



รายงานการวิจัย
ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์
The Elderly Health Status
in the Community in Phetchabun Province

นฤมล จันทร์มา
สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ประจำปีงบประมาณ 2562

รหัสโครงการสัญญา PCRU_2562_AC011

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์

The Elderly Health Status in the Community in Phetchabun Province

นฤมล จันทร์มา

สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ทุนอุดหนุนโดย งบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ประเภทโครงการวิจัยสนับสนุนการขอผลงานทางวิชาการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

(ก)

ชื่องานวิจัย

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์

The Elderly Health Status in the Community in Phetchabun province

ผู้วิจัย

นฤมล จันทร์มา

สาขาวิชา

สาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ปีเสร็จวิจัย 2562

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และการมีส่วนร่วมของโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาระดับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถาม เฝ้าสังเกต (Observational studies) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่าระดับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุประกอบด้วย พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต , ความอยู่ดีมีสุข, ผู้สูงอายุ

(๗)

Research title The Elderly Health Status in the Community in Phetchabun province.

Researcher Narumon Janma

Department Bachelor of Public Health Program.

Abstract

This study was a Mixed Method research aiming to study the experience 1) to study the level of awareness and participation in the elderly health promotion activities project 2) to study the quality of life of the elderly 3) To study the well-being of the elderly. Consists of Quantitative Research By using a questionnaire Observational studies and Qualitative Research From in-depth interviews.

In conclusion, the well-being for the elderly Consists of in the community include; development of primary care services, promote the role of local government in the long term care system for the elderly, development potential family caregivers, and standardization and quality control long-term elderly care nationality. Thus, leading to the development of a sustainable aged care that is in accord with the culture of Thailand.

Keyword: Quality of life , Well-being, Elderly

(ค)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยคำแนะนำต่างๆ จากผู้บริหารโรงเรียนสุภาพ
ผู้สูงอายุของจังหวัดเพชรบูรณ์ และความร่วมมือช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลหลายฝ่าย ที่สละเวลา
ให้คำแนะนำ คำปรึกษา รวมถึงข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินงานวิจัย
ในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ โรงเรียนสุภาพผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์เป็นอย่างสูงที่ให้ความกรุณา
ร่วมมือในการได้มาซึ่งข้อมูลงานวิจัย และขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เพชรบูรณ์ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้มา ณ ที่นี้ด้วย

นฤมล จันทร์มา

สิงหาคม 2562

(ง)

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.3 สมมุติฐานการวิจัย.....	5
1.4 ระเบียบวิธีวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.6 ประโยชน์ของการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านชีวภาพ (Biological Aging Theory).....	9
2.2 ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theory).....	10
2.3 ทฤษฎีการหลุดพ้น (Disengagement theory).....	10

(จ)

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

2.4 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านจิตใจ (Psychological Theories of Aging)...	11
2.5 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory).....	11
2.6 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทางสังคม (Social theory of elderly).....	12
2.7 ทฤษฎีความขัดแย้ง Conflict theory.....	13
2.8 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory).....	13
2.9 การวัดสุขภาพผู้สูงอายุ.....	14
2.10 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ.....	15
2.11 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	18
2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน.....	19
2.13 การรับรู้กิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	22
2.14 ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory).....	22
2.15 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้สูงอายุ.....	26
2.16 การวัดระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุ.....	26
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	29
3.1 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย.....	30
3.2 เครื่องมือ.....	32

(ณ)

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

	3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
	3.4 การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
	3.5 ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	35
	3.6 จริยธรรมในการวิจัย.....	37
บทที่ 4	ผลการวิจัย.....	38
	4.1 ลักษณะทางประชากร.....	38
	4.2 ระดับความอยู่ดีมีสุข.....	38
	4.3 มิตินของความอยู่ดีมีสุข.....	39
	4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงซ้อน.....	40
บทที่ 5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	41
	5.1 สรุปผลการวิจัย.....	41
	5.2 อภิปรายผล.....	43
	5.3 ข้อเสนอแนะ.....	43
	5.4 ประวัติผู้วิจัย.....	45
	บรรณานุกรม.....	47
	ภาคผนวก.....	50

(ซ)

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การวัดภาวะสุขภาพ The Short Form Health Survey (SF-12).....	14
2	สรุปภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ.....	17
3	ลักษณะทางประชากร.....	38
4	ระดับความอยู่ดีมีสุข.....	38
5	มิติของความอยู่ดีมีสุข.....	39
6	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงซ้อน.....	40

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกระบวนการจัดการศึกษารูปแบบหนึ่งที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตเกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุโดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและภาคเครือข่ายของโรงเรียนผู้สูงอายุสอดคล้องแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ขอเสนอเชิงนโยบายในเวทีการประชุมมติผู้สูงอายุระดับชาติปี 2553 และ 2556 และแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่น่าสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็นโดยวิทยาการจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงความสามารถ ศักยภาพโดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ ประสบการณ์นี้ เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุหลายแห่งตั้งขึ้นโดยใช้อาคารเรียนเก่าของโรงเรียนที่เลิกกิจการหรือในชมรมผู้สูงอายุภายในวัดบางแห่งใช้บ้านของผู้สูงอายุที่ก่อตั้งมีอุดมการณ์ มีรูปแบบชัดเจนขึ้น มีกิจกรรมที่หลากหลายตามความต้องการของผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นการขยายกิจกรรมจากที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว เช่น ศูนย์บริการทางสังคม แบบมีส่วนร่วม (ศาลาสว่างสุข) ศูนย์สามวัย ธนาคารความดี โรงเรียนผู้สูงอายุมีรูปแบบและกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ความต้องการของผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะกำหนดตารางกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ไว้ไว้ชัดเจน มีระยะเวลาเปิด ปิด การเรียนตลอดทั้งปี มีหลักสูตรจากการกำหนดของกลุ่มผู้สูงอายุเอง (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, 2559)

กลุ่มผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุของจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2558-2560 ว่าด้วยมุ่งเน้นการทำงานแบบเครือข่ายร่วมกันทุกภาคส่วนเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์ จัดกิจกรรม ผลิตภัณฑ์โครงการตามเจตนารมณ์ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น มีกิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คัดกรองภาวะซึมเศร้า ดูแลสุขภาพช่องปาก ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากอาสาสมัคร ส่งเสริมการร่วมนำเสนอการแสดงท้องถิ่นและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ ฯลฯ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามสภาพร่างกายและจิตใจ ในการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมตลอดจนจิตวิญญาณเพื่อ

ยึดเวลาสภาพร่างกาย จิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์ยาวนานโดยใช้กระบวนการของการจัดโครงการ กิจกรรม ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งในปัจจุบันได้กระจายไปทั่วประเทศไทยมีความสำคัญอย่างมากต่อการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามาทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืนเพื่อการดำเนินงานอย่างมีความสุข ซึ่งในประเทศไทยการศึกษารูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพบจำนวนไม่มากนัก โดยเฉพาะการศึกษาโครงการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุต่อสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการรับรู้และการมีส่วนร่วมในชุมชนเอง การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ 2562 ผลของการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อได้รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ และรูปแบบของโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องศึกษาแนวโน้มกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ อัตราการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจประชากรโลก United Nations เมื่อ ค.ศ. 2015 พบว่าจำนวนประชากรทั่วโลกมีจำนวน 7,349 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรโลกซึ่งอาศัยอยู่ในทวีป Asia 4,393 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 อาศัยในทวีป Africa 1,186 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 อาศัยในทวีป Europe 738 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9 อาศัยในทวีปอเมริกาใต้ Latin America และแถบ Caribbean 634 ล้านคน ที่เหลืออีกร้อยละ 5 อาศัยในทวีปอเมริกาเหนือ Northern America 358 ล้านคนและ Oceania 39 ล้านคน ยังมีประชากรจำนวนมากที่อาศัยอยู่อีกสองประเทศซึ่งมีประชากรมากกว่า 1 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ในประเทศจีน และร้อยละ 18 ในประเทศอินเดีย (United Nations, 2015) และอีกการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นในจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกอย่างต่อเนื่องของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) หมายถึง ประเทศที่มีประชากรผู้สูงอายุในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั่วประเทศ จากสถิติประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2015 และ ค.ศ. 2050 จากร้อยละ 12 คือ 900 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 22 มากกว่า 2,000 ล้านคน เมื่อปี ค.ศ. 2012 มีจำนวนผู้สูงอายุ 809 กว่าล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.5 ในปี ค.ศ. 2014 เพิ่มขึ้น 868 กว่าล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.0 และคาดว่าจะ ปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มเป็น 2,031 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.8 ของประชากรทั่วโลก (United Nations, 2012, Ken Bluestone, 2014) และพบว่าผู้สูงอายุในทวีปเอเชียมีจำนวนมากที่สุด จากเมื่อปี ค.ศ. 2013 มีจำนวนผู้สูงอายุ 468 แสนกว่าล้านคน ทวีปยุโรป 169 แสนกว่าล้านคน ทวีป Northern America 705 หมื่นกว่าล้านคน และ Latin America and the Caribbean 654 หมื่นกว่าล้านคน จากการจัดอันดับประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกของ United Nations ปี ค.ศ. 2013 พบว่าประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดคือ Japan คิดเป็นร้อยละ 32.0 อันดับ 2 Italy , Germany คิดเป็นร้อยละ 26.9 ซึ่ง Thailand อยู่ในอันดับที่ 63 คิดเป็นร้อยละ 13.3 และ Malaysia อยู่ในอันดับที่ 103 คิดเป็นร้อยละ 8.3 (United Nations, 2013)

ซึ่งประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) อย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2005 มีผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 และในปัจจุบันปี ค.ศ. 2015 มีผู้สูงอายุร้อยละ 13.8 (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2013), (United Nations, 2015) จากจำนวนที่แน่นอนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก เป็นอีกเหตุผลหนึ่งของนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 2010-2040 ทั้งกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 30.6 ประเทศที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 16.6 และประเทศที่พัฒนาน้อย ร้อยละ 8.2 (United Nations, 2013) รวมทั้งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2013) เมื่อปี ค.ศ. 2010 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11.9 และในปัจจุบันปี ค.ศ. 2015 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.8 คาดว่าปี ค.ศ. 2020 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17.5 และปี ค.ศ. 2030 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25.1 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2012 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2014) ในประเทศไทยจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับหนึ่งคือจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 295,706 คน อันดับสองคือจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้สูงอายุ 202,271 คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2009) จากการขยายตัวที่เพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา อีกทั้งการพัฒนาการแพทย์ที่ทันสมัยส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี ค.ศ. 2015 ตามที่ WHO กล่าวว่า การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการส่งเสริมบทบาทของงานป้องกันดำเนินการระดมเพื่อการมีส่วนร่วมของหน่วยงานท้องถิ่น ปรับปรุงการส่งมอบการดูแลผู้สูงอายุหรือในสถานที่ดูแลเพื่อมีสุขภาพที่ดีในปีต่อไป (WHO, 2015)

เมื่อผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอัตราส่วนในการพึ่งพิงจึงเพิ่มขึ้น ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นของอัตราการพึ่งพิงจากเดิมเมื่อปี ค.ศ. 2005, 2015, 2025 และ ค.ศ. 2035 คิดเป็นร้อยละ 15.5, 20.9, 30.9 และ 41.4 ตามลำดับ (ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, 2006) ส่วนอัตราการพึ่งพิงในต่างประเทศเมื่อปี ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2050 ที่ชัดเจนที่สุดคือ ประเทศ Japan ร้อยละ 36, 72 ,ประเทศ Germany ร้อยละ 32, 60 ,ประเทศ Italy ร้อยละ 31, 62 และประเทศ Spain ร้อยละ 25, 67 ของประชากรในประเทศ (Rakesh Kochhar, 2014) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องสร้างศักยภาพให้ผู้สูงอายุตระหนักในการดูแลสุขภาพตัวเองเพิ่มมากขึ้น และเมื่ออัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้อัตราการพึ่งพิงก็เพิ่มขึ้น บ่งบอกถึงการมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดที่ยืนยาวขึ้น ประชากรโลกมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด (Life expectancy at birth) ในปี ค.ศ. 2015 ,2030 และปี ค.ศ. 2050 คิดเป็นร้อยละ 68.7 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 75.9 ปี และจะเพิ่มถึงร้อยละ 81.8 ปี ตามลำดับ ยกตัวอย่างประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดมากที่สุดคือ ประเทศ China, Hong Kong SAR มีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดที่ 83.7, 86.0 และ 88.7 ปี นอกจากนี้ยังมีประเทศ Japan และ Singapore ซึ่งมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดที่ 83.3, 85.5 และ 81.1 ปี ส่วนประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดที่ 74.1, 76.9 และเพิ่มเป็น 80.3 ตามลำดับ (United Nations, 2015) การเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในประเทศไทยจากเดิมปี ค.ศ. 1995 -2000 เพศชายมีอายุ 67.63 เพศหญิงมีอายุ 71.74 ปี ,ค.ศ. 2000-2005 เพศชายมีอายุ 68.15 เพศ

หญิงมีอายุ 72.39 ปี ,ค.ศ. 2005-2010 เพศชายมีอายุ 68.86 เพศหญิงมีอายุ 73 ปี ค.ศ. 2012 เพศชายมีอายุ 69.6 และเพศหญิงมีอายุ 76.9 และในปี ค.ศ. 2014 เพศชายมีอายุ 71.3 และเพศหญิงมีอายุ 78.2 ปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2013) จากข้อมูลเบื้องต้นมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมการจัดกิจกรรมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ ของการดำเนินงานของแต่ละท้องถิ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสำคัญของปัญหา ชุมชนสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2061 จากความต่อเนื่องของโครงการกิจกรรมที่มีตั้งแต่เริ่มก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุถึงปัจจุบัน เมื่อสิ้นสุดทุกโครงการกิจกรรมจะมีเพียงรายงานผลการดำเนินโครงการนั้นๆ เป็นรูปเล่มพร้อมภาพถ่าย หลักฐานจากการรายงานท้องถิ่นที่ดำเนินแล้วเสร็จและหลักฐานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองก็ยังไม่พบข้อมูลเชิงสถิติว่าด้วยการประเมินผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมานั้นมีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเกิดผลอย่างไรในด้านร่างกาย จิตใจและการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องหรือไม่อย่างไร

Gap of practice มีโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องแต่ขาดผลการประเมินยืนยันโครงการกิจกรรมที่ดำเนินการแล้วเสร็จนั้นมีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร

ดังนั้นการศึกษาประสิทธิภาพของผลการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุครั้งนี้เพื่อมีข้อมูลที่ใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อความต้องการของชุมชนท้องถิ่นและเกิดความยั่งยืนเพิ่มสมาชิกในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาพะด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และระดับความอยู่ดีมีสุข ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และการมีส่วนร่วมของโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาระดับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

ผลของการดำเนินโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการหรือไม่

1.4 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบบ Prospective Studies ประกอบไปด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถาม เชิงสังเกต (Observational studies) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุในครั้งนี้กำหนดระเบียบวิธีการวิจัยที่จะนำไปสู่การได้คำตอบที่ถูกต้องของคำถามการวิจัย ดังนี้ การศึกษาวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสังเกตและศึกษาข้อมูลของผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนท้องถิ่นต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ อาศัยในจังหวัดเพชรบูรณ์ สํารวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ เปรียบเทียบภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วม ติดตามประเมินผลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปข้างหน้าในอีก 3 เดือน และ 6 เดือน และศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วม จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่ที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพตนเองจากการทำงานและความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างปกติที่เป็นอยู่ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและทางสังคม จากความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างอิสระ โดยการสัมภาษณ์ วัดภาวะสุขภาพโดยเครื่องมือ The Short Form 12 Health Survey (SF-12) (John E. Ware, Jr., 2009) วัดระดับความอยู่ดีมีสุข มี 5 ข้อ เป็นแบบวัดความอยู่ดีมีสุข (Subjective Wellbeing) คือ ดัชนีชี้วัดความอยู่ดีมีสุขขององค์การอนามัยโลก [WHO (Five) Well-Being Index, 1998 version]

2. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562

3. **การมีส่วนร่วมในโครงการ** หมายถึง ผลจากการเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. **ผลของการดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุจากการที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบการสัมภาษณ์ด้านปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ วัดจากความเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ และความเหมาะสมกับการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ โดยเครื่องมือ The Short Form Health Survey 12 ข้อ (SF-12)

1.6 ประโยชน์ของการวิจัย

1. ได้กระบวนการประเมินผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียน
2. ได้ผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
3. ได้ข้อมูลของการประเมินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับชุมชน ผู้เขียนโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล มีข้อมูลให้ชุมชนเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการบริหารดำเนินการภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุ

4. ได้โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากการบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์
5. มีข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้วางแผนการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ
6. มีข้อมูลระดับในการบริการ โครงการตามชุดสิทธิประโยชน์จากผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุ
7. มีข้อมูลระดับการรับรู้และการมีส่วนร่วมของโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุ
8. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
9. มีข้อมูลที่เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนทั้งที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุและไม่เข้าร่วม เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายในการวางแผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินโรงเรียนผู้สูงอายุ
10. ได้รูปแบบโครงการกิจกรรมที่ดีเหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุและมีเกณฑ์ในการดำเนินงาน
11. ทราบถึงผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมต่อผู้สูงอายุในการวัดระดับคุณภาพชีวิต ระดับความอยู่ดีมีสุข การรับรู้และการเข้าร่วมจากประชาชน สามารถระบุได้ว่ามีโครงการดีอะไรบ้างที่แก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการ
12. มีแผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมายถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีสู่โรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้ง 39 แห่ง เพื่อนำข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต ระดับความอยู่ดีมีสุข ความต้องการมีส่วนร่วมกิจกรรมและการมีส่วนร่วมวัฒนธรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างไร สามารถมาปรับปรุงแผนกิจกรรมโครงการผู้สูงอายุที่ใช้ดำเนินการภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุได้ ประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมโครงการภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามความต้องการอย่างแท้จริง

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการดำเนินการศึกษามีรายละเอียดสาระสำคัญต่างๆ ดังนี้ การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านชีวภาพ (Biological Aging Theory)
- 2.2 ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theory)
- 2.3 ทฤษฎีการหลุดพ้น (Disengagement theory)
- 2.4 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านจิตใจ (Psychological Theories of Aging)
- 2.5 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory)
- 2.6 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทางสังคม (Social theory of elderly)
- 2.7 ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict theory)
- 2.8 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)
- 2.9 การวัดสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.10 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.11 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน
- 2.13 การรับรู้กิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.14 ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)
- 2.15 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้สูงอายุ
- 2.16 การวัดระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุ

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านชีวภาพ (Biological Aging Theory)

ว่าด้วยผลกระทบทางการแพทย์ของทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ทางชีวภาพความชราภาพ สำหรับการรักษาที่ครอบคลุมมากขึ้น ทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ของความชราทางชีวภาพ มีเหตุผลสองประการคือ เหตุผลประการแรก ความชราเพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานในความเสื่อมของระบบอวัยวะต่างๆและเนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งเป็นกลไกของการเกิดความชรา ประการที่สอง ความชราเป็นกระบวนการระยะยาว มีความสำคัญต่อความสามารถในการทำงานที่ผ่านมา ต่อความเข้าใจในการดำเนินชีวิต การรักษาพยาบาล การดิ้นรน (Theodore C. Goldsmith, 2014.) เมื่อไหร่ที่เราเริ่มชรา มีข้อบ่งบอกคือ อายุ, สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงทุกระบบ, ความเสียหายที่สะสมในระดับต่าง ๆ เป็นสาเหตุของความชรา (Kunlin Jin, 2010)

2.2 ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theory)

การทำงานของเซลล์ที่ควบคุมโดยยีนส์ รูปแบบของการกำเนิดมนุษย์ความแตกต่างในขนาดของประชากร รูปแบบของการขยายตัวของประชากรและการเปลี่ยนแปลงในอัตราการย้ายถิ่นจากดีเอ็นเอ (DNA) ภายในกลุ่มประชากรแอฟริกัน กลุ่มยุโรป พันธุกรรมวิธียีนโพลีมี ความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพของขนาดประชากรแต่ละภูมิภาค มีความสมดุลทางพันธุกรรม (John H. Relethford, 1994) สอดคล้องกับทฤษฎีของ Darwin's กล่าวถึง Genetic การคัดเลือกโดยธรรมชาติการปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิวัฒนาการและพันธุศาสตร์แสดงให้เห็นว่า การสร้างความแปรปรวนในช่วงชีวิตของสิ่งมีชีวิต สถานการณ์วิวัฒนาการ เมื่ออนุภาคพื้นฐานของพันธุศาสตร์เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงในความถี่ของสายพันธุ์ที่มีเสถียรภาพ พันธุศาสตร์วิวัฒนาการการพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของวิชาชีววิทยา หลักการของดาร์วิน ศึกษาการคัดเลือกโดยธรรมชาติที่ใช้ข้อมูลลำดับจาก DNA (Darwin's theory, 2009) พันธุกรรม ยีนถูกถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งต่อไป เด็กทารกจะได้รับยีนครึ่งหนึ่งจากพ่อ และอีกครึ่งหนึ่งจากแม่ 1 ใน 4 ของยีนในตัวมาจากปู่ย่า ตา ยาย การสลับที่ของยีนในขณะที่เซลล์มีการแบ่งตัวแบบไมโอซิสหมายความว่าพี่ชายกับน้องสาว จะได้รับการถ่ายทอดยีนที่ไม่เหมือนกันจากพ่อแม่ อย่างไรก็ตาม ความคล้ายคลึงกันของสมาชิกในครอบครัวอาจมีขึ้นได้

2.3 ทฤษฎีการหลุดพ้น (Disengagement theory)

ทฤษฎีหลุดพ้นของความชรากล่าวว่า ผู้สูงอายุมีระบบปลดจากบทบาททางสังคมอันเนื่องมาจากความจำเป็นของการเสียชีวิต ทฤษฎีหลุดพ้นเป็นหนึ่งในทฤษฎีแรกของความชราที่พัฒนาโดยนักวิทยาศาสตร์สังคม โดย Elaine Cumming and Warren Earl Henry ในปี 1961 เป็นนักตรรกะเหตุผลว่าทำไมผู้สูงอายุที่มีโดยธรรมชาติซึ่งเป็นกระบวนการของความสูงอายุมียุทธศาสตร์เฉพาะ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ ลดบทบาทไปที่ละน้อยจากคนในสังคม ผู้สูงอายุจะมีความพอใจเป็นอย่างมากถ้าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม แต่ก็พบว่าเหตุที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมมากกว่าที่จะออกจากสังคมคือการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีได้รับการยอมรับและความเคารพจากผู้อื่นในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่ออกจากสังคม เนื่องจากต้องลดบทบาทตนเองในสังคม เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานลดลง เกษียณอายุ สูญเสียชีวิต หมดยุคของการเป็นหัวหน้าครอบครัว มันเป็นเหตุผลสำหรับบุคคลที่รู้ว่าการตายอยู่ใกล้และที่ได้เห็นเพื่อนๆ เสียชีวิต พวกเขาเริ่มต้นในการคาดการณ์การเสียชีวิตของตัวเอง ทุกคนคาดหวังการเสียชีวิตและความสามารถของคนที่มีความโน้มที่จะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป เป็นผลให้ทุกคนที่จะสูญเสียความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคม มีสายพันธุ์ที่น้อยลงและการสื่อสารที่น้อยลง (Knapp, J., 2009) ทฤษฎีหลุดพ้นเป็นประโยชน์ต่อทั้งสังคมและบุคคลที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการของการถอนตัวออกจากบทบาทและความสัมพันธ์ ทฤษฎีไม่ได้แนะนำว่าควรตัดความสัมพันธ์ทั้งหมด

กับคนรู้จักก่อนหน้านี้และไม่แนะนำให้ความซราของแต่ละบุคคลจะถูกลดความผูกพันโดยเครือข่ายทางสังคม

2.4 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านจิตใจ (Psychological Theories of Aging)

Psychological Theories เป็นการศึกษาทฤษฎีของความซราในด้านจิตวิทยาประกอบไปด้วยความรู้หลายๆ สาขาทฤษฎีทางจิตวิทยาของความซราคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในบุคคลช่วงเวลาของการลดลงและการสูญเสียในการทำงาน มีองค์ความรู้ที่ได้รับการพัฒนาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นตลอดทั้งชีวิตรวมถึงวัยซรา เมื่อบุคคลที่มีอายุมากจะต้องเผชิญกับทรัพยากรที่ลดลงพวกเขามีส่วนร่วมในกระบวนการเลือกเป้าหมายที่จะส่งเสริมชีวิตให้พอดีระหว่างความต้องการส่วนบุคคล ตั้งค่าความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่ สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองที่ผู้สูงอายุได้รับทางสังคมวัฒนธรรม อิทธิพลของความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีต่อสุขภาพและการเป็นอยู่ที่ดี เครือข่ายทางสังคมให้รากฐานที่แตกต่างกันของการสนับสนุนทางสังคม รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมมีอิทธิพลทั้งทางร่างกายและจิตใจ สุขภาพทั้งการรับรู้ทางด้านบวกและผลกระทบที่มีศักยภาพทางสังคมในความสัมพันธ์เชิงลบ (See Marshall, 2009, Maria Pierce, 2010)

2.5 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory)

ทฤษฎีความต่อเนื่องของความซรา กล่าวว่า "ในการเลือกปรับตัวผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้สูงอายุพยายามที่จะรักษารูปแบบที่มีอยู่ทางด้านจิตใจและสังคมโดยการประยุกต์ใช้ความรู้ที่คุ้นเคยทักษะและกลยุทธ์." จอร์จแมคคอกซ์เป็นนักวิจัยคนแรกที่มีความคิดของความต่อเนื่องในการอธิบายพฤติกรรมของผู้สูงอายุในปี 1968 เมื่อเขาสังเกตเห็นว่าคนที่มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่คล้ายกันและจะยังคงรูปแบบการดำเนินชีวิตที่คุ้นเคย ปี 1989 โรเบิร์ต นำแนวคิดการพัฒนาของทฤษฎีความต่อเนื่องว่ามุมมองการใช้ชีวิตในการเรียนการสอนซึ่งกระบวนการซราเป็นรูปประวัติศาสตร์วัฒนธรรมและโครงสร้างทางสังคม ตามทฤษฎีต่อเนื่องในความซราถูกมองว่าเป็นกระบวนการพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และมีวิวัฒนาการในบุคคลเติบโตปรับตัวและเปลี่ยนแปลง แต่การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีความสอดคล้องกับอุดมการณ์พื้นฐานของบุคคลและประสบการณ์ที่ผ่านมา ความต้องการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ในชีวิตโดยใช้กลยุทธ์การเชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของพวกเขา จากการรับรู้ของบุคคล, ในลักษณะทางจิตวิทยาเช่น พฤติกรรมทางสังคม สถานการณ์ทางสังคม ทฤษฎีความต่อเนื่องถูกนำมาใช้ในการปรับตัวการเกษียณอายุและจากความสามารถในการทำงาน ความสมดุลระหว่างทรัพยากรของพนักงานและความต้องการงานจากมุมมองของความต่อเนื่อง ในแง่ของการพัฒนาที่ผ่านมาในการมีส่วนร่วมของพนักงานแรงงานที่มีอายุมากให้ความต้องการงานที่อยู่ในความสัมพันธ์กับทรัพยากรบุคคล 9(Monika E. von Bonsdorff, 2012.)

2.6 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทางสังคม (Social theory of elderly)

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ของตนเองและสังคมในเชิงบวกของกระบวนการชราที่มีความสำคัญสำหรับความสามารถในการทำงาน ทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการชราว่า ถ้าบุคคลใดร่วมกิจกรรมมากจะสามารถปรับตัวได้มากขึ้นและมีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป แนวคิดนี้จะเห็นว่ากิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าการลดบทบาท (Role Loss) ทางสังคมลงและจะพบว่าผู้สูงอายุมีทักษะเกี่ยวกับตนเองในทางบวก และมองโลกในแง่ดี จะมีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรมและบทบาทใหม่ ๆ รักษาปฏิสัมพันธ์ทางสังคมให้กับผู้สูงอายุพอสมควร กิจกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสมกับวัย กิจกรรมที่น่าจะจัดให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ งานอดิเรกต่าง ๆ งานอาสาสมัคร เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือเกษียณอายุงานแล้ว มีเวลาว่างมากขึ้น ร่วมกิจกรรมยามว่างไม่ว่าเพื่อนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือให้บริการผู้อื่น จึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งนำความพึงพอใจทำให้มีชีวิตชีวา และมีความหมาย การที่เกษียณอายุการทำงานอย่างไม่มีจุดหมายจะนำไปสู่ความเบื่อหน่าย และแยกตัวออกจากสังคม ความจริงนั้นกาย และจิตใจมีการพัฒนาเชิงบวกขึ้นตามแรงกระตุ้นของกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นการดี ที่ควรจะมีกิจกรรมมากระตุ้นชีวิตของผู้สูงอายุ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและการใช้ชีวิต (Steven E. Barkan ,2012) กิจกรรมสนับสนุนความชราที่ประสบความสำเร็จจะลดความเสี่ยงของการอักเสบเรื้อรัง, พังกัษัยทางกายภาพและทางสังคม ช่วยเพิ่มความรู้สึกรักของการเรียนรู้, ความมั่นใจในตนเองและความเป็นอิสระสิ่งเหล่านี้มีความหมายของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญกว่าจำนวนของกิจกรรมและผลงาน (Brittany Mei Young ,2014, Dorothy Farrar Edwards,2011) ทฤษฎีกิจกรรม เป็นโครงการกิจกรรมและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ มีผลประโยชน์ที่สำคัญนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต มีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ (Hampton Roy, M.D. ,2005)

2.7 ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict theory)

ทฤษฎีความขัดแย้งของความชรานั้นการมีส่วนร่วมในสังคม หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุร่วมในกิจกรรมทางสังคม มุมมองของความขัดแย้งทางสังคม ผู้สูงอายุไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบของโครงสร้างทางสังคม, การแบ่งชั้นทางสังคมและระดับในรูปแบบของความชรา แต่มองว่าประชาชนชนชั้นสูงมักจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นและความแข็งแรง เข้าถึงในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับอาหารและยา มีการเชื่อมโยงอุบัติการณ์ของโรคทางกายภาพในผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดี เมื่อสูงอายุในมุมมองของความขัดแย้งทางสังคมมีแนวโน้มที่จะลดความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างสวัสดิการ การเติบโตทางเศรษฐกิจและตลาดแรงงานสำหรับประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุมีการปรับตัวตามประสบการณ์ อคติ ระดับอายุและการเลือกปฏิบัติ ความไม่เท่าเทียมกันในหมู่ผู้สูงอายุจากเพศ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์และระดับชั้นทางสังคม มีทฤษฎีสังคมวิทยาอีกหลายทฤษฎีของความ

ชราที่แตกต่างกันตามมุมมองที่ผ่านปรากฏการณ์ของโครงสร้างการทำงานในผู้สูงอายุและในสังคมที่ผ่านช่วงที่มีความสัมพันธ์ การตัดตอนตัวเองออกจากงานที่ลดลงมีส่วนร่วมของชุมชนและการลดเครือข่ายทางสังคม ผู้สูงอายุเป็นอิสระมากขึ้นจากสังคมที่มีการลดบทบาททางสังคมในการเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเป็นสัญลักษณ์ในการสนับสนุนความชราที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและกิจกรรมเป็นสิ่งที่ดีทั้งสำหรับบุคคลและสังคม แม้ว่าบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลง การทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมร่วมกับคนอื่นมักจะสร้างเครือข่ายใหม่เกิดขึ้น (Schaefer, 2002)

2.8 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)

ในสังคมความชราทฤษฎีบทบาทแสดงให้เห็นความรู้สึกรู้สึกในการควบคุมชีวิตมีอำนาจทางสังคมและศักดิ์ศรีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เริ่มต้นจากการสูญเสียบทบาทจากพ่อแม่ งานที่เคยทำ และบทบาทกลุ่มสมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การสูญเสียบทบาทนี้สามารถนำไปสู่สังคมโดดเดี่ยวเนื่องจากการลดลงของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Berntson, G. G., 2000, Jared Tanner, 2010, Bernard S. Phillips, 1957) ความเป็นผู้สูงอายุจากความสามารถในการคงบทบาท และสถานภาพทางสังคมไว้ไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีหนึ่งที่จะอธิบายความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสภาพทางสังคมของผู้สูงวัยได้ทั้งหมด

2.9 การวัดสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 เครื่องมือ 4 ส่วน คือ

1. การวัดสุขภาพผู้สูงอายุจากแบบสัมภาษณ์การวัดภาวะสุขภาพ The Short Form Health Survey (SF-12) , (John E Ware, jr, 2009) มี 12 ข้อ ให้ลำดับคะแนน 0-100 ดังนี้

ตารางที่ 1 การวัดภาวะสุขภาพ The Short Form Health Survey (SF-12)

Response to Item	1-5 Scale	0-100 Scale
Excellent	5.0	100
Very good	4.4	84
Good	3.4	61
Fair	2.0	25
Poor	1.0	0

SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scale.

ที่มา: Ware, John, Mark Kosinski and Susan Keller. 2009.

SF-12 เป็นเครื่องมือที่แปลความหมายแบบสำรวจภาวะสุขภาพร่างกายและภาวะสุขภาพจิตใจ รวมถึงการร่วมกิจกรรมในสังคม คำนวณโดยคำถาม 12 ข้อ มีช่วงคะแนน 0-100 มีหมายความว่า 0 คะแนนบ่งชี้ระดับต่ำสุดของ สุขภาพและคะแนน 100 บ่งชี้ถึงระดับสูงสุดของสุขภาพ SF-12

ได้รับการพัฒนาทดสอบและตรวจสอบคุณภาพโดย บริษัท Quality Metric Incorporated 2001 ดัชนี SF-12 ให้เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายที่ต้องการที่จะประเมินความคุ้มค่าของการแทรกแซง (Utah Health Status Survey, 2001)

2. แบบประเมินการกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ Barthel ADL Index (Activity Daily Living) (McDowell & Newell, 1996) วัดสุขภาพทางกายประเมินการกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ Barthel ADL Index (Activity Daily Living) การรับประทานอาหาร การกลืน (ปัสสาวะหรืออุจจาระ) การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัวด้วยตัวเอง การอาบน้ำ (Carla Graf, 2013) มีค่าความถูกต้อง Validity เปรียบเทียบคะแนนของดัชนีมีความสัมพันธ์ 0.5 ที่มีขนาด correlation ความสัมพันธ์ 0.39 (Katz, Ford & Moskowitz, et al., 1963, McDowell และ Newell, 1996) ความน่าเชื่อถือ Reliability เปรียบเทียบ ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมินพบว่าความแปรปรวนที่เกิดขึ้น 1/20 หรือน้อยกว่า (Katz et al., 1963).

3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน IADL (Instrumental Activities of Daily Living) Scale (Carla Graf, 2013) การประเมินความสามารถของบุคคลที่จะดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันใช้เครื่องมือ IADL = Instrumental Activities of Daily Living Scale การใช้โทรศัพท์ ซ่อปิ้ง การทำครัว ดูแลทำความสะอาด ทำการชั่งกรีด การใช้การขนส่ง การจัดการยา การจัดการการเงิน มีค่าความถูกต้อง Validity ของ Lawton IADL การประเมินผลมีความสัมพันธ์ทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 หรือระดับ 0.05 All correlations were significant at the 0.01 or 0.05 level เพื่อหลีกเลี่ยงอคติทางเพศที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ความน่าเชื่อถือ Reliability มีความสัมพันธ์ Pearson correlation of 0.87 and 0.91 ได้รับการศึกษาทั้งสองที่แตกต่างกัน ICCs ตั้งแต่ 0.90-0.94 สำหรับรายการ IADL ที่ได้รับ สูงมากช่วงเวลาหกเดือนมีความน่าเชื่อถือของการสอบซ่อม 0.88 (0.80-0.99) ได้รับรายงานความเชื่อมั่นที่ดีระหว่างบุคลากรจากสาขาวิชาที่ต่างกัน (Carla Graf, 2013)

4. แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ แบบสัมภาษณ์การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอบถามถึงการครอบคลุมการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

2.10 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางกาย วัดได้จากการทำงานที่มีประสิทธิภาพของร่างกายและระบบกลไกของร่างกายต่าง ๆ เช่น ระดับของการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวที่เหมาะสมกับ ความสูง การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เมื่อตรวจระดับภาวะสุขภาพทางกายของแต่ละคนพิจารณาได้จาก การทำงานของร่างกาย ร่างกายไม่มีความเจ็บป่วย ระบบการดูแลทางการแพทย์ ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการเดินทาง การสร้างสุขภาพทางกาย บุคคลต้องรับผิดชอบและ

ดูแลความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ได้ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและความพิการ ผู้สูงอายุต้องเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการ การออกกำลังกายและการทำงานของร่างกาย เพื่อเพิ่มความจุอดการทำงานของหัวใจ ความแข็งแรงของหลอดเลือดและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อระดับที่เหมาะสมของการออกกำลังกายยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพด้านสุขภาพสังคม วัดได้จากความสามารถในการโต้ตอบกับบุคคลคนอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในชุมชนทั้งในวิธีการที่เป็นอิสระและความร่วมมือความสามารถในการโต้ตอบกับคนอื่น ๆ ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุเอง ได้รับการยอมรับจากคนอื่นและมีการโต้ตอบกันภายในกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งครอบครัวและเพื่อน เป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับสุขภาพทางสังคมที่ดี สุขภาพทางสังคมประกอบด้วยบุคลิกภาพและทักษะทางสังคมที่สะท้อนให้เห็นถึงบรรทัดฐานทางสังคมและการทำงานเพื่อสังคม ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบในตัวเองและสังคม การปรับตัว การสนับสนุนและความสามารถในการดำเนินบทบาทในสังคม นำไปสู่สภาพแวดล้อมของพวกเขา เพื่อที่จะเพิ่มสวัสดิการให้ผู้สูงอายุในชุมชน เน้นการพึ่งพาซึ่งกันและกันกับผู้อื่นและการตระหนักถึงความสำคัญของแต่ละคนในสังคม มีปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกและความเพลิดเพลินกับผู้อื่น สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับคนอื่น ๆ สร้างมิตรภาพที่ใกล้ชิด ตระหนักถึงการดูแลเกี่ยวกับความสะดวกสบาย ความจำเป็นสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจและสร้างความมั่นใจเวลาทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ความร่วมมือกัน กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกว่าชุมชนมีความสำคัญ และเป็นตัวบ่งชี้ของสุขภาพทางสังคม

3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพด้านจิต คือสถานะของสุขภาพทางจิตที่ดีของแต่ละบุคคล วัดได้จากความสามารถการรับมือกับความเครียด ความกังวลทั้งกับตัวเองและสภาพแวดล้อมรอบตัว มีความภาคภูมิใจในตัวเอง ความสามารถในการทำงาน ความสามารถทางอารมณ์, และการตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวันได้ ในความแตกต่างทางวัฒนธรรม วิถีชีวิต การดำเนินชีวิตของบุคคลที่จะรู้สึกมีความสามารถและรักษาความสัมพันธ์ที่น่าพอใจนำไปสู่ชีวิตที่เป็นอิสระ ตัวบ่งชี้ที่ดีของสุขภาพจิตคือความสามารถในการฟื้นฟู ปรับสภาพจากสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ แสดงให้เห็นความสามารถในการยืดหยุ่นที่ดีต่อสุขภาพ สถานะภาพในเชิงบวกของจิตใจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น ๆ และรักษาความรู้สึกพื้นฐานของความพึงพอใจตัวเองและบทบาทในสังคม, ภาวะสุขภาพจิตเน้นการรับรู้และการยอมรับความรู้สึกของคนอื่น ๆ บุคคลที่สามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างอิสระ ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมภาคภูมิใจในตัวเองจะช่วยให้บุคคลนั้นสร้างความสัมพันธ์กับการพึ่งพาซึ่งกันและกันและขึ้นอยู่กับการวางรากฐานของความมุ่งมั่นร่วมกัน ความไว้วางใจและให้ความเคารพผู้อื่น การพบปะสังสรรค์ เป็นการบำรุงรักษาภาวะสุขภาพจิตที่ดี มีทัศนคติที่ดี เพิ่มขีดความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะตอบสนองไปยังสถานะทางอารมณ์ (Sonia Goodacre, 2010)

ตารางที่ 2 สรุปภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

มิติทางด้านสุขภาพ	ตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
สุขภาพกาย ระบบสุขภาพทางกายสามารถทำงานปกติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	-การทำงานของร่างกายเคลื่อนไหวได้ปกติ -มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ -มีน้ำหนักสมส่วนกับความสูง -มีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ -เป็นอิสระจากโรคหรือความเจ็บป่วย
สุขภาพทางสังคม ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและ มีส่วนร่วมในชุมชน	-มีการตัดสินใจได้เป็นอิสระและมีความ ร่วมมือบำรุงรักษาเครือข่ายของเพื่อน -สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้อื่น -ปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบของสังคม -ยอมรับและรับผิดชอบต่อการกระทำ
สุขภาพจิต สถานะของสุขภาพจิตที่ดีแต่ละคนมีความ แตกต่าง การตระหนักเห็นความสำคัญของตัวเองและ ผู้อื่น	-มีความสามารถในการรับมือกับความเครียด สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ -ทำงานมีประสิทธิภาพและมีความสามารถทำ ผลงานให้แก่ชุมชน -มีการรับรู้และการแสดงความรู้สึก -มีความยืดหยุ่นและสามารถรับมือกับช่วงของ สถานการณ์ได้ -สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในครอบครัว -มีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง -มีกลไกการรับมือสำหรับความเครียด

ที่มา: Sonia Goodacre, 2010

2.11 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วม Participation เป็นผลมาจากความเห็นพ้องกันในเรื่องของการต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกันมีมากจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เป็นเหตุผลอย่างแรกของการทำงานร่วมกัน ผ่านองค์กร (organization) ดังนั้นองค์กรจะต้องเป็นตัวนำเพื่อให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิดตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของ บุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุนติดตามการปฏิบัติงานขององค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้อง (ยุพาพร รูปงาม, 2545) การมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้

ประชาชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ 2. การมีส่วนร่วมทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือชุมชน พัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชนอันจะก่อให้เกิดกระบวนการ และ โครงสร้างที่ประชาชนในชุมชนสามารถแสดงออก และได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนานั้นโดยภาครัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนที่มีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจจากการวางแผนของส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เป็นการคืนอำนาจในการพัฒนาให้แก่ประชาชน ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมใหม่ๆ และที่ผ่านมาจากการให้ความหมาย การมีส่วนร่วม ดังนี้การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้เกิดการกระทำที่บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดส่วนร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527) เช่นเดียวกับ นรินทร์ พัฒนพงศา กล่าวว่าการมีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วม การตัดสินใจหรือเคยมาเข้าร่วมด้วยเพียงเล็กน้อยได้เข้าร่วมเพิ่มมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2546) ชิต นิลพานิช กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น หมายถึง การที่ประชาชนทั้งในเมืองและชนบทได้เข้ามีส่วนร่วมหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นขั้นตอน และอาจเพียงร่วมขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนแล้วแต่เหตุการณ์จะเอื้ออำนวย (ชิต นิลพานิช , 2532) เช่นเดียวกับเป้าหมายการมีส่วนร่วมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ คือมีกิจกรรมส่งเสริมในการร่วมมือของทุกภาคส่วน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐและคนในชุมชนเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนชุมชน ผู้แทนหมู่บ้านและผู้ทรงคุณวุฒิมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบเพื่อเกิดการรับรู้ความเข้าใจ ประเด็นตรงกันในการจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อความยั่งยืน เหมาะสมกับสภาพปัญหาสาธารณสุขในชุมชน สร้างความสนใจให้เกิดในชุมชน เพื่อเกิดความ เป็นเจ้าภาพในกิจกรรมที่ร่วมกันคิด ร่วมกันนำพาปฏิบัติ และร่วมกันพัฒนาเกิดความยั่งยืนต่อไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) การมีส่วนร่วมในชุมชนสามารถเอาชนะอุปสรรค และใช้ประโยชน์จากโอกาสที่มี การมีส่วนร่วมเป็นการวางแผนพัฒนาชุมชน พัฒนาความคิดและการปฏิบัติให้ได้รับความสนใจ (Mohammed Sulemana, 2012) วิธีการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวางแผนการพัฒนาอย่างยั่งยืนของชุมชน สามารถวางแผนเพื่อแผนดำเนินงานกับท้องถิ่นตามวิสัยทัศน์และวัตถุประสงค์ เป็นการระดมทุนและกลยุทธ์การดำเนินงานร่วมกันกับคนในท้องถิ่น เป็นกองกำลังงานหลายๆงานหรือในกิจกรรมย่อยๆ (I Ngah, 2014) การมีส่วนร่วมของ

ประชาชนในท้องถิ่นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อระบบประชาธิปไตย, เพิ่มความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ที่จำเป็นในการดำเนินการส่งเสริมภาวะสุขภาพของคนในชุมชนที่ต้องการแก้ปัญหาจากผู้นำ เพื่อการวางแผนบริการสาธารณสุข, ช่วยให้เห็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับชุมชนท้องถิ่นได้ดำเนินการ การระดมการมีส่วนร่วมโดยความสมัครใจเปิดโอกาสสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะพัฒนาทักษะและเป็นการพัฒนาอย่างยั่งยืนของเครือข่าย (Danny Burns, 2004) สรุปการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนจากการสนับสนุนขององค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน ผู้สูงอายุต้องการอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเกิดกิจกรรมมีโอกาสร่วมกิจกรรมที่พัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดโอกาสช่วยเหลือทางสังคม มีบทบาทในสังคมอันก่อให้เกิดประโยชน์ในท้องถิ่น

2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเป็นการพักผ่อนของผู้สูงอายุมักจะเป็นความต่อเนื่องในกิจกรรมทางสังคมที่เคยทำมาถึงการมีส่วนร่วมในปัจจุบัน เช่นการมีส่วนร่วมสันทนาการกลุ่มเป็นการผ่อนคลาย 78.7% โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมออกกำลังกายเป็นการพักผ่อนหย่อนใจที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ (Halimatus Sakdiah Minhat, 2013) เช่นเดียวกับศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุเครือข่ายการวิจัย (PRC-HAN) ใน 9 มหาวิทยาลัยของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มีการพัฒนา intervention กิจกรรมที่ดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลประโยชน์ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ คือการออกกำลังกายร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในการออกกำลังกายถือว่าเป็นการพักผ่อน (Belza B, 2007)

การส่งเสริมเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของสุขภาพที่ดี วิธีการที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสามารถส่งเสริมจากผู้ดูแลและดูแลที่พักอาศัยผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาจากเพื่อน (Social Policy Research, 2013)

การวัดระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ ต้องได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจร้อยละ 60 แต่มีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครบวงจร ร้อยละ 30 ดังนั้นความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น ควรส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการมีส่วนร่วมดูแลระยะยาวลดภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุญาติ ครอบครัว ผู้ดูแล มีทักษะสามารถดูแลตนเองได้ตามความสามารถของบุคคล (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้านยังไม่มีกรรวมกลุ่มที่ชัดเจนมีแต่การรวมกลุ่มเฉพาะกิจกรรม เช่นการประชุมหมู่บ้าน สำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจัดร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การวัดระดับการมีส่วนร่วมได้จากความพึงพอใจต่อกิจกรรม เช่นกิจกรรมสุขใจได้มีธรรมชาติ กรรมกรหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ

และประสานงานผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีทุกช่วงอายุ ได้เห็นบรรยากาศของความสัมพันธ์ในชุมชนที่ทุกคนร่วมกันทำกิจกรรม ได้แก่ การฟังธรรม การร่วมทำบุญ การบำเพ็ญประโยชน์ การล้อมวงทานอาหาร การร่วมพูดคุยโดยไม่แบ่งแยกอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีรอยยิ้ม เสียงหัวเราะ แสดงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน และผลการประเมินระดับความพึงพอใจ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในทุกด้าน การประเมินในระดับมากแสดงความเห็นเพิ่มเติมว่าผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านเข้าวัดฟังธรรมช่วงเช้าพรรษาอย่างทั่วถึง การประเมินอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาทุกขั้นตอน ทำให้กิจกรรมต่างๆ ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน กลายเป็นนวัตกรรมใหม่สำหรับชุมชน เกิดจากชุมชนสร้างขึ้นเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน กลายเป็นพลังชุมชนในการขับเคลื่อนชุมชนไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนางานด้านชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแกนนำชุมชนเป็นผู้ผลักดันและเป็นแกนนำในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชน ร่วมกันดูแลชุมชนของตนเอง ด้วยความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ การยอมรับความคิดเห็นและการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทชุมชนของตน แผนงาน กิจกรรมต่างๆ ขึ้นอยู่กับบริบทชุมชนที่มีความใกล้เคียงกัน โดยคำนึงถึงระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จึงจะบรรลุเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การยอมรับในบทบาทของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญของการวางแผนพัฒนาชุมชน (ศรีัญญา นพวิบูลย์, 2556, สมพร โพธินาม, 2552)

ความสัมพันธ์ของสังคมต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง สภาพแวดล้อมควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของชุมชนการส่งเสริมสังคมการมีส่วนร่วมได้รับการระบุว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการอุปถัมภ์เพิ่มขีดความสามารถซึ่งเป็นหลักสำคัญของการเคลื่อนไหวของการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคมและกิจกรรมที่ผลิตออกมา เป็นประโยชน์อย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องเชิงบวก และความหลากหลายของตัวชี้วัดสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีสิ่งแวดล้อม เอื้อต่อความสะดวกสบายของผู้สูงอายุ มีตัวแปรต่างๆ เช่น ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมทางสังคมเดิม สภาพแวดล้อมใหม่ การขนส่ง การบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกแต่ละระดับ เช่น สถานะสุขภาพทางสังคมและลักษณะประชากร และคะแนนสุขภาพทั่วไป จากการวัด SF-12v2 และการเข้าถึงการรับรู้ทรัพยากรที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ (Lucie Richard, 2008)

การบริหารจัดการชุมชนที่ดี หมายถึง ชุมชนนั้นแสดงความสามารถในการบริหารจัดการชุมชนได้ จัดกระบวนการพัฒนาชุมชน มีกิจกรรมการแก้ไขปัญหาชุมชนได้ด้วยตนเองอย่างมีเหตุมีผลและมีการบริหารจัดการที่ดี ผู้นำประชาชนและองค์กรในชุมชนสามารถร่วมมือ ช่วยเหลือ

เกี่ยวเนื่อง อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข รวมทั้งมีภาคีการพัฒนาที่มีบทบาทเกื้อหนุนการทำงานภายในชุมชน มีการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ และสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง คงไว้ซึ่งคุณค่าของประเพณีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละชุมชนท้องถิ่น รวมถึงเอกลักษณ์ความเป็นไทยไว้ได้อย่างกลมกลืน

2.13 การรับรู้กิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การสร้างการรับรู้ความเข้าใจและความสนใจของชุมชนต่อบทบาทภารกิจและผลงานของกองทุน ทิศทางการแสดงเพื่อเกิดการรับรู้ หอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย ติดตั้งป้ายประกาศ ป้ายประชาสัมพันธ์ เอกสารข้อมูลเนื้อหาในการประกาศชัดเจนเข้าใจง่าย มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของกองทุนฯทางหนังสือพิมพ์ หรือวิทยุชุมชน หรือเคเบิลทีวี หรือโทรทัศน์ หรือเว็บไซต์ ของท้องถิ่นหรือสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์ แฟกซ์ อีเมล อินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้ส่งและผู้รับเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุนฯ อายุมากขึ้นโอกาสการร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง ร้อยละของผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านชุมชน ปี 2550 ผู้สูงอายุวัยต้น 75.8 ผู้สูงอายุวัยกลาง 70.1 ผู้สูงอายุวัยปลาย 52.8 เพศชาย 73.7 เพศหญิง 70.3 ในเขตเทศบาล 51.9 นอกเขตเทศบาล 79.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) แหล่งที่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด จากบุคคลในชุมชน ญาติ หรือผู้นำชุมชน ร้อยละ 52.81 รองลงมาวิทยุชุมชน ร้อยละ 25.84 หอกระจายเสียง, หอกระจายข่าว, เสียงตามสายในชุมชน ร้อยละ 23.60 และใบปลิว, ป้ายประกาศ, จดหมายข่าว ร้อยละ 23.03

ที่ผ่านมากิจกรรมโรงเรียนสุขภาพผู้สูงอายุที่ประชาชนรับรู้ และเข้าร่วมมากที่สุด คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชวนให้ประชาชนออกกำลังกาย ร้อยละ 67.42 รองลงมาคือกิจกรรมป้องกันโรคระบาดโรคติดต่อ การรับรู้ว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีประโยชน์ต่อตนเองหรือครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.71 ระดับมาก ร้อยละ 40.46 และน้อยที่สุดร้อยละ 3.31 ที่มองว่าไม่มีประโยชน์เลย รับรู้ว่าชุมชนได้รับประโยชน์ ในระดับปานกลาง 41.72 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 35.09 และน้อยที่สุดร้อยละ 2.65 ที่มองว่าไม่มีประโยชน์เลย รับรู้ว่าประสิทธิภาพการทำงานของกรรมการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.37 รองลงมาระดับพอใช้ ร้อยละ 34.44 และน้อยที่สุดในระดับดีมากร้อยละ 9.27 ความเข้มแข็งในการทำงานของกรรมการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.33 รองลงมาระดับพอใช้ 31.33 น้อยที่สุดในระดับดีมาก ร้อยละ 10.00 สรุปความพึงพอใจจากการรับรู้ข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.67 ระดับดี 28.67 และระดับน้อย ร้อยละ 15.33 (วรรณฯ ทองกาแก้ว , 2554)

2.14 ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)

การรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคล เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใดๆ จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้จากสภาพแวดล้อมของตน และความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ ดังนั้น การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง

ปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วยประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิต คือความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติเป็นต้น การรับรู้จะประกอบด้วยกระบวนการสามด้าน คือการรับ สัมผัส และการแปลความหมาย อารมณ์การรับรู้ หมายถึง การรู้สึกสัมผัสที่ได้รับการตีความให้เกิดความหมายแล้ว เช่น ในขณะนี้ เราอยู่ในภาวะการรับรู้ (Conscious) คือลืมตาตื่นอยู่ ในทันใดนั้น เราได้ยินเสียงดัง ปังมาแต่ไกล (การรู้สึกสัมผัส-Sensation) แต่เราไม่รู้ความหมาย คือไม่รู้ว่าเป็นเสียงอะไร เราจึงยังไม่เกิดการรับรู้ แต่ครู่ต่อมามีคนบอกว่าเป็นเสียงระเบิดของยางรถยนต์ เราจึงเกิดการรู้ความหมายของการรู้สึกสัมผัสนั้น เรียกว่าเราเกิดการรับรู้ การรับรู้เป็นผลเนื่องมาจากการที่มนุษย์ใช้อวัยวะรับสัมผัส (Sensory motor) ซึ่งเรียกว่า เครื่องรับ (Sensory) ทั้ง 5 ชนิด คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง จากการวิจัยมีการค้นพบว่าการรับรู้ของคนเกิดจากการเห็น 75% จากการได้ยิน 13% การสัมผัส 6% กลิ่น 3% และรส 3% การรับรู้จะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพล หรือปัจจัยในการรับรู้ ได้แก่ ลักษณะของผู้รับรู้ ลักษณะของสิ่งเร้า เมื่อมีสิ่งเร้าเป็นตัวกำหนดให้เกิดการเรียนรู้ได้นั้น จะต้องมีการรับรู้เกิดขึ้นก่อน เพราะการรับรู้ เป็นหนทางที่นำไปสู่การแปลความหมายที่เข้าใจกันได้ ซึ่งหมายถึง การรับรู้เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้เกิดขึ้น การเรียนรู้อย่อมเกิดขึ้นไม่ได้ การรับรู้จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้เกิดความคิดรวบยอด ทักษะของมนุษย์ อันเป็นส่วนสำคัญยิ่งในกระบวนการเรียนการสอน พฤติกรรมต่างๆ นำไปสู่การกำหนดทฤษฎีการเรียนรู้ต่างๆ การจัดระบบการรับรู้มนุษย์เมื่อพบสิ่งเร้าไม่ได้รับรู้ตามที่สิ่งเร้าปรากฏแต่จะนำมาจัดระบบตามหลักดังนี้ 1. หลักแห่งความคล้ายคลึง (Principle of similarity) สิ่งเร้าใดที่มีความคล้ายกันจะรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน 2. หลักแห่งความใกล้ชิด (Principle of proximity) สิ่งเร้าที่มีความใกล้เคียงกันจะรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน 3. หลักแห่งความสมบูรณ์ (Principle of closure) เป็นการรับรู้สิ่งที่ไม่สมบูรณ์ให้สมบูรณ์ขึ้น การเรียนรู้ของคนเราจากไม่รู้ ไปสู่การเรียนรู้ มี 5 ขั้นตอน ดังที่ (กฤษณา ศักดิ์ศรี, 2530) กล่าวว่า "การเรียนรู้เกิดขึ้นเมื่อสิ่งเร้า มาเร้าประสาทที่ตื่นตัวเกิดการรับสัมผัสกับอวัยวะรับสัมผัสด้วยประสาททั้ง 5 แล้วส่งกระแสสัมผัสไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการแปลความหมายขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและอื่นๆ เรียกว่า การรับรู้ (perception) เมื่อแปลความหมายแล้วก็จะมีการสรุปผลของการรับรู้เป็นความคิดรวบยอด แล้วมีปฏิกิริยาตอบสนอง (response) อย่างหนึ่งอย่างใดต่อสิ่งเร้าตามที่รับรู้ เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แสดงว่า การเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วประเมินผลที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ "ลำดับขั้นของการเรียนรู้ในกระบวนการเรียนรู้ของคนเรานั้น จะประกอบด้วยลำดับขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญ 3 ขั้นตอนด้วยกัน คือ 1. ประสบการณ์ (experiences) ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ประสาทรับรู้เหล่านี้จะเป็นเสมือนช่องประตูที่จะให้บุคคลได้รับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับนั้นย่อมจะแตกต่างกัน บางชนิดก็เป็นประสบการณ์ตรง บางชนิดเป็นประสบการณ์แทน บางชนิดเป็นประสบการณ์รูปธรรม และบางชนิดเป็นประสบการณ์นามธรรม หรือเป็นสัญลักษณ์ 2. ความเข้าใจ (understanding) หลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์

แล้ว ขึ้นต่อไปก็คือ ติความหมายหรือสร้างมโนคติ (concept) ในประสบการณ์นั้นกระบวนการนี้เกิดขึ้นในสมองหรือจิตของบุคคล เพราะสมองจะเกิดสัญชาตญาณ (percept) และมีความทรงจำ (retain) ขึ้น ซึ่งเราเรียกกระบวนการนี้ว่า "ความเข้าใจ" ในการเรียนรู้ นั้น บุคคลจะเข้าใจประสบการณ์ที่เขาประสบได้ก็ต่อเมื่อเขาสามารถจัดระเบียบ (organize) วิเคราะห์ (analyze) และสังเคราะห์ (synthesis) ประสบการณ์ต่าง ๆ จนกระทั่งหาความหมายอันแท้จริงของประสบการณ์นั้นได้ 3. ความนึกคิด (thinking) ความนึกคิดถือว่าเป็นขั้นสุดท้ายของการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในสมอง Crow (1948) ได้กล่าวว่า ความนึกคิดที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องเป็นความนึกคิดที่สามารถจัดระเบียบ (organize) ประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับให้เข้ากันได้ สามารถที่จะค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทั้งเก่าและใหม่ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้เกิดบูรณาการการเรียนรู้อย่างแท้จริง (วชิระ จินหนองจอก, 2553) การรับรู้ คือ กระบวนการที่ทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด คนสามารถเรียนรู้จากการได้ยิน การสัมผัส การอ่าน การใช้เทคโนโลยี บรรยากาศทางจิตวิทยาที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เงื่อนไข สถานการณ์เรียนรู้ต่างๆ พฤติกรรมบุคคลสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. สมองและระบบประสาท ประกอบด้วยสมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาท ซึ่งเป็นอวัยวะทำหน้าที่รับความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้มนุษย์มีสติปัญญาเฉลียวฉลาด มีความเข้าใจ สามารถเรียนรู้ วิเคราะห์ และควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความทรงจำ และการรับรู้ ต้องอาศัยการทำงานของสมองและระบบประสาทเป็นพื้นฐานสำคัญ

2. แรงขับ แรงขับเป็นภาวะการณ์กระตุ้นหรือเร้าให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ในทางจิตวิทยาแบ่งแรงขับออกเป็น 2 อย่างคือ แรงขับพื้นฐานและแรงขับที่เกิดจากการรับรู้

3. สิ่งเร้าและแรงจูงใจ สิ่งเร้าและแรงจูงใจเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญยิ่งในกระบวนการเรียนรู้ เพราะการเรียนรู้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าและแรงจูงใจ จึงทำให้เกิดการตอบสนองขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน

4. การเสริมแรง เป็นการกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาพฤติกรรมเพื่อการรับรู้ เพราะเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรงจึงอยากแสดงพฤติกรรมซ้ำอีก การเสริมแรงมีทั้งการเสริมแรงทางบวก และการเสริมแรงทางลบ เช่นเดียวกับแรงจูงใจ จะเห็นได้ว่า นอกจากการให้แรงจูงใจ ต่อผู้เรียนแล้ว การรู้จักเสริมแรงพฤติกรรมตอบสนองซึ่งเป็นที่พึงปรารถนาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง อย่างหนึ่งในกระบวนการของการรับรู้ ลำดับขั้นของการรับรู้ ในกระบวนการรับรู้ของคนเรานั้น จะประกอบด้วยลำดับขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญ 3 ขั้นตอนด้วยกัน คือ ประสบการณ์ ความเข้าใจ และความนึกคิด

1. ประสบการณ์ (Experiences) ในบุคคลปกติทุกคนจะมีประสาทรับรู้ คือ ประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ประสาทรับรู้ เหล่านี้จะเป็นเสมือนช่องประตูที่จะให้บุคคลได้รับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ถ้าไม่มีประสาทรับรู้ เหล่านี้แล้ว บุคคล

จะไม่มีโอกาสรับรู้หรือมีประสบการณ์ใด ๆ ซึ่งก็เท่ากับไม่สามารถเรียนรู้ สิ่งใด ๆ ได้ด้วย ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับนั้นย่อมจะแตกต่างกัน บางชนิดก็เป็นประสบการณ์ตรง บางชนิดเป็นประสบการณ์แทน บางชนิดเป็นประสบการณ์รูปธรรม และบางชนิด เป็นประสบการณ์นามธรรม หรือเป็นสัญลักษณ์

2. ความเข้าใจ (Understanding) หลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์แล้ว ขั้นต่อไป ก็คือตีความหมายหรือสร้างมโนคติ (Concept) ในประสบการณ์นั้น กระบวนการนี้เกิดขึ้นในสมอง หรือจิตของบุคคล เพราะสมองจะเกิดสัญชาตญาณ (Percept) และมีความทรงจำ (Retain) ขึ้น เรียกกระบวนการนี้ว่า“ความเข้าใจ” ในการเรียนรู้ นั้น บุคคลจะเข้าใจประสบการณ์ที่ประสบได้ก็ต่อเมื่อ สามารถจัดระเบียบแยก (Organize) วิเคราะห์ (Analyze) และสังเคราะห์ (Synthesis) ประสบการณ์ ต่าง ๆ จนกระทั่งหาความหมายอันแท้จริงของประสบการณ์นั้นได้

3. ความนึกคิด (Thinking) ความนึกคิดถือว่าเป็นขั้นสุดท้ายของการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในสมอง โดยความนึกคิดที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องเป็นความนึกคิดที่สามารถจัดระเบียบ (Organize) ประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับให้เข้ากันได้ สามารถที่จะค้นหา ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทั้งเก่าและใหม่ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้เกิดบูรณาการ การเรียนรู้อย่างแท้จริง

2.15 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้สูงอายุ

ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านการอุทิศและการได้รับการยอมรับจากชุมชน (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554) ผลกระทบของบุคลิกภาพ สรุปได้ว่าลักษณะของบุคลิกภาพเช่นความมั่นคงในอารมณ์, การเรียนรู้, และมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระดับที่รายงาน HRQL ขอบเขตที่นี้เป็นเพราะอิทธิพลของบุคลิกภาพในความจริงเมื่อเทียบกับระดับการรับรู้ของ HRQL ก็ไม่มีความชัดเจน (Gertrudis I. J. M. Kempen, 1997)

พฤติกรรม的开รับข่าวสารของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลตนเองพบว่าส่วนใหญ่เปิดรับสื่อโทรทัศน์เป็นประจำและเปิดรับสื่อบุคคลบ่อยครั้งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเองอย่างมีนัยสำคัญระดับ.05 (สุกี ศิริวงศ์พากร, 2556)

ธีระชัย พรหมคุณ ศึกษาพฤติกรรม的开ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนนั้น มีผลต่อการรับรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น (ธีระชัย พรหมคุณ, 2557)

ประเทศ San Marino ในปี 2007 มีนโยบายสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุรัฐบาลตั้งศูนย์วิจัยผู้สูงอายุในการวิจัยการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการบริการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และผู้ให้บริการในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น ผลการศึกษาแสดงให้เห็น ความสมัครใจของผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นอาสาสมัครในท้องถิ่นที่มีความเต็มใจที่จะให้

ความช่วยเหลือกับงานกิจกรรมด้านสาธารณสุข 1. กิจกรรมเยี่ยมบ้านซึ่งนำไปสู่ความต้องการการช่วยเหลืออื่นๆในทางปฏิบัติ 2. กิจกรรมปรับปรุงระบบขนส่งอาหารให้ผู้สูงอายุในท้องถิ่น 3. กิจกรรมใหม่ๆทางสังคมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านอย่างอิสระ การรับรู้ของผู้สูงอายุคือ ครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน และผู้ดูแล ในการอำนวยความสะดวก (Martha Doyle, 2007)

2.16 การวัดระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุ

1. ความสามารถของแต่ละคนไม่สามารถที่จะเข้าใจทุกสิ่งทุกอย่างได้ แต่สามารถสังเกตเห็นเพียงบางส่วนของสิ่งเร้าที่มีประโยชน์เท่านั้น
2. ประสบการณ์ในอดีตของคนเรามีอิทธิพลต่อสิ่งที่เลือกรับรู้และสังเกตสิ่งต่างๆ รอบตัว ลักษณะการรับรู้ที่ถูกต้อง ความรู้สึกคาดคะเนอย่างถูกต้องนี้เรียกว่า “การคาดการณ์ด้วยตนเอง” การรับรู้ที่ถูกต้องจะทำให้การสื่อสารกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ สมฤทธิ์ผล ความสามารถในการพิจารณาจะขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อมการเรียนรู้ทางสังคมกับการสื่อสาร หลักสำคัญบางประการของทฤษฎีการเรียนรู้ 1. การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขคลาสสิก 2. การเรียนรู้แบบใช้เครื่องมือเสียงส่วนมากหรือมดของกลุ่มเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการรับรู้ ถึงแม้ว่าความถูกต้องในการรับรู้ของคนเราจะเปลี่ยนไปตามภาวะการณ์ของตนเอง ความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่ดีของบุคคล คือความสามารถที่จะชี้นำลงความเห็นเกี่ยวกับเรื่องของคนจากพฤติกรรม ความสัมพันธ์กับการรับรู้อย่างถูกต้อง สถิติปัญหา สามัญสำนึกของผู้รับรู้เป็นปัจจัยสำคัญ คนที่มีความยืดหยุ่นในการคาดหวังมีการพิจารณาถึงสิ่งที่รับรู้ได้มาก การรับรู้ขึ้นอยู่กับระดับของจุดมุ่งหมายของผู้รับรู้ว่าตั้งใจจะมองให้ลึกถึงพฤติกรรมของผู้อื่น การเปิดกว้างและตระหนักถึงข้อบกพร่องของตนเองจะมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการรับรู้ สมมติฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับการสื่อสารของมนุษย์ สมมติฐานที่ 1 Linear Approach การสื่อสารจะมีลักษณะให้เซลรับข่าวสารเพียงช่องทางเดียว สมมติฐานที่ 2 Transactional Approach การสื่อสารตามแนวคิดนี้จะมีลักษณะของการ “ข้ามไปมา” (Transactional) หมายความว่า แต่ละคนจะเป็นทั้งผู้ส่งและผู้รับสารในเวลาเดียวกันและปฏิสัมพันธ์ของคู่สื่อสารจะมีผลกระทบต่อกัน (Wilont, 1979) โดยแนวคิดนี้การสื่อสารเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง ผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคลมากที่สุด (นครไทย จินสวัสดิ์, 2552) จารี ศรีปาน ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยปรากฏว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 ($X = 18.96 + 2.80$) รับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.2 รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.3 รับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.7 และรับรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.9 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ รับรู้เกี่ยวกับความเข้าใจของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

ร้อยละ 74.2 การสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูง อายุโดยรวมปรากฏว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 36.8 ($X = 186.88 + 23.80$) ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.9 ออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.8 รับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.0 สามารถจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.9 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ตามปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ภาวะสุขภาพ การวิจัยนี้สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก จึงสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการวางแผน ธรรมนูญ กำหนดกิจกรรมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้มากขึ้น (จารี ศรีปาน, 2554)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบบ Prospective Studies ประกอบไปด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถาม เชิงสังเกต (Observational studies) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุในครั้งนี้นำมาหาคะเบียนวิธีการวิจัยที่จะนำไปสู่การได้คำตอบที่ถูกต้องของคำถามการวิจัย ดังนี้ การศึกษาวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสังเกตและศึกษาข้อมูลของผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนท้องถิ่นต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ อาศัยในจังหวัดเพชรบูรณ์ สํารวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ เปรียบเทียบภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วม ติดตามประเมินผลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปข้างหน้าในอีก 3 เดือน และ 6 เดือน และศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วม จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่ที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ

ศึกษาบริบทของพื้นที่ (Study setting)

การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในพื้นที่ทั้ง 11 อำเภอ ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งประกอบไปด้วย 117 ตำบล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตำบลเข้า ดังต่อไปนี้

1. เป็นตำบลที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เป็นตำบลที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ

ที่มีการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตำบลออก ดังต่อไปนี้

1. เคยดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. มีการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมาก่อน ดังนั้นมีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเข้าซึ่งประกอบไปด้วย 39 ตำบล มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 6,719 คน

3.1 ประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุมีโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้สูงอายุคนไทยที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรในชุมชนที่กำหนดของจังหวัดเพชรบูรณ์ สื่อสารกับผู้อื่นได้และสามารถร่วมการวิจัยในครั้งนี้ครบตามระยะเวลา 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถสื่อสารอย่างเข้าใจกับบุคคลอื่นได้ ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยในครั้งนี้ครบตามระยะเวลา 6 เดือน

กลุ่มเป้าหมาย การสุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบบการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยเปิดโอกาสให้ทุกหน่วยประชากรมีโอกาสถูกเลือกเป็นตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple sampling without replacement) มีขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน จากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้ 2 กลุ่ม

2. ทำลกรายชื่อผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมทั้ง 11 อำเภอ จังหวัดเพชรบูรณ์

3. สุ่มเลือกโดยวิธีจำลกรายชื่อผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ในตำบลที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ แบบไม่ใส่คืนขึ้นมาทีละรายชื่อจนครบ 1,179 ราย ทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รายชื่อเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 1,179 ราย รวมทั้งหมด 2,358 ราย ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างโดยตรงเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยพร้อมขอความร่วมมือ โดยทำการที่กลุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุและที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างเอง หากมีการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจับฉลกรายชื่อใหม่จนได้จำนวนตามที่ต้องการ

4. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 78 ราย คือผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุหรือผู้ที่เขียนโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) รวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตขอความอนุเคราะห์ และขอความร่วมมือโดยใช้วิธีนัดหมายและเลือกเวลาที่เหมาะสม เข้าไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ผู้ให้ข้อมูลตามแบบ สัมภาษณ์แล้วบันทึกถ้อยคำการให้สัมภาษณ์ข้อมูล

วิธีเทคนิคการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเป็นการศึกษาแบบสังเกตและเปรียบเทียบค่านวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ตัวเลขจากข้อมูลของ Timothy Kwok, 2013. ในงานวิจัยเรื่อง Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong ผลการวัดโดยรวมได้ measured by total SF12 score (treatment: 7.82 ± 13.19 vs control: 3.18 ± 11.61 ; $P = 0.014$). จึงนำตัวเลขจากผลการทดลองนี้มาใช้ เพราะงานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ SF-12 เช่นเดียวกับงานของผู้วิจัยโดยได้ตัวเลขดังนี้

Significance level 5 ความน่าจะเป็นของระดับความเชื่อมั่น Power 80 % กำหนดความคลาดเคลื่อน 20 % หรือ $\beta = 0.20$ เปิดค่าตาราง Z_{α} หรือ Z_{β} type II error = 1.28 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน in A = 13.19 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน in B = 11.61 TO detect difference ความแตกต่าง 4.64 Required sample total 2,358 กลุ่ม A=1,179 B=1,179 Approx. 95% CI for difference

between means $D-3.248 + D+ 3.248$ แผนการวิจัยเป็นแบบ 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน (Independent Samples) คำนวณค่า β จากสูตร (Kirk,1995) (Kirk, R.E, 1995).

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) เชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่ามีค่า IOC (Tryout) นำแบบสอบถามลงพื้นที่เพื่อศึกษานำร่อง pilot study กับประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability Coefficients) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยทราบค่าความเชื่อมั่น หาค่าความยากง่าย Difficulty อำนาจจำแนก Discrimination หลังจากนั้น ปรับปรุงแบบสอบถามให้เป็นฉบับสมบูรณ์

สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุหรือผู้ที่เขียนหรือผู้เสนอโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นจากการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุการปฏิบัติการดำเนินโครงการ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ผู้วิจัยดำเนินการอบรมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขหรือผู้ที่ทำหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 10 คน โดยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแนวคำถามในแบบสอบถาม เพื่อซักซ้อมความเข้าใจก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลนักวิชาการสาธารณสุขหรือผู้ที่ทำหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะสลับ ตำบลที่ตนเองรับผิดชอบ โดยไปเก็บข้อมูลของตำบลอื่น เพื่อลดความลำเอียง

1. เครื่องมือ สังเคราะห์จากเวทีประชาคม” (หัวหน้าโครงการ)
2. ต้องประชาคมผู้สูงอายุว่าต้องการโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบไหนเรื่องอะไรรูปแบบเป็นแบบใดเพื่อตอบสนองอะไร
3. คว้าโครงการที่มีอยู่ในปี 2559-2561 นั้นตอบสนองใกล้เคียงกับความต้องการของผู้สูงอายุหรือไม่
4. ประชุมกลุ่มผู้ที่เขียนโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุว่าโครงการที่เขียนตอบสนองความต้องการจากการประชาคมหรือไม่ เพื่อจะได้เขียนโครงการหน้าให้ตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา พรรณนารายละเอียด ตีความ หาความหมาย และอธิบายความ ใช้วิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) และใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์

ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติวิเคราะห์ $p\text{-value} \leq 0.05$ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยต่างๆ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการวัดภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้วยสถิติ t-test for Independent Repeated Measures Means ANCOVA

3.2 เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ สถานะในครอบครัว การอยู่อาศัย ศาสนา การศึกษา ลักษณะการทำงาน อาการโรคเฉียบพลันใน 3 เดือนที่ผ่านมา การรักษาโรคประจำตัว และข้อมูลสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ 1 ปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอะไรบ้าง ค่าความดันโลหิต ชีพจร ค่า BMI การใช้เวลาในการออกกำลังกาย การเข้าย่ำ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินภาวะโภชนาการ มี 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ แบบสอบถามด้านการรับรู้กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ ใน 2 ปี ที่ผ่านมา ได้รับการเข้าร่วม/โครงการ/กิจกรรมหรือไม่ ได้เข้าร่วมโครงการใดบ้าง การรับรู้ข่าวสารของโครงการจากแหล่งใด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วม ในการเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่ม ชมรม ชุมชนหรือไม่ มีส่วนร่วมในกระบวนการซึ่งได้มาของโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 Short Form Health Survey (SF-12) ที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) มีคำถามทั้งหมด 12 คำถามสามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (คำถามข้อที่ 2, 3) Role Physical (คำถามข้อที่ 4, 5) Bodily Pain (คำถามข้อที่ 8) General Health (คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional (คำถามข้อที่ 6, 7) และ Mental Health (คำถามข้อที่ 9, 11) ในประเทศไทย วิชัช เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) ได้นำเครื่องมือ SF 12 ไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจจำนวน 386 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .77 แบบสอบถามนี้ผู้ตอบสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองคำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองมากที่สุดซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อที่แตกต่างกัน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 1

ดีเยี่ยม ให้คะแนนเท่ากับ (1)

ดีมาก ให้คะแนนเท่ากับ (2)

ดี ให้คะแนนเท่ากับ (3)

ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ (4)

ไม่ดี ให้คะแนนเท่ากับ (5)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 2-3

ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก ให้คะแนนเท่ากับ (1)

ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ (2)

ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค ให้คะแนนเท่ากับ (3)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 4-7 และ ข้อ 9-12

ตลอดเวลา ให้คะแนนเท่ากับ (1)

เกือบตลอดเวลา ให้คะแนนเท่ากับ (2)

บางครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ (3)

นานๆครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ (4)

ไม่เคย ให้คะแนนเท่ากับ (5)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 8

ไม่เคย ให้คะแนนเท่ากับ (1)

เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ (2)

ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ (3)

ค่อนข้างมาก ให้คะแนนเท่ากับ (4)

มากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ (5)

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนดิบอยู่ ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 คะแนนโดยใช้สูตร $(100/\text{ผลต่างของช่วงคะแนน}) \times (\text{คะแนนดิบ} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด})$ คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ ภาวะสุขภาพไม่ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Ware et al., 2009) นอกจากนี้แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้านได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย (Physical Component Score [PCS]) ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 8 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน และคะแนนรวม ด้านจิตใจ (Mental Component Score [MCS]) ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9, 10, 11, 12 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลผลโดยแปลงคะแนนให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ ภาวะสุขภาพไม่ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามระดับความอยู่ดีมีสุข มี 5 ข้อ เป็นแบบวัดความอยู่ดีมีสุข (Subjective Wellbeing) คือ คำนีชี้วัดความอยู่ดีมีสุขขององค์การอนามัยโลก [WHO (Five) Well-Being Index,

1998 version]9 ซึ่งถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกด้วยเทคนิควิธีการแปลย้อนกลับ (Back Translation Technique) นำไปทดสอบหาความเที่ยงตรงโดยปรึกษาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาความเชื่อมั่น (Reliability) และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่า Cronbach's alpha Coefficient = 0.88 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบ 6 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1, 0) มีเกณฑ์ในการให้ คะแนน ดังนี้ ตลอดเวลา (All of the time) เท่ากับ 5 ส่วนใหญ่ (Most of the time) เท่ากับ 4 บ่อยๆ (More than half of the time) เท่ากับ 3 บางครั้ง (Less than half of the time) เท่ากับ 2 นานๆ ครั้ง (Some of the time) เท่ากับ 1 ไม่เคย (At no time) เท่ากับ 0

การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 25 คะแนนถ้ารวมคะแนนที่ได้ทั้งหมดเป็น 0 คะแนน หมายถึง บุคคลมีระดับความอยู่ดีมีสุขน้อยที่สุด และถ้าคะแนนรวมทั้งหมด เท่ากับ 25 คะแนน หมายถึงบุคคลมีระดับความอยู่ดีมีสุขมากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความอยู่ดีมีสุขเป็น 2 ระดับ คือ บุคคลที่มีคะแนนรวมมากกว่า 12 คะแนน หมายถึง “มีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก” และบุคคลที่มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง “มีระดับความอยู่ดีมีสุขน้อย” (Liwowsky I, Kramer, 2009)

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนทำการวิจัย (Baseline) ติดตามผลเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 Data entry (Double) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ (Validation) และ Data analysis กำหนดรหัส วางแผนการวิเคราะห์ด้วยข้อมูลที่มีความสมบูรณ์

3.4 การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Window วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการวัดภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการวัดซ้ำภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ t-test for Independent Means

3.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

Output 1. ได้กระบวนการประเมินผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียน

2. ได้ผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ได้ข้อมูลของการประเมินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับชุมชน ผู้เขียนโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล มีข้อมูลให้ชุมชนเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการบริหารดำเนินการภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุ

Outcome

ได้โครงการกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากการบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

ผลสำเร็จเบื้องต้น (Preliminary Results)

1. มีข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้วางแผนการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. มีข้อมูลระดับในการบริการ โครงการตามชุดสิทธิประโยชน์จากผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. มีข้อมูลระดับการรับรู้และการมีส่วนร่วมของโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุ
4. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
5. มีข้อมูลที่เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนทั้งที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุและไม่เข้าร่วม

ผลสำเร็จกึ่งกลาง (Intermediate Results)

เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เสนอโยบายในการวางแผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผลสำเร็จตามเป้าประสงค์ (Goal Results)

1. ได้รูปแบบโครงการกิจกรรมที่เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุและมีเกณฑ์ในการดำเนินงาน
2. ทราบถึงผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมต่อผู้สูงอายุในการวัดระดับคุณภาพชีวิต ระดับความอยู่ดีมีสุข การรับรู้และการมีส่วนร่วม จากประชาชน สามารถระบุได้ว่ามีโครงการดีๆ อะไรบ้างที่แก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการ

แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมาย

ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีสู่ชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้ง 25 แห่ง เพื่อนำข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต ระดับความอยู่ดีมีสุข ความต้องการมีส่วนร่วมกิจกรรมและการมีส่วนร่วมนวัตกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างไร สามารถมาปรับปรุงแผนกิจกรรมโครงการผู้สูงอายุที่ใช้ดำเนินการภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุได้ ประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมโครงการภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามความต้องการอย่างแท้จริง

3.6 จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้จะขอรับการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยให้เซ็นรับทราบ ที่มีรายละเอียด

ของงานวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย และการดำเนินงานวิจัย สิทธิประโยชน์ การปกปิดข้อมูลอย่างเป็นความลับ และที่อยู่ของผู้วิจัยในการติดต่อ เมื่อมีปัญหาก็เกี่ยวข้องกับงานวิจัย และผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อตามความต้องการ ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ ถ้าตอบรับผู้ให้ข้อมูลหลักจะมีการยินยอมทางวาจา หรือลายลักษณ์อักษรขึ้นอยู่กับความสมัครใจของแต่ละบุคคลและมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลบางอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล ให้อิสระในการยินยอมให้ข้อมูล และสามารถยุติการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลได้ทุกขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยจะดูแลปกป้องสิทธิประโยชน์สูงสุดของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย และระมัดระวังป้องกันอันตรายหรือความผิดพลาดอย่างเต็มที่ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน และจะได้รับค่าตอบแทนจากผู้วิจัย ในการนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมและจะทำลายข้อมูลเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง มีใบแบบยินยอมอาสาสมัครในการสัมภาษณ์ งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในเครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร รหัสโครงการ COA No.003/2019 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

บทที่ 4

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์ สำหรับสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คุณภาพชีวิต ระดับความอยู่ดีมีสุข ผู้วิจัยได้นำเสนอในหัวข้อดังต่อไปนี้ ผลการวิเคราะห์แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์

4.1 ลักษณะทางประชากร

4.2 ระดับความอยู่ดีมีสุข

4.3 มิติของความอยู่ดีมีสุข

4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงซ้อน

4.1 ลักษณะทางประชากร

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 53.20) มีฐานอายุเท่ากับ 70 ปี และ พิสัยควอไทล์เท่ากับ 8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 44.40) มีสถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.50) ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 36.60) ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 74.80) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวระหว่าง 1-5 ราย (ร้อยละ 85.30) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,001-7,300 บาท (ร้อยละ 45.30) มีฐานรายได้น้อยกว่า 7,300 บาทและพิสัยควอไทล์เท่ากับ 4,338.50 สำหรับข้อมูล ด้านครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ บุคคลผู้ดูแลด้านการใช้ชีวิต ประจำวัน คือ คู่สมรส (ร้อยละ 49.50) และบุคคลผู้ดูแล ด้านการรักษาพยาบาล คือ คู่สมรส (ร้อยละ 37.60)

4.2 ระดับความอยู่ดีมีสุข

2) สัดส่วนระดับความอยู่ดีมีสุข พบว่า สัดส่วนของ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความอยู่ดีมีสุขมาก (บุคคลที่มี คะแนนรวมมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 79.80 [95%CI: 74.45 - 85.19] (ตารางที่ 3) เมื่อแยกพิจารณาเป็น รายชื่อ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความอยู่ดีมีสุขตลอดเวลาและส่วนใหญ่ ในประเด็น ความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส อารมณ์ดี ความรู้สึกสงบและผ่อนคลาย ความรู้สึกสดชื่นและสงบ มีชีวิตประจำวันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.90 ในประเด็นความรู้สึกดีใจและมีพลังวังชา มีระดับความอยู่ดีมีสุขเป็นบางครั้งและนานๆ ครั้ง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละและช่วงเชื่อมั่นที่ 95% ของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเกณฑ์การแบ่งระดับ ความอยู่ดีมีสุข (n= 1,179)

ระดับความอยู่ดีมีสุข	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
ความอยู่ดีมีสุขมาก	880	74.63	74.45-85.19
ความอยู่ดีมีสุขน้อย	299	25.36	
รวม	1,179	100.00	

4.3 มิติของความอยู่ดีมีสุข

สัดส่วนของระดับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุที่เป็น สมาชิกโรงเรียนผู้สูง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยรวมอยู่ที่ระดับความอยู่ดีมีสุขมาก ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุข ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และรถยนต์ส่วนบุคคล ดังนั้น เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาความอยู่ดีมีสุขควรหาแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ที่อาจจะเกิดขึ้นและอำนวยความสะดวกต่อเดินทางของ ผู้สูงอายุเพื่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอต่อไป

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของระดับความอยู่ดีมีสุขต่อมิติของความอยู่ดีมีสุข

จำแนกรายข้อ (n= 1,179)

มิติของความอยู่ดีมีสุข	ระดับความอยู่ดีมีสุข					
	ตลอดเวลา ร้อยละ	ส่วนใหญ่ ร้อยละ	บ่อยๆ ร้อยละ	บางครั้ง ร้อยละ	นานๆ ครั้ง ร้อยละ	ไม่เคย ร้อยละ
1) รู้สึกสดชื่น แจ่มใสและอารมณ์ดี I have felt cheerful and in good spirits.	19.7	45.9	13.8	17.4	3.2	-
2) รู้สึกสงบและผ่อนคลาย I have felt calm and relaxed.	20.6	37.2	20.6	16.1	5.5	-
3) รู้สึกคล่องแคล่วและมีพลังวังชา I have felt active and vigorous.	12.8	30.7	13.8	29.8	10.1	2.8
4) ตื่นขึ้นมาพร้อมความรู้สึกสดชื่นและสงบ I woke up feeling fresh and rested.	16.5	41.7	21.1	17.9	2.8	-
5) ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ My daily life has been filled with things that interest me.	16.1	45.4	17.4	13.3	6.0	1.8

4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงซ้อน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและมีนัยสำคัญทาง สถิติ คือ ตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลผู้ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน บุคคล

ผู้ดูแลการรักษายาบาล ส่วนด้านปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความพอเพียงรายได้ ความรู้สึกมั่นคงในทรัพย์สิน บุคคลที่พ่อกอาศัยด้วย สถานะสุขภาพ อาการป่วย/อาการ ไม่สบาย ภาวะซึมเศร้า สิทธิการรักษา การช่วยเหลือของ เพื่อนบ้านเมื่อได้รับอุบัติเหตุ การเข้าร่วมกิจกรรม การปฏิบัติกรรมทางศาสนา การเป็นเจ้าของบ้าน การมี รถยนต์ส่วนบุคคล และด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลงความสามารถ ของร่างกาย เมื่อนำมาศึกษาโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีโอกาส จะมีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก มากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้า 89.70% [AOR= 5.10, (95%CI: 1.82, 14.32)] (P-value = 0.001) และรถยนต์ส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีรถยนต์ส่วนบุคคลมีโอกาสจะมีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล 86.2% [AOR= 5.07, (95%CI: 1.50, 17.15)] (P-value = 0.008) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงซ้อน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Adjusted OR	P-value	95% CI
ระดับการศึกษา	0.87	0.786	0.26, 2.70
บุคคลผู้ดูแลด้านการใช้ชีวิตประจำวัน	0.63	0.606	0.10, 3.64
บุคคลผู้ดูแลด้านการรักษายาบาล	2.67	0.175	0.64, 11.09
ความพอเพียงของรายได้ต่อรายจ่าย	1.40	0.574	0.43, 4.57
สถานะสุขภาพ (ดี/ ปานกลาง)	2.03	0.291	0.54, 7.65
สถานะสุขภาพ (ดี/ ควรได้รับการดูแล)	3.67	0.126	0.69, 19.41
อาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย	1.88	0.403	0.42, 8.40
สิทธิในการรักษายาบาล	1.36	0.643	0.36, 5.16
การไม่มีภาวะซึมเศร้า	5.10	0.001*	1.82, 14.32
การช่วยเหลือของเพื่อนบ้านเมื่อได้รับอุบัติเหตุ	0.81	0.751	0.23, 2.80
การเข้าร่วมกิจกรรมของทางโรงเรียนผู้สูงอายุ	2.25	0.211	0.62, 8.06
การปฏิบัติกรรมทางศาสนา	2.72	0.054	0.97, 7.56
การเป็นเจ้าของบ้าน	0.88	0.910	0.10, 7.48
การมีรถยนต์ส่วนบุคคล	5.07	0.008*	1.50, 17.15
ความรู้สึกมั่นคงของทรัพย์สิน	1.44	0.637	0.31, 6.61
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1.09	0.940	0.09, 12.24
ยอมรับการเปลี่ยนแปลงความสามารถร่างกาย	2.65	0.057	0.96, 7.25

* Significant at p-value < 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการบริการเพื่อสุขภาพ โดยมีสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ และใช้อย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 1.91 SD 0.91) มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเป็นประจำ (ค่าเฉลี่ย 1.49 SD 0.61) มีการวัดรอบเอวผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.60 SD 0.69) มีรถไปรับผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพ ประจำปีที่หน่วยบริการสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 2.23 SD 0.76) ได้รับการจัดบริการ ขุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน และตรวจสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 2.07 SD 0.65) การเข้าถึงบริการ มีเจ้าหน้าที่มาให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.79 SD 0.66) มีการวัดการมองเห็นในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.82 SD 0.65) มีการวัดการได้ยินในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.96 SD 0.72) มีการวัดหรือเคตรวจ ความคิด ความจำ (ภาวะสมองเสื่อม) ในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.94 SD 0.75) มีการวัดหรือเคตรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.88 SD 0.70) มีการจัดกิจกรรม หรือ อบรม เรื่องอาหาร ที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.86 SD 0.67) มีการจัดกิจกรรม หรือ อบรม เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.75 SD 0.72) มีการสร้างนวัตกรรม หรือ โครงการ ส่งเสริมสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.97 SD 0.75) ท่านเข้าร่วมกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 1.71 SD 0.79) มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 1.89 SD 0.86) มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม จิตอาสา ในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 1.76 SD 0.72) มีการปรับพื้นที่สาธารณะให้เอื้อต่อการเดินทาง และทำกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ถนน (ค่าเฉลี่ย 2.01 SD 0.83) มีการสำรวจ และปรับปรุงสภาพบ้านผู้สูงอายุให้เอื้อต่อการใช้ชีวิต เช่น มีราวจับ ทางเดิน ส้วมแบบโถนั่ง เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 1.97 SD 0.83) การได้รับชุดสิทธิประโยชน์ มีการจัดบริการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้บ้างที่บ้าน (ค่าเฉลี่ย 1.70 SD 0.72) มีการใช้การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพร การนวด กับผู้สูงอายุที่บ้าน (ค่าเฉลี่ย 1.92 SD 0.69) มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 1.82 SD 0.81) มีการจัดบริการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ค่าเฉลี่ย 1.74 SD 0.76) มีระบบการรับส่ง-ต่อ (ส่งจากบ้าน ไปโรงพยาบาล และ รับจากโรงพยาบาลกลับบ้าน) เมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 1.89 SD 0.81) การเข้าร่วมโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน มีการจัดเจ้าหน้าที่มาช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำกายภาพบำบัด ให้กับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ค่าเฉลี่ย 1.87 SD 0.75) มีการให้คำแนะนำฝึกสอนวิธีการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กับญาติหรือบุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย (ค่าเฉลี่ย 1.75 SD 0.72) มีการจัดกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคปอดขาด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอื่นๆ ให้กับผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 1.90 SD 0.77)

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 การมีส่วนร่วมของโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบางส่วน ยังไม่ตระหนักว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของตนเอง ต้องการให้ โรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้การทำงานของอปท.เข้าไปดำเนินการให้ โดยที่ประชาชนยังมีวิถีชีวิต หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เปลี่ยนแปลงประชาชนจึงไม่เขียนโครงการเพื่อดำเนินการ แต่จะรอโครงการจากเทศบาล หรือ อบต.มาดำเนินการให้ คอยร่วมกิจกรรม บางคนว่ากิจกรรมไม่ต่อเนื่องทำบางช่วงบางยุคสมัยไป

5.2.2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ดังจะเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยเอง มีบุตรหลานคอยดูแล มีการเข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนา อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวกและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต และมีความสุขในการดำเนินชีวิต

5.2.3 ระดับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ความอยู่ดีมีสุขที่เกิดจากความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิต เชื่อมโยงทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองจนบรรลุในสิ่งที่เป็เป้าหมายและสามารถใช้ชีวิตอยู่ ในสังคมอย่างปกติสุข

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ต้องมีกระบวนการประเมินผลจากการดำเนินโครงการกิจกรรมด้านสุขภาพพร้อมมีเครื่องมือวัดด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจนเพื่อดำเนินการต่อยอดโครงการกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับบริบทชุมชน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้เพราะในด้าน ดังกล่าวผู้สูงอายุยังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจทำได้โดยการเพิ่มเงินช่วยเหลือที่เพียงพอแก่การดำรงชีพให้แก่ ผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ รับผู้สูงอายุเข้าทำงานในลักษณะงานที่เหมาะสม พร้อมการวางแผนการใช้จ่ายเงินและการวางแผนการออม

3. ควรศึกษาลักษณะและประเภทงานที่เหมาะสมกับแรงงานสูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญมากขึ้นในภาวะที่หลายประเทศ กำลังอยู่ในภาวะขาดแคลนแรงงานวัยหนุ่มสาวและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ส่วน ก : ประวัติผู้รับผิดชอบและผู้ร่วมวิจัย

โดยแนบแบบประวัติของคณะผู้วิจัยทุกคน โดยระบุตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวนฤมล จันทร์มา
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Narumon Janma
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 5670300079317
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
เงินเดือน (บาท) 3,2000
เวลาที่ใช้ทำวิจัย 1 ปี (ชั่วโมง : สัปดาห์)
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เพชรบูรณ์
5. ประวัติการศึกษา
ครุศาสตรบัณฑิต(สุขศึกษา)สถาบันราชภัฏเพชรบูรณ์ ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2545
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2548
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2562
ประกาศนียบัตรแพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย) สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรพิษณุโลก ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2554
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
 - 1) สาขาสาธารณสุขศาสตร์
 - 2) สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
 - 3) สาขาการแพทย์แผนไทย
 - 4) สาขาสุขศึกษา
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
โดยระบุสถานภาพในการทำวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการโครงการวิจัย หัวหน้า
โครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

ประสบการณ์

- 1) โครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อการประเมินระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง
พ.ศ. 2558 เขตสุขภาพที่ 7
- 2) โครงการศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการและผลดำเนินการกองทุนสุขภาพชุมชน
จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2558

- 3) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556 - 2557
 - 4) ฝุ่นในวัฒนธรรมม้ง: กรณีศึกษาชุมชนบ้านเข็กน้อย ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2556
 - 5) อาหารธรรมชาติของชาวปกากะยอ บ้านแม่หลอ อ.แม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2558
 - 6) การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขต 2, 2561
 - 7) รายงานการศึกษาโครงการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน, 2561
- คุณสมบัติพิเศษ/ความเชี่ยวชาญ/ความสนใจพิเศษ
- 8) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ 2562
 - 9) ศึกษาศาสตร์ชาวบ้านพลิกแผ่นดินกล้วยสุ่วิสาหกิจชุมชนเพื่อเพิ่มมูลค่าตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงจังหวัดเพชรบูรณ์

ผลงานตีพิมพ์

- 1) Narumon Janma. (2019) Drug use among agriculture-related workers in Thailand. F1000 Research SCOPUS F1000 Research Ltd 07 Jun 2019.
- 2) นฤมล จันทร์มา. (2561). การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขต 2. ตีพิมพ์เมื่อ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2561 , หน้า 518-524. ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น TCI กลุ่ม 2 ในประเทศไทย
- 3) นฤมล จันทร์มา. (2560). ฝุ่นในวัฒนธรรมม้ง. ตีพิมพ์เมื่อ กรกฎาคม – กันยายน 2560, หน้า 399-406. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น TCI กลุ่ม 2 ในประเทศไทย
- 4) นฤมล จันทร์มา. (2559). การศึกษาผลของครีมนะมูต่อการแก้ไขปัญหากลืนแท้ง. ตีพิมพ์เมื่อวันที่ 29-30 สิงหาคม 2559 หน้า 29-39 (Oral proceeding) การประชุมวิชาการระดับชาติ “แพทย์แผนไทยภูมิปัญญาของแผ่นดิน”เครือข่ายสถาบันวิชาการสาธารณสุขและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (สวสท.)
- 5) มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล, นฤมล จันทร์มา และ สุจิตตา ฤทธิมนตร์ . (2561). รายงานการศึกษาโครงการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน, 2561. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.

บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2009). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2009. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2014). รายงานการประชุม Think Tank เพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้. กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงทิพย์ สิริกุล, ส. (2013). การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2013. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- พรหมภักดี, ช. (2013). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สำนักวิชาการ ชั้น 26 อาคารสุขประพฤติ ถนนประชาชื่น เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิจัยและข้อมูล สำนักวิชาการ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2013). ผู้สูงอายุไทย 2556. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2012). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2012. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วิทมา ธรรมเจริญ.(2012).อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัย ภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2013). การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.(2546) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2007). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2007. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชากร 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2014). รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2014 กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2013). ตัวอย่างโครงการหรือกิจกรรมการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(กองทุน อบต.-เทศบาล) กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2014). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(ฉบับปรับปรุง2014). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช) พิมพ์ครั้งที่ 3 บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2007). คู่มือสนับสนุนส่งเสริมศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และคนพิการ โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2013). สรุปสถิติที่สำคัญ 2013. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- รศรินทร์ เกรย์. (2013) มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ
New Concept of Older Persons :The Psycho-Social and Health Perspective.
กรุงเทพมหานคร:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- Bluestone, K. (2014). Facing the facts: The truth about ageing and development. registered charity No.1128267-8 and company limited by guarantee registered in England :
International is the trading name of HelpAge International UK.
- Bluestone, K. (2014). Facing the facts:The truth about ageing and development. London: Age
International is the trading name of HelpAge International UK, registered charity The
registered address is Tavis House, 1-6 Tavistock Square,.
- Dunn, William N. (1981). Public Policy Analysis Englewood Cliffs,NJ: Prentice Hall Social values and
public policy.
- Gilmour, H. (2012). Social participation and the health and well-being of Canadian seniors.
Canada Catalogue: Component of Statistics .
- Gunilla Bjärås, BO J. A. Haglund. & Susan B. Rifkin.(1991). A new approach to community
participation assessment. Health promotion international Oxford University Press.
- Kochhar, R. (2014). Attitudes about Aging A Global Perspective. Pew Research Center Russ
Oates Communications Manage.
- Katz, Daniel.(1978) and Robert L. Kahn. The Social Psychology of Organization. Ed.New York:
John Wiley& Son.
- Kirk, R.E, (1995). Experimental design : Procedures for the behavioral sciences. Ed. California:
Brooks/Cole.
- Lis, K. R. (2008). Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People. Austrian
Red Cross, Vienna.: Gert Schnögl/Info-Media.
- Nations, U. (2012). Ageing in the Twenty-First Century A Celebration and A Challenge. New
York and HelpAge International London p-19,166: published by the United Nations
population fund (UNFPA).
- Nations, U. (2012). Ageing in the Twenty-First Century:A Celebration and A Challenge. London:

- United Nations Population Fund(UNFPA), New York, and HelpAge International,.
 Nations, U. (2012). Population Ageing and Development 2012. New York: Department of
 Economic and Social Affairs.
- Nations, U. (2013). World Population Ageing 2013. New York: Department of Economic and
 Social Affairs, Population Division.
- Nations, U. (2015). World Population Prospects The 2015 Revision. New York: Department of
 Economic and Social Affairs,.
- Nachmias David (1979). Policy Evaluation: Approaches and Methods New York : st Martin's
 Press.
- Stufflebeam David L. (1973) An Introduction to the PDK Book. In Worthen, B. and
 Sanders,J.R.(eds) Educational' Evaluation: Theory and Practice, worhington ohio: Charles
 A.jones.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World
 Population Prospects: The 2015 Revision.
- WHO. (2015). World health statistics 2015. Luxembourg: Printed in Luxembourg Original cover
 by WHO Graphics.
- John Ware. **WHO (Five) Well-Being Index (1998 version)**.Copenhagen: Psychiatric Research
 Unit WHO Collaborating in Mental Health; 1995.
- Liwowsky I, Kramer D, Mergl R, Bramesfeld A, Allgaier AK,Poppel E, et al. **Screening for
 depression in the older long-term unemployed**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol
 2009; 44:622-7.

แบบสอบถาม

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

คำชี้แจง ให้กรอกข้อมูลในช่องว่างและการเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงจากการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง

2. ระบุ พ.ศ. ที่เกิด.....

3. สถานภาพ

☐ (1) โสด ☐ (2) สมรส ☐ (3) หม้าย ☐ (4) หย่าร้าง ☐ (5) แยกกันอยู่

4. อาศัยอยู่กับใคร

☐ (1) คู่สมรส ☐ (2) บุตร ☐ (3) หลาน ☐ (4) ญาติ

☐ (5) เพื่อนบ้าน ☐ (6) อยู่คนเดียว ☐ (7) บุคคลอื่น ระบุ.....

5. ศาสนา

☐ (1) พุทธ ☐ (2) ศาสนาอื่นๆ ระบุ.....

6. การศึกษาสูงสุด

☐ (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ (2) ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ (3) ประถมศึกษา

☐ (4) มัธยมศึกษา ☐ (5) อนุปริญญา ☐ (6) ปริญญาตรี

☐ (9) สูงกว่าปริญญาตรี

7. มีความสามารถในการอ่านหนังสือ

☐ (1) อ่านออก ☐ (2) อ่านไม่ออก

8. มีความสามารถในการเขียนหนังสือ

☐ (1) เขียนได้ ☐ (2) เขียนไม่ได้

9. การทำงานปัจจุบัน

☐ (0) ไม่ได้ทำงาน ☐ (1) ข้าราชการเกษียณ ☐ (2) รับจ้างทั่วไป ☐ (3) ค้าขาย/บริการ

☐ (4) เกษตรกรรม ☐ (4.1) ปลูกพืชไร่ ☐ (4.2) ขาวนา ☐ (4.3) ขาวสวน

☐ (4.4) เลี้ยงสัตว์และเพาะเลี้ยงสัตว์ ☐ (5) งานธุรกิจด้านความสามารถทักษะฝีมือเช่น(จักรสาน

หัตถกรรม) ☐ (6) ทำงานเชิงสังคมมีค่าตอบแทน ☐ (7) ทำงานเชิงสังคมไม่มีค่าตอบแทน

☐ (8) อื่นๆ ระบุ.....

10. ใน 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการในกลุ่มโรคเฉียบพลันหรือไม่

ข้อ	โรคเฉียบพลัน	เป็น	ไม่เป็น
1	ไข้หวัดใหญ่		
2	ไข้หวัด		
3	ปอดอักเสบ		
4	ปอดบวม		
5	ภาวะหมดสติ		
6	หอบเหนื่อย		
7	อาการชัก		
8	ภาวะช็อก		
9	อาหารเป็นพิษ		
10	ไส้ติ่งอักเสบ		
11	กระเพาะทะลุ		

11. ได้รับการรักษาโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ (0) ไม่เคยไปเลย ☐ (1) เป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง
☐ (2) ต่อเนื่องเป็นประจำ ไปรับยาที่เดือน ครั้ง..... ☐ (3) อื่นๆระบุ.....
 ไปรับยาที่เดือนครั้ง.....

12. ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาโรคประจำตัวที่ใด

☐ (0) ไม่เคยไปใช้บริการ ☐ (1) โรงพยาบาล ☐ (2) โรงพยาบาลส่งเสริม
 สุขภาพตำบล
☐ (3) คลินิก ☐ (4) ซื้อมากินเอง ☐ (5) หมอแผนโบราณ
☐ (6) อบท./เทศบาล ☐ (7) อื่นๆระบุ.....

13. อุปกรณ์ช่วยเหลือ

☐ (24.1) ฟันปลอม ☐ (1) ใช่ ☐ (2) ไม่ใช่
☐ (24.2) เครื่องช่วยฟัง ☐ (1) ใช่ ☐ (2) ไม่ใช่
☐ (24.3) แวนตา ☐ (1) ใช่ ☐ (2) ไม่ใช่

14. น้ำหนักที่ซั้งล่าสุด(กิโลกรัม)

15. ส่วนสูงที่วัดล่าสุด (เมตร²) =กิโลกรัม/เมตร²

ส่วนที่ 2 ด้านคุณภาพชีวิต SF-12 (version 2)

[sf1] 1. โดยทั่วไป ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร?

-ดีเยี่ยม (1)
-ดีมาก (2)
-ดี (3)
-ปานกลาง (4)
-ไม่ดี (5)

เรื่องต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำในแต่ละวัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/อุปสรรคในการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ ถ้าใช่ มากน้อยแค่ไหน

[sf2] 2. กิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาดกวาด เช็ดบ้าน หรือหิ้วของ กลับจากตลาด

-ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1)
-ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2)
-ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

[sf3] 3. การเดินขึ้นตึก 3-2 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน

-ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1)
-ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2)
-ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่านหรือกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำทุกวันเนื่องมาจากสุขภาพของท่านหรือไม่

[sf4] 4. ทำงานได้ปริมาณน้อยลงกว่าที่ต้องการ

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นานๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

[sf5] 5. ไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นานๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่าน หรือกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำทุกวัน เนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ของท่านหรือไม่ เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล

[sf6] 6. ทำงานได้ปริมาณน้อยกว่าที่ต้องการ

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นานๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

[sf7] 7. ทำงาน หรือทำกิจกรรมอื่นๆ โดยปราศจากความระมัดระวัง สับสน เลินเล่อ อย่างที่เคย

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นานๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

[sf8] 8. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ (งานในบ้านและนอกบ้าน) มากน้อยเพียงใด

-ไม่เลย (1)
-เล็กน้อย (2)
-ปานกลาง (3)
-ค่อนข้างมาก (4)
-มากที่สุด (5)

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึก และสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน...

[sf9] 9. ท่านรู้สึกใจสงบ ใจนิ่ง มีสมาธิ

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นานๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

[sf10] 10. ท่านรู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น

-ตลอดเวลา (1)
เกือบตลอดเวลา (2)
บางครั้ง (3)
นานๆ ครั้ง (4)
ไม่เลย (5)

[sf11] 11 . ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่

-ตลอดเวลา (1)
เกือบตลอดเวลา (2)
บางครั้ง (3)
นานๆ ครั้ง (4)
ไม่เลย (5)

[sf12] 12. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีปัญหาทางสุขภาพหรือปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่าน เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท เป็นต้น

-ตลอดเวลา (1)
เกือบตลอดเวลา (2)
บางครั้ง (3)
นานๆ ครั้ง (4)
ไม่เลย (5)

ส่วนที่ 3 ระดับความอยู่ดีมีสุข

ระดับความอยู่ดีมีสุข						
มิติของความอยู่ดีมีสุข	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บ่อยๆ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1) รู้สึกสดชื่น แจ่มใสและอารมณ์ดี						
2) รู้สึกสงบและผ่อนคลาย						
3) รู้สึกคึกคักและมีพลังวังชา						
4) ตื่นขึ้นมาพร้อมความรู้สึกสดชื่นและสงบ						
5) ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ						

