

การวิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย

สุรีย์พร องอาจอิทธิชัย

กองบริหารการสาธารณสุข

พรเจริญ บัวพุ่ม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ ศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัย 1.การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2.แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ 3.การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคม 4.สุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ 5.ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 6.การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ (องค์ประกอบ 9 ด้าน 1.การมีกิจกรรมทางกาย 2.การบริหารความคิด 3.การมีส่วนร่วมทางสังคม 4.การมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม 5.การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง 6.การยอมรับในการสูงวัย 7.การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย 8.การทำบุญและการทำความดี และ 9.การจัดการกับความเครียด) ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 60 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งด้านความตรงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีความสอดคล้องโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก ($\chi^2 = 20.57, df = 13, p = .082, GFI = 0.99, AGFI = 0.96, RMSEA = .039$). กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุระดับดีในทุกด้าน โดยในด้านการยอมรับการสูงวัย มีคะแนนเฉลี่ยระดับดีสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.35$) รองลงมาได้แก่ด้านการทำบุญและการทำความดี ด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย ด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการมีกิจกรรมทางกาย ด้านการบริหารความคิด และด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ($\bar{X} = 4.19, 4.18, 4.16, 4.15, 3.91, 3.76, 3.72$ และ 3.68) ตามลำดับ และผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 51.0 มีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 ได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 มีสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 ได้รับการบริการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับมาก ร้อยละ 48.7 ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัยโดยรวมระดับมาก ร้อยละ 49.5 โดยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปร ได้แก่ 1.การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย 2.สุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ 3.แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ และ 4.ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 43.0 ซึ่งยืนยันว่ามีอิทธิพล (Effect Size) ในระดับที่ค่อนข้างสูงต่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ โดยพบว่าตัวแปร การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานสูงสุดแสดงถึงการมีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรส่งเสริมและผลักดันนโยบายการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ ร่วมกับการส่งเสริมกิจกรรมการสร้างสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสร้างแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมเพื่อเตรียมความพร้อมกับการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: การสูงวัย องค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

Factor Analysis and Predictors of Healthy Aging in Thai Aging Society

Sureeporn Ongartittichai
Health Administration Division
Pornjaroen Buapum
Boromarajonani College of Nursing, Chainat

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive study aimed at analyzing the confirmatory factors of healthy aging in an aging society. The study examined the predictive ability of six factors: 1) health perception, 2) healthy lifestyle patterns, 3) family, community, and social support, 4) emotional and spiritual well-being, 5) elderly healthcare systems, and 6) pre-aging preparation, in relation to healthy aging (comprising 9 components: physical activity, cognitive exercise, social participation, social relationships and support, self-awareness and self-care, acceptance of aging, sufficiency and simple living, merit-making and altruism, and stress management). The study population consisted of elderly individuals aged 60 years and over in Health Region 3. A sample size of 384 was determined using a standard formula. Data were collected via a validated questionnaire with established content validity and reliability. Data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Confirmatory Factor Analysis (CFA), and Multiple Regression Analysis.

The results revealed that the fit indices of the confirmatory factor model for healthy aging showed a very good fit with the empirical data ($\chi^2 = 20.57$, $df = 13$, $p = .082$, $GFI = 0.99$, $AGFI = 0.96$, $RMSEA = .039$). The participants demonstrated a "good" level of healthy aging across all dimensions. The highest mean score was found in "acceptance of aging" ($\bar{x} = 4.35$), followed by merit-making and altruism, self-awareness and self-care, sufficiency and simple living, social relationships and support, stress management, physical activity, cognitive exercise, and social participation ($\bar{x} = 4.19, 4.18, 4.16, 4.15, 3.91, 3.76, 3.72, \text{ and } 3.68$, respectively). Regarding predictive factors, 51.0% of the sample perceived their health as poor. Most had moderate levels of healthy lifestyle patterns (63.5%), family/community/social support (49.0%), and emotional/spiritual well-being (59.4%). However, high levels were reported for elderly healthcare services (48.7%) and overall pre-aging preparation (49.5%). Healthy aging was found to have a significant linear relationship with four variables: 1) pre-aging preparation, 2) emotional and spiritual well-being, 3) healthy lifestyle patterns, and 4) elderly healthcare systems ($p < .001$). These four factors together accounted for 43.0% of the variance in healthy aging among the sample, confirming a relatively high effect size on the well-being of the elderly. It was found that pre-aging preparation had the highest standardized coefficient, indicating that it exerted the greatest influence on healthy aging compared to other variables.

Recommendations from this study suggest that policies for pre-aging preparation should be promoted and driven within the aging society. This should be integrated with activities that enhance emotional and spiritual well-being, the establishment of healthy lifestyle patterns, and the development of appropriate elderly healthcare systems to ensure quality healthy aging in the future.

Keywords: Aging, Components of Healthy Aging, Predictive Factors of Healthy Aging

การวิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย

บทนำ

ในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มขึ้นช้าลง จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 ทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุมากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) โครงสร้างประชากรไทย จะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสิ้นสุดแผน โดยสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.8 ซึ่งจากรายงานสำนักอนามัยผู้สูงอายุ¹ ได้สรุปรายงานสถานการณ์ข้อมูลผู้สูงอายุว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 12.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12.8 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์² ให้ข้อมูลว่ากรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยและสำนักงานสถิติแห่งชาติได้วิเคราะห์ว่าอายุของคนไทยจะยืนยาวขึ้น โดยในปี 2568 อายุของคนไทยโดยประมาณจะอยู่ที่ 85 ปี แต่เป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นตามอายุเนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย จากรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน กระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนกันยายน 2566 พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการมองเห็นสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.88 รองลงมาคือ ด้านสุขภาพช่องปาก และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 6.78 และ 5.32 ตามลำดับ การประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) ภาพรวมทั้งประเทศเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.85 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.54 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.61 โรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เบาหวาน และภาวะหกล้ม ร้อยละ 60.7, 38.4, 20.4 และ 3.12 ตามลำดับ และจากรายงานสุขภาพคนไทย สสส.³ ได้รายงานมิติด้านสุขภาพของสังคมสูงวัยในประเทศไทยว่าการเข้าสู่สังคมสูงอายุได้ส่งผลกระทบต่อหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เป็นนัยสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ โดยปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุมักจะเป็นภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรังโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะรับสัมผัส และโรคความผิดปกติทางระบบประสาทที่ต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณสูงมาก จึงต้องมุ่งเน้นให้ประชากรสามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองในยามสูงวัยให้ยาวนานมากที่สุด

องค์การอนามัยโลก (WHO)¹³ กำหนดนิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Ageing) ไว้ว่าเป็นกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่อันนำไปสู่ความผาสุก ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยกำหนดกรอบการดำเนินงานตั้งแต่ ปี ค.ศ.2015-2030 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข สอดคล้องกับที่ เนตรธิดา บุนนาค⁴ กล่าวว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ คือ การเป็นผู้สูงวัยที่รักษาความสามารถในการใช้ร่างกายและจิตใจให้สามารถยังทำในสิ่งที่เป็นคุณค่าของชีวิตได้และเป็นพื้นฐานความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ซึ่งหมายถึงจะเป็นส่วนหนึ่งในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) อันนำไปสู่ความผาสุกในช่วงบั้นปลายของชีวิต ลัดดา เกียมวงศ์ และคณะ⁵ ได้พัฒนาและเสนอคุณลักษณะของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเพื่อให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.การมีกิจกรรมทางกาย 2.การบริหารความคิด 3.การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 4.การมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน 5.การตระหนักรู้และดูแลตนเอง 6.การยอมรับการสูงวัย 7.การใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ 8.การทำบุญและทำความดี และ 9.การจัดการกับความเครียด ซึ่งเป็นแนวคิดที่นักวิจัยได้นำมาใช้ประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะกันหลากหลายในประเทศไทย

การศึกษาสถานการณ์การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย ถือเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในเชิงนโยบายและบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุต้องทราบเชิงประจักษ์ เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพสูงสุด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะพบว่าแนวคิดการประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริบทของสังคมไทยในหลายๆ งานวิจัย ยังคงใช้แนวคิดที่ ลัดดา เถียมวงศ์ และคณะ⁵ ได้เสนอไว้ รวมไปถึงยังมีนักวิจัยหลายท่านที่ศึกษาและพบว่าปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในบริบทต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การบำรุงรักษาสมรรถภาพที่มีอยู่ตามอายุ ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การได้รับความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันทั้งในด้านที่อยู่อาศัยและการคมนาคม การปกป้องผู้สูงวัยจากความยากจน การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย ความสามารถในการปรับตัวและการพัฒนาสุขภาพทางอารมณ์^{4,6,7} และปัจจัยอื่น ๆ พบว่ามีปัจจัยสำคัญหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวม เรียบเรียง เป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ 1.การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2.แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ 3.การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคม 4.สุขภาพทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ 5.ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และ 6.การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย ซึ่งช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทยที่ ลัดดา เถียมวงศ์ และคณะ⁵ ได้เสนอไว้เพื่อนำไป 1.ประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย 2. คัดสรรปัจจัยบางประการเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ โดยเลือกศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ที่มีข้อมูลสถานการณ์สัดส่วนของผู้สูงอายุสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ และเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการพัฒนางานในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในผู้สูงอายุ การดำเนินงานโครงการในแผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โครงการครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี และที่เกี่ยวข้อง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ต่อไป

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย

ขอบเขตของการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยเลือกพื้นที่ทำการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด (นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท)

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 60 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 706,678 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณของ Lemeshow et al.⁸ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)N}{[d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)]}$$

- โดย n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 - N คือ ขนาดของประชากรที่ทราบแน่ชัด
 - $Z^2_{1-\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ (1.960)
 - P คือ จำนวนตัวแทนของประชากร ครั้งหนึ่ง (.5)
 - d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ที่ยอมให้เกิดได้สูงสุด (.05)
- ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383.95 คน

ทำการสุ่มที่คำนึงถึงความน่าจะเป็นในการสุ่ม (Probability Sampling) ด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ประกอบไปด้วยขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ดังนี้ 1.ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 3 จังหวัด เพื่อเป็นพื้นที่ศึกษา ได้แก่ จังหวัดพิจิตร จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดชัยนาท 2.ทำการสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัด ๆ ละ 2 อำเภอ (จังหวัดพิจิตร ได้แก่ อำเภอเมืองพิจิตร และอำเภอสว่างงาม, จังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ อำเภอตากถ้ำ และอำเภอลาดยาว, จังหวัดชัยนาท ได้แก่ อำเภอเมืองชัยนาท และอำเภอหันคา) 3.ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอตามทะเบียนชมรมผู้สูงอายุให้ได้ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

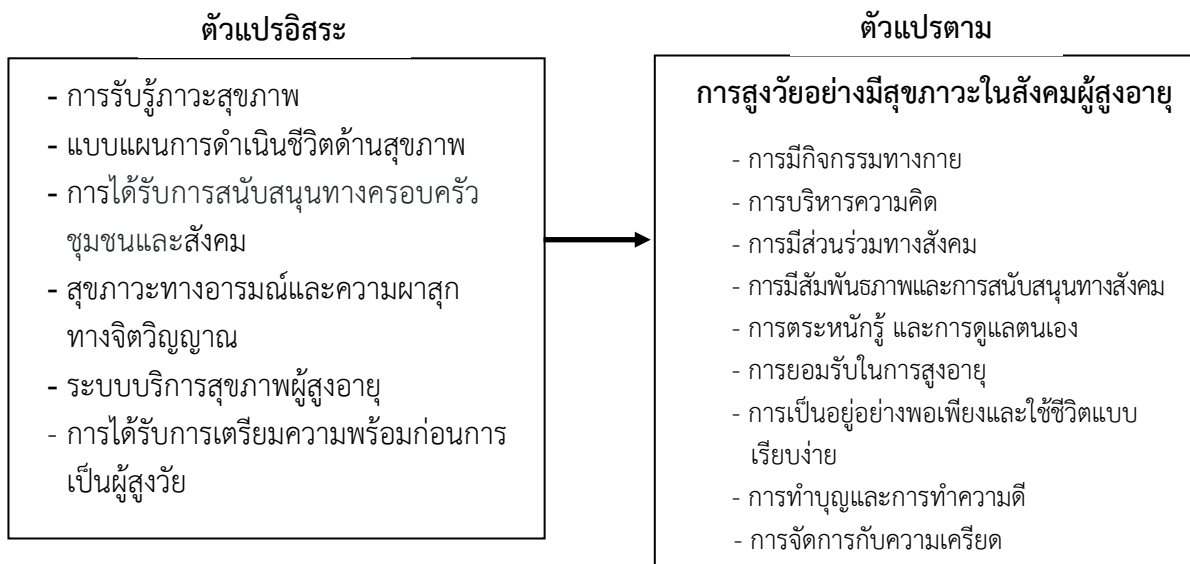
ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรอิสระ จำนวน 6 ตัว ดังนี้ 1.การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2.แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ 3.การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคม 4.สุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ 5.ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และ 6.การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย

ตัวแปรตาม ได้แก่ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ (องค์ประกอบ 9 ด้าน ดังนี้ 1.การมีกิจกรรมทางกาย 2.การบริหารความคิด 3.การมีส่วนร่วมทางสังคม 4.การมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม 5.การตระหนักรู้ และการดูแลตนเอง 6.การยอมรับในการสูงวัย 7.การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย 8.การทำบุญและการทำความดี และ 9.การจัดการกับความเครียด)

ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประโยชน์ที่จะได้รับ

องค์ประกอบเชิงยืนยันและปัจจัยที่สามารถทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนางานในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในผู้สูงอายุ การดำเนินงานแผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย รวมถึงการบริหารจัดการทรัพยากร งบประมาณ และมาตรการการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและที่เกี่ยวข้อง ตามบทบาทภารกิจของกองบริหารการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำกรอบแนวคิดการวิจัยและตัวแปรที่จะทำการศึกษ จัดทำโครงการวิจัย โดยใช้แนวคิด ลัดดา เกี่ยมวงศ์ และคณะ⁵
2. วางแผนและออกแบบการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
3. กำหนดประชากร คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
4. สร้างเครื่องมือการวิจัย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) นำเครื่องมือการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) เพื่อเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.7 ขึ้นไป
5. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
6. เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล
7. วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย จัดทำรายงานผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ BCNC-IRB 012/2567 วันที่รับรอง 9 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

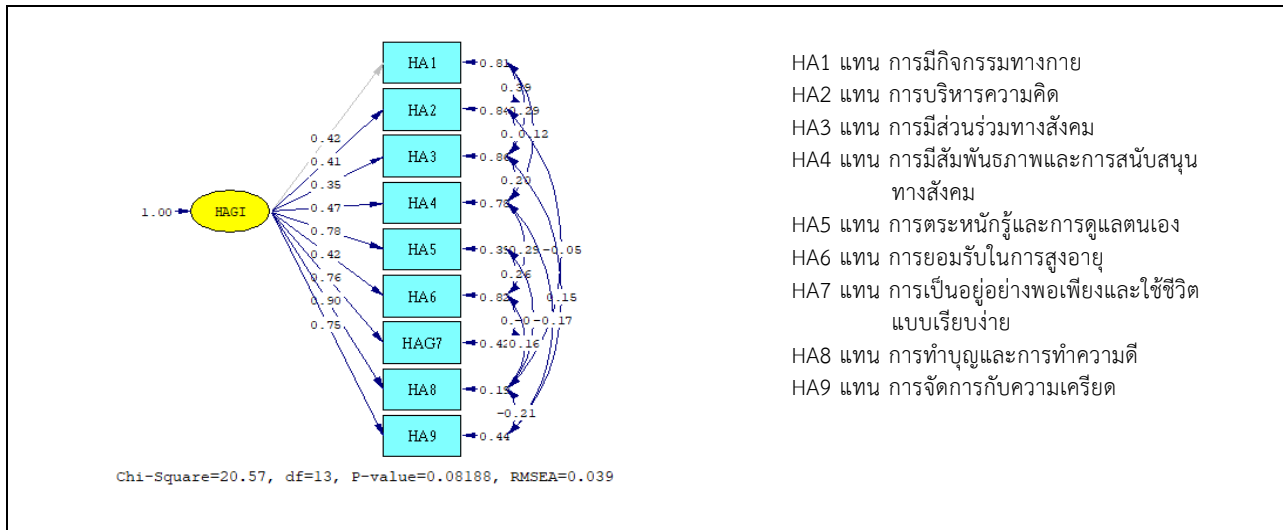
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 35.4 เพศหญิง ร้อยละ 64.6 อายุเฉลี่ย 70.08 ปี (อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 90 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.5, สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.4, พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 45.6, อยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 43.2, อาชีพก่อนอายุครบ 60 ปี เกษตรกรรม ร้อยละ 33.6, รับจ้าง ร้อยละ 26.6, อาชีพปัจจุบัน ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 46.1, อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 23.2, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,946.13 บาท, มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.3

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย

ดัชนีความสอดคล้องโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุกับข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ดัชนีความสอดคล้องโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบดังนี้ ค่าไคสแควร์เท่ากับ 20.57, $p = .082$, ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ (Chi-square per degree of freedom) เท่ากับ 1.58, ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (Goodness-of-Fit Index) เท่ากับ 0.99, ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness-of-Fit Index) เท่ากับ 0.96, ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index) เท่ากับ 1.00, ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีอิงเกณฑ์ (Normed Fit Index) เท่ากับ 0.99, ดัชนีความสอดคล้องที่เพิ่มขึ้น (Incremental Fit Index) เท่ากับ 1.00, ดัชนีเปรียบเทียบโมเดล (Relative Fit Index) เท่ากับ 0.97, ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (Root Mean Square Residual) เท่ากับ 0.027, และค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation) เท่ากับ 0.039, สรุปได้ว่าองค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะตามกรอบแนวคิดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ประเมินสถานการณ์การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1)

แผนภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย



3. วิเคราะห์สถานการณ์การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 55.2 (ดังแสดงในตารางที่ 1) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะตามองค์ประกอบการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ 9 ด้าน อยู่ระดับดีในทุกด้านโดยใน 1.ด้านการยอมรับการสูงวัย มีคะแนนเฉลี่ยระดับดีสูงที่สุด ($\bar{x} = 4.35$) รองลงมาได้แก่ 2.ด้านการทำบุญและการทำความดี 3.ด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง 4.ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย 5.ด้านการมีสัมพันธ์ภาพและการสนับสนุนทางสังคม 6.ด้านการจัดการกับความเครียด 7.ด้านการมีกิจกรรมทางกาย 8.ด้านการบริหารความคิด และ 9.ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ($\bar{x} = 4.19, 4.18, 4.16, 4.15, 3.91, 3.76, 3.72$ และ 3.68) ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยรวม

ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	172	44.8
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 60-79)	212	55.2
ระดับต่ำ (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 0-59)	0	0.0

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	3.76	.66	ดี
2. ด้านการบริหารความคิด	3.72	.73	ดี
3. ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	3.68	.79	ดี
4. ด้านการมีสัมพันธ์ภาพและการสนับสนุนทางสังคม	4.15	.73	ดี
5. ด้านการตระหนักรู้ และการดูแลตนเอง	4.18	.45	ดี
6. ด้านการยอมรับในการสูงวัย	4.35	.47	ดี
7. ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย	4.16	.43	ดี
8. ด้านการทำบุญและการทำความดี	4.19	.41	ดี
9. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.91	.62	ดี

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทย

4.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง (มิติทางกาย จิตใจ สังคม) โดยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่มีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนบ้านสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.4, รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดยลำพัง, ไม่มีปัญหาขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว, สามารถลุกจากที่นอน/เตียงนอนได้เอง, ไม่เคยหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา, ไม่มีปัสสาวะเล็ดหรือราดจนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน, และสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้ดีได้ด้วยตัวเอง, คิดเป็นร้อยละ 97.9, 97.4, 94.8, 90.4, 89.1 และ 88.0 ตามลำดับ แต่ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกายในการลุกยืน เดิน นั่ง, มีปัญหาด้านการได้ยิน, มีอาการปวดข้อ ปวดเข่าเวลาเดินหรือลุกยืน, รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าเดิมเวลาต้องออกแรงทำงาน, มีปัญหาด้านการมองเห็น, และไม่สามารถบดเคี้ยวอาหาร ได้ปกติ, คิดเป็นร้อยละ 84.4, 82.8, 80.5, 79.7, 79.7 และ 79.4 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.0, ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.3, และระดับดีเพียง ร้อยละ 4.7, (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองโดยรวม

การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	18	4.7
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 60-79)	170	44.3
ระดับไม่ดี (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 0-59)	196	51.0

4.2 แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพดีที่สุดในเรื่อง ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ หลังการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 92.4, รองลงมาคือเรื่องการสวมใส่เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ที่ซักสะอาด, การอาบน้ำ สระผม ขำระล้างร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ, การแปรงฟันทำความสะอาดช่องปาก เหงือก เพื่อกำจัดเศษอาหารและเชื้อโรคอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน, การไม่รับประทานยานอนหลับหรือยาอื่น เพื่อลดความเครียดก่อนนอน, การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ น้ำอัดลม ในช่วงเย็นถึงค่ำ, และการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวัน, คิดเป็นร้อยละ 88.0, 84.4, 83.1, 76.6, 75.8 และ 74.0 ตามลำดับ แต่ยังคงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้า ทอดน้ำมัน แกงกะทิ ผัดน้ำมัน 1-4 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 73.7 เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมระดับดี ร้อยละ 16.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับไม่ดี ร้อยละ 20.1 (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม

ระดับการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	63	16.4
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 60-79)	244	63.5
ระดับไม่ดี (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 0-59)	77	20.1

4.3 การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคม

กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวระดับมาก ($\bar{x} = 4.20$), โดยเรื่องที่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวสูงที่สุดคือ การดูแลสถานที่อยู่อาศัยให้มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย จัดที่นอนและการทำความสะอาด, รองลงมา ได้แก่ การจัดเตรียมเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มและการซักทำความสะอาด, การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำชำระร่างกาย การดูแลสุขภาพ

ช่องปากและการจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน, การจัดเตรียมอาหารในแต่ละวัน, และให้การช่วยเหลือดูแล จัดหายาให้ยามเจ็บป่วย หรือพาไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพหรือรักษาตามนัด, (\bar{x} = 4.41, 4.40, 4.36, 4.33 และ 4.21) ตามลำดับ ในด้านการได้รับการดูแลจากชุมชนหรือสังคม กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลในระดับมากเช่นกัน (\bar{x} = 3.63) โดยเรื่องที่ได้รับการดูแลจากชุมชนหรือสังคมสูงสุด ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน ติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน, รองลงมาได้แก่ การจัดสถานที่ราชการ สถานที่สาธารณะต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ เช่น ทางเดินลาด ห้องสุขา ช่องทางด่วนบริการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ, การจัดหาเงิน อุปกรณ์ เครื่องอุปโภคบริโภค เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ, และการจัดสวัสดิการรับส่งผู้สูงอายุที่บ้านกับสถานบริการหรือสถานที่ราชการ, (\bar{x} = 3.90, 3.79, 3.68 และ 3.66) ตามลำดับ แต่พบว่าการดูแลจากชุมชนหรือสังคมในเรื่องพื้นที่สวนสาธารณะ สถานที่พักผ่อนหรือสถานที่ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน, และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนำความรู้ ภูมิปัญญา ประสบการณ์มาถ่ายทอด บอกเล่า สืบสานให้กับคนรุ่นหลังในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.29 และ 3.49), เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับการได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวมระดับมาก ร้อยละ 48.2 ระดับปานกลางร้อยละ 49.0 และระดับน้อย ร้อยละ 2.8 (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวชุมชนและสังคมโดยรวม

ระดับการได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ชุมชนและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	185	48.2
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 60-79)	188	49.0
ระดับน้อย (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 0-59)	11	2.8

4.4 สุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับมากในเรื่องรู้สึกมีความสุขสูงสุดที่สุด (\bar{x} = 4.29) รองลงมา ได้แก่ รู้สึกว่าตนเองมีจิตใจที่เข้มแข็ง, ยอมรับในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง, พึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง, เชื่อว่าผลจากการทำความดีของตนที่ผ่านมาจะทำให้ตนพบเจอแต่ความสุข, รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเมื่อได้ช่วยเหลือคนอื่น, รู้สึกว่าจิตใจสงบ, และมีความหวังกับชีวิตของตนเอง, (\bar{x} = 4.28, 4.28, 4.27, 4.17, 4.16, 4.14 และ 4.05) ตามลำดับ แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลางในเรื่อง มักเก็บคำนิทาหรือถ้อยคำเท็จที่บุคคลอื่นกล่าวถึงมาคิดทบทวนซ้ำ ๆ เพื่อหาเหตุผลว่าทำไมเขาจึงกล่าวให้ร้ายต่อตน, เมื่อมีบุคคลมากล่าวร้ายด้วยถ้อยคำหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงจะตอบโต้ด้วยถ้อยคำหรืออารมณ์ที่รุนแรงเช่นกัน, และการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่เคยกระทำไม่ดีได้ตามความเหมาะสมอย่างเต็มที่, (\bar{x} = 3.02, 3.03 และ 3.46) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมระดับสูง ร้อยละ 40.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.5 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม

ระดับสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	154	40.1
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 60-79)	228	59.4
ระดับต่ำ (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 0-59)	2	0.5

4.5 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุดในเรื่อง การเยี่ยมบ้านโดยทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. คิดเป็นร้อยละ 100, รองลงมาได้แก่ การได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต, การตรวจรักษาการเจ็บป่วยเฉพาะครั้ง, การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน, การฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามสถานการณ์ เช่น โควิด 19, และการได้รับยารักษาโรคต่อเนื่อง หรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้, คิดเป็นร้อยละ 98.4, 97.1, 95.1, 92.7 และ 91.4 ตามลำดับ ส่วนการบริการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างได้รับน้อยก็คือ การตรวจแล็บบริเวณเท้า, และการตรวจสมรรถนะการทำงานของปอด, คิดเป็นร้อยละ 52.6 และ 55.5 เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการได้รับการบริการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมระดับมาก ร้อยละ 48.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.4 และระดับน้อย ร้อยละ 21.9 (ดังแสดงในตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการบริการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวม

ระดับการได้รับการบริการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	187	48.7
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 60-79)	113	29.4
ระดับน้อย (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 0-59)	84	21.9

4.6 การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัยระดับมากในทุกข้อ โดยได้รับการเตรียมความพร้อมระดับมากที่สุดในเรื่อง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายของการสูงวัย (\bar{x} =4.14), รองลงมาได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงวัย, การตรวจสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย, การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวสำหรับผู้สูงวัย, และโภชนาการและอาหารสำหรับผู้สูงวัย, (\bar{x} =4.13, 4.09, 4.06, 4.05 และ 4.01) ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่ได้รับการเตรียมความพร้อมระดับมากที่สุด คือ เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงวัย, และการรับมือกับความเครียดในผู้สูงวัย, (\bar{x} =3.80 และ 3.80) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับการได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัยโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัยโดยรวมระดับมาก ร้อยละ 49.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 และระดับน้อย ร้อยละ 1.8 (ดังแสดงในตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการบริการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวม

ระดับการได้รับการบริการจากระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	190	49.5
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 60-79)	187	48.7
ระดับน้อย (คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 0-59)	7	1.8

4.7 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 6 ตัวแปร พบว่าการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุไทยของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปร จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ 1.การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย 2.สุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ 3.แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ และ 4.ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งปัจจัยพยากรณ์ทั้ง 4 ปัจจัย สามารถรวมกันพยากรณ์การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้ร้อยละ 43 (Adjusted $R^2 = .430$) โดยพบว่า

ตัวแปร การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานสูงสุด แสดงถึงการมีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่น

จากผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ โดยการนำค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์มาเขียนเป็นสมการได้ ดังนี้

$$Ya = 62.346 + 0.497 (PREFA) + 0.502 (EMOWE) + 0.252 (HPL) + 0.464 (SERFA)$$

$$Z = 0.309 (PREFA) + 0.264 (EMOWE) + 0.140 (HPL) + 0.131 (SERFA)$$

(ดังแสดงในตารางที่ 9-10)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
Regression	4	30992.24	7748.06	73.375	.000 ^e
Residual	379	40020.50	105.59		
Total	383	71012.74			

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	SE _b	Beta	R	R ²	Adj. R ²
PREFA	.497	.097	.309	.661 ^d	.436	.430
EMOWE	.502	.114	.264			
HPL	.252	.077	.140			
SERFA	.464	.152	.131			

$$a = 62.346$$

PREFA แทน การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย

EMOWE แทน สุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

HPL แทน แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ

SERFA แทน ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบ 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย 2) ด้านการบริหารความคิด 3) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม 4) ด้านการมีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม 5) ด้านการตระหนักรู้ และการดูแลตนเอง 6) ด้านการยอมรับในการสูงวัย 7) ด้านการเป็นอยู่อย่างพอเพียงและใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย 8) ด้านการทำบุญและการทำความดี และ 9) ด้านการจัดการกับความเครียด ตามแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Aging Instrument: HAI) ของ ลัดดา เกียมวงศ์⁵ ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบการศึกษามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งมีความเหมาะสมและสามารถใช้เป็นแนวคิดในการอธิบายโครงสร้างตัวแปรในความเป็นจริงได้จริง และพบว่าแนวคิดดังกล่าวยังคงเป็นแนวคิดที่มีนักวิจัยหลายท่านนำไปใช้ในการประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยทำนายนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาพบว่า 1) การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงวัย 2) สุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ 3) แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ และ 4) ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษานักวิชาการและนักวิจัยหลายท่าน^{9, 10, 11, 12} เนื่องมาจากการที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ได้ขับเคลื่อนงานและนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุมาโดยตลอด ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดตัวชี้วัดของงานไว้ ประกอบกับการนิเทศติดตามงานในพื้นที่ได้มีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลประชากรในเขตสุขภาพที่ได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงแนวโน้มการเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ทำให้ทุกพื้นที่ได้มีแผนงาน/โครงการในการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนการเป็นผู้สูงวัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันรับรู้และยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ได้รับการจากระบบบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากโดยเฉพาะเรื่องของการได้รับการเยี่ยมบ้านและการตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ และการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ส่งผลต่อสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันนโยบายการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนการเป็นผู้สูงวัย ให้เป็นวาระสำคัญของการเตรียมสังคมผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักมากที่สุดในการทำนายนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ส่วนภูมิภาค
2. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการบริการด้านสุขภาพที่ส่งเสริมการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพที่เหมาะสม ร่วมกับการเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาสุขภาวะทางอารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุข ควรสนับสนุนงบประมาณในแผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยให้หน่วยบริหารส่วนภูมิภาค โดยนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลนำเข้าในการพิจารณาจัดทำแนวทางการจัดสรรและแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณงบดำเนินงานส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและส่งเสริมปัจจัยเชิงพฤติกรรมและจิตสังคมควบคู่กับการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเชิงรุกในระยะก่อนสูงวัยและการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ การจัดสรรงบประมาณควรมีลักษณะบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และมีระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงประยุกต์ที่มุ่งสร้าง พัฒนา ทดสอบ และประเมินผล “องค์ประกอบเชิงปฏิบัติ” ได้แก่ รูปแบบ (Model) สื่อ (Media) นวัตกรรม (Innovation) และแนวทาง (Guideline) การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนการเป็นผู้สูงวัยที่สอดคล้องบริบทสังคมไทยและบริบทสังคมเชิงพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยด้านอื่น เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สถานภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและชุมชน กฎหมาย เทคโนโลยี หรือปัจจัยเชิงสังคมด้านอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะในสังคมผู้สูงอายุ เพื่อนำสู่การกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนงานในพื้นที่เพื่อการสร้างสังคมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะที่มีคุณภาพ ต่อไป
3. ควรมีการขยายขอบเขตและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้นทั้งในเชิงพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ 1-12 เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอธิบายบริบทที่แตกต่างกันได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์เชิงลึกในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2567. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1/926>
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สสส.; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=229273>
4. เนตรธิดา บุนนาค. SDG Updates | ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ – เมื่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองกำหนดสถานะสุขภาพและอายุขัยของคุณไว้แล้วตั้งแต่ยังไม่เกิด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmove.com/2021/04/08/social-determinants-of-health-and-health-equity>
5. ลัดดา เกียมวงศ์. การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ [ปรัชญาดุสิตนิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
6. สุชาดา สมบูรณ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, ขมनाต สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. วารสารเกื้อการุณย์. 2561;25(1):182-96.
7. อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์, คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, ศรียามน ตีรพัฒน์. ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563;31(1):93-108.
8. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. Geneva: World Health Organization; 1990.
9. ชุตินา สินชัยวนิชกุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(ฉบับพิเศษ):100-9.
10. วรินทร์ อารยะสัจพงษ์. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
11. อุษา อติโภคบุรณ์. ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุชายและหญิงในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
12. พุทธิพร พิธานธนานุกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในตำบลควนใหญ่อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. 2566;7(1):1-15.
13. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. 2015. [cited 2018 June 13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle_eng.pdf;jsessionid=E27DC9D44319120E9DBE08F18EA00FA_0?sequence=1