



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปถัมภ์ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์



รัตนกาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา-

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
ในอำเภอโกภกพระ จังหวัดนครสวรรค์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
ในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดนครสวรรค์"
ของ รัตนาภาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์
ผู้วิจัย	รัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง
สถานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนัท กนกเทศ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2563
คำสำคัญ	ผู้สูงอายุ, พฤติกรรม, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 435 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ีต้าและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 ($=18.25$, S.D. = 2.47) อายุ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรม และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Title FACTORS ASSOCIATED WITH PARTICIPATION ACTIVE AGING
AMONG ELDERLY PEOPLE IN KROKPHRA DISTRICT,
NAKHONSAWAN PROVINCE

Author RATTANAGARN CHAROENSIRUNGRUENG

Advisor Assistant Professor Thanach Kanokthet, Dr.P.H.

Academic Paper Thesis M.P.H. in Public Health Program, Naresuan University, 2020

Keywords Elderly People, Active Aging, Factor Associated

ABSTRACT

This correlational research study aimed to determine the level of active ageing and examine the factors associated with Participation Active Aging Among Elderly People In Krokphra District, Nakhonsawan Province. The participants were 435 persons who were aged 60 and older living in Krokphra District, Nakhonsawan Province. The samples consisted by multi-stage random sampling. The data were collected by questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, Eta correlation and Pearson product-moment correlation coefficient. The results revealed that The results revealed that 1) Overall active ageing of health was a high level at 65.7 % ($=19.22$, S.D. = 2.58), Overall active ageing of participation was a Middle level at 53.8 % ($=18.25$, S.D. = 2.47) Age and Economic factors have a negative relationship with Participation Active Aging Among Elderly People. Social factor Behavioral and occupational factors have a positive relationship with Participation Active Aging Among Elderly People on a statistically significance difference at 0.01.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ามาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้ คำแนะนำ ตลอดระยะเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ แนวคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา วิทยานิพนธ์ให้ดียิ่งขึ้นเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้อย่างสมบูรณ์ และทรงคุณค่า ในการต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์และพัฒนาเป็นชิ้นงาน คุณภาพสืบต่อไปในภายภาคหน้า

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วย ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุพัฒนา คำสอน, แพทย์หญิงศิริพร สุคันธมาลา และนางสาวสวิชญา ทั้งหิรัญ ที่ กรุณาให้คำแนะนำและ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ที่ให้ความร่วมมือในการ ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงานที่เป็นแรงสนับสนุน และเป็นกำลังใจที่ดีมาโดย ตลอดระยะเวลาการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ บรรลุตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวที่วางไว้

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณ ทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังอย่างยิ่งว่า งานนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทย และผู้ ที่สนใจทุกท่าน

รัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศคุณูปการ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามของการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมุติฐานของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
คำสำคัญหรือคำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	6
แนวคิดพหุฒพล้งของผู้สูงอายุ	19
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	42

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	50
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง	52
ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง	57
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดนครสวรรค์	59
บทที่ 5 บทสรุป	61
สรุปผลการวิจัย	62
อภิปรายผล	62
ข้อเสนอแนะ	64
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	69
ประวัติผู้วิจัย	77

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน	44
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	50
ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยทางสังคมที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ	52
ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละ ของปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ.....	53
ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ	54
ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละ ของปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ	54
ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยทางพฤติกรรมที่มี ความสัมพันธ์กับต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ.....	56
ตาราง 8 แสดงจำนวน และร้อยละ ของปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ	56
ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุ.....	58
ตาราง 10 แสดงจำนวน และร้อยละ ของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ.....	58
ตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ (correlation) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์	59
ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ (Eta) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของ ผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์	60

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย42



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การของประชากรโลกที่ประเทศต่างๆ ให้ความสนใจ ได้แก่ การสูงวัยของประชากร กล่าวคือ โครงสร้างอายุของประชากรโลก และของประเทศต่างๆ กำลังเปลี่ยนไป ในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น ในขณะที่ปรากฏการณ์ทางประชากรนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลง ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งในปี 2558 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงวัย” แล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) และคาดการณ์ว่าในปี 2574 จะมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1,402 ล้านคน (World Health Organization, 2015)

สำหรับประชากรในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนในปี 2558 อาเซียนมีประชากรรวมทั้งหมด 630 ล้านคนมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ประมาณ 59 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมดประเทศอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยแล้วมี 3 ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ ร้อยละ 18 ไทยร้อยละ 16 และเวียดนาม ร้อยละ 10 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัย ตั้งแต่ปี 2548 โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่รวดเร็ว คือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น ในปี 2558 ประชากรไทยมีจำนวน 65.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ตามการคาดการณ์ประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนมีการเตรียมความพร้อมและวางแผนการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับนโยบายพหุผลพลังขององค์การอนามัยโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้กล่าวถึง ภาวะพหุผลพลัง (Active aging) ว่าเป็นเป้าหมายของคุณภาพชีวิตหรือสุขภาวะของผู้สูงอายุทั่วโลก และคาดว่าน่าจะเป็นหนทางเดียว

ที่จะแก้ไขปัญหามาของการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก และได้นิยาม พหุผลพลัง (Active aging) เป็นกระบวนการที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงอายุ (World Health Organization, 2002) ทั้งนี้ ระดับความพร้อมของผู้สูงอายุไทยในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุยังมีอยู่น้อย ไม่ครอบคลุม และยังมีความตระหนักน้อยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนเรื่องทัศนคติและสร้างระบบการการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างเป็นระบบ

ภาวะพหุผลพลัง (Active aging) เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลตระหนักโดยมีเงื่อนไขที่สำคัญที่บุคคลต้องพึ่งพาตนเอง (Self-reliance) และต้องให้ความสำคัญกับการลงมือปฏิบัติเพื่อทุกคน รวมทั้งการกระทำอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ภาวะพหุผลพลังยังเน้น เรื่องการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) ในชีวิต ซึ่งองค์ประกอบที่กล่าวมาเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545)

จังหวัดนครสวรรค์ มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.29 ของประชากรทั้งหมดซึ่งเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) อำเภอโกรกพระ มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 6,210 คน (ร้อยละ 23.48 ของประชากรทั้งหมด) แบ่งเป็น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 92.05, กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 7.42 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.53 (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ.2560) สะท้อนให้เห็นการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และเมื่อมองในภาพรวมของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียงสูงเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดนครสวรรค์ จึงเป็นอำเภอที่มีความสนใจในการศึกษาภาวะพหุผลพลังของผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พหุผลพลังด้านการมีส่วนร่วม มีความสำคัญกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุที่ลำพังคนเดียวและอยู่ลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกัน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพหุผลพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ปัจจัยกำหนดเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านของพหุผลพลัง ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบบริการทางสังคม (Determinants Related to Health and Social Service Systems) ปัจจัยกำหนดทางพฤติกรรม (Behavioral Determinants) ปัจจัยกำหนดที่ เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล

(Determinants Related to Personal Factors) ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม (Determinants Related to the Social Environment) และปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจ (Economic Determinants) (World Health Organization, 2002, pp. 21-32) โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้มีสุขภาพดี สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีศักยภาพสมวัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะนำไปใช้ในการส่งเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะส่งผลให้ประชากรมีการสูงวัยอย่างมีศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามของการวิจัย

1. พหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านบุคคลและด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ศึกษากับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ปัจจัยเศรษฐกิจ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย รายได้ ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปรตาม ได้แก่ พหุผลทางด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2561 – มิถุนายน 2562

คำสำคัญหรือคำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

พหุผล หมายถึง เป็นศักยภาพของบุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาว รู้วิธีจัดการกับชีวิตให้มีความสุข ที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ ที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีอิสระพึ่งพาตนเองได้ และมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้อื่น มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักยภาพ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและเป็นที่ยอมรับของตนเองและสังคมครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ (Health), ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) และด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security)

พหุผลด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้าน สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของตน ตามความสามารถ ความต้องการและความชอบ ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมประกอบด้วย 3 มิติที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมตลอดชีวิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์

ปัจจัยทางสังคม หมายถึง การเลือกบริการทางสังคม ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดพหุผล ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การเตรียมการสำหรับการปฏิบัติตัว และได้วางแผนปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย รายได้ การพึ่งพาตนเอง

ปัจจัยทางพฤติกรรม หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือวิธีการปฏิบัติตัว ของผู้สูงอายุ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ที่เป็นสาเหตุหรือการชักนำทำให้เกิดผลพลั่งของผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง นำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Aging)
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง นำผลการศึกษาไปใช้พัฒนารูปแบบโปรแกรมการพัฒนาพฤฒิพลังของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนัก และเห็นความสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอ
โกสุมพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยในหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
 - 1.4 ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
 - 1.5 ความต้องการของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดพฤติกรรมของผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วม
 - 2.2 เป้าหมายของพฤติกรรม
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์
 - 3.2 แนวคิดนวัตกรรมพฤติกรรมของผู้สูงอายุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” นั้น เดิมจะใช้คำว่า “ชรา” ซึ่งปรากฏตามพจนานุกรมฉบับ
(ราชบัณฑิตยสถาน, 2538, น. 347) ให้ความหมายของคำว่า “ชรา” ว่าหมายถึง แก่ด้วยอายุ ชำรุด
ทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมโดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุ และกลุ่มนักวิชาการ เพราะคำนี้
ก่อให้เกิดความรู้สึกในด้านลบในการมองตัวเองของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น เกิดความหดหู่ใจ ท้อแท้
และสิ้นหวัง ทั้งนี้จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิ สิริสุนทร เป็น

ประธานได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” แทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้เป็นคำที่มีความหมายยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพกว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ (นพดล สาระซัง, 2556, น.27 อ้างอิงใน รัตนโกศล พานิชพันธ์, 2560)

ในปี พ.ศ. 2525 องค์การสหประชาชาติ ซึ่งได้จัดสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้น ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย โดยได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หลังจากนั้นก็มีผู้นิยามความหมายของผู้สูงอายุอีกหลายคำนิยาม โดยมีเกณฑ์การพิจารณาทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน เช่น การให้ความหมายโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ การให้ความหมายตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หรือการให้ความหมายที่ยึดเอาความยาวของชีวิตตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ เป็นต้น สำหรับการศึกษาคำนี้ผู้ศึกษาได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (นันทรัตน์ อมาตยกุล, 2555)

องค์การสหประชาชาติ โดยมติที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุที่นครเจนีวา เมื่อ พ.ศ. 2525 ให้ความหมายผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทินองค์การอนามัยโลก ให้ความหมายผู้สูงอายุไว้กว้างๆ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัยหรือหมายถึงผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจหรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุ กำหนดจากสังคม วัฒนธรรม (นพดล สาระซัง, 2556, น. 27 อ้างอิงใน รัตนโกศล พานิชพันธ์, 2560)

สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่ง มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

วัยสูงอายุ คือ วัยที่คนมีอายุยาวนานจนสังขารเริ่มเสื่อมถอยลง ความชราเป็นผลของการสูญเสีย อย่างช้าๆ และไปเรื่อยๆ ของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ของร่างกายรวมทั้งเนื้อเยื่อต่างๆ เกณฑ์ที่กำหนดว่าใครคือคนชรา คือ อายุ ซึ่งวัดโดยจำนวนปีที่ได้ มีชีวิตอยู่ การจำแนกขึ้นอยู่กับแต่ละสังคมและเวลาที่อ้างถึง ในสังคมที่มีลักษณะเป็นสังคมสมัยใหม่ (Modernized) มากก็จะกำหนดอายุที่จะจำแนกว่าเป็นคนชราไว้สูง ส่วนสังคมด้าหลังหรือดั้งเดิมก็ จะกำหนดอายุจำแนกว่าคนชราไว้ต่ำ เช่น ประเทศไทย คนชราคือคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (พีรสิทธิ์ คำนวน ศิลป์, และศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ, 2550)

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายของผู้สูงอายุในแต่ละสังคมจะมีเกณฑ์ที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน เช่น การให้ความหมายตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การให้

ความหมายโดยการใช้อายุเป็นเกณฑ์ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2. การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ

นักชราวิทยาจึงแบ่งช่วงผู้สูงอายุออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคม ชีววิทยา (คริษฐา อ่อนแก้ว, 2554) ดังนี้

1. ช่วงไม่ค่อนแก่ (The young-old) ช่วงนี้ อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่คนต้อง ประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจาก ไปของมิตรสนิท คู่ครองรายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไป ช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตามสำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัว ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก การปรับตัวในช่วงนี้ มีข้อเสนอแนะว่าควรใช้แบบ “Engagement” คือ ยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมทั้งใน ครอบครัวและนอกครอบครัว

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The middle-aged old) อายุประมาณตั้งแต่ 70-79 ปี เป็นช่วง ที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลงการปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “Disengagement” คือ ไม่ค่อนยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนัก

3. ช่วงแก่จริง (The old-old) อายุประมาณตั้งแต่ 80-89 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุขั้นนี้ต้องมีความเป็น ส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวายแต่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตาม วย (both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าใน วยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

4. ช่วงแก่จริง (The very-old) อายุประมาณตั้งแต่ 90-99 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ มี จำนวนค่อนข้างน้อย เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมึ การแข่งขัน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้พบผ่านวิกฤตต่างๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย จะเป็น คาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

3. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทั้งด้านสรีระ ด้านจิตใจ และด้านสังคม การ เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้สามารถสรุป ได้ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นในทุกๆ ระบบหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มีดังนี้

3.1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนน้อยลง เซลล์ที่เหลืออยู่เจริญช้าลงทำให้การหายของแผลช้าลง การทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนังและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายลดลง จึงทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย ผิวหนังขาดการดึงตัว ไชมันใต้ผิวหนังลดลงที่บริเวณใบหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา รวมทั้งการกดทับเส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังจะหนา การซึมผ่านของออกซิเจน อาหารเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง ผมหงอกและมีจำนวนน้อยลง เมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผผลดลง ทำให้ผผและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีเทา เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตบริเวณศีรษะลดลง

3.1.2 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นและไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน เช่น ชายโครง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงและผผมากขึ้น เพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้เกิดหลังค่อมและเอียงมากขึ้น ความสูงลดลง 2 นิ้วจากอายุ 20-70 ปี (1.2 เซนติเมตร ทุก 20 ปี) ความยาวของกระดูกยาวคงที่ แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น การทรงตัวไม่ดี ไม่กระฉับกระเฉง ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นสาเหตุทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดข้ออักเสบและติดข้อได้ง่าย

3.1.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืดไขมันและสารไลโปฟุสซิน มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ผผหลอดเลือดหนาและมีความยืดหยุ่นน้อยลงเพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความแรงของชีพจรลดลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

3.1.4 ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและหลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลงเพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ความแข็งแรงและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง เนื้อหุ้มปอดแห้งทึบ ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้นผนังถุงลมแตกง่าย เกิดโรคถุงลมโป่งพองง่าย หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่น ทำให้หายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย

3.1.5 ระบบทางเดินอาหาร การผลิตเอนไซม์ และลดลง 1 ใน 3 ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่างๆ ในกระเพาะอาหารลดลง การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็ก วิตามินบี 2 ลดลง ผู้สูงอายุเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง และผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายที่ไม่มีกาก จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก ทำให้เบื่ออาหาร ท้องอืดง่าย ตับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปริมาณน้ำดีลดลง รวมทั้งมีความหนืดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย ตับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อย และ ที่ผลิตมานั้น มีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือด และมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานอย่างอ่อนได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว

3.1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่างๆ น้อยลง ทำให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลงทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่ดี กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากมาย หลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งมีผลทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุชายมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะได้ลำบาก ผู้หญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

3.1.7 ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง มีความสามารถในการผสมกับไข่ น้อยลง ความหนืด ของน้ำเชื้อลดลง ไขมันบริเวณใต้หัวหน่าวและขนลดลง ผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อภายในมดลูกบางลง มีเนื้อพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง รอยย่นและความยืดหยุ่นทางช่องคลอดเล็กลง ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและ

ความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีชาวยืด เพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

3.1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำหนักของต่อมใต้สมองลดลงร้อยละ 20 มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนรังไข่เพิ่มขึ้นในผู้หญิง แต่คงที่และเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ในผู้ชาย ส่วนการผลิตฮอร์โมนอื่นอาจคงที่หรือลดลง

3.1.9 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ประสิทธิภาพการทำงานทางสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิด เชื่องช้า บางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทำงานได้ไม่สัมพันธ์กัน อาจทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำเสื่อม โดยเฉพาะความจำเรื่องราวใหม่ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าๆ ในอดีตได้ดี โดยความจำเสื่อมจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยในช่วงอายุ 60-70 ปีและค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ การเรียนรู้และความจำ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความจำประกอบด้วย ความจำ ในอดีต (Remote memory) คือความจำเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา ความจำในเรื่องปัจจุบัน (Recent Memory) เป็นความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เรื่องราว ประสบการณ์ หรือข้อมูลที่ได้รับในรอบ 24 ชั่วโมง ความจำเฉพาะหน้า (Immediate Memory) เป็นการจดจำเรื่องที่เกิดขึ้นในทันที ช่วงระยะเวลาอันสั้น (ตัวเลข 5 – 7 หลัก) ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ลดลงต้องอาศัยเวลานานในการเรียนรู้ สามารถทำงานที่มีประสบการณ์มาแล้วได้ดี ความกระตือรือร้นลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น รูปร่างตาเล็กลง ปฏิกิริยาตอบสนองทางม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่างๆ ไม่ดี ความไวในการมองตามภาพลดลง ความสามารถในการเทียบสีลดลง ทำให้แยกสีที่คล้ายกันได้ยากขึ้น การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเป็นคนแยกตัว ช่างสงสัยและวาดระแวงในสิ่งต่างๆ การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่นในสมอง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับกลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น กลิ่นก๊าซรั่ว กลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง โดยเฉพาะต่อมรับรสหวาน จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดมากขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร การรับความรู้สึกสัมผัสต่อสิ่งต่างๆ ลดลง การรับความรู้สึกเจ็บปวด ทั้งภายในและภายนอกร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอันตรายได้ง่ายโดยไม่มีอาการเตือน

เมื่อสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงทำให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงมาตลอดมีโอกาสเป็นโรคต่างๆ ได้มากขึ้นกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เช่นโรคปอดบวม ปอดอักเสบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น นอกจากนี้ เนื่องจากความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวที่ไม่สัมพันธ์กัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยก็อาจไปทำให้เกิดอันตรายแก่กระดูก หลอดเลือด หรือเส้นประสาททำให้เกิดความพิการติดตามมาอีกด้วย

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักจะมีหลายโรค (Multiple Pathology and Diseases) และมีการแสดงของโรคที่แตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป เช่น เป็นปอดบวมแต่อาการและอาการแสดงของปอดไม่ชัดเจน กลับมีอาการซึม สับสน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2535) เมื่อมีหลายโรคก็มักจะไต่ยาพร้อมๆ กันหลายชนิดทำให้ร่างกายได้รับผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่างๆ เข้าไปอีกนอกจากนั้นเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือกระดูก กล้ามเนื้อได้รับภัยอันตราย ก็จะมีฟันผุและหายใจ เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและสังคม การแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกของสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และลักษณะพัฒนาการด้านต่างๆ ที่ผ่านมาในชีวิตและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปแล้วสภาพความเสื่อมทางอารมณ์และจิตใจ มักจะเกิดควบคู่กันกับการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมทางด้านร่างกายประกอบกับการต้องสูญเสียบทบาท ตำแหน่งหรือหน้าที่ทางสังคม เช่น การเกษียณอายุหรือการเคยเป็นผู้เป็นที่พึ่งของลูกหลาน กับต้องเปลี่ยนสภาพมาเป็นผู้พึ่งพาลูกหลานแทน การต้องสูญเสียสิ่งที่รักหรือบุคคลอันเป็นที่รัก รวมถึงการขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว หรือทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง จึงทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ (เดิมศักดิ์ คทวณิช, 2550) ประกอบกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่ ความจำ เขavnปัญญา การเรียนรู้ บุคลิกภาพ และความเจ็บเหงาเดี๋ยวเดียว ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

3.2.1 ความจำ ความจำเสื่อมถอยลงเป็นปรากฏการณ์เบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสูงอายุ ความจำต่อสิ่งใหม่ๆ มีน้อย กระบวนการจำมีเพียงระยะสั้น มักลืมเหตุการณ์ปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ง่าย แต่พบว่า จำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยในผู้สูงอายุ

3.2.2 เขavnปัญญา ความรวดเร็วของการใช้ความคิดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่าๆ กับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุสามารถที่จะแสดงความ

คิดเห็นหรือใช้วิจารณ์ญาณได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยความสุ่ม จากประสบการณ์และความรู้อันได้รับการสะสมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ส่วนความสามารถในการคำนวณวิเคราะห์สิ่งต่างๆ อาจลดลง แต่ความรู้สึกทั่วไปและที่เกี่ยวกับภาษา ยังคงมีอยู่กระทั่งในบั้นปลายของชีวิต

3.2.3 การเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความทรงจำ ซึ่งมักจะลดน้อยลงในวัยชรา การรับรู้และการเข้าใจในสิ่งต่างๆ ในบริบทของชีวิตที่มีความซับซ้อนจะเรียนรู้ได้ยาก เช่น เทคโนโลยีใหม่ๆ ทางด้านสารสนเทศ และการขาดแรงจูงใจจะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ในระยะนี้

3.2.4 บุคลิกภาพ ลักษณะและรูปแบบที่เป็นมาแต่ดั้งเดิมของคุณลักษณะทางบุคลิกภาพจะยังคงไว้แต่ลักษณะเด่นเฉพาะและจะแสดงออกมาในวัยสูงอายุตามอิทธิพลหรือข้อจำกัดทางกายและจิตใจ

3.2.5 ภาวะเหงา เป็นภาวะที่แสดงถึงการขาดการสนองตอบได้ทางอารมณ์จากการศึกษา พบว่า ในวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 42 เป็นหม้าย ฉะนั้นวัยนี้จะต้องพบกับการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต คือการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งจะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยวขาดคู่คิดจะทำให้จิตใจหดหู่ รวมทั้งเพื่อนในวัยเดียวกันก็ได้ตายจากไปบ้างแล้ว ที่เหลืออยู่ก็อาจจะขาดการติดต่อเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวยในการเดินทาง จึงต้องอยู่อย่างเหงาหงอยก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต มีอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย สิ้นหวังและอาจเป็นสาเหตุทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายยิ่งอ่อนแอลงได้อีก

3.2.6 ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพทางจิตใจ (Insecure) ภาวะไม่มีเสถียรภาพทางจิตใจ เกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจด้านความคุ้มครองให้ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย สะเทือนใจง่าย ด้วยเรื่อง เล็กๆ น้อยๆ ทำให้กลายเป็นคนหุนหันุนใจ ใจน้อย ฉุนเฉียว โกรธง่าย และอ่อนไหวในกิจการของผู้อื่น เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้

3.2.7 ความรู้สึกกลัวตาย ความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้น จึงมักจะต้องพบแพทย์บ่อยๆ เพราะความกลัวตายนี้ทำให้ผู้สูงอายุหาโรคภัยไข้เจ็บใส่ตนเอง จนบางครั้งลูกหลานอาจชุนเคืองและรำคาญได้

3.2.8 ความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง (Helplessness and Hopelessness) เนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพ ทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์ซึ่งเป็นประโยชน์ให้แก่ลูกหลาน ให้แก่สังคม อาจกระทำตนให้เป็นประโยชน์ แต่ถูก

จำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่อาจจะยับยั้งได้ ความรู้สึกหมดหวังทำให้เกิด ความรู้สึกโกรธตนเอง อาจกลายเป็นภาวะเศร้าได้ในที่สุด

ผู้สูงอายุที่ปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดปัญหาทางจิตตามมา ซึ่งปัญหาทางจิตในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยคือ ซึมเศร้า ซึ่งอาการซึมเศร้านี้อาจจะเกิดเนื่องจากภาวะทางจิตโดยตรง หรืออาจเกิดเนื่องจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง หรือเซลล์สมองเสื่อมร่วมด้วยก็ได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าแล้ว โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดคลั่ง (Mania และ Bipolar Disorder) ก็พบได้ แต่มักจะมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยาบางชนิด หรือเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์มาก่อนแล้วนอกจากนี้การที่ประชากรรับรู้ของผู้สูงอายุเสื่อม ประกอบกับความไม่สมดุลทางอารมณ์ก็ทำให้เกิดโรคจิตหวาดระแวงได้

โดยสรุปแล้วการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ มีผลเกี่ยวเนื่องจากความเสื่อมทางกาย ความสามารถในการปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียหรือเหตุการณ์ร้ายๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ตลอดจนภาวะทางเศรษฐกิจ ครอบครัวย และสิ่งแวดล้อม

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกันมีปฏิริยาโต้ตอบ มีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคม ในผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่ม ในครอบครัวและในสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมช้าลง เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุถูกจำกัดหรือลดความสำคัญทางสังคม โดยสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเหลือแค่เพียงครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่มีความสนใจและค่านิยมคล้ายๆ กัน เท่านั้น พฤติกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจะเน้นความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ได้แก่ คู่ครอง บุตร-หลาน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวจากเป็นผู้นำ หรือหัวหน้าครอบครัว ก็เปลี่ยนมาเป็นที่ปรึกษาของบุตรหลานแทน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

3.3.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว

สังคมไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมยุคอุตสาหกรรมเกิดการเคลื่อนย้ายของกลุ่มผู้ใช้แรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง ทั้งผู้สูงอายุไว้ที่บ้าน ผู้สูงอายุที่เคยใช้ชีวิตที่อบอุ่นในอดีตกับลูกหลาน ต้องประสบกับปัญหาในการปรับตัว ให้กับสังคมสมัยใหม่ มีการใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หดหู่ น้อยใจ ว่าเหวและปัญหาสุขภาพจิตตามมา

3.3.2 การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง

วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ได้รับการกระทบกระเทือนใจอยู่เสมอ จากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่กระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2543)

3.3.3 การปลดเกษียณหรือออกจากงาน

การปลดเกษียณหรือออกจากงาน ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เคยรับราชการหรือมีบทบาททางสังคม ทั้งนี้เพราะเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุถูก แยกออกจากงาน เพื่อนร่วมงาน บทบาทและหน้าที่ในสังคมลดลง ตลอดจนจนเป็นการลดบทบาทการเป็นผู้นำ ผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุจึงรู้สึกด้อยค่าในตนเอง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง ขาดการพบปะติดต่อกับบุคคลอื่น และแยกตัวออกจากสังคม

3.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมไทย เปลี่ยนไปในลักษณะคล้ายกับสังคมตะวันตกมากยิ่งขึ้น เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับบุตรหลาน มีความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่างๆ ของคนในวัยหนุ่มสาวในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีการยึดมั่นขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมดั้งเดิม

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคมด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องดูแลและรักษาในสุขภาพกาย สุขภาพจิต

4. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีผลกระทบต่อบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งการดำเนินชีวิตส่วนตัวและบทบาทในสังคม การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะความรู้สึกต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ 5 ประการ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

1. ความรู้สึกเหงา (Loneliness) ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงา อ้างว้าง รู้สึกไม่มีคนเข้าใจ และเห็นใจ รู้สึกทอดทิ้งให้เผชิญภาวะทุกข์ทรมานใจโดยลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว เนื่องจากลูกหลานแยกย้ายไปอยู่ยังที่อื่นๆ หรือคู่ชีวิตตายจาก

2. ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ (Insecure) ภาวะไม่มีเสถียรภาพในจิตใจ เกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้ความปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สบาย หงุดหงิดง่ายด้วยเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ทำให้กลายเป็นคนใจน้อย ขุนเคี้ยว โกรธง่าย เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้

3. ความรู้สึกกลัวตาย ความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความเจ็บปวดเล็กน้อยที่เกิดขึ้น จึงทำให้ต้องพบแพทย์บ่อยๆ เพราะความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุหาโรคภัยไข้เจ็บใส่ตัวเอง จนบางครั้งลูกหลานอาจจะขุนเคี้ยว และรำคาญได้

4. ความรู้สึกสิ้นหวัง (Helplessness and Hopelessness) เนื่องจากความเสื่อมสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดอยากสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ลูกหลาน สังคม อยากทำตนให้เป็นประโยชน์แต่ต้องถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ผู้สูงอายุไม่อาจยับยั้งได้ ความรู้สึกหมดหวังทำให้เกิดความรู้สึกโกรธตนเองกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

5. ความรู้สึกหดหู่และเศร้าใจ เกิดขึ้นจากสาเหตุหลายๆ สาเหตุ และหลายระดับ คือระดับหดหู่ใจเล็กน้อย เศร้าใจเล็กน้อย จนถึงภาวะเศร้าอย่างรุนแรง มีอาการมองโลกในแง่ร้าย ภาวะเศร้าในผู้สูงอายุมักจะทำให้เกิดการสูญเสียทางที่เป็นการสูญเสียจริง และการสูญเสียที่จินตนาการขึ้นเอง ความสูญเสียจริง ได้แก่ การสูญเสียความสมบูรณ์ และความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียเพื่อนฝูง มิตรสหาย สูญเสียคู่ชีวิต สูญเสียลูกหลานที่เคยอยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตาที่ต้องแยกย้ายกันไปสร้างครอบครัวใหม่ สูญเสียความไม่มั่นคงทางใจ การสูญเสียในจินตนาการ ได้แก่ การสูญเสียความนับหน้าถือตาที่ตนเคยได้รับสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียเกียรติยศชื่อเสียงที่เคยได้รับจากตำแหน่งหน้าที่การงาน สูญเสียความรู้สึกมีค่าในตนเอง ภาวะเศร้าในผู้สูงอายุอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกระทำอัตวิบัติกรรม และเป็นสาเหตุการตายที่ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ที่สำคัญคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรืออารมณ์เศร้าง่าย

5. ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยหนุ่มสาวมีสัดส่วนน้อยลง ทั้งที่ยังมีหน้าที่การงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหา

ต่างๆ มากมาย ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าววนอกจากกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมในภาพรวมที่ต้องให้การดูแลและให้สวัสดิการผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การรักษาพยาบาล การให้สวัสดิการต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) ได้เน้นถึงความต้องการของผู้สูงอายุโดยยึดแนวคิดของ คลาร์ค (Clark) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการในสิ่งต่อไปนี้

1. ต้องการให้ตนเองเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
2. ต้องการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชุมชน
3. ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
4. ต้องการเข้าร่วมสนุกกับเพื่อนตามปกติ
5. ต้องการการยอมรับนับถือ
6. ต้องการแสดงออกในผลสำเร็จของตน

ศรีทัษิณี รัตนโกศล (2527) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกละเลยให้อยู่โดดเดี่ยวจะขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจรวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลหรือ องค์กรสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มอาสาสมัครทั้งองค์การภาครัฐและองค์การภาคเอกชน

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันชราภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่สภาพในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคม

3. ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรมและในการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่ลดการพึ่งพาตนเองให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมแล้วจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

5.1 ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มสังคม

5.2 ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว และสังคม

5.3 ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่ม ของชุมชน และของสังคม

5.4 ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้

5.5 ความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

6. ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัย 4 ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัยโดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย คลายจากความวิตกกังวล และความหวาดกลัว ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการโอกาสก้าวหน้า โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายชีวิต

7. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือ ด้านการเงินจากบุตรหลานเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้ เพื่อตนเองจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจ ช่วยให้ตนพ้นจากภาวะบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

จากแนวความคิดสรุปได้ว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุก็จะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้าน ทั้งนี้สำหรับการปรับตัวของผู้สูงอายุนั้นจะต้องอาศัยการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย เพื่อจะเป็นการลดปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

แนวคิดพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ

1. ความหมายของพัฒนาพลังด้านการมีส่วนร่วม

แนวคิดพัฒนาพลังถูกกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในช่วงปลายทศวรรษที่ 90 เป็นแนวคิดที่แสดงถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลกที่ต้องดำเนินไปให้ถึง และคาดว่าเป็นหนทางเดียวที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งเป็นการเสนอแนวคิดในภาพรวมเพื่อเป็นแนวทางแก่ประเทศต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา ให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถมีความสุขในชีวิต ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีความตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถทางสังคมเศรษฐกิจ รวมทั้งการมีศักยภาพที่พึ่งพาตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ และใช้ความสามารถช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่น และสังคม (ปารีชาติ ญาตินิยม, 2547)

แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาพลัง (Active aging) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนาสังคมได้มีนักวิชาการด้านต่างๆ มากมาย กล่าวถึง คำว่า “Active aging” เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีคุณภาพ มีศักยภาพ มีความสามารถ และมีประสิทธิภาพ และให้ความหมายที่มีนัยยะที่คล้ายกัน ดังนี้

เชก ธนะศิริ (2547) กล่าวว่า Active aging หมายถึง การเป็นผู้สูงอายุที่ทรงพลัง หรือเรียกพลังสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทรงพลัง หรือเรียกว่า พัฒนาพลังตลอดไปจนถึงวาระสุดท้าย คือ ตายอย่างสงบและปราศจากโรค โดยไม่ต้องรักษา หรือหาวิธียืดความตาย ต่อไป

ปารีชาติ ญาตินิยม (2547) กล่าวว่า Active aging หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในบริบทของสังคมไทย ประกอบด้วย 4 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1)แนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพดี (Health Aging) 2) แนวคิดสูงวัยอย่างประสบผลสำเร็จ (Successful Aging) 3)แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังมีประโยชน์ (Productive Aging) และ 4)แนวคิดธนาคารสมอง (Brain Bank)

เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร (2549) กล่าวว่า Active aging หมายถึง ภาวะพัฒนาพลังภายใต้กรอบมโนทัศน์ขององค์การอนามัยโลกในการประชุมว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ พ.ศ.2545 ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1)สุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการดำรงความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา 2) การดำรงศักยภาพที่จะมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง 3)ความมั่นคงหรือหลักประกันทางสังคม

กุลพลี เงามแสงธรรม (2551) กล่าวว่า Active aging หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่มีลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) มีศักยภาพและความสามารถเป็นหลัก (Productive Aging) 2) ดูแลตนเอง (Self-care) โดยหลักการประกันและความมั่นคงให้ตนเองตามอัมภาพ 3)

พึ่งตนเองได้ (Self-reliance) โดยรักษาคุณภาพชีวิต ทั้งในเรื่อง กาย จิต สังคมและปัญญา เพื่อทำสิ่งที่ปรารถนาได้ตามศักยภาพของตน 4) สามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม โดยมีส่วนร่วมร่วมกับสังคมให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ 5) มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับความเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึง

วิถีดัชนี จันทรสมบัติ (2552) กล่าวว่า Active aging หมายถึง ผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จต่ออาชีพหน้าที่การงาน หรือจุดมุ่งหมายของชีวิต และสามารถที่จะบริหารจัดการในการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสมตามอรรถภาพในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

จากการศึกษา ความหมายของพหุผลพลัง (Active Aging) สรุปได้ว่าพหุผล (Active Aging) เป็นศักยภาพของบุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ที่มีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาว รู้วิธีจัดการกับชีวิตให้มีความสุข ที่มีคุณลักษณะ ที่พึงประสงค์ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ ที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีอิสระพึ่งพาตนเองได้ และมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้อื่น มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักยภาพ การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี ความสามารถในการใช้สรีรวิทยา จิตใจ และสังคมตามกระบวนการชราที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถดำเนินชีวิตในสังคมตามสิทธิที่มีอยู่อย่างอิสระ

2. เป้าหมายของพหุผลพลัง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้กล่าวถึง เป้าหมายของพหุผลพลัง ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) สุขภาพ (Health) 2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) 3) การมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) รายละเอียดดังนี้

1. สุขภาพ (Health)

เป็นปัจจัยหลักของผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตแบบอิสระไม่ต้องพึ่งพาหรือรักษาน้อยที่สุด โดยการดูแลสุขภาพตนเองให้ปราศจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะที่มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยา หรือบริการทางการแพทย์ สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นที่ต้องการบริการทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ประกอบด้วยปัจจัยหลักใหญ่ 4 ด้าน

1.1 ด้านการป้องกันและการลดความพิการ การเกิดโรคเรื้อรังและการตายก่อนกำหนดมี 11 ประการ

1.1.1 การตั้งเป้าหมายดูแลสุขภาพ (Goals and targets) โดยการระบุเพศ และการวัดประเมินความก้าวหน้าสถานะภาพทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในการลดปริมาณผู้สูงอายุในการป่วยเป็นโรคเรื้อรังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และการตายก่อนกำหนด

1.1.2 วางแผนทางด้านเศรษฐกิจที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ (Economic influence on health) ได้แก่ ตั้งนโยบายหรือโปรแกรมที่จะช่วยลดปัจจัยที่เป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจต่อความเจ็บป่วยและความพิการในวัยสูงอายุ อันได้แก่ ความยากจน รายได้น้อย ถูกกีดกันทางสังคม การไม่รู้หนังสือและการขาดการศึกษา

1.1.3 ป้องกันความพิการโดยให้ได้รับการศึกษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Prevention and effective treatments) กับผู้สูงอายุ ทั้งเพศหญิง และชายเพื่อลดภาวะพิการ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Cataract removal) การเปลี่ยนสะโพกเทียม (Hip replacements) แม้แต่ในผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

1.1.4 แสดงการเป็นมิตรให้เกียรติกับผู้สูงอายุ (Age-friendly, Safe environments) รวมทั้งการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากอุบัติเหตุตามท้องถนน, การหกล้ม และการกำจัดสิ่งของที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุในบ้าน และที่ทำงาน รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ผู้สูงอายุสามารถทำงานของตนได้อย่างปลอดภัย

1.1.5 ลดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อการได้ยินและการมองเห็นของผู้สูงอายุ (Hearing and vision) โดยการจัดอุปกรณ์ช่วยฟังและแว่นตาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

1.1.6 สร้างบ้านและตกแต่งภายในให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีความพิการ (Barrier-free lively)

1.1.7 คุณภาพชีวิต (Quality of Life) กำหนดนโยบาย และโปรแกรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พิการและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้สามารถพึ่งพาตนเองและเป็นที่พึ่งของผู้สูงอายุด้วยกันเอง เช่น การจัดสิ่งแวดลอม การให้บริการฟื้นฟูทางกายภาพ และให้อุปกรณ์ช่วย เช่น แว่นตา และไม้เท้า

1.1.8 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ลดปัญหาการถูกทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว และการแยกตัวออกจากสังคม โดยการจัดให้มีการเข้ากลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน, การเยี่ยมเพื่อนบ้าน โดยการเยี่ยมผู้สูงอายุทางโทรศัพท์, การให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และรณรงค์ให้เห็นคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

1.1.9 ปกป้องไม่ให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากเชื้อ HIV และโรคเอดส์

1.1.10 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี (Mental health) โดยการส่งเสริมให้มีความคิดในเชิงบวก

1.1.11 จัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด (Clean environments) โดยกำหนดนโยบายและโครงการให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำดื่มที่สะอาด อาหารที่ปลอดภัย และอากาศที่บริสุทธิ์ตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก

1.2 ลดความเสี่ยงต่อปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคที่อันตรายและเพิ่มปัจจัยในการป้องกันโรคตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

1.2.1 การสูบบุหรี่ (Tobacco) กำหนดมาตรการระดับชาติ ในการซื้อ ขาย และสูบบุหรี่ รวมทั้งช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถอดบุหรี่ได้

1.2.2 กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) พัฒนาให้เกิดวัฒนธรรม ของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างสม่ำเสมอทุกวันในสวนสาธารณะ สนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุให้มีกิจกรรม การออกกำลังกาย รวมทั้งให้ความรู้กับบุคคลให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายตั้งแต่ยังหนุ่มสาว จนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ

1.2.3 อาหาร (Nutrition) ให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารให้เพียงพอ เริ่มตั้งแต่วัยเด็กเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนา โดยกำหนดนโยบายเชิงปฏิบัติป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุ ขาดอาหารและสารอาหาร

1.2.4 การรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย (Healthy eating) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และเพศชาย ได้รับสารอาหารไม่มาก และไม่น้อยจนเกินไปลดข้อจำกัด ในการเข้าถึงอาหาร ได้แก่ การสูญเสียฟัน ขาดความรู้ในเรื่องภาวะโภชนาการที่สำคัญ

1.2.5 สุขภาพในช่องปาก (Oral health) รณรงค์ให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง รักษาสุขภาพของฟันให้แข็งแรงให้นานที่สุด กำหนดโครงการรณรงค์ให้ประชาชนรักษาสุขภาพฟันด้วยตนเอง ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงช่วงสุดท้ายของวัย

1.2.6 ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological Factor) สนับสนุนให้บุคคลมีความฉลาด และความสามารถในการคิด แก้ปัญหาและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งภาวะวิกฤตเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ

1.2.7 เหล้าและยาเสพติด (Alcohol and Drugs) มีมาตรการสำหรับควบคุมการใช้เหล้าและยาเสพติดให้ผู้สูงอายุ

1.2.8 การใช้ยา (Medications) เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงการได้รับการรักษา และยาที่ใช้สำคัญจำเป็นต่อการรักษาทั้งการให้ความรู้ กับบุคคลทุกวัยให้รู้จักการใช้ยาอย่างถูกต้อง

1.2.9 การติดตามการรักษาของแพทย์ (Adherence) ทำความเข้าใจกับ ผู้สูงอายุ ที่มีการเจ็บป่วยที่จำเป็นต่อการรักษาที่ต่อเนื่อง และเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเอง ได้ ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ซึ่งต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแล และพึ่งพาตนเอง

1.3. พัฒนาให้บุคคลได้เข้าถึง และได้รับบริการทางสังคมที่เป็นการเองตามสิทธิ มนุษยชน ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ

1.3.1 การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตแรกเกิด โดยพิจารณาความต้องการ ของบุคคลทั้งเพศชายและหญิงในแต่ละช่วงวัยต้องการดูแลในเรื่องใดนำมาจัดระบบ เพื่อการดูแลรักษาในรายเฉียบพลันหรือเรื้อรัง รวมทั้งการส่งเสริมให้สังคมเห็นคุณค่าและให้เกียรติ กับผู้สูงอายุจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต

1.3.2 ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเท่าเทียมกับบุคคล ทั่วไป ในการดูแลรักษาทั้งรายเฉียบพลัน และระยะยาว

1.3.3 ระบบของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว, เพื่อน และเพื่อนบ้าน

1.3.4 ระบบบริการทางสุขภาพ และสังคมที่มีผู้ดูแลที่เป็นทางการ กำหนด ค่าจ้างหรือค่าตอบแทนให้กับผู้ที่มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เพียงพอ ให้ความสนใจเป็นพิเศษ ในกลุ่มสตรีที่ยังไม่มีความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งมาจากสังคมระดับล่าง

1.3.5 บริการทางสุขภาพจิต (Mental health services) ให้บริการทาง สุขภาพจิตซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นรวมเข้าไปไว้ในการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี ปัญหาการป่วยทางจิต และไม่ได้รับการดูแล เกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้

1.3.6 ร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Coordinate ethical systems of care) ไม่แบ่งแยกอายุให้ทุกคนมีสิทธิในการได้รับการดูแล รักษาพยาบาลเท่าเทียมกัน

1.3.7 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการวินิจฉัยการรักษา (Iatrogenesis) หมายถึง ผลจากการปฏิบัติของแพทย์ ในที่นี้หมายถึง จากการใช้ยาเนื่องจาก ปฏิกริยาของยา ความไม่พอเพียงของขนาดยาและความไม่รู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น กับ การเข้ามาของการรักษาแนวใหม่

1.3.8 ระบบบริการทางสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน ที่จะรองรับผู้สูงอายุ ที่ต้องการ การดูแลที่บ้าน ได้แก่ การบริการส่งอาหาร และการให้การพยาบาล การให้ยา อาบน้ำ

1.3.9 ระบบของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และที่เป็นทางการ (Partnerships and quality care) ซึ่งเป็นการดูแลในระยะยาว หมายถึงระบบของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (ครอบครัว, เพื่อน และเพื่อนบ้าน) และผู้ดูแลที่เป็นทางการ (ระบบบริการทางสุขภาพ และสังคม) ที่จะรองรับผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องเป็นระบบที่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแล และพึ่งพาตนเอง

1.4 ฝึกอบรมและการให้การศึกษแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Provide training and education to caregivers)

1.4.1 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ได้แก่ คนในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ที่มีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ

1.4.2 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือกลุ่มองค์กร ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน อาจเป็น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. การมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการดำรงศักยภาพที่จะมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการดังนี้ (World Health Organization, 2002)

2.1 การให้การศึกษและโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต

2.1.1 การให้ความรู้พื้นฐานและความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ โดยกำหนดให้บุคคลมีการศึกษาในเรื่องสุขภาพ รวมทั้งมีการส่งเสริมให้บุคคลสนใจหาความรู้เพิ่มเติมด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถเลือกใช้บริการด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.2 การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning) กำหนดนโยบาย และโครงการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมและเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้โอกาสได้มีความรู้และทักษะใหม่โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการเกษตรแนวใหม่

2.2 ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมที่เป็น และไม่เป็นทางการ รวมทั้ง เข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร

2.2.1 ลดความยากจนและให้มีการกระจายรายได้ (Poverty reduction and income generation) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม ให้มีรายได้เท่าเทียมกับคนในวัยรุ่นหนุ่มสาว

2.2.2 งานที่เป็นทางการ (Formal work) ประชาชนได้รับสวัสดิการที่ดีในการทำงาน เช่น ได้รับการปกป้องอันตรายจากการทำงาน สามารถเข้าสู่วัยสูงอายุที่ยังมีส่วนร่วมเป็นกำลังแรงงานของประเทศมากขึ้น ประเทศที่พัฒนาแล้วมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานยาวนานยังมีปัญหาในการปฏิบัติ เพราะเมื่อมีการว่างงานมากขึ้นจะมีนโยบายลดแรงงานสูงอายุ ด้วยการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนดเพื่อเป็นการหางานให้กับประชากรวัยหนุ่มสาว

2.2.3 งานที่ไม่เป็นทางการ (Informal work) เป็นงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ งานอาสาสมัคร งานในครอบครัว เช่น การเลี้ยงเด็ก การดูแลบ้านให้ญาติ หรือเพื่อน หรือช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วย หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ และการศึกษา หรือการฝึกฝนที่ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุให้สามารถทำงานดังกล่าวได้ แต่ไม่รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย กิจกรรมที่เกี่ยวกับจิตวิญญาณ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ปัญญา

2.2.4 กิจกรรมอาสาสมัคร (Voluntary activities) หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดสินค้าหรือบริการ ได้แก่ งานอาสา งานในครอบครัว แต่ไม่ใช่กิจกรรมการ ออกกำลังกาย กิจกรรมทางจิตวิญญาณ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ปัญญา

2.3 ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในสถาบันครอบครัว สังคม อย่างเต็มที่ตราบที่ยังมีชีวิตอยู่

2.3.1 การบริการในการเดินทางของผู้สูงอายุ (Transportation) การสนับสนุนให้มีการจัดบริการรับส่งผู้สูงอายุ ไปยังสถานที่ต่างๆ โดยเฉพาะรถเคลื่อนที่ ที่มีส่วนร่วมอำนวยความสะดวกให้กับครอบครัว ในชุมชน

2.3.2 ความเป็นผู้นำ (Leadership) จากคุณกระทบการระบาคของโรคเอดส์ต่อผู้สูงอายุ ซึ่งสถิติการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ยิ่งเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้สูงอายุทำหน้าที่ เป็นทั้งผู้ที่ต้องรับดูแลบุตรที่ป่วย พร้อมทั้งมีโอกาสติดเชื้อจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้อีกด้วย

2.3.3 สังคมผู้สูงอายุ (A society for all age) เป็นช่วงเวลาที่ต้องอาศัยผู้สูงอายุต้องอุทิศตนเพื่อการศึกษา การทำงาน และการเป็นผู้ให้ การดูแลยกระดับของที่พักให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิให้มีอิสระในการเลือกที่อยู่อาศัย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นต้นแบบของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ รวมทั้งให้องค์กรอิสระเข้าเป็นผู้อุปถัมภ์ค่าใช้จ่าย

2.3.4 ผู้สูงอายุมีภาพพจน์เป็นบวก (A positive image of aging) ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแข็งแรง เป็นสื่อในการประชาสัมพันธ์ภาพบวกของพหุฒพลั้ง และให้ข้อมูลเรื่องพหุฒพลั้งต่อประชาชน

2.3.5 ความเท่าเทียมกันระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง และเพศชายในการมีส่วนร่วมในสังคม รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต

2.3.6 ส่งเสริมที่องค์กรต่างๆ ร่วมกันเผยแพร่ความรู้ การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีให้แก่ เจ้าหน้าที่ของตนเอง และส่งเสริมในเรื่องความมั่นคง และหลักประกันทางสังคม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ

3. การมีหลักประกันที่มั่นคง (Security)

ในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตโดยรัฐบาลประกอบด้วยปัจจัยสองด้าน ดังนี้ (World Health Organization, 2002)

3.1 ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองทางสังคมในด้านรายได้หลักประกันสุขภาพตามสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ 7 ประการ

3.1.1 การคุ้มครองทางสังคม (Social Security) จัดสวัสดิการรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน และไม่มีที่อยู่อาศัยที่เพียงพอ รวมทั้งส่งเสริมให้บุคคลมีการเตรียมตัวก่อนสูงอายุ ในการรักษาสุขภาพ และออมเงิน

3.1.2 การติดเชื่อเฮลไธวีหรือ เฮดส์ ให้การสนับสนุนทางสังคมเศรษฐกิจ และจิตวิทยาให้ผู้สูงอายุที่รับภาวะดูแลบุคคลที่ติดเชื่อเฮดส์ ในฐานะเป็นผู้ปกครองเด็กกำพร้าที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ โดยรัฐช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลและให้สิทธิผู้สูงอายุกู้ยืมเงิน

3.1.3 ปกป้องผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภคไม่ให้ถูกเอาเปรียบ (Consumer protection) ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ให้มีความสามารถที่จะตัดสินใจ ในการเลือกซื้อยามาใช้รักษาโรคเอง และจะต้องระมัดระวังเรื่องการจ่ายยาของร้านขายยา ที่ไม่คำนึงถึงอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค

3.1.4 ความยุติธรรมทางสังคม (Social justice) ออกกฎหมายให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุมีอิสระในการเลือกมีชีวิต หรือการพึ่งพาตนเองได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3.1.5 การมีแหล่งพักพิงหรือบ้านพักฉุกเฉินแก่ผู้สูงอายุ (Shelter) ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้รับภาวะฉุกเฉิน ต้องการที่พักอาศัยให้ตนเอง และญาติรวมทั้งการจ่ายเบี้ยเลี้ยงยังชีพให้กับผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง

3.1.6. ภาวะวิกฤต (Crises) ให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะขัดแย้งทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพ ทำให้เสียบทบาทสูญเสียความแข็งแรง ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพให้คืนมาได้เร็วที่สุด

3.1.7 การละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ (Elder abuse) ให้การพิทักษ์ และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และการละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ จัดให้มีการประชาสัมพันธ์รณรงค์การเคารพเรื่องสิทธิเสรีภาพของผู้สูงอายุ

3.2 ลดการทำร้าย เอาเปรียบ และการละเลยทอดทิ้งไม่ดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสตรี

3.2.1 ประกาศใช้กฎหมายบังคับ เพื่อคุ้มครองสตรีที่เป็นเหยื่อ จากการถูกเอาเปรียบทางทรัพย์สิน หรือการทำร้ายทางจิตใจ

3.2.2 ประกาศใช้กฎหมายบังคับ เพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุจากการกระทำรุนแรง หรือถูกทำร้ายจากบุคคลในครอบครัว

สรุปได้ว่าเป้าหมายของพฤติกรรม ภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) สุขภาพ ซึ่งเน้นการพึ่งพาตนเองได้ หรือคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของตนเองในแต่ละช่วงชีวิตให้ได้ 2) การมีส่วนร่วมกับสังคมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และ 3) ความมั่นคงในตนเองตามอัตภาพ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎีผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing)

แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) เป็นแนวคิดเชิงเศรษฐศาสตร์และเชิงสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ได้พัฒนาขึ้น เพื่อแก้ไขทัศนคติทางลบต่างๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุ และเพื่อลดอุปสรรคต่างๆ ที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดที่ให้จุดเด่นกับการนำความสามารถของผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์ (Scott et al., 2001 อ้างอิงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2542)

เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และธนิกันต์ ศักดาพร (2554) ได้รวบรวมความหมายของผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) ที่นักวิชาการจำนวนมากได้ให้ความหมายไว้ ทั้งในลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความสามารถที่จะทำงานต่อไปได้หลังการเกษียณอายุเป็นทั้งงานที่ได้รับค่าตอบแทน หรืองานอาสาสมัคร ที่เป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ชุมชน และประเทศ หรือการกล่าวถึงกิจกรรมใดๆ ที่ผู้สูงอายุได้ผลิตสินค้าบริการหรือเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพของทั้งสองอย่าง ไม่ว่าจะผู้สูงอายุจะได้เงินจากกิจกรรมนี้

หรือไม่ก็ตาม ซึ่งเล็ก สมบัติ และคณะ (2554) สรุปว่าผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) ครอบคลุมถึงลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. ผู้ที่เกษียณอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และยังทำงานอยู่
2. ลักษณะการทำงานนั้น การผลิตสินค้า/บริการ หรือการทำงานที่เป็นการพัฒนา ประสิทธิภาพของทั้งสองอย่าง กิจกรรมทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น งานบ้าน การดูแลเด็ก งานอาสาสมัคร หรือการช่วยเหลือครอบครัว หรือเพื่อน โดยจะได้รับเงินค่าตอบแทน หรือไม่ได้รับค่าตอบแทนก็ได้ และค่าตอบแทนที่ได้รับอาจเพิ่มขึ้นตามลักษณะงาน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีบทบาทที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน อันเป็นการอุทิศเพื่อครอบครัว ชุมชน และสังคม

3. วัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ทำ เพื่อการฝึกทักษะ พัฒนาประสิทธิภาพ เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ หรือบทบาทของบุคคลเมื่อสูงอายุ หรืองานที่สอดคล้องระหว่างสังคมและความคาดหวังส่วนบุคคล เพื่อเป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ชุมชน และประเทศ

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) ยังหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่แสดงออกถึงความพอใจในการเป็นผู้สูงวัย วางตัวเหมาะสม มีการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย สร้างประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะอิทธิพลทางบวกต่อสภาวะทางจิตใจและสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดังนั้น เล็ก สมบัติ และคณะ (2554) จึงสรุปได้ว่า นิยามของผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) จึงหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังคงทำงานหรือกิจกรรมในลักษณะของกิจกรรมเชิงธุรกิจหรือกิจกรรมบริการก็ได้ กิจกรรมที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ทั้งที่ได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ได้รับค่าตอบแทน งานหรือกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า เมื่อกล่าวถึงผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) นักวิชาการตัวบุคคลซึ่งยังมีศักยภาพในการทำงานหรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้ แต่หากจะเน้นที่กิจกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงบทบาทในการกระทำหรือดำเนินการ ก็อาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่าเป็นบทบาทเชิงสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุ นั่นเอง

ขอบเขตแนวคิดที่เอื้อต่อการแสดงบทบาทเชิงสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุ หรือการเป็นผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ มีทั้งที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย 5 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ (ปารีชาติ ญาตินิยม, 2547)

1. สิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วย อำนาจทางการเมืองเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางสังคม สงคราม ความอดอยากขาดแคลน การปฏิวัติสภาพเศรษฐกิจ โลก

การเปลี่ยนแปลงแปลงลักษณะประชากร เหตุการณ์ในประวัติศาสตร์ เหตุการณ์ของโลกและอิทธิพลทางวัฒนธรรม ปัจเจกบุคคลไม่สามารถควบคุมอำนาจในส่วนประกอบนี้ แต่ส่วนประกอบนี้มีอำนาจในการควบคุมผลลัพธ์ และระดับการมีส่วนร่วมในการผลิตของปัจเจกบุคคลสิ่งแวดล้อมและช่วงอายุ (Cohort) ซึ่งบุคคลแต่ละคนเติบโตขึ้นมาเมื่ออิทธิพลต่อวิถีชีวิตในวัยสูงอายุ

2. สถานภาพ (Status) ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวกับตำแหน่งในสังคม บทบาทที่หน่วยงานเป็นผู้กำหนดขึ้น และบทบาทอื่นๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นตามโอกาสและสภาพแวดล้อมรวมทั้งบทบาทที่เกิดขึ้นจากความผูกพันในครอบครัว เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง ลูกหลาน และแหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจของบุคคลระดับการศึกษา ประเพณีนิยม และความคาดหวังของสังคม การเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการเจ็บป่วยในชีวิต สถานะสุขภาพปัจจุบัน ผู้สูงอายุอาจได้รับบทบาทตามตำแหน่งที่องค์กรมอบหมายให้ เช่น โบนัส บริษัท สมาคม ในสถาบันเหล่านี้จะกำหนดความคาดหวังที่อาจขัดขวางหรือสนับสนุนบทบาทเชิงสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุ อีกทั้ง บริบทของชุมชนเพื่อนบ้าน การอยู่อาศัยเป็นทั้งอุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมการก้าวเข้าสู่การเป็นผู้ผลิตของผู้สูงอายุ

3. ปัจเจกบุคคล (Individual) ประกอบด้วยปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ แรงกระตุ้น แรงขับ ความคิดสร้างสรรค์ ทักษะและความสามารถในการเรียนรู้ได้เร็ว ซึ่งถูกกำหนดมาแต่กำเนิดจากเพศ เชื้อชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ ลักษณะทางสรีรวิทยา โครงสร้างพันธุกรรม และลักษณะทางจิตวิทยา บุคคลจะถูกกระตุ้นด้วยส่วนประกอบเหล่านี้และจะพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่มีข้อจำกัด

4. นโยบายสังคม (Social Policy) ประกอบด้วย นโยบายของรัฐบาลนโยบายการจ้างงาน การปกครอง เบี้ยบำนาญ ข้อกำหนดในการจัดเก็บภาษีโครงการและสิทธิ (Prioritie) รวมถึงข้อบังคับ นโยบายที่องค์กรเอกชนแต่ละแห่งกำหนดขึ้น ได้แก่ กฎเกณฑ์ข้อบังคับเบี้ยบำนาญ ข้อบังคับเกี่ยวกับภาษีอากรโครงการและสิทธิต่างๆ เช่น การที่นายจ้างอาจจะสนับสนุนเรื่องเบี้ยบำนาญ ซึ่งเป็นเครื่องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกษียณอายุงานก่อนกำหนด นโยบายเหล่านี้มีผลกระทบต่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีบทบาทเชิงสร้างสรรค์ การเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง ส่วนประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ปัจเจกบุคคลสถานภาพ และนโยบายทางสังคมส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีบทบาทเชิงสร้างสรรค์

5. ผลลัพธ์ (Outcome) คือ ระดับการมีส่วนร่วม สภาพแวดล้อมการทำงาน บริการที่นายจ้างจัดให้ และผู้ทำงาน เมื่อปัจจัยในส่วนประกอบใดส่วนประกอบหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลกระทบต่อระดับการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคงประโยชน์เมื่อผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นผู้ผลิตประโยชน์ที่ได้คือการอยู่ดีของสังคมและเศรษฐกิจ

ส่วนประกอบทั้ง 5 มีความสัมพันธ์กันโดยตรง เช่น ผู้สูงอายุชายวัย 65 ปี มีชีวิตวัยเกษียณอยู่ในช่วงที่เศรษฐกิจถดถอยรายได้จากการเกษียณอายุก็ลดลง ผู้สูงอายุนี้นี้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่ไม่มีความสุขในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จึงคิดว่าควรจะกลับไปทำงานอีก คู่สมรสเองก็ต้องการคงสภาพการมีชีวิตอยู่ให้เหมือนเดิม ทำให้เพิ่มแรงกดดันที่ต้องหาเงินให้ได้มากขึ้น อีกทั้งอยู่ในช่วงผลต่อเนื่องจากเศรษฐกิจขาดลง รัฐบาลเองก็มีโครงการจ้างงานผู้เกษียณอายุ ผู้สูงอายุท่านนี้ต้องปรึกษาภรรยาในการตัดสินใจเพื่อสมัครงานในโครงการของรัฐบาลและกลับเข้ามาทำงานนอกเวลา ผลจากเงื่อนไขสุขภาพแวดล้อม และนโยบายสาธารณะส่งผลกระทบต่อการทำงานร่วมผลิตหลังเกษียณอายุเป็นต้น

2. แนวคิดนวัตกรรมพลังของผู้สูงอายุ

นวัตกรรมพลังของผู้สูงอายุคือกระบวนการและปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุขกายสบายใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ชีวิตต่อไป การเป็นพลังของผู้สูงอายุมีรูปแบบและลักษณะต่างๆ ดังนี้ (Ahtonen, 2012)

1. มีการเตรียมตัวเพื่อเป็นผู้สูงอายุได้แก่การเตรียมตัวในด้านการเงิน ด้านที่อยู่อาศัย โดยการออมเงินหรือการลงทุนเมื่ออยู่ในวัยทำงาน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้เมื่อเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ

โดยในส่วนของภาครัฐควรมีการสนับสนุนการบูรณาการทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด โดยส่วนที่สำคัญ คือสถาบันการศึกษาทุกระดับ ตั้งแต่ปฐมวัยจนถึงอุดมศึกษาควรมีหลักสูตรที่เน้นการสร้างความตระหนักในเรื่องนี้ทุกฝ่ายควรเริ่มดำเนินการเชื่อมโยงงบประมาณ โครงการ ภารกิจที่จะเป็นการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพียงแต่ต้องทำด้วยความตั้งใจ และให้ความสำคัญอย่างแท้จริงจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุ และจะส่งผลให้ทุกครอบครัวอยู่อย่างมีความสุขชนสังคมและประเทศชาติมีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้อย่างยั่งยืนตลอดไป

2. การสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ครอบครัวและชุมชนเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ทุกฝ่ายมีจิตสำนึกที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุและพัฒนาความรู้เพื่อแก้ปัญหาและปรับปรุงนโยบายในการดูแลประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นควบคู่ไปกับการพัฒนาที่เน้นคุณภาพ ที่จะทำให้อสังคมไทยในอนาคตเป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” เมื่อพิจารณาถึงนโยบายต่างๆ และบทบาทหลักที่ภาครัฐในการเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวกับสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุไทยที่เน้นใน 4 ด้านหลัก คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านสวัสดิการสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมนอกจากนี้ในด้าน

แนวความคิดก็เปิดโอกาส และให้การสนับสนุนองค์กรภาคเอกชนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพอนามัยและให้สวัสดิการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุมากขึ้นและมีการพัฒนาสื่อที่ทำให้เกิดจิตสำนึกที่ดีต่อพ่อแม่มากขึ้น

3. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแบบใหม่ๆ เช่น การจัดกลุ่มพูดคุย เล่าเรื่องราวในอดีตของตนเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกันในกลุ่มผู้สูงอายุเดียวกัน การทำกิจกรรมทางสังคมอาจมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การฝึกอบรมผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มีความรู้ออกไปช่วยเหลือผู้สูงอายุภายนอกในการแนะนำสุขภาพ การดูแลตนเองการปรับตัวให้เข้ากับสังคมเปรียบเสมือนกับการออกช่วยเหลือสังคมทำให้รู้สึกภาคภูมิใจที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง การที่ผู้สูงอายุได้อยู่กับคนใกล้ชิดหรืออยู่กับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันก็ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องรู้สึกปรับตัวมากนักและเข้าใจสภาพของร่างกายซึ่งเป็นรูปแบบบริการทางจิตใจที่สำคัญในอนาคต

4. มีความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง ผู้สูงอายุควรจะตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้า ทำให้มีอายุยืนมากขึ้น ประกอบกับทั้งในปัจจุบัน และอนาคต ครอบครัวจะมีบุตรช้า และมีจำนวนน้อยลงทำให้สัดส่วนของการพึ่งพิงสูงขึ้น คือคนที่อยู่ในวัยทำงานที่ต้องมาเลี้ยงดูคนในครอบครัว จะมีสัดส่วนที่น้อยลงทำให้เกิดความเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจประกอบกับขนาดของครอบครัวที่เปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว และการเปลี่ยนจากสังคมชนบทหรือสังคมเกษตร มาเป็นสังคมเมืองหรือสังคมอุตสาหกรรมทำให้พ่อ แม่หรือผู้สูงอายุ ต้องอยู่เพียงลำพัง และอยู่ห่างไกลจากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองโดยอาศัยมาตรการของสังคมได้วางปัจจัยเอื้อและปัจจัยสนับสนุนอย่างเหมาะสมได้แก่การจัดให้มีเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุสวัสดิการการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพดีคือการเป็นผู้สูงอายุที่มีการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ภาวะสูงวัยโดยพักอาศัยในชุมชนที่มีความตระหนัก มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการทำกิจกรรมทางสังคมกับชุมชนและสามารถดูแลตนเองในด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตได้ นวัตกรรมสังคมทางด้านคุณภาพดีของผู้สูงอายุ ควรประกอบไปด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ คือ (Foster, & Walker, 2015)

1. การส่งเสริมลักษณะของปัจเจกบุคคลที่มีคุณภาพดีได้แก่

1.1 สภาพร่างกาย การจะมีความสุขได้นั้นสุขภาพกาย และสุขภาพจิตก็ต้องดีด้วยผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องหมั่นไปตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ และรีบไปพบแพทย์แต่

เนิ่นๆ เมื่อเริ่มมีอาการที่บ่งชี้ว่าเจ็บป่วยระมัดระวังและป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย หรือเกิดอุบัติเหตุหมั่นคอยดูแลสุขอนามัยของตนเอง โดยออกกำลังกายทุกวันหรือสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละประมาณ 20-30 นาที เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และสภาพร่างกายของตนเอง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งให้คุณค่าทางอาหารครบ 5 หมู่เหมาะสมกับวัย เป็นอาหารที่ย่อยง่าย และมีปริมาณเพียงพอในแต่ละวันดื่มน้ำให้เพียงพอับความต้องการของร่างกายอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ดูแลระบบขับถ่ายของตนเองให้เป็นปกติ นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และอยู่ในที่ๆ มีอากาศถ่ายเทได้ดี เมื่อผู้สูงอายุดูแลสุขภาพกายของตนเองเป็นอย่างดีแล้วก็ต้องดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย โดยทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอไม่ให้เกิดความเครียด หงุดหงิด ฉุนเฉียว ท้อแท้หรือน้อยใจด้วยการหากิจกรรมที่ทำให้ตนเองได้พักผ่อนหย่อนใจ มิฉะนั้นจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพจิตของตนเองและสัมพันธ์ภาพกับลูกหลานและคนอื่น

1.2 การศึกษาและการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองและใช้เวลาในชีวิตอย่างมีความสุข โดยพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ซึ่งได้กำหนดหลักการในการศึกษาให้ผู้สูงอายุสามารถศึกษาหาความรู้เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนได้หลายทาง

1.3 อาชีพ รูปแบบการทำงานของผู้สูงอายุควรจะเป็นรูปแบบที่เป็นอาชีพประจำที่ให้รายได้ประจำซึ่งอาจจะเป็นการทำงานในรูปแบบของการทำงานในองค์กร หรือ การประกอบอาชีพส่วนตัวหรือ การทำงานในกิจการของครอบครัว ได้แก่ งานในภาคเกษตรเพื่อเลี้ยงชีพหรือขายการประกอบอาชีพอิสระ เช่น ค้าขาย ผลิตของกินของใช้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานที่สามารถทำได้ที่บ้านหรือทำงานในลักษณะวิสาหกิจชุมชนและกลุ่มอาชีพต่างๆ เช่น กลุ่มผลิตภัณฑ์โอท็อป (OTOP) และกลุ่มเกษตรอินทรีย์ เป็นต้นโดยลักษณะงานที่ผู้สูงอายุทำได้เป็นงานที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนเวลาได้สามารถนำกลับมาทำที่บ้านได้ หรือถ้าทำที่กลุ่มก็ไม่ได้ทำทุกวันกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน มักมีการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ ประกอบด้วยคนหลายวัยเพราะผู้สูงอายุสามารถทำได้บางกิจกรรมที่ถนัดเท่านั้น ภาครัฐควรส่งเสริมโอกาสการจ้างงานแก่ผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มผลิตภาพการผลิตและการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศไทยโดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในกลุ่มนายจ้างในภาคเอกชนให้ตระหนักถึงความรู้ความสามารถของแรงงานสูงอายุ โดยอาจแนะนำเสนอระบบการเกษียณที่ยืดหยุ่นรางวัลหรือสิ่งกระตุ้นที่สนับสนุนการกลับมาเข้ารับการฝึกอบรมทักษะใหม่และการจ้างงานใหม่ของผู้สูงอายุและการเปิดโอกาสให้แรงงานสูงอายุได้เพิ่มพูนทักษะของตนเอง ขยายภาคงานที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสหารายได้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานในภาคเกษตร แต่ยังมีภาคการผลิตอื่นๆ ที่มีศักยภาพ เช่นการค้า การผลิต การคมนาคม

การสื่อสารและอุตสาหกรรมชุมชน ทุกภาคส่วนสามารถลดความเปราะบางของผู้สูงอายุโดยการเพิ่มโอกาสการหารายได้ให้ผู้สูงอายุ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อลดช่องว่างระหว่างแรงงานที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและวัยแรงงาน และที่สำคัญควรส่งเสริมระบบประกันสังคมซึ่งรวมถึงในระดับชุมชน เพื่อสนับสนุนระบบสวัสดิการของภาคเอกชนและภาครัฐ (Boudiny, 2013; Kalache, & Gatti, 2003)

1.4 สถานะทางเศรษฐกิจ การทำงาน นอกจากจะเป็นวิธีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เพื่อให้มีรายได้เป็นค่าใช้จ่ายด้านอาหารและค่าใช้จ่ายอื่นๆ แล้วทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เป็นของตนเองทำให้ยังมีสถานะทางเศรษฐกิจที่สามารถพึ่งตนเองได้ที่ส่งผลทางอ้อมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุด้วยสังคมไทยควรมีการเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุที่กำลังจะมาถึงทั้งการจัดเตรียมระบบสวัสดิการที่เหมาะสม การใช้กลไกของชุมชน เช่น วัด โรงเรียนอบต. เพื่อช่วยเกื้อหนุน หรือเตรียมการด้านสังคมอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจและรู้สึกมั่นคงในชีวิตข้างหน้าแก่ผู้สูงอายุ

1.5 ทศนคติต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้นั้น ก็ด้วยการยอมรับสภาพของตนเองและด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นการแสดงออกด้วยการยกมือไหว้เมื่อพบปะผู้สูงอายุในสถานที่ต่างๆ นั้น เป็นสิ่งที่พวกเราทุกคนในสังคมไทยควรกระทำต่อท่านร่วมไปกับการมองผู้สูงอายุด้วยทัศนคติเชิงบวกในบริบทของสังคมไทยเห็นว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีวิญญูฒิเวลาพูดคุยด้วยก็จะแสดงความอ่อนน้อม มากกว่าแสดงความแข็งกร้าว และจะทักทายแม้ไม่รู้จักกัน การยอมรับตัวตนผู้สูงอายุ ในลักษณะเช่นนี้เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้การปฏิสัมพันธ์ สื่อสารกับผู้สูงอายุเป็นไปด้วยดีช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ครอบครั้ว และชุมชนควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ให้เป็นคนทันสมัยรู้จัก และใช้สิ่งอำนวยความสะดวก แต่งกายให้เหมาะกับวัย ด้วยการอ่านหนังสือพิมพ์ฟังวิทยุหรือชมโทรทัศน์ เพื่อติดตามข่าวสารด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ การเมืองน่าสนใจ

2. องค์ประกอบในด้านชุมชนสังคมและรัฐ ได้แก่

2.1 การให้บริการทางสุขภาพ โดยภาครัฐควรต้องมีนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริม ใ้เาระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้รวมถึงพัฒนาบุคลากรทุกระดับในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้มีการพัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการดูแลประชากรผู้สูงอายุเพื่อการเสริมสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ

ผู้สูงอายุทั้งในด้านการส่งเสริมการป้องกัน การเฝ้าระวังสุขภาพและการประเมินผลอีกทั้งยังต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่นและภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม (Stenner, McFarquhar, & Bowling, 2011)

2.2 กิจกรรมทางสังคมในด้านศาสนาและวัฒนธรรม การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการเข้าร่วมกิจกรรม หรือให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมเป็นสิ่งที่สามารถที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย และใจที่ดีถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่งผลโดยตรงต่อการนับถือของตนเองการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีความสุข โดยเป็นกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ (Bowling, 2008)

2.3 การให้บริการการคมนาคมขนส่ง รัฐควรให้กระทรวงคมนาคมและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ออกกฎกระทรวงกำหนดลักษณะหรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะและบริการขนส่ง เพื่อให้คนสูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัย ตั้งแต่ปี 2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 ประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือ สูงกว่า ร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น ในปี 2558 ประชากรไทยมีจำนวน 65.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) การเตรียมตัวรับมือสังคมอย่างชาญฉลาดจึงเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้าม

Colin Milner ซึ่งเป็น CEO ของ International Council on Active Aging และผู้ก่อตั้งอุตสาหกรรมพดพลัง (Active Aging) ได้นำ "9 หลักการพดพลัง" มาผลักดันสู่แผนดำเนินการ และนำไปสู่รูปธรรมทั้งในส่วนของภาครัฐ นายจ้าง ผู้ให้บริการ และอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เตรียมการรองรับสังคมสูงวัยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชาคมโลก นับเป็นความพยายามในระดับรากฐานเพื่อสร้างสังคมพดพลัง ซึ่งเน้นสำหรับประชากรทุกกลุ่มอายุก่อนจะเป็นสูงวัยในอนาคต ประกอบด้วย 9 P ดังนี้ (Perales et al., 2014)

1. กลุ่มประชากร (Population) ผู้สูงอายุมีความหลากหลาย จึงมีหลายแนวทางในการดูแล ควรพิจารณาเรื่องรายได้ เงินออม จำนวนบุตรหลาน การมีงานทำ และใช้เวลาว่างในเรื่องต่างๆ เช่น งานอดิเรก การพักผ่อน

2. ทักษะ (Perception) อายุเป็นเพียงตัวเลข สังคมนี้เป็นสังคมสำหรับทุกคน เห็นความสำคัญของสังคมบูรณาการ ลดปัญหาการเหยียดวัย ที่มองว่าผู้สูงวัยเปรียบเสมือนคนแก่ รกโลก การมีทัศนคติเหยียดวัยดังกล่าวจึงเป็นการขัดขวางการบูรณาการ ทั้งนี้ นักการตลาดมีแนวโน้มที่จะลืมมองกลุ่มผู้สูงวัย เพราะเห็นว่าไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายทางการตลาด สินค้าและบริการไม่เหมาะกับคนสูงวัยแม้ว่าจะมีกำลังจ่าย

3. บุคลากร (Population) ผู้ดูแลผู้สูงวัยต้องผ่านการฝึกฝน มีความเชี่ยวชาญและความมุ่งมั่น โดยต้องพิจารณาเตรียมการใน 3 ประเด็นสำคัญ คือ

3.1 ตลาดแรงงานมีแนวโน้มหดตัวลง จากจำนวนประชากรวัยแรงงานที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

3.2 ผู้สูงวัยเป็นกลุ่มผู้บริโภคที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ มีกำลังการซื้อมากกว่าวัยทำงานและวัยเด็ก

3.3 สถานประกอบการต้องสร้างความมั่นใจให้ได้ว่า พนักงานของบริษัทมีความเชี่ยวชาญเพียงพอในการซื้อใจ สนองตอบความต้องการอันหลากหลายของผู้บริโภคกลุ่มสูงวัย

4. ศักยภาพ (Potentials) สังคมสูงวัยมอบโอกาสใหม่ทางเศรษฐกิจ โดยข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ พบว่า การบริโภคของผู้สูงวัยแซงหน้าผู้บริโภครุ่นหนุ่มสาว และเป็นที่น่าคิดว่า ในปี พ.ศ.2583 จำนวนประเทศที่มีสถานภาพเป็นเศรษฐกิจสูงวัยจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 89 ประเทศ โดยหัวใจสำคัญคือ เศรษฐกิจสูงวัยเป็นเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยความคาดหวังที่สั่งสมจากประสบการณ์อันหลากหลายของผู้สูงวัยแต่ละคน จึงเป็นโอกาสใหม่ โดยเฉพาะสถานประกอบการ ที่สามารถเข้าใจ เข้าถึง ความคาดหวังอันหลากหลายของผู้สูงวัย

5. ผลิตภัณฑ์ (Products) สินค้าและบริการต้องตอบสนองความต้องการของผู้สูงวัย

6. การส่งเสริมการตลาด (Promotions) ผู้สูงวัยเป็นหนึ่งในตลาดหลักที่ผู้ค้าควรต้องดึงดูดีใจ เพราะผู้สูงวัยมีอำนาจซื้อสูงกว่าวัยอื่น โดยเปรียบเทียบสัดส่วนที่สูงขึ้น ทำให้การส่งเสริมการตลาดน่าที่จะเน้นสินค้าสุขภาพที่เหมาะสมกับทุกคนในครอบครัว สินค้าอายุวัฒน์ ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ที่จะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีตลอดช่วงอายุผู้สูงวัยในอนาคต

7. ช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) ต้องอำนวยความสะดวกให้ทำกิจกรรมหลายอย่างได้ ทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ใช้ทุกช่วงวัยทำกิจกรรมได้หลายอย่าง และชักชวนให้ทุกคนทุกวัยมาใช้สถานที่เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวัยฉกรรจ์ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ผู้ขาย หุ้นส่วนหลัก ชุมชน เข้ามาร่วมกันแสดงความคิดเห็นกับสถานที่ที่จะจัดสร้าง ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทุกคนในสังคม

8. นโยบาย (Policies) คำมั่นและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้สูงอายุ โดยเน้นสร้างเสริมสุขภาพที่ดีที่สุดเพื่อสร้างสังคมพหุวัฒนธรรม

9. โครงการดำเนินงาน (Programs) เน้นการปรับสุขภาพ 7 มิติเข้ากับผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุหรือชุมชนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สุขภาวะด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมที่เอื้ออาทรและยุติธรรม เสมอภาค ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเน้นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่ยึดมั่นหรือเคารพศรัทธา ด้านปัญญาและการรู้คิด และด้านอาชีพการงาน ที่เน้นการทำงานโดยไม่มีเงื่อนไขอายุตามทักษะความสามารถของแต่ละคนอย่างมีสมดุลกับด้านอื่นๆ ของชีวิตที่ตนพึงพอใจ และเอื้อประโยชน์ต่อสังคมและตนเอง ซึ่งลักษณะการทำงานหลังเกษียณดังกล่าว เน้นการที่สังคมเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการสั่งสมประสบการณ์การทำงานมาอย่างยาวนาน จึงเชื่อได้ มีความมุ่งมั่น ทักษะ ความเชี่ยวชาญ ทำให้ช่วยลดทัศนคติที่ว่า "คนสูงวัยรกโลก" ที่มีมานานในองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งในส่วนของผู้สูงอายุเอง

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของผู้สูงอายุได้ดังนี้ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ปัจจัยเศรษฐกิจ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย รายได้ ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกอร เนตรฐ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสริมสร้างตนเองสู่คุณภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์สองทาง พบว่า 1) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อ และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสริมสร้างตนเองสู่คุณภาพด้านรวมและด้านย่อย 2) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างมุมมองโลกในแง่ดีและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสริมสร้าง

ตนเองสู่พัฒนาพลังด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรม และ 3) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบรวมและแบบเป็นขั้นของตัวแปรอิสระทั้ง 8 ตัวแปรดังกล่าวกับพฤติกรรมเสริมสร้างตนเองสู่พัฒนาพลัง 3 ด้าน พบผล ดังนี้ 3.1) ด้านรวม พบว่า สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 43.40 โดยมีลำดับตัวทำนายที่สำคัญลำดับแรก คือ การมองโลกในแง่ดี 3.2) ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรม พบว่า สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34.50 โดยมีลำดับตัวทำนายที่สำคัญลำดับแรก คือ การสนับสนุนจากสังคม 3.3) ด้านการดูแลตนเองทางสุขภาพะ พบว่า สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 28.60 โดยมีลำดับตัวทำนายที่สำคัญลำดับแรก คือ การมองโลกในแง่ดี 3.4) ด้านการสร้างควมมั่นคง พบว่า สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 27.70 โดยมีลำดับตัวทำนายที่สำคัญลำดับแรก คือ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมเสริมสร้างตนเองสู่พัฒนาพลัง

กัตติกา ธนะขว้าง (2556) ได้ศึกษาเรื่อง Mechanisms by which social networks influence healthy aging among the Thai elderly in Nan Province. ผลการศึกษา พบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะในมิติองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สนับสนุนทฤษฎีการประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุของ รอร์ และคาร์น โมเดลเชิงโครงสร้างของความสัมพันธ์ในสังคมกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ จากกรอบทฤษฎีของเบิร์กแมน สามารถทำนายความแปรปรวนของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะได้ร้อยละ 76

ณัฐนันท์ ทวีสิน, และธรรตพงศ์ วงษ์สวัสดิ์ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยุคใหม่ในเขตชุมชนทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยุคใหม่ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยุคใหม่กับปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และลักษณะการอยู่อาศัย แตกต่างกัน มีบทบาทการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการ LSD พบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะที่อาศัยกับกิจกรรมทางศาสนาและลักษณะที่อาศัยกับกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยุคใหม่กับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน พบว่า ค่า r อยู่ระหว่าง 0.492 ถึง 0.701 และค่า Sig. เท่ากับ 0.000 กล่าวคือมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางและเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, สมสมัย สังฆมณ, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์ เฝ้าพันธุ์, และลิดาภัทร์สุขขวี (2558) ได้ศึกษาเรื่องภาพสุขภาพของผู้สูงอายุผ่าน มุมมอง พุฒพลังในชุมชนจังหวัดนครนายก ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 195 คน เป็นหญิง 59.0% และชาย 41.0% อายุ 60-94 ปี จากแนวคิด พุฒพลัง 3 เสาหลัก พบว่า ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดี (ร้อยละ 43.6) พบ ปัญหาสุขภาพกายคือ ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 62.1) ด้านความทรงจำ (ร้อยละ 48.7) ด้านการนอนหลับ (ร้อยละ 38.5) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 13.3) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 21.6) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 1.0 ที่ต้องการการพึ่งพาตั้งแต่ระดับมากถึงพึ่งพาทั้งหมด ด้านการมีหลักประกัน ความมั่นคง ร้อยละ 60.0 ของผู้สูงอายุยังมีคู่สมรสอยู่ด้วย บุตรมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการเป็นหลักประกันความมั่นคง ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.4 ของผู้สูงอายุขาดหลักประกันทางด้านการเงินด้านการมีส่วนร่วม พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกับ ชุมชนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางด้านศาสนา (ร้อยละ 65.6) รองลงมาเป็นกิจกรรมการพัฒนาชุมชน (ร้อยละ 55.9) โดยสรุปการวิเคราะห์ภาพสุขภาพทำให้เห็นว่าการเตรียมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพุดพลังจะต้องดำเนินการเพื่อ ป้องกันปัญหาใน 3 ด้าน ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ทองศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล, และปณิตา วรรณพิรุณ (2557) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพุดพลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ (60.0%) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนา ตนเอง (50.0%) ไม่รู้วิธีการเรียนรู้ (50.0%) และไม่เคยได้รับการฝึกทักษะในการเรียนรู้ (50.0%) ในด้านความต้องการด้านการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ต้องการพัฒนาวิธีการเรียนรู้ (60.0%) ไม่ต้องการใช้แหล่งเรียนรู้ (50.0%) ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่ต้องการฝึกนิสัยการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (50.0%) ไม่ต้องการได้รับการส่งเสริมสนับสนุน การเรียนรู้ (40.0%) แต่มีความต้องการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ (55.0%) รูปแบบการ เรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นคือ โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงาน จากนั้น กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีการหยุดพักหรือเปลี่ยนอิริยาบถ ระหว่างการทำงานเป็นระยะๆ บางคนเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายโดยการรำกระบองทุกวัน เป็น เวลา 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบภาวะพุดพลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะพุดพลังหลังเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทรัตน์ อมาตยกุล (2555) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่ามีศักยภาพอยู่ในระดับดี มีความต้องการเรียนรู้ในระดับมาก เรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ย คือ การดูแลสุขภาพ การปรับตัวให้มีสุขภาพจิตดี การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน และการทำประโยชน์ให้สังคม และประเมินตนเองว่ามีความรู้ในองค์ประกอบ 5 ด้านระดับสูง มีความเห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่สำคัญ เรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ยคือ 1) แรงจูงใจที่อยากเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 3) การชักนำจากสมาชิกในสังคมให้เรียนรู้ 4) มาตรการส่งเสริมการเรียนรู้ของรัฐ 5) สมาชิกในครอบครัว 6) กฎหมายที่เอื้อต่อการเรียนรู้ 7) ปัจจัยทางเทคโนโลยี เช่น อินเทอร์เน็ต ความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ และระดับการศึกษา ที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการเรียนรู้ ความรู้ และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ การทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีศักยภาพดี และดีมากทั้ง 5 ด้าน มีความต้องการเรียนรู้มาก มีความรู้สูง และให้ความสำคัญสูงกับแรงจูงใจว่า เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ ซึ่งเป็นความเห็นว่าต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่ประเมินตนเองว่ามีศักยภาพปานกลาง หรือไม่ดี

นิตยา สุวรรณเพชร (2554) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัว การศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36, SD = 0.78$) โดยมีมิติสองมิติการมีส่วนร่วมคือ ด้านการปฏิบัติ และการได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 3.26, SD = 0.81, \bar{X} = 3.47, S.D. = 0.75$ ตามลำดับ) สำหรับองค์ประกอบ 3 ด้าน ของพฤติกรรมการมีส่วนร่วม นั้นพบว่า 1. องค์ประกอบด้านการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในมิติการปฏิบัติของผู้สูงอายุ และมิติด้านการได้รับการสนับสนุน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.01, SD = 0.93, \bar{X} = 3.38, S.D. = 0.73$ ตามลำดับ) 2. องค์ประกอบด้านการตระหนักและมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจในมิติด้านปฏิบัติของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.11, S.D. = 0.92$) แต่มิติด้านการได้รับการสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.58, SD = 0.71$) 3. องค์ประกอบด้านการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในชีวิตครอบครัว และชุมชน ในมิติด้านปฏิบัติของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68, S.D. = 0.59$) แต่มิติด้านการได้รับการสนับสนุน ($\bar{X} = 3.45, S.D. = 0.81$)

น้ำเพชร อัจฉิ๋ว (2563) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านอาชีพ รายได้ ระยะเวลา ที่อยู่อาศัย และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยแรงจูงใจมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ร้อยละ 86.80 และระดับของรูปแบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในรูปแบบการตัดสินใจ ดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล พบว่า มีส่วนร่วมในระดับมากที่สุดทั้ง 4 รูปแบบ

ภัทรธาดา ชุณหกมล (2562) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรับรู้คุณค่าของตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า 1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้คุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง 2) ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ภาวะสุขภาพ และการได้รับการดูแลแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการครองคู่ บทบาททางสังคม และระยะเวลา ในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 4) การรับรู้คุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ระวี สัจจโสภณ (2556) ได้ศึกษาเรื่องแนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพหุพิพลังในผู้สูงอายุ พบว่า แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพหุพิพลังในผู้สูงอายุ คือ 1) แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต 2) แนวคิดพหุศตวรรษด้านการศึกษา 3) แนวคิดการพัฒนาเมืองแห่งการเรียนรู้ และ 4) แนวคิดการพัฒนาเมืองสำหรับผู้สูงอายุ โดยทุกแนวคิดล้วนมีความเชื่อมโยงกันในด้านกระบวนการและเป้าหมาย คือการพัฒนาผู้สูงอายุในระดับปัจเจกบุคคลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพิพลังและระดับสังคมให้เป็น สังคมผู้สูงอายุที่มีพหุพิพลัง

วิรดา อรรถเมธากุล, และวรรณ ศรีวิสัย (2556) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 75.5 ตัวแปรพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ภาวะครอบครัวเป็นสุข และ เพศ ซึ่งมีอำนาจการพยากรณ์ได้ร้อยละ 8.0 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ 0.238 มีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ +7.987 และมีค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ 52.215

วิไลพร วงศ์ศิริ, โจรณี จินตนาวัฒน์, และกนกพร สุคำวัง (2556) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมด้านสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงอยู่ใน ระดับสูง 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ 3) รายได้ และ 4) เพศหญิง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม ได้ร้อยละ 17.87 ($R^2=0.1787$, $F=6.4266$, $p<0.001$) 5) ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ อายุ สถานภาพสมรสและการศึกษาไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้

สุภจักร์ แสงประจักษ์สกุล (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยกำหนดระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย ผลการวิจัย พบว่า ระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ ด้วยแบบจำลอง โพรบิตตามลำดับ พบว่า ปัจจัยกำหนดระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย

Bowling (2008) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมกับวรรณกรรม ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ และคุณภาพชีวิตในกลุ่มคน ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 279 คน ในอังกฤษ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้พฤติกรรมที่ดี หรือการคงไว้ซึ่งสุขภาพทางกาย และการคงการทำหน้าที่ รองลงมาคือการมีเวลว่าง และการมีกิจกรรมทางสังคม การทำหน้าที่ทางจิต การมีกิจกรรม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเข้าสังคม ระดับการมองตนเองของผู้สูงอายุว่าเป็นพฤติกรรมหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับมาก เกือบครึ่งมีพอใช้ การไม่พึ่งพา สามารถทำนายระดับการรับรู้พฤติกรรม ซึ่งหมายถึงสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยที่มี นัยสำคัญกับระดับพฤติกรรมคือเศรษฐกิจสังคม ผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ และ คุณภาพชีวิตมีส่วนที่คาบเกี่ยวกัน แต่มีเป้าหมายเพื่อความผาสุก อาจกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิต คือ พฤติกรรม หลักของพฤติกรรม ประกอบด้วย การออกกำลังกายและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพทางด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ของไว้ร่างกาย ความจำเป็น ขั้นพื้นฐาน เช่น สังคม ร่างกาย สุขภาพจิต และการมีกิจกรรม

Alexandre, Cordeiro, & Ramos (2009) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า โดยวัดจากระดับภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ และสปีโดเมนของ whoqol การที่สมรสแล้วไม่ได้หมายความว่ามีการรับรู้ที่มากขึ้น การมีส่วนร่วมทางสังคม และมีรายได้มาก จะมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมมากกว่า

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา

บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ที่อาศัยอยู่ในอำเภอ โกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างเมื่อประชากรที่มีจำนวนจำกัด (Finite Population) ด้วยความเชื่อมั่น 95% โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในประชากร (Finite population mean) ของ Daniel (1995)

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{\alpha/2}^2}{[e^2(N-1)] + (\sigma^2 z_{\alpha/2}^2)}$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ 5,716 คน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด คือ

$Z = 1.960$

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับกำหนดให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน

ไม่เกินร้อยละ 5 หรือ 0.05

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของภาวะพฤติกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ (ฐานญา สมภู, 2560) = ร้อยละ 52

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(5716)(0.1781)^2(1.96)^2}{(0.05)^2(5716-1) + (0.52)(1.96)^2} = 388$$

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณเพิ่มกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยแบบสำรวจอีกร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความชัดเจนของประชากรเพิ่มขึ้น และป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 435 คน

การวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างออกมาเป็น 435 คน แต่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา จึงได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบกลุ่มตำบล (Simple random sampling) โดยแบ่งตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุน้อย ได้แก่ ตำบลหาดสูง ตำบลศาลาแดง ตำบลเนินแก้ว 2) กลุ่มที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุปานกลาง ได้แก่ ตำบลยางตาล ตำบลนากลาง ตำบลเนินศาลา 3) กลุ่มที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมาก ได้แก่ ตำบลโกรกพระ ตำบลบางประมุข ตำบลบางมะฝ่อ จากนั้นทำการสุ่มตำบลโดยการจับฉลากกลุ่มละ 1 ตำบล ตำบลหาดสูง ตำบลนากลาง ตำบลโกรกพระ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มแบบกลุ่ม (Simple random sampling) หมู่บ้าน โดยการจับฉลากหมู่บ้านหรือชุมชน ตำบลละ 2 หมู่บ้าน สุ่มหมู่บ้านได้ดังนี้

ตำบลหาดสูง ได้แก่ บ้านหนองหญ้า, บ้านหาดสูง

ตำบลนากลาง ได้แก่ บ้านนากลาง, บ้านหัวโปร่ง

ตำบลโกรกพระ ได้แก่ บ้านในคลอง, บ้านเนินสะพานบัว

จากนั้นพิจารณาสัดส่วนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	สัดส่วน (คน)
บ้านหนองหญ้า	51	24
บ้านหาดสูง	103	48
บ้านนากลาง	175	82
บ้านหัวโปร่ง	99	47
บ้านในคลอง	286	134
บ้านเนินสะพานบัว	212	100
รวม	927	435

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) โดยสุ่มจากรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมด 5,716 คน เรียงตามตัวอักษร และคำนวณหาช่วงของการสุ่มโดยใช้สูตรดังนี้

$$I = \frac{N}{n}$$

I = ช่วงของการสุ่ม

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

n = จำนวนตัวอย่าง

ดังนั้น

$$I = \frac{5,716}{435}$$

$$= 13.14$$

$$= 13$$

หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างโดยเริ่มสุ่มจากรายชื่อแรก และรายชื่อถัดไปตามลำดับช่วงของการสุ่มที่คำนวณไว้

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง
3. สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ต้องการออกจากการวิจัยในระหว่างการตอบแบบสอบถาม
2. เสียชีวิต

เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ อำเภอโกลกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ ของกัตติกา ธนะขำว (2556) จำนวน 30 ข้อ

ข้อคำถามเป็นข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

โดยคำถามเป็นข้อคำถามที่แสดงการรับรู้ทั้งทางบวก และทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนแบบสัมพัทธ์แต่ละข้อพิจารณา ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติประจำ	4	1
ปฏิบัติบางครั้ง	3	2
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4

การแปลผล คะแนนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ใช้ค่าเฉลี่ยรายข้อ โดย นำค่าคะแนนรวมรายด้านหารจำนวนข้อของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน จะได้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-4 นำคะแนนที่ได้มา กำหนดเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (สุนันทา ผ่องแผ้ว, 2556) และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน	ระดับการรับรู้
1.00-2.00	ต่ำ
2.01-3.00	ปานกลาง
3.01-4.00	สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีศักยภาพของกัตติกา ธนะขำว (2556) จำนวน 6 ข้อ

ข้อคำถามเป็นข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

โดยคำถามเป็นข้อคำถามที่แสดงการรับรู้ทั้งทางบวกและทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนแบบสัมพัทธ์แต่ละข้อพิจารณา ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติประจำ	4	1
ปฏิบัติบางครั้ง	3	2
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4

การแปลงผล พิจารณาตามเกณฑ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{72 - 18}{3}$$

$$= 18$$

จากเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 18.00 – 36.00 หมายถึง มีพัฒนาผลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 37.00 – 54.00 หมายถึง มีพัฒนาผลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 55.00 – 72.00 หมายถึง มีพัฒนาผลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้สูงอายุ 1 ท่าน

ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ 1 ท่าน

ตรวจสอบความครอบคลุมของข้อความ ความชัดเจน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าคะแนน 0.82

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลบางประมุขซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ปัจจัยทางสังคม ได้ค่า 0.76, ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้ค่า 0.74 และปัจจัยทางพฤติกรรม ได้ค่า 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมของ มหาวิทยาลัยนเรศวร จนได้รับการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการ

2. เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบก่อนการเก็บข้อมูล ทั้งสิทธิในการตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และผลของการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย ดำเนินการดังนี้

1.1 การคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย เลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขของพื้นที่ตำบลที่ได้รับคัดเลือกการสุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตำบลหาดสูง ตำบลนากลาง ตำบลโกรกพระ แห่งละ 5 คน รวม 15 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูลในพื้นที่และคัดเลือกหัวหน้าทีมผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แห่งละ 1 คน เพื่อช่วยติดต่อประสานงานกับผู้ช่วยนักวิจัยในแต่ละพื้นที่ตำบลและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ส่งกลับมา รวมผู้ช่วยนักวิจัยทั้งสิ้น 18 คน

1.2 การอบรมผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการอบรมผู้ช่วยนักวิจัยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถามอย่างละเอียด

และหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยผู้วิจัยจะอธิบายให้ผู้ช่วยนักวิจัยเข้าใจอย่างถูกต้องตรงกัน มีการติดตามผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะๆ เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัย และตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

2.1 ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลแก่ผู้นำชุมชน

2.2 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ และชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.3 ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลและลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูลด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง พร้อมทั้งนัดหมายช่วงเวลาเก็บแบบสอบถามคืนในวันเดียวกัน

2.4 เมื่อถึงกำหนดเวลานัดหมาย ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 430 คน

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

2.6 นำข้อมูลที่ได้บันทึกเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2.7 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและแปลผล

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistic) และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for Windows) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม กับพัฒนาพลังของผู้สูงอายุวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistic)

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และสถิติสหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
3. ข้อมูลพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

ตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุอยู่ระหว่าง 60 – 70 ปี ร้อยละ 62.1 ($\bar{x} = 69.46$, Min = 60, Max = 90) สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.8 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.4 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 50.1

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	202	46.4
หญิง	233	53.6
อายุ		
60 – 70 ปี	270	62.1
71 – 80 ปี	133	30.6

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
80 ปีขึ้นไป	32	7.4
$\bar{x} = 69.46$, S.D. = 6.43, Range = 30, Min = 60, Max = 90		
สถานภาพสมรส		
โสด	39	9.0
สมรส/คู่	269	61.8
หย่า	20	4.6
หม้าย	99	22.8
แยกกันอยู่	8	1.8
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	113	26.0
ประถมศึกษา	289	66.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	3.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	8	1.8
อนุปริญญา / ปวส.	1	0.2
ปริญญาตรี	6	1.4
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.2
อาชีพ		
เกษตรกร	218	50.1
รับจ้าง	73	16.8
ค้าขาย	40	9.2
รับราชการ	9	2.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	2.1
แม่บ้าน	80	18.4
อื่นๆ	6	1.4

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

1. ปัจจัยทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 77.0, 21.6 และ 1.4 ตามลำดับ (ดังตาราง 3) และเมื่อแยกรายละเอียด พบว่า ปัจจัยทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปฏิบัติเป็นประจำ 3 อันดับคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถตอบข้อสงสัยด้านสุขภาพของท่านได้ รองลงมาคือ ท่านได้รับบริการด้านสุขภาพเท่าเทียมกับผู้อื่น และ ท่านไปตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานพยาบาลที่มีสิทธิ์การรักษาพยาบาลเวลาไม่สบาย คิดเป็นร้อยละ 61.8, 61.4 และ 56.8 ตามลำดับ ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เคยปฏิบัติ 3 อันดับแรก คือท่านซื้อยากินเองจากร้านขายยาหรือคลินิกใกล้บ้าน รองลงมาคือ ที่ท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพภาพสื่อออนไลน์ และท่านไปออกกำลังกายที่ลานออกกำลังกายของชุมชนหรือหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 18.4, 18.2 และ 15.2 ตามลำดับ (ดังตาราง 4)

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม (n = 435)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	6	1.4
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	94	21.6
ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	335	77.0
$\bar{x} = 28.11$ คะแนน, S.D. = 3.71, Min=15 คะแนน, Max=36 คะแนน		

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละ ของปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม (n=435)	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อยละ)
1.ท่านไปออกกำลังกายที่ลานออกกำลังกาย ของชุมชนหรือหมู่บ้าน	57 (13.1)	226 (52.0)	86 (19.8)	66 (15.2)
2.ท่านได้รับบริการที่รวดเร็วเมื่อไปรับ บริการที่ศูนย์สุขภาพ ชุมชน หรือ สถานพยาบาล	231 (53.1)	138 (31.7)	63 (14.5)	3 (0.7)
3.ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการ ของศูนย์สุขภาพ ชุมชน หรือ สถานพยาบาลไม่มีความยุ่งยาก	157 (36.1)	227 (52.2)	36 (8.3)	15 (3.4)
4.ท่านซื้อยากินเองจากร้านขายยาหรือ คลินิกใกล้บ้าน	61 (14.0)	145 (33.3)	149 (34.3)	80 (18.4)
5.ท่านไปตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานพยาบาลที่มีสิทธิการ รักษาพยาบาลเวลาไม่สบาย	247 (56.8)	144 (33.1)	39 (9.0)	5 (1.1)
6.ท่านได้รับบริการด้านสุขภาพเท่าเทียม กับผู้อื่น	267 (61.4)	137 (31.5)	26 (6.0)	5 (1.1)
7.ท่านทราบข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรม สุขภาพ ที่หน่วยงานต่างๆ จัดขึ้น	233 (53.6)	154 (35.4)	38 (8.7)	10 (2.3)
8.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถตอบข้อ สงสัยด้านสุขภาพของท่านได้	269 (61.8)	116 (26.7)	35 (8.1)	15 (3.4)
9.ท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพภาพสื่อ ออนไลน์	85 (19.5)	175 (40.2)	96 (22.1)	79 (18.2)

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 80.7, 18.9 และ 0.5 ตามลำดับ (ดังตาราง 5) และเมื่อแยกรายละเอียด พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปฏิบัติเป็นประจำ 3 อันดับแรกคือ ท่านปรับปรุงที่อยู่อาศัยและจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยอยู่เสมอ รองลงมาคือ ท่านสามารถจัดการ ดูแลที่อยู่อาศัยได้ด้วยตนเอง และท่านมักทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ คิดเป็นร้อยละ 75.9, 64.1 และ 60.5 ตามลำดับ และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เคยปฏิบัติ 3 อันดับแรกคือ ท่านมักทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ รองลงมาคือ ท่านยังคงทำงานตามกำลังความสามารถของท่านอยู่เสมอ และท่านสามารถให้การช่วยเหลือเกื้อหนุนคนในครอบครัวด้านการเงินได้ คิดเป็นร้อยละ 8.3, 2.8 และ 1.4 ตามลำดับ (ดังตาราง 6)

ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม (n = 435)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	2	0.5
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	82	18.9
ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	351	80.7
$\bar{x} = 20.96$ คะแนน, S.D. = 2.91, Min=12 คะแนน, Max=24 คะแนน		

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละ ของปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (n=435)	ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัตินานๆครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)
10.ท่านปรับปรุงที่อยู่อาศัยและจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยอยู่เสมอ	330 (75.9)	82 (18.9)	19 (4.4)	4 (0.9)

ตาราง 6 (ต่อ)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (n=435)	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อยละ)
11.ท่านสามารถจัดการ ดูแลที่อยู่อาศัย ได้ด้วยตนเอง	279 (64.1)	139 (32.0)	17 (3.9)	0 (0.0)
12.ท่านสามารถพึ่งพาตนเองด้าน การเงินได้	261 (60.0)	143 (32.9)	27 (6.2)	4 (0.9)
13.ท่านสามารถให้การช่วยเหลือ แก่ผู้อื่นในครอบครัวด้านการเงินได้	223 (51.3)	154 (35.4)	52 (12.0)	6 (1.4)
14.ท่านยังคงทำงานตามกำลัง ความสามารถของท่านอยู่เสมอ	251 (57.7)	126 (29.0)	46 (10.6)	12 (2.8)
15.ท่านมักทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้	263 (60.5)	98 (22.5)	38 (8.7)	36 (8.3)

3. ปัจจัยทางพฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการทำงานมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.9 และ 10.1 ตามลำดับ (ดังตาราง 7) และเมื่อแยกย่อยข้อ พบว่า ปัจจัยทางพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปฏิบัติเป็นประจำ 3 อันดับแรกคือเมื่อท่านไม่สบายคนในครอบครัวจะช่วยกันดูแล รองลงมาคือ ท่านสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน และท่านเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 83.0, 79.8 และ 77.9 ตามลำดับ และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เคยปฏิบัติ 3 อันดับแรก คือ ท่านไม่สูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันจากบุหรี่ รองลงมาคือ ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ และท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 16.1, 10.3 และ 8.5 ตามลำดับ (ดังตาราง 8)

ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับต่อพัฒนาพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางพฤติกรรม (n = 435)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	44	10.1
ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	391	89.9

\bar{x} = 52.48 คะแนน, S.D. = 4.89, Min = 35 คะแนน, Max = 60 คะแนน

ตาราง 8 แสดงจำนวน และร้อยละ ของปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางพฤติกรรม (n=435)	ปฏิบัติประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)
16.ท่านเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย	339 (77.9)	87 (20.0)	5 (1.1)	4 (0.9)
17.ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรส หวาน เค็ม หรือมัน	237 (54.5)	155 (35.6)	39 (9.0)	4 (0.9)
18.ท่านรับประทานเนื้อปลา ผัก และผลไม้ เป็นประจำ	296 (68.0)	115 (26.4)	16 (3.7)	8 (1.8)
19.ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	109 (25.1)	160 (36.8)	129 (29.7)	37 (8.5)
20.ท่านพยายามเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ	323 (74.3)	94 (21.6)	13 (3.0)	5 (1.1)
21.ท่านตรวจสุขภาพประจำปี	219 (50.3)	152 (34.9)	58 (13.3)	6 (1.4)
22.ท่านหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพดี	231 (53.1)	137 (31.5)	56 (12.9)	11 (2.5)

ตาราง 8 (ต่อ)

ปัจจัยทางพฤติกรรม (n=435)	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อยละ)
23.ท่านพยายามดูแลจิตใจไม่ให้ เคร่งเครียด	298 (68.5)	125 (28.7)	12 (2.8)	0 (0.0)
24.ท่านพยายามหาทางออก เมื่อมี ปัญหา	295 (67.8)	99 (22.8)	25 (5.7)	16 (3.7)
25.ท่านมีสติในการเผชิญกับปัญหา ต่างๆ ได้	306 (70.3)	110 (25.3)	16 (3.7)	3 (0.7)
26.ท่านสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการ ดำรงชีวิตประจำวัน	347 (79.8)	73 (16.8)	14 (3.2)	1 (0.2)
27.ท่านพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ด้วย ตนเอง โดยไม่หวังพึ่งสมาชิกใน ครอบครัวหรือคนอื่น	247 (56.8)	151 (34.7)	31 (7.1)	6 (1.4)
28.เมื่อท่านไม่สบายคนในครอบครัวจะ ช่วยกันดูแล	361 (83.0)	58 (13.3)	16 (3.7)	0 (0.0)
29.ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่น	282 (64.8)	73 (16.8)	35 (8.0)	45 (10.3)
30.ท่านไม่สูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการ สัมผัสควันจากบุหรี่	276 (63.4)	75 (17.2)	14 (3.2)	70 (16.1)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

1. ด้านการมีส่วนร่วม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.8, 44.6 และ 1.6 ตามลำดับ (ดังตาราง 9) และเมื่อแยกรายละเอียด พบว่า พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปฏิบัติเป็นประจำ 3 อันดับแรกคือท่านเข้าร่วมหรือช่วยงานต่างๆ ของคนที่รู้จักหรือเพื่อนบ้าน เช่น งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ งานบวช อยู่เสมอ รองลงมาคือ ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม

ประเพณีของชุมชนหรือหมู่บ้าน เป็นประจำ และท่านเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ หรือกิจกรรมพัฒนาชุมชน หมู่บ้าน อยู่เสมอ คิดเป็นร้อยละ 52.2, 41.1 และ 32.2 ตามลำดับ และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เคยปฏิบัติ 3 อันดับแรกคือท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมอื่นๆ ที่เป็นสมาชิกอยู่รองลงมาคือท่านถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญา ทักษะ ประสบการณ์ให้กับผู้อื่น และท่านทำงานเป็นอาสาสมัคร หรือจิตอาสา เพื่อช่วยเหลือสังคมอยู่เสมอ คิดเป็นร้อยละ 11.0, 10.3 และ 7.8 ตามลำดับ (ดังตาราง 10)

ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพัฒนาพลัง ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

พัฒนาพลังด้านการมีส่วนร่วม (n = 435)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	7	1.6
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	234	53.8
ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	194	44.6
$\bar{X} = 18.25$ คะแนน, S.D. = 2.47, Min = 11 คะแนน, Max = 23 คะแนน		

ตาราง 10 แสดงจำนวน และร้อยละ ของพัฒนาพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

พัฒนาพลังด้านการมีส่วนร่วม (n=435)	ปฏิบัติประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัตินานๆครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)
1.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ หรือกิจกรรมพัฒนาชุมชน หมู่บ้าน อยู่เสมอ	140 (32.2)	187 (43.0)	85 (19.5)	23 (5.3)
2.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม ประเพณี ของชุมชนหรือหมู่บ้าน เป็นประจำ	179 (41.1)	155 (35.6)	98 (22.5)	3 (0.7)
3.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมอื่นๆ ที่เป็นสมาชิกอยู่	137 (31.5)	183 (42.1)	67 (15.4)	48 (11.0)
4.ท่านเข้าร่วมหรือช่วยงานต่างๆ ของคนที่รู้จัก หรือเพื่อนบ้าน เช่น งานแต่งงาน งานขึ้นบ้าน ใหม่ งานบวช อยู่เสมอ	227 (52.2)	146 (33.6)	58 (13.3)	4 (0.9)
5.ท่านถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญา ทักษะ ประสบการณ์ให้กับผู้อื่น	48 (11.0)	290 (66.7)	52 (12.0)	45 (10.3)

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วม (n=435)	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อยละ)
6.ทำงานเป็นอาสาสมัคร หรือจิตอาสา เพื่อช่วยเหลือสังคมอยู่เสมอ	121 (27.8)	211 (48.5)	69 (15.9)	34 (7.8)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า มีตัวแปรอายุ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (ดังตาราง 11, 12)

ตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ (correlation) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

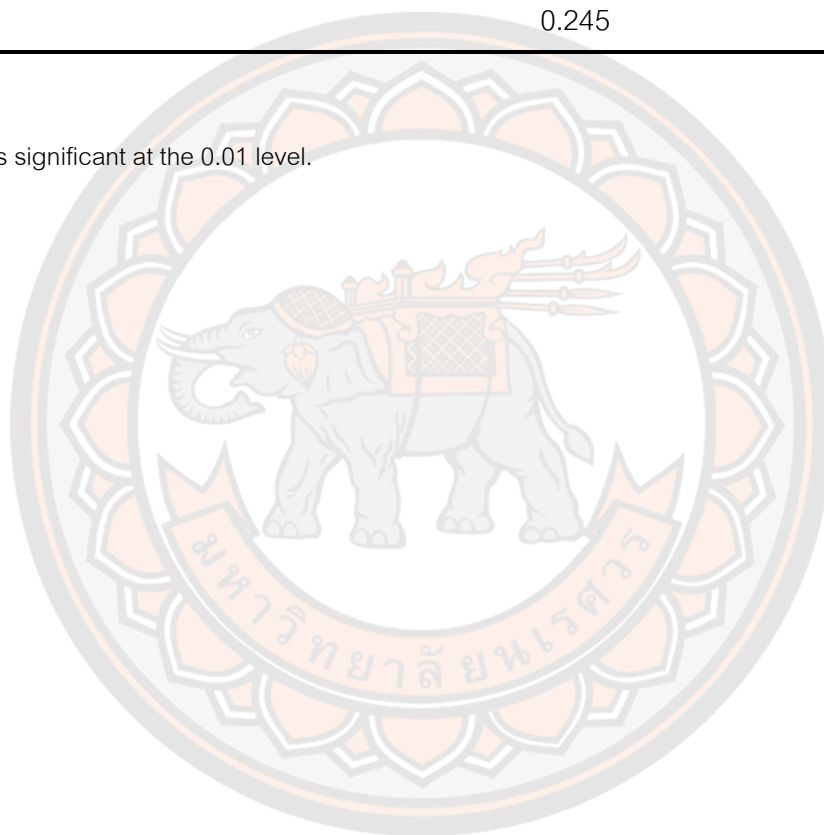
ตัวแปร		การมีส่วนร่วม	อายุ	ปัจจัยทางสังคม	ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	ปัจจัยทางพฤติกรรม
การมีส่วนร่วม	Pearson Correlation	1				
	Sig. (2-tailed)					
อายุ	Pearson Correlation	-0.130**	1			
	Sig. (2-tailed)	0.007				
ปัจจัยทางสังคม	Pearson Correlation	0.162**	.011	1		
	Sig. (2-tailed)	0.001	.817			
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	Pearson Correlation	-0.204**	-.188**	.347**	1	
	Sig. (2-tailed)	0.000	.000	.000		
ปัจจัยทางพฤติกรรม	Pearson Correlation	0.165**	0.082	0.329**	0.275**	1
	Sig. (2-tailed)	0.001	0.087	0.000	0.000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ (Eta) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พหุคูณ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปร	Eta	Sig
เพศ	0.143	0.717
สถานภาพสมรส	0.195	0.165
ระดับการศึกษา	0.191	0.195
อาชีพ	0.245	0.009**

** . Eta is significant at the 0.01 level.



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ภายใต้สมมติฐานว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ทำการศึกษาระหว่างเดือน กรกฎาคม 2561 – มิถุนายน 2562 ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่างที่การศึกษาจำนวน 435 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับประมาณค่าเฉลี่ยในประชากร (Finite population mean) ของ Wayne (1995) กรณี เมื่อประชากรที่มีจำนวนจำกัด และได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ประกอบด้วย สุ่มแบบกลุ่มตำบล (Simple random sampling) เพื่อจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตำบลที่มีผู้สูงอายุมาก ตำบลที่มีผู้สูงอายุปานกลาง และตำบลที่มีผู้สูงอายุน้อย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน สุ่มแบบกลุ่มหมู่บ้าน (Simple random sampling) เพื่อคัดเลือกหมู่บ้านที่จะทำการศึกษา โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน และการสุ่มตัวอย่างแบบ มีระบบ (Systematic sampling) โดยสุ่มจากรายชื่อ ผู้สูงอายุทั้งหมด เรียงตามตัวอักษร และคำนวณหาช่วงของการสุ่ม

ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่ผู้เกี่ยวข้อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) 0.82 และความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ปัจจัยทางสังคม ได้ ค่า 0.76, ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้ค่า 0.74 และปัจจัยทางพฤติกรรม ได้ค่า 0.82 โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการให้ข้อมูล ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และส่งแบบสอบถามให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวม และตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปบันทึกข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน (Number) ร้อยละ (Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistic) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับกับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และสถิติสหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation) กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 70 ปี ร้อยละ 62.1 (S.D. = 6.43) สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.8 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.4 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 50.1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ระดับปัจจัยทางสังคม พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.0) ระดับปัจจัยทางเศรษฐกิจ พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.7) ระดับปัจจัยทางพฤติกรรม พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.9) ระดับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.8)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 5 ตัว ได้แก่ อายุ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางพฤติกรรม และอาชีพ

อายุ

พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 60 – 70 ปี ร้อยละ 62.1 (\bar{X} =69.46, Min=60, Max=90) โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า อายุที่ต่างกันส่งผลให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า มีการรวมกลุ่มกัน และมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเยอะ เนื่องจากยังมีอายุมากขึ้น เซลล์จะมีการเสื่อมสลายมากกว่าการเสริมสร้าง ทำให้สมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ

(ณัษฐนนท์ ทวีสิน, และธรรตพงศ์ วงษ์สวัสดิ์, 2562; น้ำเพชร อ่ำจิว, 2563; สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2557)

ปัจจัยทางสังคม

พบว่า ปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมทางสังคม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ อยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Bowling, 2008; กนกอร เนตรชู, 2561; ณัษฐนนท์ ทวีสิน, และธรรตพงศ์ วงษ์สวัสดิ์, 2562; ภัทรรดา อุ่นกมล, 2562)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาในการซ่อมแซม จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โดยผู้สูงอายุให้ความสนใจไปกับการดูแลบ้านอาจทำให้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Alexandre et al., 2009; ณัษฐนนท์ ทวีสิน, และธรรตพงศ์ วงษ์สวัสดิ์, 2562; ภัทรรดา อุ่นกมล, 2562; วิไลพร วงศ์ศิริ และคณะ, 2556; สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2557)

ปัจจัยทางพฤติกรรม

พบว่า ปัจจัยทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยทางพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมในด้านต่างๆ (สุชาดา สมบูรณ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, และชมนาด สุ่มเงิน, 2561) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการดูแลตัวเอง มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมร่วมกันกับชุมชน เช่น การเดินแอโรบิค การเล่นกีฬา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Barbosa Neves, Fonseca, Amaro, & Pasqualotti, 2018; Litwin, & Levinson, 2018; Narushima, Liu, & Diestelkamp, 2018; มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยุทธ์ ชยาเขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, และจิรวุฒิ กุจะพันธ์, 2562; สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2557)

อาชีพ

พบว่า อาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกร โดยการทำงานของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบที่เป็นอาชีพประจำที่ให้รายได้ประจำการประกอบอาชีพส่วนตัวหรือ การทำงานในกิจการของครอบครัว โดยอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงาน นอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการพบปะ พูดคุยกับคนในชุมชนอยู่เสมอ ทั้งนี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพมีส่วนร่วมในชุมชนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุภจักร์ แสงประจักษ์สกุล (2557)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติงาน บุคลากรพยาบาลหรือ บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการพัฒนา รูปแบบหรือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมให้กับประชาชน โดยการสร้างโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ ประชาชนการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ การส่งเสริมหรือสร้างสิ่งสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรม โดยให้ ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
2. ด้านนโยบายรัฐบาลควรมีการสร้างนโยบายที่ส่งเสริมการออมเงิน การวางแผนทางการเงินเพื่อวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยหรือแรงงานนอกระบบ ซึ่งยังขาดสวัสดิการที่สามารถเป็นหลักประกันในด้านความมั่นคงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
3. ด้านการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในประเทศไทยและสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเตรียมตัว เข้าสู่วัยสูงอายุสำหรับ นักศึกษาพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยการวิเคราะห์เกี่ยวกับ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมในแต่ละด้าน
2. ควรมีการนำปัจจัยอื่นที่อาจมีความเกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมมาศึกษาเพิ่มเติม เช่นทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ และความสามารถในการจัดการกับปัญหา เป็นต้น เพื่อให้ได้ปัจจัยที่สามารถทำนายการมีพฤติกรรม ของประชากรไทยได้มากขึ้น และสามารถนำไปส่งเสริม ให้ประชากรมีการเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง หรือการสร้างโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมหรือการเตรียมการเข้าสู่ วัยสูงอายุ โดยใช้ตัวปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางพฤติกรรม ว่าปัจจัยเหล่านี้ทำให้พฤติกรรม หรือพฤติกรรมเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุเพิ่มขึ้นได้หรือไม่

บรรณานุกรม

- กนกอร เนตรฐ. (2561). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสริมสร้างตนเองสู่พัฒนาพลังของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กัตติกา ณะชว่าง. (2556). การพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กุลทลี เงามแสงธรรม. (2551). การเตรียมการเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของบุคลากรกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2524). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ: ซีเคเนชั่น มีเดีย.
- คริสสุธา อ่อนแก้ว. (2554). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองวัดไชยทิศและตากสินสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- แจก ณะศิริ. (2547). ชีวิตตั้งต้นเมื่อ 80 วิทยากรบรรยายโครงการปัจฉิมนิเทศข้าราชการเกษียณอายุประจำปี. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ฐานญา สมภู. (2560). ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมภาวะพัฒนาพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ณัฐสุนันท์ ทวีสิน, และธรรตพงศ์ วงษ์สวัสดิ์. (2562). บทบาทการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยุคใหม่ในเขตชุมชนทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 6(1), 115-128.
- ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, สมสมัย สังฆมณ, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เฝ้าพันธุ์, และสิดาภรณ์สุขฉวี. (2558). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านมุมมองพัฒนาพลังในชุมชนจันทนนครนายก. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2(2), 48-60.
- เต็มศักดิ์ คทวนิช. (2550). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล, และปณิดา วรรณพิรุณ. (2557). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพัฒนาพลัง. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นันทรัตน์ อมาตยกุล. (2555). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำเพชร อัจฉิ. (2563). รูปแบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์, 4(2), 30-36.
- นิตยา สุวรรณเพชร. (2554). พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. (2547). ลักษณะภาวะพฤติกรรม: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, และศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ. (2550). สภาพแวดล้อมทางการบริหาร. ขอนแก่น: ม.ป.ท.
- ภัทรดา อุ่นกมล. (2562). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรับรู้คุณค่าของตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 22(1), 125-136.
- มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยชัย ชยาเขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, และจิรวุฒิ กุจะพันธ์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 14(1), 119-130.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร. (2549). สถานการณ์พฤติกรรมในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย. วารสารพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 7(1), 16-28.
- ระวี สัจจโสภณ. (2556). แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพฤติกรรมผู้สูงอายุ. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม), 34(3), 471-490.
- รัตนโกศล พานิชพันธ์. (2560). การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอต่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ นอร์ทเทิร์นวิจัย ครั้งที่ 3 ประจำปีการศึกษา 2560 (น.27). ตาก: วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และธนิกานต์ ศักดาพร. (2554). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพเชื่อมโยงกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงาน

- ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วิทธิลักษณ์ จันทน์สมบัติ. (2552). *ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิรดา อรรถเมธากุล, และวรรณิ ศิริวิสัย. (2556). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7(2), 18-28.*
- วิไลพร วงศ์ศิริ, โจรณี จินตนาวัฒน์, และกนกพร สุคำวัง. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมพลังของ ประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาล, 40(4), 91-99.*
- ศรีทับทิม รัตนโกศล. (2527). *สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวประมวลบทความวิทยุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: วัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2542). *ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาดา สมบูรณ์, สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์, และชมนาด สุ่มเงิน. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารเกื้อการุณย์, 25(1), 141-153.*
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2535). *การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาวิจัยและการบริการทางการแพทย์ผู้สูงอายุ แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). *รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา ผ่องแผ้ว. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). *วุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทย. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ, 17, 231-248.*
- Ahtonen, A. (2012). Healthy and active ageing: Turning the 'silver' economy into gold. *Policy Brief, 12(3), 2012.*
- Alexandre, T. d. S., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2009). Factores asociados a la calidad de vida en ancianos activos. *Revista de Saúde Pública, 43(4), 613-621.*
- Barbosa Neves, B., Fonseca, J. R., Amaro, F., & Pasqualotti, A. (2018). Social capital and internet use in an age-comparative perspective with a focus on later life. *PloS one, 13(2), e0192119.*
- Best, J. (1975). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall.

- Boudiny, K. (2013). 'Active ageing': From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6), 1077-1098.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging and Mental Health*, 12(3), 293-301.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: John Wiley & Sons.
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A european policy perspective. *The gerontologist*, 55(1), 83-90.
- Kalache, A., Gatti, A. (2003). Active ageing: A policy framework. *Advances in gerontology=Uspekhi gerontologii*(11), 7.
- Litwin, H., & Levinson, M. (2018). The association of mobility limitation and social networks in relation to late-life activity. *Ageing and Society*, 38(9), 1771-1790.
- Narushima, M., Liu, J., & Diestelkamp, N. (2018). Lifelong learning in active ageing discourse: Its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability. *Ageing & Society*, 38(4), 651-675.
- Perales, J., Martin, S., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Garin, N., Koskinen, S., . . . Olaya, B. (2014). Factors associated with active aging in finland, poland, and spain. *International psychogeriatrics*, 26(8), 1363-1375.
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and 'active ageing': Subjective aspects of ageing actively. *Journal of health psychology*, 16(3), 467-477.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *World population ageing*. Retrieved August 15, 2017, from http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขสำนวนของแบบสอบถามที่ใช้ ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุพัฒนา คำสอน
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. แพทย์หญิงศิริพร สุคันธมาลา
แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว
3. นางสาวสวิชญา ทังหิรัญ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลเวชศาสตร์ปฏิบัติ)



ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในระดับปริญญาโท หลักสูตร
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ แบบสอบถามชุดนี้
ประกอบด้วยข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

ด้านการมีส่วนร่วม

1. ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามความจริง คำตอบที่ได้ถือเป็นความลับ จะนำเสนอในรูปแบบ
ของภาพรวม ซึ่งมีประโยชน์ต่อการลดการสัมผัสผู้ติดเชื้อ

2. ขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามในแต่ละส่วนก่อนลงมือทำ และโปรดตอบ
คำถามให้ครบทุกข้อตามความจริง จะทำให้ผู้ทำวิจัย สามารถนำคำตอบไปวิเคราะห์ได้

ผู้ทำวิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ จะนำเสนอข้อมูลจากการสำรวจใน
รูปแบบภาพรวมเท่านั้นและไม่มีข้อมูลใดในผลการสำรวจที่ระบุถึงตัวบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษาโครงการครั้งนี้ และได้รับ
คำอธิบายจากผู้ทำโครงการจนเข้าใจเป็นอย่างดี แล้วสมัครใจให้ข้อมูลที่เป็นจริง

ขอขอบคุณในความร่วมมือของผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

รัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง

นิสิตหลักสูตรศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: ให้ใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ (นับจำนวนเต็มปี) ปี
3. สถานภาพสมรส
 - 1. โสด 2. สมรส / คู่
 - 3. หย่า/แยก 4. หม้าย
 - 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา 2. ประถมศึกษา
 - 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
 - 5. อนุปริญญา / ปวส. 6.ปริญญาตรี
 - 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพหลักของท่าน
 - 1. เกษตรกร 2. รับจ้าง
 - 3. ค้าขาย 4. รับราชการ
 - 5. แม่บ้าน 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - 7. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของผู้สูงอายุ

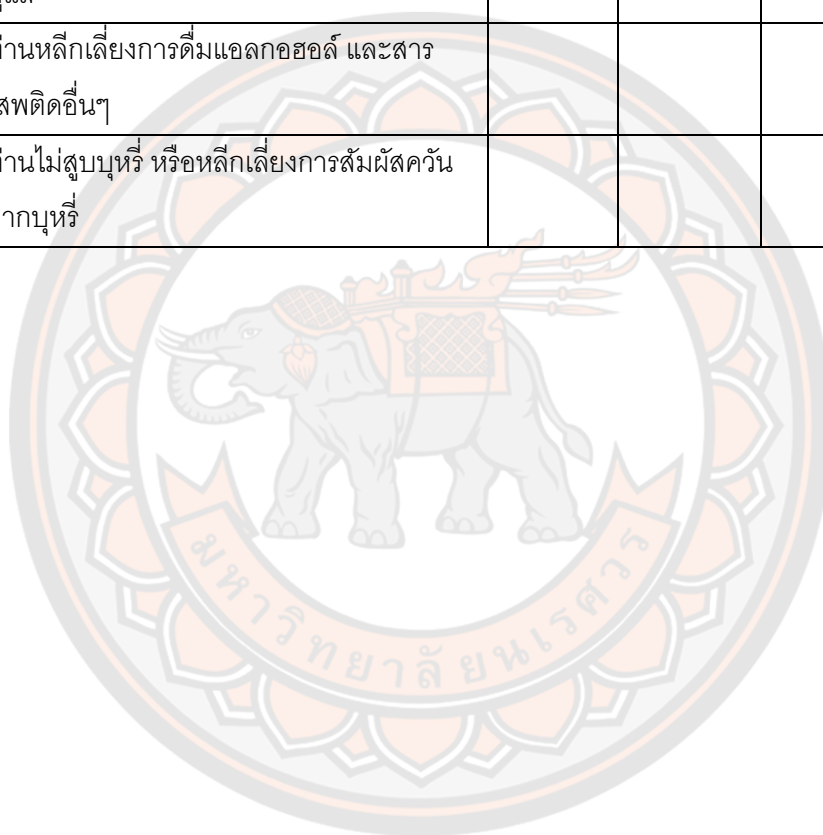
คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบพิจารณาข้อความคำถามในแต่ละข้อที่เกี่ยวกับตัวท่านเป็นจริงมากน้อยเพียงใด โดยผู้ตอบทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด และขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

ที่	คำถาม	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ปัจจัยทางสังคม					
1	ท่านไปออกกำลังกายที่ลานออกกำลังกายของชุมชนหรือหมู่บ้าน				
2	ท่านได้รับบริการที่รวดเร็วเมื่อไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานพยาบาล				
3	ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานพยาบาลไม่มีความยุ่งยาก				
4	ท่านซื้อยากินเองจากร้านขายยาหรือคลินิกใกล้บ้าน				
5	ท่านไปตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานพยาบาลที่มีสิทธิ์การรักษาพยาบาลเวลาไม่สบาย				
6	ท่านได้รับบริการด้านสุขภาพเท่าเทียมกับผู้อื่น				
7	ท่านทราบข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพที่หน่วยงานต่างๆ จัดขึ้น				
8	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถตอบข้อสงสัยด้านสุขภาพของท่านได้				
9	ท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพภาพสื่อออนไลน์				

ที่	คำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ					
10	ท่านปรับปรุงที่อยู่อาศัยและจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยอยู่เสมอ				
11	ท่านสามารถจัดการ ดูแลที่อยู่อาศัยได้ด้วยตนเอง				
12	ท่านสามารถพึ่งพาตนเองด้านการเงินได้				
13	ท่านสามารถให้การช่วยเหลือเกื้อหนุนคนในครอบครัวด้านการเงินได้				
14	ท่านยังคงทำงานตามกำลังความสามารถของท่านอยู่เสมอ				
15	ท่านมักทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้				
ปัจจัยทางพฤติกรรม					
16	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย				
17	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เค็ม หรือมัน				
18	ท่านรับประทานเนื้อปลา ผัก และผลไม้ เป็นประจำ				
19	ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์				
20	ท่านพยายามเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ				
21	ท่านตรวจสุขภาพประจำปี				
22	ท่านหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองเพื่อให้อายุยืนยาว				
23	ท่านพยายามดูแลจิตใจไม่ให้เคร่งเครียด				
24	ท่านพยายามหาทางออก เมื่อมีปัญหา				
25	ท่านมีสติในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้				
26	ท่านสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดำรงชีวิต				

ที่	คำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	ประจำวัน				
27	ท่านพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่หวังพึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่นๆ				
28	เมื่อท่านไม่สบายคนในครอบครัวจะช่วยกันดูแล				
29	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ				
30	ท่านไม่สูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันจากบุหรี่				



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบพิจารณาข้อความคำถามในแต่ละข้อที่เกี่ยวกับตัวท่านเป็นจริงมากน้อยเพียงใด โดยผู้ตอบทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด และขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

ที่	คำถาม	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วม					
1	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์หรือกิจกรรมพัฒนาชุมชน หมู่บ้าน อยู่เสมอ				
2	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชนหรือหมู่บ้าน เป็นประจำ				
3	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมอื่นๆ ที่เป็นสมาชิกอยู่				
4	ท่านเข้าร่วมหรือช่วยงานต่างๆ ของคนที่รู้จักหรือเพื่อนบ้าน เช่น งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ งานบวช อยู่เสมอ				
5	ท่านถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญา ทักษะประสบการณ์ให้กับผู้อื่น				
6	ท่านทำงานเป็นอาสาสมัคร หรือจิตอาสา เพื่อช่วยเหลือสังคมอยู่เสมอ				