดลง และสุขภาพจิตดีขึ้นของ ผู้สูงอายุ²⁸

2.4 การฝึกฝนด้านการรู้คิดหรือการฝึก สมอง การฝึกฝนด้านการรู้คิดหรือการฝึกสมอง มีความสัมพันธ์กับพหุผล²⁷ของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการฝึกฝนด้านการรู้คิดหรือการฝึก สมอง มีโอกาสที่จะมีพหุผล²⁷สูงกว่าผู้สูงอายุที่ ไม่ได้ฝึกฝนด้านการรู้คิด หรือฝึกสมองเป็น 2.97 เท่า โดยกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการรู้คิด หรือฝึก สมอง เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ การ เล่นเกมส่ายคำ เกมส่ายจับคู่ การต่อจิ๊กซอร์ การ ร้องเพลง การเต้นรำ การคิดเลข การวาดภาพ ระบายสี ล้วนเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้ใช้ ความคิด ซึ่งการฝึกฝนด้านการรู้คิด หรือการฝึก สมองจะช่วยพัฒนาเกี่ยวกับความจำ การรับรู้ของ สมอง และการทำหน้าที่ของร่างกาย สอดคล้องกับ การศึกษาที่ระบุว่า การฝึกสมอง จะช่วยเพิ่ม ความสามารถด้านการรับรู้²⁹

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยกำหนด พหุผล²⁷กับพหุผล²⁷ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัย ภาคตัดขวาง ปัจจัยด้านบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพหุผล²⁷ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ปัจจัยภาคตัดขวาง ปัจจัยภาคตัดขวาง มีความสัมพันธ์กับพหุผล²⁷ของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัย ภาคตัดขวางอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมี พหุผล²⁷สูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยภาคตัดขวาง อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เป็น 20.35 เท่า ปัจจัย ภาคตัดขวาง ประกอบไปด้วยวัฒนธรรม และเพศ โดยวัฒนธรรม มีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการอาศัยอยู่ ร่วมกันในครอบครัว เพศมีผลต่อภาวะสุขภาพ สถานะทางสังคม การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ค่าตอบแทน การศึกษา และลักษณะงาน⁸ สอดคล้องกับบางการศึกษาที่พบว่า วัฒนธรรมมี ความสัมพันธ์กับสุขภาพด้าน ร่างกายและจิตใจ²⁹ และการศึกษาที่พบว่าเพศมีความ สัมพันธ์ กับพหุผล²⁷ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาอื่น ที่ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพหุผล²⁷⁴

3.2 ปัจจัยด้านบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยด้านบริการสุขภาพและสังคมมีความสัมพันธ์ กับพหุผล²⁷ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านระบบ บริการสุขภาพและสังคมอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่ จะมีความพหุผล²⁷สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านระบบ บริการสุขภาพและสังคม อยู่ในระดับต่ำถึงปาน กลาง เป็น 27.28 เท่า ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ และสังคม มีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีพหุผล²⁷ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ ระบุว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิต³¹

3.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้าน พฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพหุผล²⁷ของ

ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีพัฒนาพลังสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านพฤติกรรม อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เป็น 13.10 เท่า ปัจจัยด้านพฤติกรรม สามารถช่วยป้องกันโรค ความเสื่อมของร่างกาย ช่วยให้มีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁸ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรม ที่พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนี Active aging¹⁴ การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์พัฒนาพลังของผู้สูงอายุ⁴

3.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลังของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีพัฒนาพลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เป็น 23.26 เท่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาพลัง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มลพิษทางอากาศทำให้อาการของโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตมีอาการแย่ลง³² และการกินอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติ และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น³

3.5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลังของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีพัฒนาพลังสูงกว่าผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทาง

สังคม อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เป็น 12.92 เท่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะ มีรายได้ และช่วยเหลือตนเองได้⁸ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่พบว่า พัฒนาพลังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในผู้สูงอายุ³⁴ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลัง¹⁴

3.6 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลังของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่จะมีพัฒนาพลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เป็น 0.35 เท่ากรอบแนวคิดพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลกซึ่งใช้เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ ระบุว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีความเกี่ยวข้องกับการจัดหาอาหาร ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ⁸ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลัง¹⁶ และการทำงานมีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลัง¹⁴

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคแอสแควร์ (Pearson Chi-Square) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ กับพัฒนาพลัง พบว่าปัจจัยภาคตัดขวาง ปัจจัยด้านบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลัง ผลการศึกษาในครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่สนับสนุนว่าปัจจัยกำหนดพัฒนาพลัง และพัฒนาพลังมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดพัฒนา

พลัง ขององค์การอนามัยโลก^๑ ที่นำมาใช้เป็นกรอบ
ในการศึกษา

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

ประชากรที่ศึกษามีขนาดเพียงพอ เก็บข้อมูล
ด้วยการสัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ใน
การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมใน
ผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ต่อไป

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ผู้ช่วยวิจัย อาจ
ทำให้เกิดความผิดพลาดในการเก็บข้อมูลได้ แม้จะ
มีการอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนเก็บข้อมูลแล้วก็ตาม
นอกจากนี้แบบสอบถามที่ข้อความจำนวนมาก
ซึ่งต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนาน อาจทำให้
ผู้สูงอายุตอบคำถามที่ไม่เป็นจริงได้

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าที่อยู่อาศัย
เชื้อชาติ สิทธิการรักษา การฝึกฝนด้านความรู้คิด
หรือการฝึกสมอง และปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิต
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านปฏิบัติพยาบาล ควรมีการประเมิน
ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ที่อยู่
อาศัย เชื้อชาติ สิทธิการรักษา การฝึกฝนด้าน
ความรู้คิดหรือฝึกสมอง และปัจจัยกำหนดคุณภาพ

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับด้านบริการพยาบาล
ควรมีการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดี อันมีส่วนสำคัญในการลด
ภาวะพึ่งพิง ได้มีโอกาสใช้ชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มี
ความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถอยู่ร่วมกับ
บุคคลอื่นในครอบครัว และชุมชนได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ สุดท้ายด้านบริหาร ผู้บริหารควรให้
ความสำคัญการพัฒนา นโยบายที่เอื้อต่อการ
มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อการสุขภาพดี ทั้งทาง
ร่างกาย จิตใจ และทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล
โปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้
สามารถนำมาประยุกต์ใช้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตใน
ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาตัวแปรบริบท
ของวัฒนธรรม ศาสนา กลุ่มประชากร ที่แตกต่าง
เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์และครอบคลุม
มากขึ้น และในการศึกษาครั้งต่อไป อาจออกแบบ
แบบสัมภาษณ์ที่มีข้อความที่ลดลง แต่ยังคงความ
ตรงเชิงเนื้อหา และครอบคลุมประเด็นต่างๆ ที่
ต้องการวัด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Global
report on falls Prevention in older Age
[Internet]. 2007 [cited 2015 February13].
Available from [http://www.who.int/ageing/
publications/Fallsprevention](http://www.who.int/ageing/
publications/Fallsprevention) 7 March.pdf.
2. National Statistical Office. The 2014 survey
of the elderly in Thailand [Internet]. 2015
[cited 2016 April 28]. Available from [http://
www.m-society.go.th/article_attach/
13101/
17262.pdf](http://
www.m-society.go.th/article_attach/13101/
17262.pdf). (In Thai)

3. Prachuapmore P. Situation of Thai elderly 2013. Nonthaburi: SS Plus Media; 2014. (In Thai)
4. Soonthomdhada K, Kamsuwan K. The level and trend of Active Ageing among Thai elderly [Internet]. 2010 cited 2016 January 7]. Available from http://www.Thai population.org/ Stable/index.php?option=comcontent&view=article&_id=103&Itemid=76. (In Thai)
5. Health Promotion Center Region 5. Provincial overview; Results of government inspections and supervisory work in normal cases at the Ministry level Fiscal Year 2013 [Internet]. 2013 [cited 2013 February 20]. Available from <http://hpc5.anamai.moph.go.th/>. (In Thai)
6. Wasri P. District network for elderly care. Bangkok: Sahamitr Printing and Publishing; 2015. P. 2-9. (In Thai)
7. Vogel T, Brechat PH, Lepretre PM, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J. Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International journal of clinical practice*. 2009; 63(2):303-20.
8. World Health Organization. Active Ageing A Policy Framework [Internet]. 2002 [cited 2015 January 13]. Available from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH02.8.pdf?ua=1.
9. Perales J, Martin S, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Garin N, Koskinen S, et al. Factors associated with active aging in Finland, Poland, and Spain. *International psychogeriatrics*. 2014;26(8):1363-75.
10. McFarquhar T, Bowling A. P03-103 Psychological well-being and active ageing: Maintaining quality of life in older age. *European Psychiatry*. 2009; 24:S1102.
11. Di Gessa G, Grundy E. The relationship between active ageing and health using longitudinal data from Denmark, France, Italy and England. *Journal of epidemiology and community health*. 2014; 68(3):261-7.
12. Nantsupawat W, Kamnuansilapa P, Sritanyarat W, Wongthanawasu S. Family Relationships, Roles and the Meaning of Active Aging among Rural Northeastern Thai Elders. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2010; 14(2):137-48.
13. Yatniyom P, Katepichayawattana S. Active Ageing characteristics: a case study of a famous Thai elderly. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 2006; 7(2). (In Thai)
14. Saengprachaksakula S. Active Ageing of Thai Elderly. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University*. 2015; 17: 231-248. (In Thai)
15. Chansam S. Active ageing of elderly people and its determinants: Empirical evidence from Thailand. *Asia-Pacific Social Science Review*. 2012; 12:1-18.
16. Taengwong S, Changmai S, Seang-On L. Factors predicting active aging of the elderly in Nakhon Pathom Province. Nakhon Pathom:

- Christian University of Thailand; 2009. (In Thai)
17. Rattanamongkolgul D. Active ageing: a case study in I-san cultural context. [Dissertation]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University, 2012.
- 18 Suwannaphet N. Participation of Active Ageing among older adult in community. [Dissertation]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University, 2011.
- 19 Yeunyow T, Neelapaichit N, Kaveevitchai C. The health seeking behaviors of the elderly among the Kui ethnic community in north eastern province of Thailand. *Nursing Journal of the ministry of public health*. 2018; 27(3): 120-132. (In Thai)
20. Daniel, W. W. *Biostatistics : A foundation for analysis in the health science*. (6th edition) New York: John Wiley & Sons; 1995.
- 21 Arun-saeng P. Adult and elderly health assessment for nurses. Khon Kaen: Klang nana wittaya; 2014. (In Thai)
- 22 Institute Of Geriatric Medicine. Thai Mental State Examination. Bangkok: Medical Department; 1999. (In Thai)
- 23 World Health Organization. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. [Internet]. 2011 [cited 2015 February 13]. Available from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491eng.pdf;jsessionid=D40B296A4B7E01A0798FA03B97A5E1DE?sequence=1>.
- 24 National Statistical Office. Active Ageing Index of Thai Elderly [Internet]. 2017 [cited 2019 November 1]. Available from <http://www.nso.go.th>.
- 25 UzoboE, Dawodu O. E. Ageing and health: A comparative study of rural and urban aged health status in Bayelsa State Nigeria *European Scientific Journal*. 2015; 11(14).
- 26 Bowen ME, Gonzalez HM. Racial/ethnic differences in the relationship between the use of health care services and functional disability: the health and retirement study (1992-2004). *The Gerontologist*. 2008; 48(5):659-67.
- 27 Yang YT, Iqbal U, Ko HL, Wu CR, Chiu HT, Lin YC, et al. The relationship between accessibility of healthcare facilities and medical care utilization among the middle-aged and elderly population in Taiwan. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2015; 27(3):222-31.
- 28 Liang Y, Lu P. Medical insurance policy organized by Chinese government and the health inequity of the elderly: longitudinal comparison based on effect of New Cooperative Medical Scheme on health of rural elderly in 22 provinces and cities. *International journal for equity in health*. 2014; 13:37.

- 29 Fernandez-Prado S, Conlon S, Mayan-Santos JM, Gandoy-Crego M. The influence of a cognitive stimulation program on the quality of life perception among the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012; 54(1):181-4.
- 30 Franzini L, Fernandez-Esquer ME. Socioeconomic, cultural, and personal . influences on health outcomes in low income Mexican-origin individuals in Texas. *Social science & medicine* (1982). 2004; 59(8):1629-46.
- 31 Visetkamin S. The relationship between selected factors and quality of life of elderly in amphur Pathiu Chumporn province. [Dissertation]. Bangkok: Faculty of Graduate Study, Mahidol University, 2002.
- 32 Canadian public health association. Air pollution and senior's health [Internet]. 2004 [cited 2016 May 8]. Available from www.cpha.ca/uploads/progs/env/rdrpseniorse.pdf.
- 33 Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical interventions in aging*. 2010; 5:207-16.
- 34 Tareque MI, Ahmed MM, Tiedt AD, Hoque N. Can an active aging index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2014; 58(3): 399-407.