



# คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี

โดย

นางพัชราภรณ์ พัฒนะ

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาขารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต

วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี

โดย

นางพัชราภรณ์ พัฒนะ



การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

QUALITY OF LIFE AMONG THOSE ATTENDED ELDERLY SCHOOL,  
SARABURI PROVINCE

BY

MRS. PATCHARAPORN PATTANA



AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE  
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH

MAJOR IN HEALTH PROMOTION MANAGEMENT

FACULTY OF PUBLIC HEALTH

THAMMASAT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2017

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

การค้นคว้าอิสระ

ของ

นางพัชราภรณ์ พัฒนา

เรื่อง

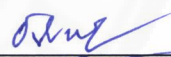
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2560

ประธานกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ



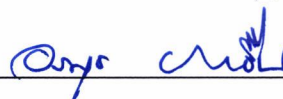
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชนินทร์ เจริญกุล)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระหลัก



(รองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระร่วม



(รองศาสตราจารย์ ดร. อรุณช ภาชื่น)

กรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อังสนา บุญธรรม)

คณบดี



(อาจารย์ ดร. ชัยยุทธ ชวลิตนิจกุล)

หัวข้อการค้นคว้าอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี
ชื่อผู้เขียน	นางพัชราภรณ์ พัฒนะ
ชื่อปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระหลัก	รองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา
อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. อรุณช ภาชีน
ปีการศึกษา	2560

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุทุกคน จำนวน 340 คน ใช้แบบสอบถามและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติเชิงอนุมาน t-test และ ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.6 มีอายุ 60-69 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาภาคบังคับ มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ผู้สูงอายुर้อยละ 57.6 ระบุว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.3 เกือบทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุข ร้อยละ 86.1 เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ 1-2 ปี โดยให้เหตุผลในการเข้าโรงเรียนฯ เพื่อพบปะแลกเปลี่ยนพูดคุยกับเพื่อนเป็นหลัก ผู้สูงอายุเกือบครึ่งมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุเดือนละ 2 -3 ครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 68.5 และร้อยละ 28.5 ตามลำดับ โดยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมคือ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ของตนเอง จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน เมื่อเจ็บป่วย การเดินทาง ความรู้ข่าวสาร เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ กลุ้มใจ ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจและการพลบโงนเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สูญเสีย ท้อแท้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงอายุ, การเข้าถึงบริการสาธารณสุข, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม



An Independent Title	QUALITY OF LIFE AMONG THOSE ATTENDED ELDERLY SCHOOL, SARABURI PROVINCE
Author	Mrs. Patcharaporn Pattana
Degree	Master of Public Health
Major Field/Faculty/University	Health Promotion Management Faculty of Public Health Thammasat University
An Independent Advisor	Associate Professor Chaweewon Boonshuyar, M.S.P.H.
An Independent Co-Advisor	Associate Professor Oranut Pachuen, Dr.P.H.
Academic Years	2017

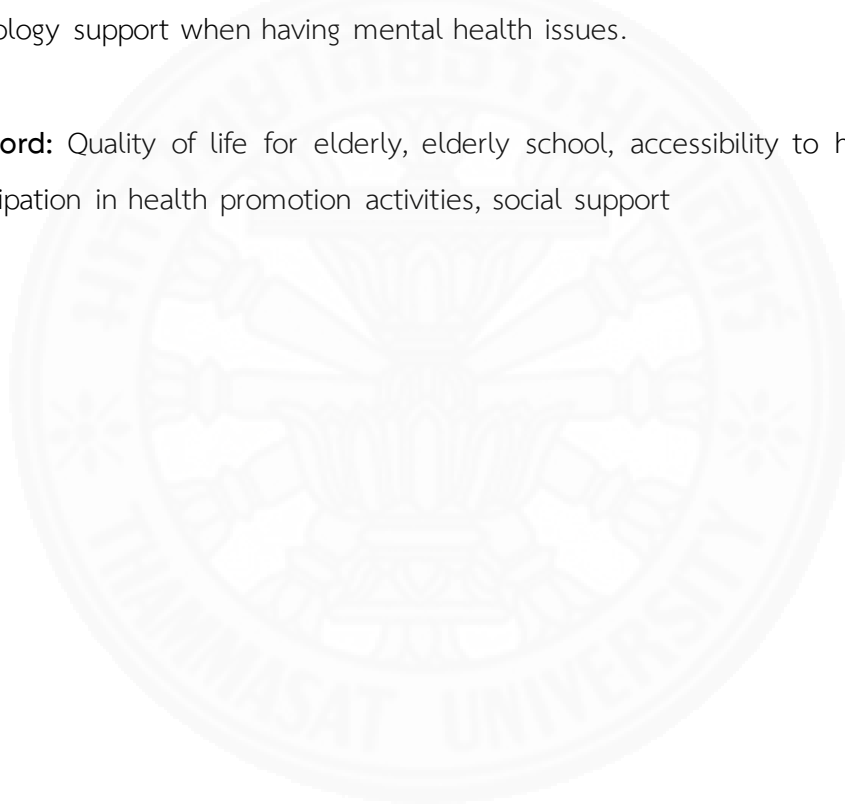
### ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to assess the quality of life and to examine the relationship between predisposing, enabling and reinforcing factors and the quality of life (QOL) among the elderly who attended the elderly school in Saraburi province. All of 340 elderly attended the elderly school in Saraburi province was interviewed. The Thai version of WHO's QOL assessment for elderly (WHOQOL-BREF-THAI) was adopted in this study. Frequency, percentage, mean, median, standard deviation and Pearson's correlation were the descriptive statistics and t-test and ANOVA at significant level 0.05 were inferential statistics applied in this study.

The result shown that 70.6% of elderly attended the school was female, aged 60 – 69 years and 70.3% married. Most of them had compulsory level of education and having enough income for monthly expense but without saving. 57.6% perceived that they were in good health and 70.3% informed of having chronic diseases. Almost all of them was able to access to health care services. About 86.1% was member of elderly school for 1 – 2 years. Meeting new friends was the main reason for joining the school. More than half involved in school activities about 2 – 3 times/month. Participation in health promotion activity was at good level. Social

support was at moderate level. Their level of QOL, 68.5% and 28.5% were at fair and good respectively. Considering each domain of QOL, from the best to the least was mental health, followed by environment, physical health and social relation. The factors significantly related to elderly QOL at  $p$ -values $<0.05$  were educational attainment, main occupation, enough income for monthly expense, accommodation, perceived on their own health, number of chronic diseases, frequency of participation in health promotion activity and activities in elderly school and social support such as financial support, health support, travel support, information support and have physiology support when having mental health issues.

**Keyword:** Quality of life for elderly, elderly school, accessibility to health services, participation in health promotion activities, social support





## กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและรองศาสตราจารย์ ดร. อรุณช ภาชีน อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางแก้ไขตลอดจนข้อบกพร่องต่างๆทุกขั้นตอน โดยเฉพาะความช่วยเหลือเอาใจใส่เป็นอย่างดี รวมทั้งการให้กำลังใจกับผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งได้รับความกรุณาและการชี้แนะที่เป็นประโยชน์จากกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระทุกท่าน ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ชนินทร์ เจริญกุล ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีวรกุล ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อังสนา บุญธรรม กรรมการสอบและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ที่ให้ความกรุณาสละเวลา ให้คำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบพระคุณศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสระบุรี ที่อนุเคราะห์ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี ที่กรุณาเสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้

หากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพื่อปรับปรุงในการศึกษาครั้งต่อไป

นางพัชราภรณ์ พัฒนะ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(9)
สารบัญภาพ	(10)
รายการสัญลักษณ์และคำย่อ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	4
1.3 สมมติฐานการวิจัย	5
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 ผู้สูงอายุ	9
2.2 แนวคิดทฤษฎี	11
2.3 คุณภาพชีวิต	20
2.4 โรงเรียนผู้สูงอายุ	25
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31

บทที่ 3 วิธีการวิจัย	37
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
3.3 การตรวจสอบเครื่องมือ	39
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	41
3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	43
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	44
4.1 ผลการวิจัย	45
4.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล	45
4.1.2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการเจ็บป่วย	52
4.1.3 การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	56
4.1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม	58
4.1.5 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	62
4.1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	64
4.2 การอภิปรายผล	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	83
5.1 สรุปผลการวิจัย	84
5.2 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	86
5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	86

รายการอ้างอิง	87
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	92
ภาคผนวก ข จริยธรรมการวิจัย	95
ภาคผนวก ค ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย	97
ภาคผนวก ง แบบสอบถาม	100
ประวัติผู้เขียน	111



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)	39
3.2 การให้คะแนนข้อคำถามคุณภาพชีวิต	42
3.3 การแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบ	42
4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	46
4.2 หลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ	52
4.3 การเจ็บป่วยในรอบปีของผู้สูงอายุ	53
4.4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ	54
4.5 ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	56
4.6 ระดับการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	57
4.7 ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	58
4.8 การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่าย จำแนกตามรายการข้อการสนับสนุนของผู้สูงอายุ	59
4.9 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ	62
4.10 ร้อยละของการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	63
4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	66
4.12 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ	72
4.13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	74
4.14 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ	77

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2.1 แสดงแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ของ Green, L.W., & Kreuter, M. W.2005 แปลโดย อภาพร เผ่าวัฒนาและคณะ, 2554:67)	16



## รายการสัญลักษณ์และคำย่อ

### สัญลักษณ์/คำย่อ

### คำเต็ม/คำจำกัดความ

กศน.

การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

รพ.

โรงพยาบาล

รพ.สต.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมโลกของเราเข้าสู่ยุคแห่งสังคมผู้สูงอายุ ปี 2558 จำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,300 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 12.3 ซึ่งถือว่าโลกของเราได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 23 ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 9 สำหรับประเทศด้อยพัฒนามีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น (United Nations New York, 2015) ส่วนกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรปอเมริกาเหนือได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในขณะที่บางประเทศในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่นได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมผู้สูงอายุของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ ในกลุ่มประเทศอาเซียนประเทศที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงสุด 3 ลำดับแรกได้แก่ อินโดนีเซีย (21.19 ล้านคน), ไทย (10.73 ล้านคน) และเวียดนาม (9.61 ล้านคน) ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

จากการพัฒนาทางด้านการแพทย์สามารถลดการตายของประชากรทุกกลุ่มอายุได้ จึงทำให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดหรือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พบว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรเพศหญิงจะเพิ่มจากประมาณ 78 ปี ในปี พ.ศ.2553 เป็น 82 ปี ในปี พ.ศ.2583 ในขณะที่เพศชายจะเพิ่มจากประมาณ 71 ปี เป็น 77 ปี พบว่าในปี 2557 ประเทศไทยมีอัตราเพิ่มของประชากรอยู่ในอัตราที่ต่ำมากทำให้โครงสร้างอายุของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคนหรือร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) มาตั้งแต่ปี 2548 เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) คาดว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 20 ในราวปี 2564 และประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ประมาณปี 2574 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) ช่วงอายุของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วงคือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น ถึงร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุ



ทั้งหมดและอัตราส่วนพึ่งพิงวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกันจากร้อยละ 10.7 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 22.3 ในปี 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทย 65,323,000 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 10,783,000 คน ร้อยละ 16.50 เพศชาย 4,823,000 คน ร้อยละ 7.38 เพศหญิง 5,960,000 คน ร้อยละ 9.1 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559) ผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด ได้แก่ นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรีและอ่างทอง มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสังคมผู้สูงอายุร้อยละ 17.4 ซึ่งจังหวัดสิงห์บุรีมีร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุดคือ 23.7 รองลงมาจังหวัดนครนายกร้อยละ 21.5 และจังหวัดอ่างทองร้อยละ 17.5 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4 มีกลุ่มติดสังคมร้อยละ 88.3 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 9.5 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 2.2 (ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี, 2559)

เมื่ออายุ 60 ปี แล้วคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยต่อไปอีกประมาณ 22 ปี จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 2 อยู่ในสภาวะติดเตียง คือ อยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะติดบ้านคือมีปัญหาการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก การสำรวจเดียวกันนี้พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 58 รองลงไปได้แก่ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมายร้อยละ 24 ด้านการมองเห็นร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ร้อยละ 4 ด้านจิตใจร้อยละ 3 และสติปัญญาร้อยละ 2 การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยของผู้สูงอายุยังพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตร้อยละ 41 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18 และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 เป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศได้คุ้มครองผู้สูงอายุที่เป็นผู้ที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และต้องเป็นผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ มุมมองแผนผู้สูงอายุฉบับที่นี้มองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทำคุณประโยชน์ต่อสังคม ย่อมได้รับผลตอบแทน แสดงให้เห็นถึงการมุ่งเน้นของภาครัฐที่จะให้ความช่วยเหลือ ในปี พ.ศ. 2542 สังคมได้จัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้นเพื่อให้ได้กฎหมายที่ครอบคลุมทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิตามหลักการขององค์การสหประชาชาติซึ่งเป็นแนวปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและสอดคล้องกับบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและคุ้มครองการส่งเสริมการสนับสนุนโดยเฉพาะการส่งเสริมด้านการศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและควร

ส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด โดยยึดหลัก "ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม" พร้อมสร้างกระบวนการความมั่นคงโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีวัตถุประสงค์ 5 ประการด้วยกันคือ 1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง 2) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวมและส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด 3) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐและเอกชน ตระหนักและมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ 5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุต่อไป (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการบูรณาการยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันใช้กลไกคณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายส่งผลถึงประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพดี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะและการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็นโดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ของผู้สูงอายุที่จะได้แสดงศักยภาพโดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน โครงสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุโดยภาพรวมประกอบด้วย 1) ที่ปรึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ครูใหญ่หรือประธาน หรือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) คณะกรรมการและแกนนำร่วมขับเคลื่อน 4) ทีมวิทยากรจิตอาสา เน้นกิจกรรมการสอนโดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีหลักสูตรชัดเจน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี, 2559) โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการจัดการศึกษาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจต่อการดำเนินชีวิต เกิดแนวความคิดตระหนักโดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จากการสำรวจการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 1,854 แห่ง แบ่งเป็นภาคกลาง 330 แห่ง ภาคเหนือ 592 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 670 แห่ง และภาคใต้ 262 แห่ง ส่วนโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรี มีทั้งหมด 6 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลมวกเหล็ก 2) โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดงตะงาว 3) โรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี 4) โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลาดน้อย 5) โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโป่งก้อนเส้า 6) โรงเรียนผู้สูงอายุมหาวิทยาลัยนครราชสีมา (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี, 2559) ซึ่งรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นไปตาม

หลักสูตรของโรงเรียนโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาทักษะ ภูมิปัญญาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถ้าผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนา ศักยภาพ มีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมศักดิ์ศรีของความเป็น มนุษย์

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุจากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และความสำเร็จด้าน สาธารณสุขของประเทศไทยทำให้อัตราการเกิดน้อยลง ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ในขณะที่แนวโน้ม ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มเท่าตัวซึ่งมีผลต่อ การให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาว และ มีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมเป็นผู้สูงอายุที่พบเป็นส่วนใหญ่ การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุใน กลุ่มติดสังคมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุไปสู่กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติด เตียง ขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนา ฟันฟู ให้สามารถดำรงชีวิตได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันมีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เรียกว่า “โรงเรียนผู้สูงอายุ” เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะ คุณภาพชีวิตที่ดี โรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรีเริ่มดำเนินการในปีที่แตกต่างกัน ซึ่งแห่งแรกดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา และจำนวนโรงเรียนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในความ รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี จากการทำได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ศึกษามีความ สนใจว่าจะมีอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ อีกทั้งเพื่อใช้เป็น แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จึงเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาเพื่อ ดูในเรื่องของคุณภาพชีวิตต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี

1.2.2 เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้สถานะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัวยุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.2.3 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้สถานะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

### 1.3 สมมติฐานการวิจัย

1.3.1 **คุณลักษณะส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.3.2 **ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.3.3 **ปัจจัยเสริม** ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

### 1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

**เพศ** หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นประชากรเพศชายหรือเพศหญิง จังหวัดสระบุรี

**อายุ** หมายถึง อายุเต็มของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป แบ่งเป็นช่วงอายุ 3 ช่วงวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ผู้สูงอายุวัยปลาย (80-90 ปีขึ้นไป)

**สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษา โดยแบ่งเป็น คู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตรวมกันกับสามีหรือภรรยา โสด หมายถึง ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่คนเดียวโดยไม่มีคู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่คนเดียวโดยไม่ได้อยู่กับสามีหรือภรรยา

**ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จการศึกษา

**อาชีพหลัก** หมายถึง การกระทำหรือการประกอบอาชีพที่ผู้สูงอายุกระทำซึ่งเป็นที่มาของรายได้สูงสุด

**ความเพียงพอของรายได้** หมายถึง รายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากทุกแหล่งต่อเดือน เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายต่อเดือน โดยแบ่งดังนี้ ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน, ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน, เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือ, เพียงพอมีเหลือเก็บ

**บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู** หมายถึง บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องรับภาระในการเลี้ยงดูทั้งด้านกายใจ ตลอดจนถึงเรื่องค่าใช้จ่าย

**ลักษณะการพักอาศัย** หมายถึง สภาพการอาศัยอยู่ของผู้สูงอายุเป็นการอยู่รวมกันกับ บุคคลนั้นๆ ภายในบ้านเดียวกัน อาจหมายถึงการอาศัยอยู่คนเดียว การอาศัยอยู่กับคู่สมรส/คู่ครอง การอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติ หรือคนอื่นๆ

**การรับรู้สถานะสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกต่อสภาวะทางร่างกาย ความสุขทางจิตใจและทางปัญญา ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้คือ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง หมายถึงการรับรู้สุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดี เยี่ยม ดีมาก ดี พอใช้ได้ และไม่ดี

**โรคเรื้อรัง** หมายถึง โรคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายส่งผลให้ต้องมีการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม ไชมันในเส้นเลือด เบาหวาน หัวใจ หอบหืด มะเร็ง ไต เป็นต้น

การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา หมายถึง การที่ร่างกายเกิดความไม่สมดุลส่งผลทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลง โดยแบ่งระดับดังนี้ เจ็บป่วยเล็กน้อย (ไม่ต้องไปโรงพยาบาล) เจ็บป่วยปานกลาง (ไปโรงพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัว) เจ็บป่วยมาก (นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล)

**การเข้าถึงบริการสาธารณสุข** หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุที่จะเข้าถึงแหล่ง บริการทางด้านกายภาพ ประกอบด้วยระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง วิธีการเดินทางที่สะดวก ที่สามารถจะเอื้อและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์/นันทนาการ สุขภาพช่องปาก ด้านสิ่งแวดล้อม ทางพระพุทธศาสนา ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านอาชีพ ด้านสังคม การตรวจสุขภาพ ประจำปี การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ/คัดกรองสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมรักสุขภาพ ชมรมออกกำลังกายและชมรมฝึกอาชีพ

**การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ** หมายถึง ความถี่หรือจำนวนครั้ง/ เดือน ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น ทุกสัปดาห์ เดือนละ 2 - 3 ครั้ง เดือนละ ครั้ง และน้อยกว่าเดือนละครั้ง

**การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน การได้รับการตอบสนองความต้องการซึ่งมีความผูกพันกัน จากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในด้านแรงงานสิ่งของเงินทองและการบริการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและด้านข้อมูลข่าวสาร ที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

**โรงเรียนผู้สูงอายุ** หมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้ผู้สูงอายุมีความรู้ มีความสุข เป็นการพัฒนาทักษะและการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุตามกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้โครงสร้าง คือ 1) ที่ปรึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ครูใหญ่หรือประธานหรือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) คณะกรรมการและแกนนำร่วมขับเคลื่อน 4) ทีมวิทยากรจิตอาสา

**คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ตามเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง เช่นการรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองการรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่ตนมีโอกาสที่จะได้รับ

ข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2545)

### 1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาสนับสนุนการศึกษาโดยที่นำมาประกอบการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุ
2. แนวคิดทฤษฎี
3. คุณภาพชีวิต
4. โรงเรียนผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 ผู้สูงอายุ

**ผู้สูงอายุ** คำว่า “สูงอายุ” (คำวิเศษณ์) หมายถึง อายุมาก ดังนั้นคำว่าผู้สูงอายุน่าจะหมายถึง คนที่มีอายุมาก

“ผู้สูงอายุ” มีการให้นิยามที่หลากหลายโดยพิจารณาจาก

- 1) เกณฑ์อายุตามปีปฏิทิน เช่น บุคคลที่มีอายุ 60 65 หรือ 70 ปีขึ้นไป
- 2) ดูจากลักษณะภายนอก เช่น หน้าตาที่ดูมีอายุ หรือ แก่ผิวงหน้าที่ยาวย่น  
ผมหงอกสีขาว
- 3) การมีสุขภาพและความจำไม่ดี
- 4) การเปลี่ยนแปลงสถานภาพเป็น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด
- 5) ความสามารถในการทำงานลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้แล้ว
- 6) พฤติกรรมและอารมณ์ เช่น จุกจิก ขี้บ่น ย้ำคิด ย้ำทำ
- 7) เป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น

ผู้สูงอายุหรือบางคนเรียกว่าผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่าคนแก่หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่าคนแก่ คือ มีอายุมากหรืออยู่ในวัยชราและให้ความหมายของคำว่าชรา คือ แก่ด้วยอายุชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่าราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization,



WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or elderly person องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุโดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกันทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกายโดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45 - 55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55 - 75 ปี สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super - aged society) โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทยและรวมทั้งประเทศต่างๆทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีเกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือประชากรอายุ 65 ปีเพิ่มเป็น 14% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ ส่วนผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 28% หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ อย่างไรก็ตามทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญมั่งคั่งซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายเป็นวัยที่อยู่ในช่วงวงจรสุดท้ายของชีวิต อยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเป็นการเสื่อมถอยตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและในสังคม โดยในครอบครัวนั้นผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันต้องพึ่งตนเองให้มากขึ้น ส่วนในสังคมการเคารพนับถือ ยกย่องลดลง สังคมให้ความเคารพนับถือยกย่องผู้ที่มีความรู้ความสามารถและกำลังทรัพย์มากกว่าเคารพในความเป็นผู้มีอายุยืนยาวกว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาท

ตนเอง จากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในฐานะผู้รับมากกว่าผู้ให้ จากผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้อยู่อาศัย เกิดความรู้สึกว่าตนหมดความสำคัญและต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา เป็นภาระเรื้อรังของครอบครัวและสังคม แต่อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่าผู้สูงอายุทั้งหมดจะมีสภาพเป็นเช่นที่กล่าวมา ส่วนในกลุ่มผู้ที่มีการเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุตั้งแต่ต้นนั้น จะสามารถปรับตัวกับสภาพทางสังคมที่ปกติกว่าบุคคลอื่น (ศิริลักษณ์ รื่นวงศ์, 2557)

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

## 2.2 แนวคิดทฤษฎี

**2.2.1 ทฤษฎีการสูงอายุ** ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้พยายามสรุปสาเหตุของความชราไว้ 2 ประการ คือ 1) พันธุกรรม และ 2) สิ่งแวดล้อม ซึ่งพิจารณาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของสิ่งมีชีวิตและพยายามศึกษามนุษย์ให้ครอบคลุมแบบองค์รวมนักทฤษฎีทั้ง 3 สาขาต่างยอมรับว่าความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่ง ก็ยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ชราได้อย่างสมบูรณ์ จึงเสนอแนวคิดเพื่อนำมาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุด ประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม ได้แก่

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

ทฤษฎีทางสังคม (Sociological Theory)

**2.2.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)** อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ และทฤษฎีสรีรวิทยา ประกอบด้วย

ทฤษฎีวิวัฒนาการ หรือ ทฤษฎีเซลล์ ร่วมอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตลอดเวลา

ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต หรือ ทฤษฎีการถูกกำหนด อธิบายว่าอายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสพันธุกรรม ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็จะมีอายุยืนยาวตามไปด้วย

ทฤษฎีการกลายพันธุ์ เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเล็กละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA และเกิดการเปลี่ยนแปลงของ Cell หรืออวัยวะในระบบต่างๆทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดมีโรคมะเร็งหรือเกิดมะเร็ง

ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ หรือทฤษฎีโมเลกุลอธิบายว่าความแก่เกิดจากนิวเคลียสของ cell มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิมทำให้ Cell ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจาก cell เดิม

ทฤษฎีอวัยวะ อธิบายว่าเมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมมีการเสื่อมเกิดขึ้น เช่น ทฤษฎีความเสื่อมโทรม ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น

ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เมื่อเข้าสู่วัยชราการทำงานของระบบสมองและประสาทจะลดลง ความจำจะเสื่อมลง

ทฤษฎีสะสมของเสีย เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น ของเสียจะถูกสะสมทำให้ cell เสื่อมและตายเพิ่มขึ้นสิ่งที่พบได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดำไม่ละลายน้ำเป็นสารประกอบจำพวก Lipoprotein

**2.2.1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)** ทฤษฎีทางจิตวิทยาเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ความเข้าใจ แรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะ การรับสัมผัสทั้งหลายตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นๆอยู่อาศัย ได้แก่ ทฤษฎีบุคลิกภาพ กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนาด้วยความมั่นคง อบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข อยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงข้ามถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมมือกับใครได้จิตใจคับแคบ ไม่รู้จักช่วยเหลือ เห็นใจผู้อื่นผู้สูงอายุผู้นั้นก็จะประสบปัญหาในบั้นปลายของชีวิต

**2.2.1.3 ทฤษฎีทางสังคม (Psychological Theory)** ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงบทบาทสัมพันธภาพและการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไปและพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทฤษฎีกิจกรรมได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลงแต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี ทฤษฎีการแยกตนเองหรือการถอยห่าง กล่าวถึงผู้สูงอายุเกี่ยวกับการถอยห่างออกจากสังคมผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาสุขภาพ พยายามที่จะไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปเพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง กระบวนการถอยห่างมีลักษณะดังนี้ เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุพึงพอใจ เป็นสากลของทุกสังคม และสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อรักษาสมดุลของธรรมชาติ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

**2.2.2 ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model** เป็นแบบจำลองที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายในการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบันได้รับเป็นเวอร์ชัน 2005 ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green และ Marshall Kreuter เป็นแบบจำลองที่มีการประยุกต์ใช้สำหรับการวางแผนและการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะใช้เป็นการรอบในการวางแผนของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป (อาภาพร และคณะ, 2556) โดยแบบจำลองนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ระยะของการประเมินปัญหา (Assessment Phase) เรียกว่า PRECEDE ประกอบด้วย 4 ชั้น ดังนี้

ชั้นที่ 1 การประเมินด้านสังคม (Social Assessment) เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่างๆของบุคคลหรือชุมชน ซึ่งปัญหาต่างๆที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องมือชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

ชั้นที่ 2 การประเมินทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Assessment) เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้างในกลุ่มหรือชุมชนที่ศึกษา ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยานี้จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย

การเกิดโรคและสภาวะสุขภาพตลอดจนประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินการด้านสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและสังคมวิทยา (Education and Ecological Assessment) เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัญหาต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือยับยั้งในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ การควบคุมตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงปัจจัยด้านประชากรและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินเตือน การลงโทษหรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นทำตาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ครู เป็นต้น การดำเนินงานตามขั้นตอนนี้ จะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม นั้นมีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัยและความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆเหล่านี้จะทำให้การวางแผนในระยะต่อไปเหมาะสมยิ่งขึ้น

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) หมายถึง ทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมถึงบริหารเพื่อนำไปทั้งความสามารถในการเข้าถึงบริการและทรัพยากรที่จำเป็นเหล่านั้น เช่น ค่าใช้จ่าย ระยะทาง เวลา ฯลฯ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถในการเข้าถึงบริการ (Accessibility) ซึ่งจะช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆเป็นไปได้ง่ายขึ้น

ขั้นที่ 4 การประเมินด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Assessment and Intervention Alignment) เกี่ยวกับการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรและด้านการสู่การสร้างแผนงาน อาจพบว่ามีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนการดำเนินงาน เช่น การมีทรัพยากรที่จำกัด การขาดนโยบาย หรือนโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะแก้ไขด้วยความร่วมมือ ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆหรือใน

ระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับระดับกลยุทธ์ และวิธีการต่างๆที่เหมาะสม โดยต้องพิจารณาถึงสถานที่ที่จัดทำโครงการ เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ โรงพยาบาลหรือชุมชน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาของการพัฒนาแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล เรียกว่า PROCEED เป็นระยะของการพัฒนาซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จสิ้นก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล PROCEED ประกอบด้วย 4 ชั้น ดังนี้

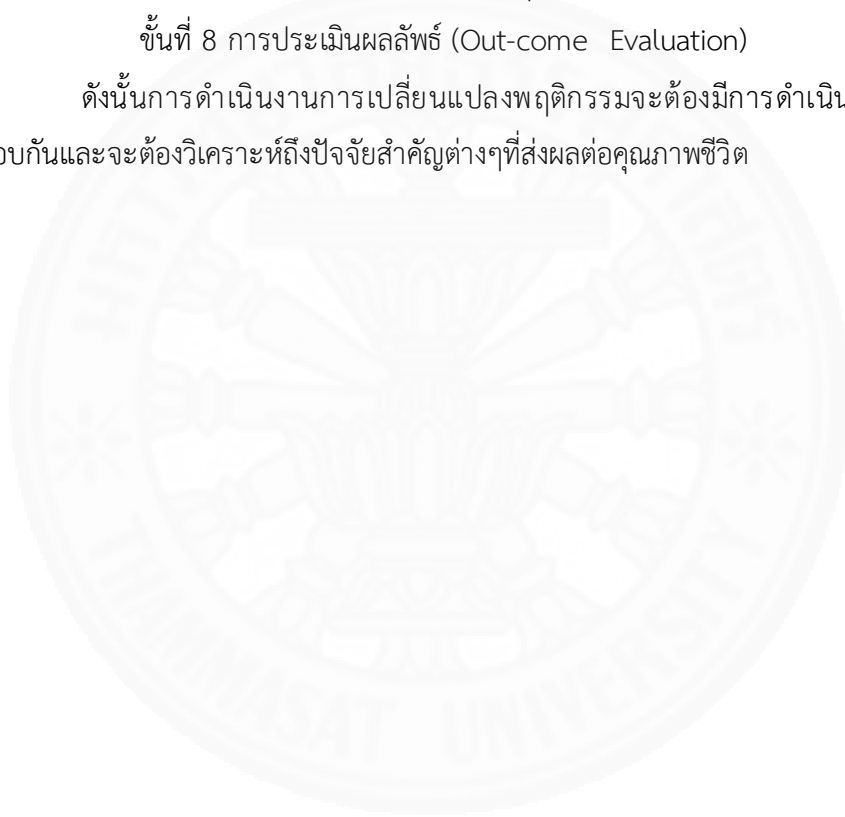
ชั้นที่ 5 การดำเนินงานตามแผน (Implementation)

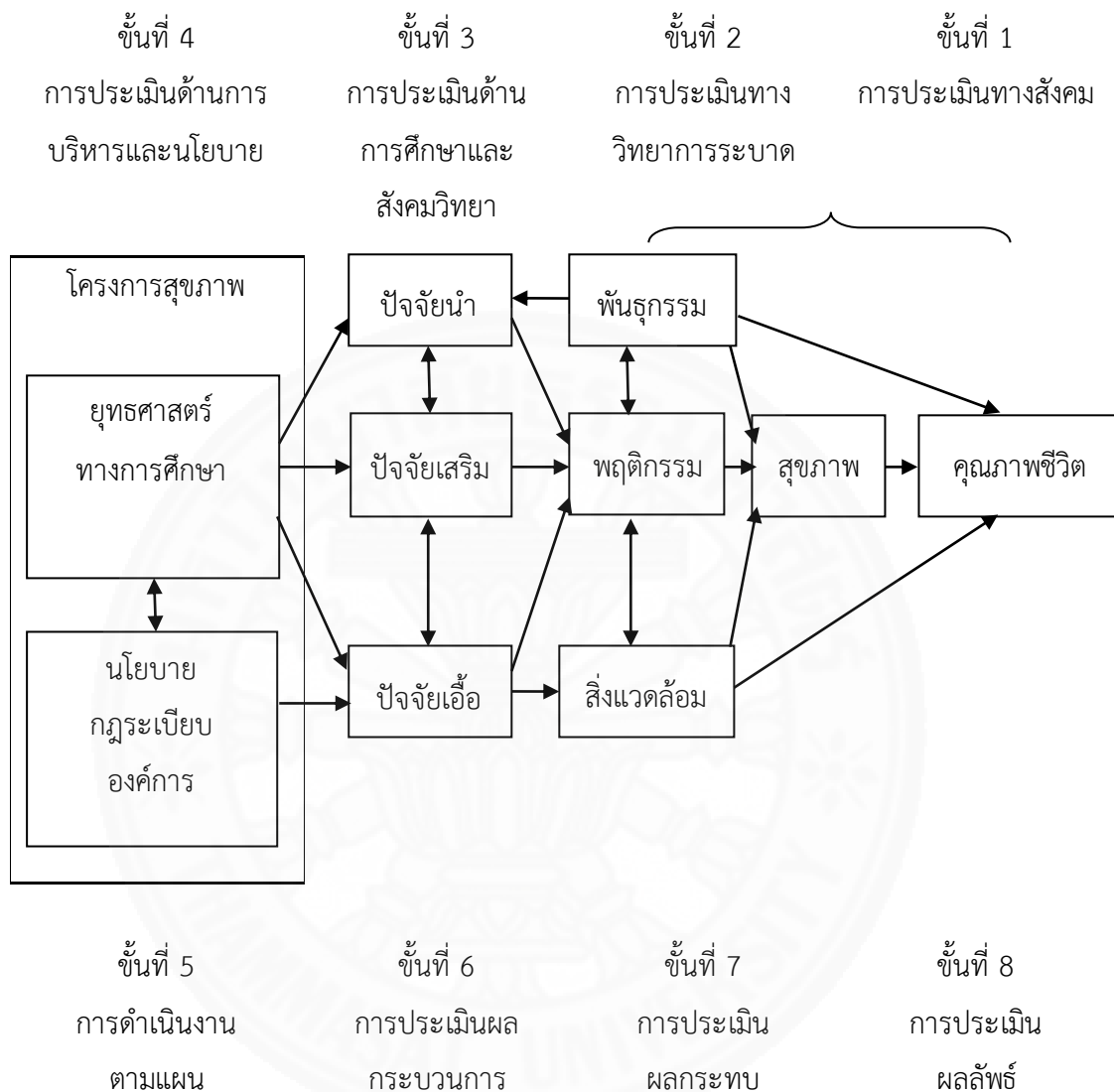
ชั้นที่ 6 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

ชั้นที่ 7 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

ชั้นที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ (Out-come Evaluation)

ดังนั้นการดำเนินงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายๆด้าน ประกอบกันและจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญต่างๆที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต





ภาพที่ 2.1 แสดงแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ของ Green, L.W., & Kreuter, M. W. 2005 แปลโดย อภาพร เฝ้าวัฒนาและคณะ, 2554:67)

**2.2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)** มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมวิทยาซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา” การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและชุมชนเนื่องจากคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นอยู่เสมอ บางคนอาจจะใกล้ชิดกันมาก บางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อย การติดต่อกันทำให้รู้จักกันเกิดความสัมพันธ์กันจนเป็นเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อนที่เรียนหนังสือเพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชนหรือสมาชิกชมรมต่างๆ การได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมีการช่วยเหลือกันบางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแต่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ด้วยการสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผลให้ ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้

การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลต่างๆ สามารถสรุปความหมายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์กับบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่งหรืออาจจะเป็นกลุ่มคนก็ได้และมีการช่วยเหลือสนับสนุนกันในทุกๆด้าน เช่น ด้านข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจด้านสังคมจากผู้ให้การสนับสนุน เช่น พ่อแม่ สามเณร ญาติ พี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นต้น แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆได้ 2 ประเภทคือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูงกลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบสังคมแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้องซึ่งความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม



1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ, ข้อมูลข่าวสารนั้นที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม, ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของหรือด้านจิตใจ

4. ช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ (ศิรินุช ฉายแสง, 2553)

การพัฒนาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตยอำเภอสามพรานจังหวัดนครปฐม การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตยอำเภอสามพรานจังหวัดนครปฐมด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธีประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตยจังหวัดนครปฐมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 231 คน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย (โรคประจำตัว) จำนวน 197 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายส่วนการศึกษาแนวโน้มภาวะเจ็บป่วยหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 77 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้งและการศึกษาเปรียบเทียบภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนและหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (purposive sampling) จำนวน 38 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้งและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นลำดับแรก (ร้อยละ 69.00) รองลงมาคือโรคปวดเมื่อย/ปวดหลัง/ปวดเอว (ร้อยละ 45.20) ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนมกราคม 2556 จำนวน 4 ครั้ง รวม 12 ชั่วโมง ผลการวิเคราะห์แนวโน้มภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประมาณการได้ว่าในเดือนมกราคม 2557 มีแนวโน้มลดลงซึ่งน้อยกว่าเดือนมกราคม 2556 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และผลการวิเคราะห์ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังใน 6 เดือนต่อมา พบว่ามีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ธนายศ ธนธิตี และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, 2558)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชนบท โดยใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจังหวัด ฉะเชิงเทราจำนวน 60 คู่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางเลขสุ่มเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบคัดกรองการรู้จำ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการให้ แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและจาก เพื่อนของผู้สูงอายุและแบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ บรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ ของครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้แรง สนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม คณะแผนการให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุตามการรับรู้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุน จากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุหรือกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนใน การส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุและการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุนั้นหากผู้สูงอายุไม่ รับรู้อาจไม่ช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรหา แนวทางให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนและ เครือข่ายทางสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อความพึงพอใจในชีวิตที่มากขึ้น(พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยมและประคอง อินทรสมบัติ, 2553)

การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การบริโภคการออกกำลังกายและค่าดัชนี มวลกายของผู้สูงอายุการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ซึ่งมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การบริโภคการออกกำลังกายและค่า ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของ Bandura มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ  $\geq 60$  ปี จำนวน 40 คน จับฉลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองนั้นโดยให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องของ เพศ อายุ ค่าดัชนี มวลกายและระดับการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเพื่อสุขภาพส่วน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ ผลการวิจัยที่สำคัญ คือ 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภค และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคและการออก

กำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, วรรัตน์ สุขคุ้ม และวราณี สัมฤทธิ์, 2554)

## 2.3 คุณภาพชีวิต

**2.3.1 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต** ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) ระดับมหภาค ใช้ตัวชี้วัดทางวัตถุวิสัย (Objective Indicators) ได้มาจากการสำรวจวิเคราะห์และสังเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งรวบรวมมาจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลดังกล่าวมีอาทิเช่น ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ด้านแรงงาน ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสาธารณสุขภาคและด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น ข้อมูลต่างๆเหล่านี้จะเป็นตัวชี้วัดทางด้านวัตถุวิสัยให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของคนไทยที่ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ และการดำเนินการของรัฐ 2) ระดับปัจเจกบุคคลใช้ตัวชี้วัดทางอัตวิสัย (Subjective Indicators) ในเรื่องคุณภาพชีวิตไว้ด้วยกัน 5 มิติ คือ 1) คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน 2) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว 3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียด 4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และ 5) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550)

คุณภาพชีวิตคนในการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของคนไทยประกอบด้วยการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยใช้ตัวชี้วัดทางอัตวิสัย (Subjective Indicators) และตัวชี้วัดทางวัตถุวิสัย (Objective Indicators) ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตคนนั้น ประกอบด้วยคือ 1) คุณภาพชีวิตด้านการทำงานหมายถึง ความพึงพอใจที่บุคคลมีต่องาน/อาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบันและมีความสุขจากการทำงานนั้นความพึงพอใจต่องานครอบคลุมมิติต่างๆ เช่น ความมั่นคงของงาน รายได้จากการทำงาน ความปลอดภัยในการทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงาน ความต้องการที่จะทำงานนั้นต่อไปเรื่อยๆ 2) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวหมายถึง การรับรู้ภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในครอบครัวในลักษณะของการที่บุคคลในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น มีการปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมกันการดูแลสุขภาพในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้รับการช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวการอยู่พร้อมหน้ากันทั้งครอบครัวในโอกาสสำคัญต่างๆ เป็นต้น 3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียดหมายถึง การมีอาการทางด้านร่างกายและจิตใจที่บ่งบอกถึงภาวะของ

สุขภาพทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยและภาวะความเครียดของจิตใจ คือ ความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ อันเนื่องมาจากเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ต่างๆ 4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหมายถึง ความรู้สึกทางกายและจิตใจเกี่ยวกับการได้รับผลกระทบจากมลภาวะต่างๆที่เกิดขึ้นบริเวณใกล้บ้าน 5) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการที่ดีจากภาครัฐในด้านการศึกษา คมนาคม สาธารณสุขสาธารณสุขโภชนาการ ความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สินรวมทั้งความพึงพอใจในด้านราคาสินค้าอุปโภคบริโภคและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโภชนาการที่เป็นอยู่ด้วย (สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2553)

**2.3.2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต** องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตนิสัย (Subjective) ฝังแน่นอยู่กับทางวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อมเพราะว่านิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรคหรือสภาวะต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกันนำมาปรับปรุง ข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น หรือ การรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2545)

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short – Form 36 (SF – 36) สร้างขึ้นและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ของประเทศสหรัฐอเมริกาประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ รวม 35 ข้อ ได้แก่ 1) มิติด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) 2) มิติด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท (role functioning) 3) มิติด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย (body pain) 4) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perception) 5) มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) 6) มิติด้านพลังกำลัง (vitality) 7) มิติด้านภาวะทางอารมณ์ (emotional) 8) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health) และข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอีก 1 ข้อ รวม 36 ข้อ SF-36 ถูกแปลและนำไปใช้มากกว่า 14 ภาษา รวมทั้งภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่กระชับและครอบคลุมเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจผลลัพธ์แสดงเป็นค่าคะแนนซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีสุขภาพดี

ข้อดีของ SF-36(44)

1. มีองค์ประกอบครอบคลุมความหมายของคุณภาพชีวิต
2. ใช้ได้กับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยหรือพิการ

3. ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการได้รับการรักษาจากระบบบริการสุขภาพในสภาวะต่างๆ

ข้อจำกัดของ SF-36(44)

1. เป็นการประเมินการรับรู้ของแต่ละบุคคล
2. ไม่เหมาะสมกับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่อยู่ในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมาก

ในปี พ.ศ.2539 เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต SF-36V1.0(44) ซึ่งได้มีการพัฒนาเป็น SF-36V2.0 โดยการเรียงเรียงคำถามใหม่ให้เข้าใจง่ายขึ้นและเปลี่ยนเป็น 5 ตัวเลือก แล้วนำไปเปรียบเทียบกับ SF-36V1.0 โดยทดสอบความเที่ยงกับหลายประเทศเช่นสหรัฐอเมริกาแคนาดาพบว่า SF-36V2.0 มีค่าความเที่ยงมากกว่า SF-36V1.0 และพบว่า SF-36V2.0 สามารถนำไปใช้ได้หลากหลายไม่มีข้อจำกัดด้านวัฒนธรรม การวัดคุณภาพชีวิตเป็นการวัดผลได้จากการรักษาที่บุคลากรการแพทย์ให้ความสำคัญมากขึ้นแบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือที่นำไปใช้วัดผลกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามฉบับภาษาไทยที่ผ่านการแปลและทดสอบแล้วมีคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงในบางมิติไม่ตรงตามเกณฑ์วัชรโรมานกุลและปารณีย์ มีแต่ัม ได้วิจัยทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36V2.0 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแปลแบบสอบถามใหม่อีกครั้งด้วยวิธีแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษและทดสอบความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยงภายในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคนทั่วไปจำนวน 448 คน ตอบแบบสอบถามฉบับใหม่ด้วยตนเองนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามฉบับใหม่มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับฉบับเดิมค่าความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับใหม่สูงกว่า 0.7 ในทุกมิติ (0.72 – 0.86) แบบสอบถามฉบับใหม่มีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดีและมีความตรงส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต SF-36V2.0 เนื่องจากมีเนื้อหาที่ครอบคลุมและสามารถอธิบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและในภาพรวมได้เป็นอย่างดี (ชุตติเดช เจียนดอน, 2554)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมต่างๆ ในช่วงเวลาหนึ่งและคุณภาพชีวิตของประชาชนจะดี หมายถึง ครอบครัวหรือชุมชนนั้นได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ครบถ้วนทุกประการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2535)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรมค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคนและหมายถึงการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีที่เหมาะสมแต่ละบุคคลทั้งใน

ด้านนามธรรมและรูปธรรมซึ่งในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้เป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัยและอัตวิสัย การศึกษาทางด้านภาวะวิสัยเป็นการศึกษาบนพื้นฐานของข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้จับได้หรือวัดได้ การศึกษาทางด้านอัตวิสัยนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวันการรับรู้เรื่องการนอนหลับ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจำสมาธิการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์เป็นต้นตามสภาพความเป็นจริงของสังคมในขณะนั้นๆ โดยเชื่อว่าการปลูกฝังและการปรับเปลี่ยนการกระทำของบุคคลให้เหมาะสมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้วย (ศิรินุช ฉายแสง, 2553)

คุณภาพชีวิตใช้แนวความคิดของ World Health Organization: Quality of Life (1998) คือ ความรู้สึกพอใจของผู้สูงอายุต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล ซึ่งได้จากการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุขมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการใช้ศักยภาพส่วนบุคคล สร้างสรรค์พัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุขจากแนวคิดจะประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสัมพันธภาพกับสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (ชลกร ศิริวรรณนะ, 2556)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เหมาะสม ไม่เป็นภาระพึ่งพิงต่อผู้อื่น ไม่ก่อปัญหาในสังคม มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่มีความสุขทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคมสามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ (ศิริลักษณ์ รื่นวงศ์, 2557)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพอใจในชีวิตด้านร่างกายและจิตใจสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของร่างกายมีภาวะทางอารมณ์และสุขภาพจิตสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม (ชุตติเดช เจียนทอง, 2554)

## 2.4 โรงเรียนผู้สูงอายุ

โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะ และการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ เพิ่มทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยาการจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชนโรงเรียนผู้สูงอายุ มีกรอบแนวคิดดำเนินการภายใต้แนวคิดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้พัฒนาทักษะในการดูแลตนเองซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคมและส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สาธิตการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตปัจจุบัน เพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน ” การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยทุกภาคส่วน “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขเกิดทักษะในการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีเน้นกิจกรรมการสอนโดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

โครงสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมีองค์ประกอบดังนี้

1. ที่ปรึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุการตั้งที่ปรึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการรับรู้การดำเนินงานของโรงเรียนและเป็น “ใบเบิกทาง” ให้แก่การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อการสร้างความน่าเชื่อถือในการทำงานและถือเป็นการสร้างพันธมิตรในการทำงานชั้นเยี่ยม ที่ปรึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุอาจเป็นฝ่ายสงฆ์ฝ่ายฆราวาส เช่น นายอำเภอ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการหรือข้าราชการเกษียณเป็นต้น

2. ครูใหญ่หรือประธานหรือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุองค์ประกอบนี้เป็นส่วนสำคัญมากและถือเป็น “หัวใจ” ของการขับเคลื่อนงาน ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นครูใหญ่หรือประธานหรือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นแกนนำที่เป็นผู้ริเริ่มงานของโรงเรียนผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่



ที่ได้รับการยอมรับและศรัทธาจากกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานและ  
 รั้งสรรค์กิจกรรมต่างๆของโรงเรียน

3. คณะกรรมการและแกนนำร่วมขับเคลื่อนถือเป็นอีกหนึ่งเงื่อนไขของความสำเร้จ  
 เพราะกลไกหลักในการเคลื่อนงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ การกำหนดจำนวนคณะกรรมการหรือแกนนำ  
 ร่วมขับเคลื่อนขึ้นอยู่กับภาระหน้าที่หรือแบ่งงานภายในโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละแห่ง

4. ทีมวิทยากรจิตอาสาเป็นเอกลักษณ์ที่โดดเด่นประการหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุ  
 เพราะใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีเป็นตัวตั้งขับเคลื่อนทำให้กิจกรรมต่างๆของโรงเรียนดำเนินไป  
 ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น วิทยากรจากสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ข้าราชการบำนาญ พระสงฆ์  
 รวมถึงการขอความอนุเคราะห์วิทยากรจิตอาสาจากหน่วยงานองค์กรต่างๆทั้งในลักษณะเครือข่ายทาง  
 สังคมเช่น กศน. ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน ศูนย์บริการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตร รพ.สต.  
 โรงพยาบาล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในแต่ละจังหวัด องค์กรปกครองส่วน  
 ท้องถิ่น เป็นต้น

การบริหารจัดการด้วยหลัก 5 ก ประกอบด้วย

1. กลุ่มต้องสร้างการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นทั้งที่เป็นกลุ่มแกนนำ คณะทำงาน  
 และกลุ่มสมาชิกหรือกลุ่มนักเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการทำงานในขั้นนี้อาจมีกลยุทธ์ใน  
 การสร้างความเป็นกลุ่มก้อนได้หลายวิธี เช่น การเปิดรับสมัครสมาชิกหรือนักเรียนผู้สูงอายุการต่อ  
 ยอดจากกลุ่มเดิมที่เคยมีอยู่ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุการสร้างสัญลักษณ์ของความเป็นกลุ่มสมาชิก  
 อาทิสัญลักษณ์โรงเรียนผู้สูงอายุมีเสื้อสัญลักษณ์ของนักเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. กรรมการถือเป็นตัวแทนของสมาชิกกลุ่มที่จะทำหน้าที่ในการบริหารจัดการกลุ่มให้  
 การทำงานประสบความสำเร็จทั้งนี้ควรสร้างกระบวนการคัดเลือกผู้ที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวแบ่งหน้าที่  
 ความรับผิดชอบช่วยกันขับเคลื่อนการทำงานให้ประสบความสำเร็จ เป็นการสร้างกระบวนการมี  
 ส่วนร่วมให้การบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ

3. กติกาหรือข้อตกลงร่วมกันต้องเกิดจากความเห็นพ้องต้องกันของสมาชิกในโรงเรียน  
 ผู้สูงอายุเหมือนเป็นสัญญาใจที่มีต่อกันว่าจะร่วมกันยึดถือและปฏิบัติตาม ซึ่งจะ เป็นแนวทางที่ทำให้  
 การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุมีทิศทางการทำงานที่ชัดเจนแม้ว่าเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการ  
 ชุดใหม่จะยังคงมีแนวทางการทำงานเดิมให้เห็นและพัฒนาต่อยอดได้

4. กิจกรรมในระยะเริ่มแรกอาจเน้นไปที่การสร้างกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ  
 ไม่ซับซ้อน เช่น การจัดให้มาพบปะกันทุกเดือน มีกิจกรรมร้องเพลง กิจกรรมนันทนาการ รูปแบบอื่นๆ  
 กิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กับเด็กและเยาวชนหรือการรวมกลุ่มออกกำลังกายเมื่อมีประสบการณ์  
 มากขึ้น จึงเคลื่อนไปสู่การทำกิจกรรมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการที่มีความซับซ้อนมากขึ้น  
 เช่น การบูรณาการโรงเรียนผู้สูงอายุเข้ากับการทำงานของ “ธนาคารความดี”

5. กองทุนการขับเคลื่อนงานของโรงเรียนผู้สูงอายุให้เป็นไปอย่างมั่นคงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการหางบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้วยตนเอง วิธีการหางบประมาณเข้ากองทุนของกลุ่มอาจจำแนกได้เป็นการสร้างกองทุนของตนเอง การเก็บค่าสมาชิก การขอรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ของกลุ่ม การเขียนโครงการเพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานแหล่งทุนต่างๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนผู้สูงอายุกองทุนสุขภาพตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

กรอบหลักสูตรการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1. ชื่อหลักสูตร: หลักสูตรการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (โรงเรียนผู้สูงอายุ) กรอบหลักสูตรการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชา คือ

1.1 วิชาชีวิต (50%) หมายถึง ความรู้ทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามหมวดวิชาดังนี้

#### 1.1.1 หมวดวิชาสังคม

- 1) การใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ
- 2) การเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน

#### 1.1.2 หมวดวิชาชีวิตและสุขภาพ

- 1) สุขภาพกาย (3 อ)
  - อาหารและโภชนาการ
  - การออกกำลังกาย (เน้นการออกกำลังกายด้วยตนเอง)
  - อารมณ์
- 2) การดูแลสุขภาพช่องปาก
- 3) สุขภาพใจ
  - ผู้สูงวัยอย่าให้เครียด

#### 1.1.3 หมวดวิชาสภาพแวดล้อม

- 1) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและที่ปลอดภัยในวัยผู้สูงอายุ

#### 1.1.4 หมวดวิชาวัฒนธรรมและภูมิปัญญา

- 1) การนำหลักศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน
- 2) การทำสมาธิวิปัสสนา
- 3) การถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุ

#### 1.1.5 กิจกรรมนันทนาการ (เลือกเสรี)

- 1) กิจกรรมเข้าจังหวะ
- 2) ดนตรี/ร้องเพลง

3) การออกกำลังกาย

4) การนวดแผนไทย/ธรรมชาติบำบัด

1.2 วิชาชีพ (30%) หมายถึง แนวทางการส่งเสริมความรู้ทักษะด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

1.2.1 หมวดวิชาเศรษฐกิจ

1) การฝึกอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ลดรายจ่าย

2) การจัดทำบัญชีครัวเรือน

3) เศรษฐกิจพอเพียง

4) งานฝีมือต่างๆ

1.3 วิชาการ (20%) หมายถึง การสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

1.3.1 หมวดวิชาสังคม

1) กฎหมายและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

2) จิตอาสาเพื่อชีวิตและสังคม

3) การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการสื่อสาร

1.3.2 หมวดวิชาเศรษฐกิจ

1) การออมในวัยสูงอายุ

1.3.3 หมวดวิชาและสุขภาพ 6

1) โรคเรื้อรังและพบบ่อยในวัยสูงอายุ

2) ข้อควรระวังในการใช้ยา (หลักเบื้องต้น)

2. จำนวนชั่วโมงที่เรียนตลอดหลักสูตร

2.1 ระยะเวลาเรียน 3 เดือน เรียนสัปดาห์ละ 1 วันๆละ 4 ชั่วโมง

2.2 เรียนไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

2.3 ผู้เรียนไม่ควรเกินห้องละ 25 คน

3. การประเมินผล ใช้แบบทดสอบดูผลงานวัดความพึงพอใจของผู้เรียนและไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

4. ผลที่คาดหวัง

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีมีศักยภาพพึ่งตนเองได้นานที่สุดโดยสามารถนำหลักสูตรไปปรับใช้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี จัดตั้ง “โรงเรียนสูงวัย” โดยมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ ภูมิปัญญาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้

เป็นผู้มีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมศักดิ์ศรี มีโครงสร้างคือ 1) ผู้อำนวยการ 2) คณะกรรมการ 3) ที่ปรึกษา 4) วิทยากร 5) หลักสูตร เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2558 โดยใช้หลักสูตรในโรงเรียนสูงวัยคือหลักสูตร 18 ชั่วโมง และ 32 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 เดือน (โรงเรียนสูงวัย ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี, 2558)

ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหัวงุ่ม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อประเมินโครงการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในรูปแบบของซีป (CIPP Model) 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตโดยภาพรวมเห็นด้วยมากที่สุด การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเห็นด้วยมากที่สุด ในด้านกระบวนการรองลงมา คือ ด้านบริบท และน้อยที่สุดคือ ด้านผลผลิต ด้านบริบท (Context: C) มีสภาพแวดล้อมทางสังคม ความชัดเจนของวัตถุประสงค์โครงการ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และกิจกรรมด้านปัจจัยนำเข้า (Input: I) มีสถานที่งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์มีการจัดการ ด้านกระบวนการ (Process: P) มีการจัดการเรียนรู้การวัดผลและประเมินผลด้านผลผลิต (Product: P) มีผลการเรียนรู้ จากกลุ่มสาระเรียนรู้ส่วนผลจากการสัมภาษณ์พบว่าด้านบริบท (Context: C) การดำเนินงานโรงเรียน ผู้สูงอายุมีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาที่สภาพแวดล้อมในพื้นที่ที่มีความชัดเจนของ วัตถุประสงค์โครงการ และนโยบายความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับกิจกรรมและองค์ประกอบ ส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input: I) วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่และเจ้าหน้าที่บุคลากรมีความเพียงพอเหมาะสมต่อการดำเนินงานด้านกระบวนการ (Process: P) การประเมินในด้านการจัดการเรียนรู้การวัดและประเมินผลมีความเหมาะสมสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์การดำเนินงานแต่การติดตามประเมินผลยังมีจุดอ่อนในกระบวนการทำงานที่ค่อนข้าง ขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบด้านผลผลิต (Product: P) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความสุข และมีกำลังใจที่เข้มแข็งในการดำรงชีวิตในวัยชราส่งผลให้มีสุขภาพกายที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (พวงนรินทร์ คำปุกและคณะ, 2558)

การศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ของ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการ จัดทำหลักสูตรและจัดตั้งโรงเรียน การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้านพบว่า 1) ด้านร่างกายมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ 2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจมั่นใจ ความจำและสมาธิดีขึ้น 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้ม ความสบายใจและร่วม

กิจกรรมจิตอาสาได้ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับข่าวสารเป็นประโยชน์ร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ยุพิน ทรัพย์แก้ว, 2559)

เงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุ อุณหภูมิของข้าราชการเกษียณอายุ สภาพแวดล้อมทางการเมือง การส่งต่อความคิดเรื่องโรงเรียนผู้สูงอายุ พื้นฐานการรวมตัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ คลังปัญญาผู้สูงอายุ แร่งบันดาลใจของผู้ก่อตั้งและการมีผู้สนับสนุนที่น่าเชื่อถือ ด้านกระบวนการความร่วมมือ ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างความร่วมมือโรงเรียน มีการจัดโครงสร้างการบริหารเป็นรูปแบบคณะกรรมการ 2) ด้านการบริหารประเด็นเรื่องการวางแผนการสนับสนุนทางเทคโนโลยีสารสนเทศ การติดต่อสื่อสาร ความเป็นอิสระ การจัดการความขัดแย้ง การทำงานท่ามกลางความแตกต่าง การได้รับการยอมรับระหว่างกัน 3) ด้านผลลัพธ์ความร่วมมือผลลัพธ์ที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างโรงเรียนผู้สูงอายุกับหน่วยงานต่างๆที่เข้ามามีส่วนร่วมกันนั้นยังไม่พัฒนาไปสู่การจัดทำโครงการอื่น ๆ ร่วมกัน อย่างไรก็ตามความสำเร็จจากความร่วมมือกลับทำให้แนวคิดเรื่องการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุกลายเป็นแบบอย่างให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปบรรจุเป็นโครงการและเป็นแบบอย่างแก่องค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆที่มีความพร้อม (ปิยากร หวังมหาพร, 2555)

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย พบว่า 1) การค้นหาสภาพปัญหาความต้องการและการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุจัดลำดับความสำคัญของสภาพปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุและ 2) โครงการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กิจกรรมธรรมบำบัดกิจกรรมช่วงฉายา กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมอาชีพเสริม สำหรับผู้สูงอายุโดยจัดทำโครงการส่งเสริมและยกระดับศักยภาพการศึกษาของผู้สูงวัยด้วยภูมิปัญญาไทยพื้นบ้านแห่งล้านนาของโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งกิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาผู้สูงอายุ กิจกรรมการประกอบอาชีพเสริมรายได้ ซึ่งการดำเนินงานในกิจกรรมตามโครงการได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรม (ฤทธิชัย แกมมาและคณะ, 2559)

โรงเรียนผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวฝาย อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย เกิดจากหน่วยงาน ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลหัวฝายเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุและร่วมแก้ปัญหาโดยมีกระบวนการในการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การเตรียมการก่อนการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยการจัดตั้งแกนนำเครือข่าย การทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุแก่ที่ประชุมเวทีประชาคม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทำแผนส่งเสริมสุขภาพ 2) ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย การแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำโครงสร้างหลักสูตร การประชาสัมพันธ์ การดำเนินการจัดการเรียนการสอนและจัดเวที

แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนแบ่งออกเป็น 3 ชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1 หลักสูตรขั้นต้น มีเป้าหมายเพื่อรู้จริง ชั้นปีที่ 2 หลักสูตรชั้นกลาง มีเป้าหมายเพื่อปฏิบัติได้ ชั้นปีที่ 3 หลักสูตรขั้นสูง มีเป้าหมายเพื่อถ่ายทอดเป็น มีเนื้อหาวิชาพระพุทธศาสนา วิชาส่งเสริมสุขภาพ วิชาสังคมและวัฒนธรรมและกิจกรรมตามอัธยาศัย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคมและการมีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุมีปัจจัยเงื่อนไขที่หนุนเสริมให้เกิดการดำเนินงานได้แก่ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป้าหมายชัดเจน กิจกรรมต่อเนื่อง การประสานความร่วมมือ การเรียนรู้และการพัฒนาที่ต่อเนื่อง และการมีธนาคารความดีก่อให้เกิดการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ (นธกรรณ กันทายอด, 2557)

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสุขภาพที่ได้จากการประเมินโดยตนเองเป็นอีกหนึ่งดัชนีที่ใช้กันแพร่หลายในการวัดสุขภาพโดยรวมว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมาก ปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัยซึ่งพบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากลดลงทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท และยังผันแปรกับอายุและเพศ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีร้อยละที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยและผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนผู้ที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย สัดส่วนประชากรสูงอายุที่ประเมินว่ามีสุขภาพดีจำแนกตามจังหวัดในปี พ.ศ. 2554 พบว่าจังหวัดชุมพรและระนอง มีร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากสูงถึงกว่าร้อยละ 60 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, 2558)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มปัจจัยทางชีวสังคม คือ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพหลักและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มปัจจัยนำ คือ ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ความเชื่อ ความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดีและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี กลุ่มปัจจัยเอื้อ คือ การมีและเข้าถึงสถานบริการต่างๆ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข กลุ่มปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้านกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อาชีพหลักและสถานภาพสมรส กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความเชื่อ ความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรง

สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน (ศิริบุษ ฉายแสง, 2553)

การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2554 จากการสำรวจพบว่า ระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ พบว่าปัจจัยกำหนดระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติและการออกกำลังกาย (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2555)

ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือและส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้แนวทางในการให้บริการวิชาการโดยการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (วิไลพร ขำวงษ์และคณะ, 2554)

การศึกษาถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับประเทศ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย คือ ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ลักษณะความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน อาชีพค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนและภาวะความยากจน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับทางด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม และร่างกายตามลำดับ พบว่า ด้านร่างกายควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจสำนึกให้คนในครอบครัว บุตรหลาน มีความกตัญญูเอาใจใส่ ให้ความรักความอบอุ่น ด้านจิตใจควรส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่เด็กและเยาวชน ด้านสิ่งแวดล้อมควรจัดโครงการชุมชนน่าอยู่ การส่งเสริมชุมชนในการบริหารจัดการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สวนสาธารณะ ส้วมสำหรับผู้สูงอายุ (เยาวเรศ แดงจวง, 2558)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติและมีความตระหนักต่อการแสดงบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ ความบกพร่องในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนร่วมคิดและร่วมดำเนินการกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลง

ทั้ง 4 ด้าน คือ ผู้สูงอายุรับรู้การแสดงบทบาทของครอบครัวในด้านร่างกาย รับรู้บทบาทครอบครัวด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (วันสนั่น แซ่คำ, 2553)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกาย ช่องปาก และจิต อีกทั้งปัจจัยการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนา มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตและทางสังคม นอกจากนี้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีเครือข่ายในชมรม (รณชัย เหลืองเอี่ยม, 2555)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้เพราะฉะนั้นความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั่นเอง (อินทุกานต์ กุลไวย, 2552)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 11 อ. ของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอาหาร 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัย 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอารมณ์ 5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอูจจาระและปัสสาวะ 6) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอดิเรก 7) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอบอุ่น 8) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอากาศ 9) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านแสงอาทิตย์ 10) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอุบัติเหตุ 11) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนาคต การศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัย การควบคุมอารมณ์ การขับถ่ายอูจจาระและปัสสาวะ การทำงานอดิเรก การสร้างความอบอุ่นในครอบครัว การอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเหมาะสมการสัมผัสกับแสงอาทิตย์ยามเช้า การป้องกันอุบัติเหตุและการวางแผนอนาคตอยู่ในระดับดีตามลำดับผู้สูงอายุต่ำลมะ ค่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 11อ. อยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมด้านอดิเรกยังไม่เหมาะสมดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้ในการศึกษาคั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมยามว่างเป็นประโยชน์เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2558)

บทความวิจัยการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตยด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น การศึกษาเปรียบเทียบภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เรื้อรังก่อนและหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้ง พบว่า



แนวโน้มภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างลดลง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ธนายุส ธนฉติ และคณะ, 2558)

สุขภาวะของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสินพบว่า สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางร่างกาย และสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก มีเพียงสุขภาวะทางจิตใจที่อยู่ในระดับปานกลางและการพัฒนาสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน ควรมีการพัฒนาควบคู่ไปพร้อมกัน เนื่องจากสุขภาวะทุกด้านส่งผลต่อสุขภาวะด้านอื่นๆเช่นกัน โดยมีแรงสนับสนุนภายในที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์และแรงสนับสนุนจากภายนอก ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ครอบครัว บริการจากชมรมผู้สูงอายุและเพื่อสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งการพัฒนาความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ อันจะส่งผลให้ความรู้สึกเรื่องการเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมลดลง (วิจิตรา สืบตระกูล, 2556)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทพบว่า การให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนในการส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุและการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุนั้น หากผู้สูงอายุไม่รับรู้อาจไม่ช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรหาแนวทางให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนและเครือข่ายทางสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อความพึงพอใจในชีวิตที่มากขึ้น (พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ, 2553)

การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคการออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเพื่อสุขภาพและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ (กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษและคณะ, 2554)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยที่ครึ่งหนึ่งเป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัว มีสุขภาพช่องปากและการมองเห็นอยู่ในระดับดี มีการนอนหลับที่เพียงพอทุกคนไม่มีโรค

ซิมเคร้า กลุ่มตัวอย่างเกือบ 1 ใน 3 มีสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ด้านสัมพันธที่ใกล้ชิด ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โรคประจำตัว สุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อน สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม (เกล้ากร รัตนชาญกร, 2560)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาเชิงรุกและคุณภาพชีวิตของคนในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับทั่วไปของการจัดการกลยุทธ์เชิงรุกที่รับมือได้ และมีคุณภาพโดยทั่วไปของชีวิตตอบสนองต่อความต้องการของการควบคุม และความสุขคนที่ปรับตัวมากขึ้นก็จะประสบความสำเร็จในระดับทั่วไปที่สูงขึ้นของคุณภาพชีวิตการควบคุมและมีความสุข ปัจจัยที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ประสบความสำเร็จของอาสาสมัครผู้สูงอายุเป็นครั้งแรกและสำคัญที่สุดคือทักษะการเชื่อมต่อการตั้งวัตถุประสงค์ตนเอง, การริเริ่มความเพียรในการทำกิจกรรม และการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ของโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงตนเอง จะเป็นตัวชีวิตที่มีประโยชน์ที่มีคุณภาพของชีวิตในวัยชรา การค้นหาการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการรับมือและที่เอื้อต่อการสวัสดิการของบุคคล ก่อให้เกิดสัมพันธ์ในเชิงบวก (Gamrowska,A., & Steuden, S.,2014)

มาตรวัดคุณภาพชีวิต คือ คุณภาพชีวิตลดลงภาวะซิมเคร้า การรับรู้สถานการณ์ทางการเงิน ข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย ความยากลำบากกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการจำกัดการเจ็บป่วยที่ยาวนาน คุณภาพชีวิตดีขึ้นโดยความสัมพันธ์ไว้วางใจกับครอบครัวและเพื่อน อธิบายการเปลี่ยนแปลงมีความแตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างชายและหญิงความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตในวัยชราต้องอยู่กับความยากลำบากทางการเงิน หน้าที่จำกัดโรค ความสัมพันธ์และไม่สามารถที่จะย้ายออกจากพื้นที่ใกล้เคียงปัจจัยเหล่านี้จะถูกควบคุม (Netuveli,G.,Wiggins,R.D.,Hildon,Z.,Montgomery,S.M.,&Blane,D.,2006.)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวมาข้างต้น ในเรื่องของแนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุ, PRECEDE-PROCEED model, Social Support Theory, คุณภาพชีวิต, โรงเรียนผู้สูงอายุ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เห็นถึงความสอดคล้องและสรุปได้ว่าการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีนั้น ผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดีทั้งกายและใจอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีโดยที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกล่าวคือคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่สถานภาพสมรส ลักษณะ การอาศัยอยู่อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน สถานะสุขภาพปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน

ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่าย และโรงเรียนผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยเหล่านี้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี ในการค้นคว้าอิสระครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI มาใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต อธิบายและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และโรงเรียนผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3) การตรวจสอบเครื่องมือ
- 4) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 6) ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร: ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี จำนวน 6 แห่ง รวมทั้งสิ้น 340 คน ประกอบด้วย

- 1) โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลมวกเหล็ก จำนวน 130 คน
- 2) โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดงตะงาว จำนวน 60 คน
- 3) โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลาดน้อย จำนวน 30 คน
- 4) โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโป่งก้อนเส้า จำนวน 60 คน
- 5) โรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่4สระบุรี จำนวน 30 คน
- 6) โรงเรียนผู้สูงอายุมหาวิทยาลัยนครราชสีมา จำนวน 30 คน

##### 3.1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี
- 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย
- 3) เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

##### 3.1.1.2 เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับรู้และมีความพิการ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ได้แก่ พิกาททางเคลื่อนไหว พิกาททางสติปัญญา ตาบอดและหูหนวก
- 2) ผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อให้ข้อมูลในระดับหนึ่งแล้วผู้สูงอายุสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง: ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทุกคนที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมและผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรีทั้งหมดทุกคน จำนวน 340 คน

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 4 ส่วน (ภาคผนวก ง)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 17 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) จำนวน 22 ข้อเป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเป็นคำถามที่ถามถึงการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ชมรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ระดับ คือ ไม่เข้าร่วม น้อย ปานกลางและมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคำถามที่พัฒนามาจากของคุณชุตติเดช เจียนตอน มีการเพิ่มเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ระดับ คือ ไม่เข้ารับ น้อย ปานกลางและมาก โดยแบ่งด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ จากเพื่อนบ้าน จากครอบครัว จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากเครือข่ายองค์กรของรัฐหรือเอกชน

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.8406 มีความตรง (Validity) 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถาม มีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลยรู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแยะมาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแยะ
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแยะระดับกลางๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆรู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่าสมบูรณ์รู้สึกพอใจมากที่สุดดีมาก

### 3.3 การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (validity) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรง (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะต่างๆมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อความและเนื้อหาให้เป็นมติจากผู้เชี่ยวชาญ และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเพื่อการทำวิจัยให้มีคุณภาพวิจัยต่อไป (ภาคผนวก ก)

การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เป็นการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข จากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรี จำนวน 44 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละปัจจัยและแต่ละด้าน (รายละเอียดตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือ	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)	0.909
ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)	
● การเงิน	0.765
● การดูแลเรื่องอาหารการกิน	0.665
● การจัดหาเสื้อผ้า/เครื่องนุ่งห่ม	0.769
● การดูแลรักษา	0.784

ตารางที่ 3.1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) (ต่อ)

เครื่องมือ	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
• การดูแลทำความสะอาดบ้าน รดน้ำต้นไม้	0.760
• การเดินทาง มีค่าความเชื่อมั่น	0.727
• ความรู้/ข่าวสารสุขภาพ/เหตุการณ์บ้านเมือง	0.761
• การได้รับคำแนะนำ	0.827
• การตัดสินใจ	0.808
• การปลอมโยน/กำลังใจ	0.759
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	0.944

### 3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 เสนอโครงการการค้นคว้าอิสระ ขอรับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ภาคผนวก ข)

3.4.2 ทำหนังสืออนุมัติขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สำนักงานพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการค้นคว้าอิสระครั้งนี้และขออนุญาตเก็บข้อมูล (ภาคผนวก ค)

3.4.3 ประสานผู้รับผิดชอบหลักของโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี ทั้งหมด 6 แห่ง เพื่อนัดวันลงเก็บแบบสอบถามกับผู้สูงอายุตามจำนวนผู้สูงอายุแต่ละแห่ง

3.4.4 อธิบาย สร้างความเข้าใจและทดสอบฝึกปฏิบัติการถามแบบสอบถามกับผู้สูงอายุให้กับผู้ร่วมทีมในการลงพื้นที่เก็บแบบสอบถาม จำนวน 2 ท่าน

3.4.5 ดำเนินการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยการชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม ข้อกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลให้ผู้สูงอายุรับทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หากผู้สูงอายุมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามก็จะอธิบายเพิ่มเติม โดยผู้ศึกษาคอยให้คำแนะนำขณะเก็บข้อมูล

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.5.1 การให้คะแนนและการจัดกลุ่ม

3.5.1.1 การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีข้อความอยู่ 15 ข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ระดับ คือ ไม่เข้าร่วม น้อย ปานกลางและมาก โดยให้คะแนน 0, 1, 2 และ 3 ตามลำดับ นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแบ่งระดับ จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

คะแนน 0	เท่ากับ	ไม่เข้าร่วม
คะแนน 1-14	เท่ากับ	น้อย
คะแนน 15-29	เท่ากับ	ปานกลาง
คะแนน 30-44	เท่ากับ	มาก
คะแนน 45	เท่ากับ	เข้าร่วมทุกกิจกรรม

3.5.1.2 การสนับสนุนทางสังคม มีข้อความอยู่ 10 ข้อใหญ่ แต่ละข้อจะมีข้อย่อยอยู่ 4 ข้อ รวม 40 ข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ระดับ คือ ไม่ได้รับ น้อย ปานกลางและมาก โดยให้คะแนน 0, 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

คะแนนรายด้านของการสนับสนุน นำคะแนนแต่ละข้อย่อย 4 ข้อมารวมกัน จำแนกระดับเป็น 5 กลุ่มดังนี้

คะแนน 0	เท่ากับ	ไม่ได้รับ
คะแนน 1-3	เท่ากับ	น้อย
คะแนน 4-8	เท่ากับ	ปานกลาง
คะแนน 9-11	เท่ากับ	มาก
คะแนน 12	เท่ากับ	ได้รับทุกคน

นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแบ่งระดับ จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

คะแนน 0	เท่ากับ	ไม่ได้รับ
คะแนน 1-39	เท่ากับ	น้อย
คะแนน 39-79	เท่ากับ	ปานกลาง
คะแนน 80-120	เท่ากับ	มาก

3.5.1.3 แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถาม มีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 มีการให้คะแนนข้อคำถามดังนี้ (รายละเอียดตารางที่ 3.2)



ตารางที่ 3.2 การให้คะแนนข้อคำถามคุณภาพชีวิต

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
ตอบ	คะแนน	ตอบ	คะแนน
ไม่เคย	1	ไม่เคย	5
เล็กน้อย	2	เล็กน้อย	4
ปานกลาง	3	ปานกลาง	3
มาก	4	มาก	2
มากที่สุด	5	มากที่สุด	1

การแปลผลมีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบ (รายละเอียดตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.3 การแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต		
	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย (ข้อ 2,3,4,10,11,12,24)	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (ข้อ 5,6,7,8,9,23)	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ข้อ 13,14,25)	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22)	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130
ข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม			

### 3.5.2 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.5.2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง

3.5.2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ Pearson Correlation และ ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

## 3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

3.6.1 การขอจริยธรรมการวิจัยในคนได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ COA No. 292/2560

3.6.2 ชี้แจงให้ผู้ยินยอมตนทราบถึงวิธีการ ประโยชน์ และสิ่งนี้อาจเกิดขึ้นขณะทำวิจัย

3.6.3 ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

3.6.4 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบเชิงลบแต่อย่างใด

3.6.5 ข้อมูลชื่อนามสกุลและข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจะไม่ถูกเผยแพร่ การนำเสนอผลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี อธิบายและหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย และโรงเรียนผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 340 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2560 นำเสนอผลการศึกษาดังนี้

#### 4.1 ผลการศึกษา

##### 4.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

##### 4.1.2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการเจ็บป่วย

##### 4.1.3 การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

##### 4.1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

##### 4.1.5 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

##### 4.1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

##### 4.1.6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

##### 4.1.6.2 ปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

##### 4.1.6.3 ปัจจัยเสริมบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

#### 4.2 การอภิปรายผล

## 4.1 ผลการศึกษา

**4.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล** ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมและผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรี จำนวน 340 คน ร้อยละ 70.6 เป็นเพศหญิง มีอายุ 60- 90 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 69.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.41 ปี) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 54.4 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 37.4 และร้อยละ 8.2 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80-90 ปี) สำหรับสถานะภาพสมรส ร้อยละ 53.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36.8 เป็นหม้าย หย่า แยก และมีผู้สูงอายุที่ยังเป็นโสดเพียงร้อยละ 10.0 ผู้สูงอายุร้อยละ 54.1 จบระดับประถมศึกษา ไม่ได้เรียน ร้อยละ 14.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพและรับจ้างทั่วไปมีสัดส่วนเท่ากันอย่างละ ร้อยละ 27.4 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.1 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 50,000 บาท มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 27.1 อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-1,000 บาท ร้อยละ 10 แหล่งที่มาของรายได้ ร้อยละ 42.9 มาจากลูกหลาน เมื่อสอบถามถึงความพอเพียงของรายได้ ร้อยละ 35.3 ตอบว่าเพียงพอแต่ไม่มีเหลือ และร้อยละ 32.1 ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูผู้อื่นร้อยละ 17.6 ส่วนใหญ่ต้องเลี้ยงดูหลาน ร้อยละ 50 สำหรับการพักอาศัยในปัจจุบันผู้สูงอายุอาศัยอยู่คู่สมรสและบุตรหลานร้อยละ 32.1 โดยร้อยละ 43.3 มีสมาชิกในครอบครัว มี 2-3 คน แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวถึงร้อยละ 14.1

การรับรู้ต่อสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุร้อยละ 57.6 ระบุว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพของตนเองกับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60.3 ตอบว่าสุขภาพในปีที่ดีพอๆกับปีที่ผ่านมา และเมื่อให้เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน ร้อยละ 61.8 ระบุว่าเหมือนกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน ร้อยละ 30.3 ตอบว่าดีกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน และที่ตอบว่าสุขภาพสู้คนในรุ่นเดียวกันไม่ได้มีเพียงร้อยละ 7.9 สำหรับโรคประจำตัว ผู้สูงอายุร้อยละ 70.3 มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวพบว่า 3 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.6 ข้อเสื่อม ร้อยละ 24.1 และไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 19.1 จำนวนโรคเรื้อรังส่วนใหญ่พบ 1 โรค ร้อยละ 34.7 พบ 2 โรค ร้อยละ 24.1 อย่างไรก็ตามพบ 3 โรคขึ้นไปถึงร้อยละ 11.5

สำหรับระยะเวลาการเป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกสูงสุด 4 ปี ร้อยละ 45.6 เป็นสมาชิกมา 1 ปี และร้อยละ 40.5 เป็นสมาชิกมา 2 ปี เหตุผลในการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.2 เพื่อพบปะแลกเปลี่ยนพูดคุยกับเพื่อน ร้อยละ 75.6 นำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และร้อยละ 69.7 มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน มีความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 41.8 เดือนละ 2 -3 ครั้ง ร้อยละ 31.8 เดือนละครั้ง และน้อยกว่าเดือนละครั้ง มีเพียงร้อยละ 2.0 (รายละเอียดตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 340 คน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	100	29.4
หญิง	240	70.6
<b>อายุ(ปี)</b>		
60-69	185	54.4
70-79	127	37.4
80-90	28	8.2
เฉลี่ย = 69.8 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.41 ปี		
มัธยฐาน = 69 ปี		
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด = 60-90 ปี		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	34	10.0
สมรส	181	53.2
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	125	36.8
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้เรียน	50	14.7
ประถมศึกษา	184	54.1
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	21	6.2
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	36	10.6
อนุปริญญา	29	8.5
ปริญญาตรี	17	5.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.9

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพหลัก</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	93	27.4
เกษตรกรรวม	89	26.1
รับจ้างทั่วไป	93	27.4
ค้าขาย	38	11.2
ข้าราชการบำนาญ	26	7.6
ธุรกิจส่วนตัว	1	0.3
<b>รายได้เฉลี่ย/เดือน (บาท)</b>		
600-1,000	34	10
1,001-3,000	92	27.0
3,001-5,000	72	21.2
5,001-10,000	92	27.1
10,001 ขึ้นไป	50	14.7
เฉลี่ย = 6,914.86 บาท		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7,286.94 บาท		
มัธยฐาน = 5,000 บาท		
รายได้ต่ำสุด-รายได้สูงสุด = 600-50,000บาท		
<b>แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</b>		
ตนเอง (รัฐบาล/เบี้ยยังชีพ/อสม.)	340	100
สามี/ภรรยา	52	15.3
ลูก หลาน	146	42.9
ญาติ	7	2.1
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	109	32.1
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	36	10.6
เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือ	120	35.3
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	75	22.0

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การเลี้ยงดูผู้อื่น</b>		
ไม่ต้องเลี้ยงดู	280	82.4
ต้องเลี้ยงดู	60	17.6
<b>จำนวนบุคคลที่ต้องเลี้ยงดู (คน)</b>		
1	25	7.3
2	24	7.1
3-12	11	3.2
<b>บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</b>		
หลาน	30	50.0
สามี ภรรยา	12	20.0
บุตร	7	11.7
แม่ภรรยา/แม่สามี/พี่ชาย/น้องชาย/น้องสะใภ้	6	10.0
บิดา มารดา	3	5.0
ญาติที่เป็นผู้สูงอายุ	2	3.3
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>		
คู่สมรสและบุตรหลาน	109	32.1
บุตรหลานและญาติ	107	31.5
คู่สมรส	60	17.6
คนเดียว	48	14.1
ญาติ/มารดา	16	4.7

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่รวมกัน (คน)</b>		
1	50	14.7
2	79	23.2
3	68	20.1
4	61	17.9
5	42	12.4
6	27	7.9
7-10	13	3.8
เฉลี่ย = 3.35 คน		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.79 คน		
มัธยฐาน = 3 คน		
การอาศัยอยู่ต่ำสุด-การอาศัยอยู่สูงสุด = 1-10คน		
<b>ช่วงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกัน(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</b>		
0-14 ปี	109	32.1
15-59 ปี	205	60.3
อายุ 60 ปีขึ้นไป	223	65.6
<b>การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง</b>		
ดีเยี่ยม	5	1.5
ดีมาก	25	7.4
ดี	196	57.6
พอใช้ได้	100	29.4
ไม่ดี	14	4.1
<b>สุขภาพขณะนี้เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา</b>		
ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วมาก	22	6.5
ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย	58	17.1
พอกับปีที่แล้ว	205	60.3
แย่กว่าปีที่แล้วเล็กน้อย	45	13.2
แย่กว่าปีที่แล้วมาก	10	2.9



ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน</b>		
แย่กว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน	27	7.9
เหมือนกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน	210	61.8
ดีกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน	103	30.3
<b>โรคประจำตัว</b>		
มีโรคประจำตัว	239	70.3
ความดันโลหิตสูง	162	47.6
ข้อเสื่อม	82	24.1
ไขมันในเส้นเลือด	65	19.1
เบาหวาน	64	18.8
หัวใจ	15	4.4
หอบหืด	6	1.8
มะเร็ง	3	0.9
ไต	3	0.9
ต่อมลูกหมาก	2	0.6
ภูมิแพ้	2	0.6
ความดันโลหิตต่ำ	1	0.3
ต้อหิน	1	0.3
จำนวนโรคเรื้อรัง (โรค)		
0	101	29.7
1	118	34.7
2	82	24.1
3	33	9.7
4	5	1.5
5	1	0.3

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ (ปี)</b>		
1-11 (เดือน)	11	3.2
1	155	45.6
2	138	40.5
3-4	36	10.7
เฉลี่ย = 1.66 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.91 ปี		
มัธยฐาน = 2.0 ปี		
ระยะเวลาการเป็นสมาชิกต่ำสุด-สูงสุด = 1 เดือน - 4 ปี		
<b>เหตุผลในการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</b>		
พบปะแลกเปลี่ยนพูดคุยกับเพื่อน	283	83.2
ความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน	257	75.6
มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน	237	69.7
คลายเหงา	209	61.5
ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์	187	55.0
พัฒนาตนเอง	158	46.5
แลกเปลี่ยนประสบการณ์	149	43.8
<b>ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ</b>		
ทุกสัปดาห์	83	24.4
เดือนละ 2 -3 ครั้ง	142	41.8
เดือนละครั้ง	108	31.8
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	7	2.0

#### 4.1.2 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการเจ็บป่วย

จากการสอบถามถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขพบว่า ผู้สูงอายุมีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 99.7 โดยร้อยละ 81.8 เป็นผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 10.3 เป็นบัตรประกันสังคม และร้อยละ 7.4 สิทธิข้าราชการบำนาญ อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้สูงอายุมีหลักประกันชีวิตของเอกชน ร้อยละ 5.0 (รายละเอียดตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 หลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ 340 คน

หลักประกันสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	จำนวน	ร้อยละ
มีหลักประกันสุขภาพ	339	99.7
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	278	81.8
บัตรประกันสังคม	35	10.3
ประกันชีวิตของเอกชน	17	5.0
ข้าราชการบำนาญ	25	7.4
สิทธิอื่นๆ	9	2.6
สิทธิข้าราชการ (ต้นสังกัด)	8	2.3
สิทธิเบิกได้ข้าราชการท้องถิ่น	1	0.3

การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยร้อยละ 79.4 โดยที่ร้อยละ 26.8 มีเจ็บป่วยปานกลางเท่านั้น ร้อยละ 23.8 เจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น และร้อยละ 2.9 เจ็บป่วยมากเท่านั้น นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อยและปานกลาง ถึงร้อยละ 22.9 และร้อยละ 2.4 มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ปานกลาง และมาก แต่มีเพียงร้อยละ 0.6 เจ็บป่วยปานกลางและมาก (รายละเอียดตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 การเจ็บป่วยในรอบปีของผู้สูงอายุ 340 คน

การเจ็บป่วยในรอบปี	จำนวน	ร้อยละ
<b>การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา</b>		
ไม่เจ็บป่วย	70	20.6
เจ็บป่วย	270	79.4
เจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น	81	23.8
เจ็บป่วยปานกลางเท่านั้น	91	26.8
เจ็บป่วยมากเท่านั้น	10	2.9
เจ็บป่วยเล็กน้อยและปานกลาง	78	22.9
เจ็บป่วยปานกลางและมาก	2	0.6
เจ็บป่วยเล็กน้อย ปานกลาง และมาก	8	2.4

สำหรับการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 57.1 ซึ่ยอมรับประทานเอง ร้อยละ 33.5 ใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร ส่วนการให้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยปานกลาง ร้อยละ 57.6 ไปโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 45.6 ไปโรงพยาบาลทั่วไป มีความถี่ในการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยปานกลาง ร้อยละ 55.0 ปานกลาง (3-5ครั้ง) ร้อยละ 42.4 น้อย (1-2ครั้ง) โรคที่เจ็บป่วยทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.4 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.8 โรคไขมันในเส้นเลือด/เวียนศีรษะและโรคเบาหวานอย่างละ ร้อยละ 1.5 โดยมีจำนวนวันที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2-3 วัน ร้อยละ 61.4 (รายละเอียดตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ 340 คน

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
<b>การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</b>		
ซื้อยารับประทานเอง	194	57.1
ทางไสยศาสตร์	9	2.6
ใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร	114	33.5
อื่นๆ	139	40.9
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	59	17.3
พบแพทย์ที่โรงพยาบาล	57	16.8
คลินิก	14	4.1
พักผ่อนอยู่กับบ้าน	6	1.8
ตุ๋ยา อสม.	2	0.6
ขอยาที่ อสม.	1	0.3
<b>การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยปานกลาง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</b>		
ศูนย์สุขภาพชุมชน	56	16.5
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)	113	33.2
โรงพยาบาลชุมชน	196	57.6
โรงพยาบาลทั่วไป	155	45.6
โรงพยาบาลศูนย์	70	20.6
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	34	10.0
โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	3	0.9
(ธรรมศาสตร์รังสิต/ศิริราช/สถาบันโรคทรวงอก)		
<b>ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยปานกลาง</b>		
น้อย (1-2 ครั้ง)	144	42.4
ปานกลาง (3-5 ครั้ง)	187	55.0
มาก (มากกว่า 5 ครั้ง)	9	2.6

ตารางที่ 4.4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคที่ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>		
ความดันโลหิตสูง	8	2.4
โรคหัวใจ	6	1.8
ไขมันในเส้นเลือด/เวียนคีระชะ	5	1.5
โรคเบาหวาน	5	1.5
ข้อเข่าเสื่อม/ปวดเข่า/ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	4	1.2
ไข้หวัด/หอบหืด	4	1.2
โรคตา (ต้อกระจก/ต้อหิน)	3	0.9
โรคไต (นิ่วในไต)	2	0.6
ติดเชื้ในท้อง/ท้องเสีย	2	0.6
อุบัติเหตุ	2	0.6
เส้นเลือดในสมองตีบ	1	0.3
มะเร็ง	1	0.3
กระเพาะรั้ว	1	0.3
<b>จำนวนวันที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (วัน) ของผู้สูงอายุ 44 คน</b>		
1	4	9.1
2	11	25.0
3	16	36.4
4	2	4.5
5-30	11	25.0

#### 4.1.3 การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.6 มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพระดับมาก ร้อยละ 45.9 เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.8 เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับน้อย อย่างไรก็ตามมีเพียง ร้อยละ 0.3 ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังมีถึง ร้อยละ 2.4 ที่เข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกกิจกรรม (รายละเอียดตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 340 คน

ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าร่วม	1	0.3
น้อย	13	3.8
ปานกลาง	156	45.9
มาก	162	47.6
เข้าร่วมทุกกิจกรรม	8	2.4

เมื่อพิจารณาระดับการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในระดับมาก 5 อันดับแรก คือ ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.2 ด้านพระพุทธศาสนา ร้อยละ 34.7 ด้านอารมณ์ ร้อยละ 30.3 ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 26.2 และการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 21.8 (รายละเอียดตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ระดับการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 340 คน

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระดับการเข้าร่วมกิจกรรม							
	ไม่เข้าร่วม		น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการออกกำลังกาย	7	2.0	41	12.1	203	59.7	89	26.2
ด้านอาหาร	12	3.6	51	15.0	215	63.2	62	18.2
ด้านอารมณ์	6	1.8	52	15.3	179	52.6	103	30.3
ด้านสุขภาพช่องปาก	18	5.4	96	28.2	180	52.9	46	13.5
ด้านสิ่งแวดล้อม	21	6.2	94	27.6	185	54.4	40	11.8
ด้านพระพุทธศาสนา	6	1.8	41	12.0	175	51.5	118	34.7
ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น	19	5.6	95	27.9	169	49.7	57	16.8
ด้านอาชีพ	23	6.8	81	23.8	166	48.8	70	20.6
ด้านสังคม/จิตอาสา/ เยี่ยมบ้าน	25	7.3	95	27.9	161	47.4	59	17.4
การตรวจสุขภาพประจำปี	17	5.0	91	26.8	158	46.4	74	21.8
การเฝ้าระวังภาวะ สุขภาพ/คัดกรอง	16	4.7	65	19.1	189	55.6	70	20.6
ชมรมผู้สูงอายุ	6	1.8	25	7.4	128	37.6	181	53.2
ชมรมรักสุขภาพ	32	9.4	101	29.7	147	43.2	60	17.7
ชมรมออกกำลังกาย	21	6.2	94	27.6	157	46.2	68	20.0
ชมรมฝึกอาชีพ	31	9.1	116	34.1	145	42.7	48	14.1



#### 4.1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย โดยรวมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 ระดับน้อย ร้อยละ 33.8 และได้รับในระดับมาก ร้อยละ 6.5 มีเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้นที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจำแนกเป็นรายด้าน พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุน 3 ลำดับแรก คือ การดูแลทำความสะอาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ ร้อยละ 12.9 การจัดหาเสื้อผ้า/เครื่องนุ่งห่ม ร้อยละ 9.7 การดูแลรักษาและการเดินทาง อย่างละ ร้อยละ 7.1 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมระดับมากและจากทุกคนที่เกี่ยวข้อง 3 ลำดับแรก คือ ความรู้/ข่าวสารสุขภาพ/เหตุการณ์บ้านเมือง ร้อยละ 17.6 การปลอบโยน/กำลังใจ ร้อยละ 8.8 และการตัดสินใจ ร้อยละ 8.3 ที่ได้รับแรงสนับสนุนเป็นอย่างดี (รายละเอียดตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ 340 คน

การสนับสนุน	ระดับการสนับสนุน									
	ไม่ได้รับ		น้อย		ปานกลาง		มาก		ได้รับทุกคน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนโดยรวม	6	1.8	115	33.8	197	57.9	22	6.5		
การเงิน	22	6.5	126	37.1	179	52.6	12	3.5	1	0.3
การดูแลเรื่องอาหารการกิน	23	6.8	140	41.2	161	47.4	16	4.7		
การจัดหาเสื้อผ้า/ เครื่องนุ่งห่ม	33	9.7	150	44.1	140	41.2	17	5.0		
การดูแลรักษา	24	7.1	95	27.9	203	59.7	18	5.3		
การดูแลทำความสะอาด บ้าน รดน้ำต้นไม้	44	12.9	150	44.1	131	38.5	13	3.8	2	0.6
การเดินทาง	24	7.1	88	25.9	214	62.9	12	3.5	2	0.6
ความรู้/ข่าวสารสุขภาพ/ เหตุการณ์บ้านเมือง	15	4.4	43	12.6	219	64.4	57	16.8	6	1.8
การได้รับคำแนะนำ	19	5.6	56	16.5	240	70.6	17	5.0	8	2.4
การตัดสินใจ	23	6.8	59	17.4	230	67.6	22	6.5	6	1.8
การปลอบโยน/กำลังใจ	23	6.8	48	14.1	239	70.3	26	7.6	4	1.2

การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย ในด้านการเงิน อาหารการกิน การจัดหาเสื้อผ้า/เครื่องนุ่งห่ม การดูแลรักษา การดูแลทำความสะอาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ การเดินทาง ความรู้/ข่าวสารสุขภาพ/เหตุการณ์บ้านเมือง การได้รับคำแนะนำ การตัดสินใจ การปลอมโยน/ก้าลังใจ พบว่าครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนในประเด็นดังกล่าวเป็นลำดับแรก นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ที่ให้ความรู้หรือข่าวสารต่างๆในเรื่องสุขภาพหรือเหตุการณ์บ้านเมือง เพื่อนเป็นผู้ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและปลอมโยนเมื่อมีปัญหา รู้สึกไม่สบายใจ เสียใจ สูญเสีย ท้อแท้ (รายละเอียดตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย  
จำแนกตามรายข้อการสนับสนุน ของผู้สูงอายุ 340 คน

การสนับสนุน	ระดับการสนับสนุน							
	ไม่ได้รับ		น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความช่วยเหลือด้านการเงินจาก</b>								
เพื่อน	164	48.2	118	34.7	50	14.7	8	2.4
ครอบครัว	32	9.4	33	9.7	199	58.5	76	22.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	212	62.3	67	19.7	54	15.9	7	2.1
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	178	52.4	49	14.4	104	30.6	9	2.6
<b>การดูแลเรื่องอาหารการกินจาก</b>								
เพื่อน	138	40.6	117	34.4	72	21.2	13	3.8
ครอบครัว	33	9.7	31	9.1	173	50.9	103	30.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	200	58.8	85	25.0	49	14.4	6	1.8
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	233	68.5	46	13.5	53	15.6	8	2.4

ตารางที่ 4.8 การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย  
จำแนกตามรายข้อการสนับสนุน ของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

การสนับสนุน	ระดับการสนับสนุน							
	ไม่ได้รับ		น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความช่วยเหลือในการจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มและของใช้อื่นๆจาก</b>								
เพื่อน	163	47.9	115	33.8	54	15.9	8	2.4
ครอบครัว	39	11.5	38	11.2	170	50.0	93	27.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	207	60.9	72	21.2	50	14.7	11	3.2
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	236	69.4	49	14.4	47	13.8	8	2.4
<b>ความช่วยเหลือด้านการดูแลรักษาจาก</b>								
เพื่อน	113	33.2	158	46.5	59	17.4	10	2.9
ครอบครัว	34	10.0	38	11.2	145	42.6	123	36.2
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	128	37.7	99	29.1	102	30.0	11	3.2
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	182	53.5	73	21.5	78	22.9	7	2.1
<b>ความช่วยเหลือการดูแลทำความสะอาดบ้าน รตน้ำต้นไม้จาก</b>								
เพื่อน	183	53.8	80	23.5	72	21.2	5	1.5
ครอบครัว	49	14.4	51	15.0	160	47.1	80	23.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	214	62.9	66	19.4	52	15.3	8	2.4
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	236	69.4	44	12.9	54	15.9	6	1.8
<b>ความช่วยเหลือด้านการเดินทางจาก</b>								
เพื่อน	88	25.9	154	45.3	82	24.1	16	4.7
ครอบครัว	31	9.1	48	14.1	138	40.6	123	36.2
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	164	48.2	115	33.8	58	17.1	3	0.9
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	168	49.4	113	33.2	54	15.9	5	1.5

ตารางที่ 4.8 การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย  
จำแนกตามรายข้อการสนับสนุน ของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

การสนับสนุน	ระดับการสนับสนุน							
	ไม่ได้รับ		น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การได้รับความรู้หรือข่าวสารต่างๆในเรื่องสุขภาพหรือเหตุการณ์บ้านเมืองจาก</b>								
เพื่อน	57	16.8	150	44.1	111	32.6	22	6.5
ครอบครัว	29	8.5	46	13.5	173	50.9	92	27.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	72	21.2	92	27.1	108	31.7	68	20.0
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	103	30.3	97	28.5	108	31.8	32	9.4
<b>การได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือหรือได้รับกำลังใจเมื่อมีปัญหาจาก</b>								
เพื่อน	57	16.8	162	47.6	85	25.0	36	10.6
ครอบครัว	34	10.0	46	13.5	127	37.4	133	39.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	99	29.2	115	33.8	113	33.2	13	3.8
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	145	42.7	113	33.2	73	21.5	9	2.6
<b>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สำคัญๆ คือ</b>								
เพื่อน	74	21.7	157	46.2	87	25.6	22	6.5
ครอบครัว	29	8.5	39	11.5	128	37.6	144	42.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	105	30.9	104	30.6	117	34.4	14	4.1
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	154	45.3	97	28.5	81	23.8	8	2.4
<b>การรู้สึกไม่สบายใจ เสียใจ สูญเสีย ท้อแท้ได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจจาก</b>								
เพื่อน	58	17.0	158	46.5	90	26.5	34	10.0
ครอบครัว	34	10.0	32	9.4	113	33.2	161	47.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	102	30.0	111	32.7	114	33.5	13	3.8
เครือข่ายองค์กรของ รัฐ/เอกชน	148	43.5	111	32.7	72	21.2	9	2.6

#### 4.1.5 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 71.2 มีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.4 ระดับดี และร้อยละ 4.4 ระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายมิติตามองค์ประกอบ ในการวัดคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมา คือ คุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยมีคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวในระดับดี ร้อยละ 38.2, 28.8, 21.5 และ 15.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 22.9 ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ในระดับไม่ดี (รายละเอียดตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุ 340 คน

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	15	4.4	242	71.2	89	24.4
ด้านสุขภาพกาย	4	1.2	263	77.4	73	21.5
ด้านจิตใจ	13	3.8	197	57.9	130	38.2
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	78	22.9	209	61.5	53	15.6
ด้านสิ่งแวดล้อม	22	6.5	220	64.7	98	28.8

การรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตในรายชื่อของผู้สูงอายุในแต่ละประเด็นที่วัด พบว่า**คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม**อยู่ในระดับปานกลาง มีความพอใจในสุขภาพตนเอง ร้อยละ 51.2 และระดับคุณภาพชีวิต ร้อยละ 44.1 เมื่อพิจารณารายด้านของการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตระดับมากที่สุดพบว่า **ด้านสุขภาพกาย** ผู้สูงอายุมีการรับรู้การเจ็บปวดทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ร้อยละ 10.0 รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ร้อยละ 9.7 และความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆผ่านไป ได้ ร้อยละ 9.1 **ด้านจิตใจ**พบว่ามีภยยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ร้อยละ 20.0 รับรู้ความรู้สึกไม่ดี หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ร้อยละ 12.6 และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ร้อยละ 12.4 **ด้านสัมพันธภาพทางสังคม** มีความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ร้อยละ 7.1 ความพอใจในชีวิตทางเพศ ร้อยละ 5.0 และความพอใจกับการช่วยเหลือจากเพื่อน ร้อยละ 4.1 **ด้านสิ่งแวดล้อม** มีความพอใจกับสภาพบ้านเรือน ร้อยละ 11.2

ความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย ร้อยละ 10.3 และความพอใจที่สามารถไปใช้บริการ  
สาธารณสุข ร้อยละ 7.4 (รายละเอียดตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต				
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม</b>					
ความพอใจในสุขภาพตนเอง	1.5	5.9	51.2	32.6	8.8
ระดับคุณภาพชีวิต	1.2	11.8	44.1	30.6	12.4
<b>ด้านสุขภาพกาย</b>					
การเจ็บปวดทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้	2.1	10.0	45.9	32.1	10.0
ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน	0.9	6.8	49.7	36.5	6.2
ความพอใจกับการนอนหลับ	0.3	10.6	54.7	27.6	6.8
ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆผ่านไป	0.6	11.8	41.8	36.8	9.1
ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล	2.1	11.2	50.6	30.3	5.9
ความพอใจกับความสามารถในการทำงาน	0.6	8.8	48.2	35.9	6.5
ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	2.4	10.9	41.2	35.9	9.7
<b>ด้านจิตใจ</b>					
ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	0.0	10.9	42.1	35.0	12.1
การมีสมาธิในการทำงาน	0.3	7.6	56.8	29.1	6.2
ความรู้สึกพอใจในตนเอง	0.0	7.9	40.9	39.7	11.5
การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	0.6	8.2	34.4	36.8	20.0
ความรู้สึกไม่ดี หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	1.2	8.5	30.9	46.8	12.6
ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	2.4	7.6	37.4	40.3	12.4
<b>ด้านสัมพันธภาพทางสังคม</b>					
ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	0.3	9.4	52.9	30.3	7.1
ความพอใจกับการช่วยเหลือจากเพื่อน	2.1	12.6	54.4	26.8	4.1
ความพอใจในชีวิตทางเพศ	23.3	24.1	33.8	13.8	5.0

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต				
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>					
ความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	1.2	11.5	43.8	33.2	10.3
ความพอใจกับสภาพบ้านเรือน	0.9	12.4	39.7	35.9	11.2
การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	2.7	18.8	55.0	19.7	3.8
ความพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุข	0.6	12.9	45.9	33.2	7.4
การรับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวัน	1.8	11.2	49.4	32.4	5.3
การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	1.5	15.9	46.5	29.4	6.8
สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	0.9	9.1	45.0	38.8	6.2
ความพอใจกับการเดินทาง	2.4	11.5	44.7	35.3	6.2

#### 4.1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

4.1.6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และการเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา กับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มอายุและสถานภาพสมรสพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมระหว่างตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียน ยกเว้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพเกษตรกร รับจ้างทั่วไป และค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ตามลำดับ ส่วนความเพียงพอของรายได้ ถ้ามีความเพียงพอและยังมีเหลือเก็บ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบุตรหลานมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการอยู่คนเดียว การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ดีเยี่ยม ดีมาก ดี พอใช้ได้และไม่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า สำหรับ**คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระหว่างผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าอนุปริญญา เป็นข้าราชการบำนาญ มีรายได้ที่เพียงพอ มีเหลือเก็บ อยู่กับคู่สมรส มีการรับรู้สุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีเยี่ยม มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า **ด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะการพักอาศัย โดยที่ผู้สูงอายุเพศหญิง มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า รายได้เพียงพอ มีเหลือเก็บ อยู่กับคู่สมรส มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีกว่า **คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระหว่างผู้สูงอายุที่มีลักษณะการพักอาศัยและการเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมาที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและไม่เจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา มีคุณภาพชีวิตด้านนี้ที่ดีกว่า สำหรับ**คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระหว่างผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัยและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าอนุปริญญา เป็นข้าราชการบำนาญ มีรายได้ที่เพียงพอมีเหลือเก็บ อยู่กับคู่สมรส การรับรู้สุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีเยี่ยม มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (รายละเอียดตารางที่ 4.11)



ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คุณภาพชีวิตโดยรวม					คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย				
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		p-value*
				LB	UB				LB	UB	
<b>รวม</b>	340	80.24	0.72	78.82	81.67		23.56	0.19	23.17	23.94	
<b>เพศ</b>						.066					.074
ชาย	100	78.18	1.32	75.55	80.81		23.02	0.37	22.29	23.75	
หญิง	240	81.10	0.86	79.40	82.80		23.78	0.23	23.33	24.23	
<b>อายุ(ปี)</b>						.701					.363
60-69	185	80.49	1.02	78.48	82.50		23.76	0.27	23.22	24.29	
70-79	127	80.33	1.17	78.02	82.64		23.43	0.31	22.82	24.05	
80-90	28	78.21	2.06	73.98	82.45		22.79	0.54	21.68	23.89	
<b>สถานภาพสมรส</b>						.343					.393
โสด	34	80.24	2.54	75.07	85.40		23.59	0.68	22.21	24.97	
สมรส	181	81.17	1.04	79.12	83.22		23.78	0.27	23.24	24.33	
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	125	78.90	1.07	76.78	81.01		23.22	0.29	22.63	23.80	
<b>ระดับการศึกษา</b>						.002					.000
ไม่ได้เรียน	50	75.96	1.77	72.39	79.53		22.24	0.50	21.24	23.24	
ประถมศึกษา	184	81.02	0.91	79.23	82.81		23.83	0.24	23.35	24.31	
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	21	82.71	3.33	75.76	89.67		24.48	0.88	22.64	26.31	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	36	75.11	2.36	70.31	79.91		22.03	0.61	20.80	23.26	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	49	84.41	2.10	80.19	88.62		24.59	0.55	23.48	25.70	

\*p-value โดยใช้ Oneway ANOVA

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คุณภาพชีวิตโดยรวม				คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย															
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		p-value*										
				LB	UB				LB	UB											
<b>อาชีพหลัก</b>											.030									.036	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	93	80.56	1.36	77.86	83.26	23.37	0.37	22.64	24.09												
เกษตรกร	89	80.28	1.43	77.45	83.11	23.75	0.37	23.02	24.49												
รับจ้างทั่วไป	93	79.17	1.24	76.71	81.64	23.31	0.33	22.65	23.97												
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	39	77.08	2.51	72.01	82.15	22.85	0.69	21.46	24.23												
ข้าราชการบำนาญ	26	87.54	2.58	82.22	92.85	25.50	0.73	24.00	27.00												
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>												.000									.000
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	109	74.86	1.20	72.48	77.24	22.19	0.30	21.60	22.79												
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	36	79.17	2.05	75.01	83.32	23.42	0.59	22.22	24.61												
เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือ	120	81.39	1.16	79.09	83.69	23.81	0.31	23.19	24.43												
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	75	86.73	1.50	83.75	89.72	25.20	0.43	24.35	26.05												
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>												.001									.003
คนเดียว	48	76.06	1.40	73.25	78.88	22.69	0.41	21.87	23.50												
คู่สมรส	60	85.98	1.80	82.37	89.59	24.92	0.50	23.92	25.91												
คู่สมรสและบุตรหลาน	109	80.31	1.24	77.86	82.77	23.72	0.32	23.08	24.35												
บุตรหลานและญาติ	123	79.01	1.25	76.53	81.48	23.09	0.34	22.42	23.76												

\*p-value โดยใช้ Oneway ANOVA

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คุณภาพชีวิตโดยรวม					คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย				
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		p-value*
				LB	UB				LB	UB	
<b>การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง</b>											
ดีเยี่ยม	5	86.80	6.64	68.35	105.25	.005	24.60	1.94	19.22	29.98	.005
ดีมาก	25	85.84	2.97	79.72	91.96		24.44	0.84	22.71	26.17	
ดี	196	81.11	0.97	79.19	83.03		23.95	0.26	23.44	24.46	
พอใช้ได้	100	77.97	1.24	75.51	80.43		22.86	0.32	22.22	23.50	
ไม่ดี	14	71.93	1.27	69.19	74.67		21.07	0.56	19.86	22.28	
<b>การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา</b>						.675					.540
ไม่เจ็บป่วย	71	80.66	1.74	77.20	84.12		23.76	0.50	22.77	24.75	
เล็กน้อย	81	79.30	1.26	76.78	81.81		23.30	0.34	22.62	23.97	
ปานกลาง	170	80.81	1.07	78.69	82.92		23.69	0.27	23.16	24.23	
มาก	18	77.50	2.53	72.17	82.83		22.61	0.83	20.86	24.36	

\*p-value โดยใช้ Oneway ANOVA

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม						
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*	
				LB	UB				LB	UB			LB	UB		
<b>รวม</b>	340	21.17	0.21	20.76	21.59		9.06	0.11	8.83	9.28		26.45	0.28	25.90	27.01	
<b>เพศ</b>						.044					.314					.113
ชาย	100	20.52	0.37	19.79	21.25		8.88	0.19	8.50	9.26		25.76	0.52	24.73	26.79	
หญิง	240	21.45	0.25	20.95	21.94		9.13	0.14	8.86	9.41		26.74	0.33	26.08	27.40	
<b>อายุ(ปี)</b>						.900					.986					.553
60-69	185	21.22	0.29	20.64	21.79		9.04	0.17	8.72	9.37		26.47	0.40	25.68	27.26	
70-79	127	21.18	0.33	20.52	21.84		9.07	0.18	8.72	9.43		26.65	0.45	25.75	27.54	
80-90	28	20.86	0.72	19.38	22.33		9.11	0.28	8.53	9.69		25.46	0.77	23.88	27.05	
<b>สถานภาพสมรส</b>						.696					.167					.234
โสด	34	20.88	0.70	19.46	22.31		9.47	0.42	8.62	10.32		26.29	0.95	24.35	28.24	
สมรส	181	21.34	0.30	20.74	21.94		9.16	0.16	8.84	9.48		26.89	0.40	26.11	27.67	
หย่า ฆ่า แยกกันอยู่	125	21.02	0.31	20.40	21.63		8.80	0.17	8.46	9.14		25.86	0.44	25.00	26.73	
<b>ระดับการศึกษา</b>						.000					.132					.019
ไม่ได้เรียน	50	19.58	0.49	18.59	20.57		8.98	0.28	8.42	9.54		25.16	0.70	23.76	26.56	
ประถมศึกษา	184	21.60	0.25	21.10	22.11		8.92	0.15	8.62	9.23		26.66	0.37	25.93	27.39	
มัธยมศึกษาตอนต้นหรืออียิปต์	21	22.05	1.03	19.90	24.20		9.19	0.42	8.32	10.06		27.00	1.27	24.35	29.65	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	36	19.50	0.71	18.07	20.93		8.81	0.37	8.05	9.56		24.78	0.90	22.95	26.60	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	49	22.04	0.62	20.80	23.28		9.78	0.33	9.12	10.43		28.00	0.75	26.49	29.51	

\*p-value โดยใช้ Oneway ANOVA

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม					
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*
				LB	UB				LB	UB			LB	UB	
<b>อาชีพหลัก</b>					.058				.155					.037	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	93	21.37	0.41	20.55	22.18	9.28	0.22	8.84	9.72	26.55	0.51	25.53	27.56		
เกษตรกรกรรม	89	21.28	0.42	20.44	22.12	8.87	0.20	8.47	9.26	26.38	0.56	25.26	27.50		
รับจ้างทั่วไป	93	20.68	0.34	20.00	21.35	8.99	0.23	8.54	9.44	26.19	0.52	25.17	27.22		
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	39	20.44	0.70	19.02	21.85	8.64	0.40	7.84	9.44	25.15	0.94	23.24	27.07		
ข้าราชการบำนาญ	26	23.00	0.74	21.48	24.52	9.81	0.35	9.08	10.53	29.23	0.94	27.30	31.16		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>					.000				.421					.000	
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	109	19.61	0.33	18.97	20.26	8.91	0.21	8.50	9.32	24.15	0.50	23.16	25.14		
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	36	21.25	0.74	19.75	22.75	9.03	0.29	8.45	9.61	25.47	0.67	24.10	26.84		
เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือ	120	21.46	0.33	20.81	22.11	8.98	0.20	8.59	9.37	27.14	0.44	26.28	28.00		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	75	22.95	0.44	22.07	23.82	9.41	0.25	8.91	9.91	29.17	0.56	28.07	30.28		
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>					.005				.017					.001	
คนเดียว	48	19.96	0.38	19.19	20.73	8.71	0.24	8.22	9.20	24.71	0.59	23.52	25.90		
คู่สมรส	60	22.57	0.49	21.59	23.55	9.80	0.28	9.25	10.35	28.70	0.69	27.31	30.09		
คู่สมรสและบุตรหลาน	109	21.15	0.38	20.40	21.89	9.06	0.20	8.66	9.47	26.39	0.48	25.42	27.35		
บุตรหลานและญาติ	123	20.99	0.37	20.27	21.72	8.83	0.20	8.44	9.22	26.10	0.48	25.15	27.05		

\*p-value โดยใช้ Oneway ANOVA

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม					
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	95% CI		p-value*
				LB	UB				LB	UB			LB	UB	
<b>การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง</b>					.097				.141					.000	
ดีเยี่ยม	5	21.60	2.06	15.87	27.33	10.20	0.86	7.81	12.59	30.40	2.42	23.68	37.12		
ดีมาก	25	22.60	0.87	20.80	24.40	9.80	0.54	8.68	10.92	29.00	1.12	26.69	31.31		
ดี	196	21.38	0.28	20.84	21.93	9.03	0.15	8.73	9.32	26.76	0.37	26.02	27.49		
พอใช้ได้	100	20.53	0.37	19.79	21.27	9.00	0.21	8.58	9.42	25.58	0.48	24.63	26.53		
ไม่ดี	14	20.14	0.68	18.68	21.61	8.21	0.33	7.49	8.94	22.50	1.13	20.05	24.95		
<b>การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา</b>					.864				.005					.695	
ไม่เจ็บป่วย	71	21.08	0.50	20.09	22.07	9.06	0.27	8.51	9.60	26.76	0.63	25.51	28.02		
เล็กน้อย	81	20.98	0.40	20.19	21.76	8.59	0.21	8.17	9.02	26.43	0.48	25.48	27.39		
ปานกลาง	170	21.24	0.30	20.65	21.84	9.39	0.16	9.07	9.72	26.48	0.42	25.64	27.31		
มาก	18	21.78	0.78	20.14	23.42	8.00	0.29	7.39	8.61	25.11	1.29	22.39	27.83		

\*p-value โดยใช้ Oneway ANOVA

สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนบุคคลที่ต้องเลี้ยงดูและจำนวนโรคเรื้อรัง การที่ผู้สูงอายุที่ต้องเลี้ยงดูบุคคลอื่นและเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านน้อย

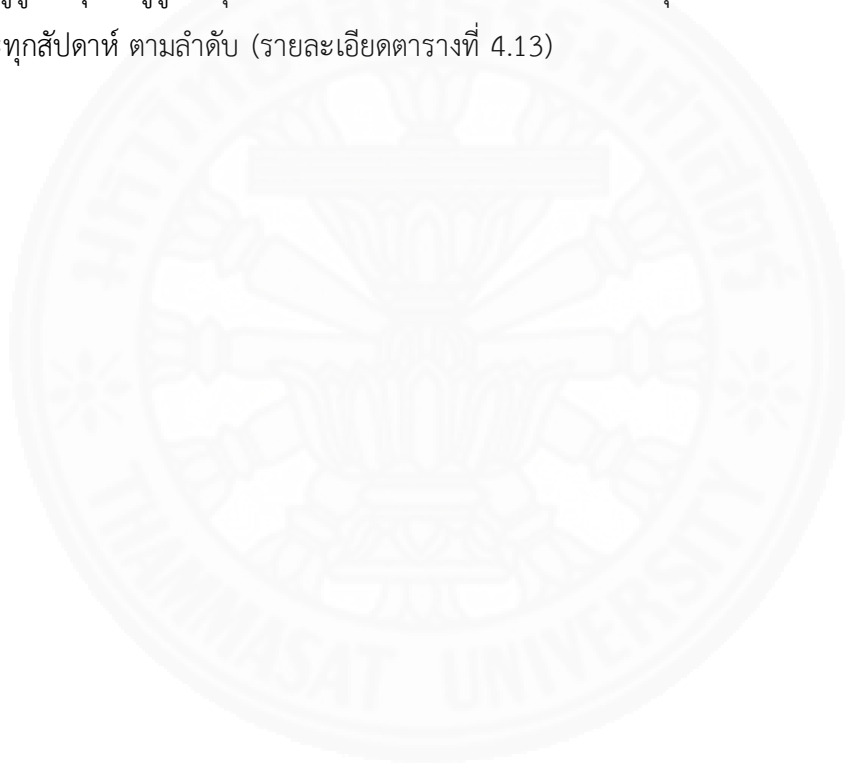
จำนวนบุคคลที่ต้องเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามพบว่าจำนวนบุคคลที่ต้องเลี้ยงดูไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน สำหรับสถานะสุขภาพที่พิจารณาจากจำนวนโรคเรื้อรังกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังมากมีความสัมพันธ์เชิงลบทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ยกเว้นด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม (รายละเอียดตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน

คุณภาพชีวิต	ปัจจัยส่วนบุคคล			
	จำนวนบุคคลที่ต้องเลี้ยงดู		จำนวนโรคเรื้อรัง	
	Pearson's corr.	p-value	Pearson's corr.	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-.040	.461	-.180	.001
ด้านสุขภาพกาย	-.106	.052	-.191	.000
ด้านจิตใจ	-.018	.741	-.178	.001
ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	.058	.288	-.005	.923
ด้านสิ่งแวดล้อม	-.041	.456	-.196	.000

**4.1.6.2 ปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** ปัจจัยเอื้อที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ กับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมากและเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าระดับน้อยและปานกลาง ตามลำดับ สำหรับความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเดือนละครั้ง มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดือนละ 2-3 ครั้ง และทุกสัปดาห์ ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 4.13)





ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	คุณภาพชีวิตโดยรวม					คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย				
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*
				LB	UB				LB	UB	
<b>รวม</b>	340	80.24	0.72	78.82	81.67	23.56	0.19	23.17	23.94		
<b>ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</b>										.000	
น้อย	14	78.57	3.43	71.15	85.99	23.57	1.00	21.41	25.73	.	
ปานกลาง	156	74.13	0.98	72.20	76.05	22.23	0.26	21.71	22.75		
มากและเข้าร่วมทุกกิจกรรม	170	85.99	0.91	84.19	87.79	24.77	0.26	24.25	25.29		
<b>ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ</b>										.000	
ทุกสัปดาห์	83	75.05	1.54	71.98	78.12	22.14	0.41	21.34	22.95		
เดือนละ 2-3 ครั้ง	142	81.18	1.02	79.17	83.20	24.00	0.27	23.46	24.54		
เดือนละครั้ง	115	82.83	1.24	80.36	85.29	24.03	0.34	23.35	24.70		

\*p-value โดยใช้ Oneway ANOVA

ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม						
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	95% CI		p-value*
				LB	UB				LB	UB				LB	UB	
<b>รวม</b>	340	80.24	0.72	78.82	81.67		9.06	0.11	8.83	9.28		26.45	0.28	25.90	27.01	
<b>ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</b>						.000					.000					.000
น้อย	14	21.21	1.26	18.49	23.93		8.71	0.45	7.74	9.69		25.07	1.22	22.43	27.72	
ปานกลาง	156	19.59	0.27	19.05	20.13		8.30	0.16	7.99	8.62		24.01	0.39	23.23	24.78	
มากและเข้าร่วมทุกกิจกรรม	170	22.62	0.28	22.08	23.17		9.78	0.15	9.48	10.09		28.81	0.34	28.15	29.48	
<b>ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ</b>						.000					.004					.001
ทุกสัปดาห์	83	19.49	0.44	18.63	20.36		8.86	0.23	8.39	9.32		24.55	0.57	23.42	25.69	
เดือนละ 2-3 ครั้ง	142	21.40	0.30	20.81	21.99		8.75	0.16	8.43	9.07		27.04	0.41	26.23	27.84	
เดือนละครั้ง	115	22.10	0.35	21.40	22.80		9.59	0.21	9.18	10.00		27.10	0.50	26.12	28.09	

\*p-value โดยใช้ Oneway ANOVA

**4.1.6.3 ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย รายงานพบว่า การช่วยเหลือด้านการเงิน เมื่อเจ็บป่วย การเดินทาง ความรู้ข่าวสาร เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ กลุ้มใจ ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจ การปลอมโยน เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สูญเสีย ท้อแท้ มีความสัมพันธ์ทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และยังพบว่าสัมพันธ์ภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทุกด้านของปัจจัยเสริม

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมต่อไปนี้ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม คือ การจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ดูแลทำความสะอาด บ้าน งานบ้าน ส่วนการสนับสนุนทางสังคมทางด้านการช่วยเหลือด้านการเงิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม สัมพันธ์ภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลเรื่องอาหารการกิน มีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (รายละเอียดตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 340 คน

ปัจจัยเสริม	คุณภาพชีวิต									
	คุณภาพชีวิตโดยรวม		ด้านสุขภาพกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม	
	Pearson's corr.	p-value	Pearson's corr.	p-value	Pearson's corr.	p-value	Pearson's corr.	p-value	Pearson's corr.	p-value
การช่วยเหลือด้านการเงิน	.129	.017	.042	.439	.059	.282	.184	.001	.184	.001
การดูแลเรื่องอาหารการกิน	.095	.081	.025	.640	.010	.857	.215	.000	.131	.015
การจัดการเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม	.002	.972	-.075	.168	-.079	.146	.137	.012	.059	.274
เมื่อเจ็บป่วย	.217	.000	.134	.013	.172	.001	.181	.001	.265	.000
ดูแลทำความสะอาดบ้าน งานบ้าน	.040	.462	-.040	.460	-.055	.308	.179	.001	.099	.069
การเดินทาง	.234	.000	.177	.001	.194	.000	.170	.002	.267	.000
ความรู้ข่าวสาร	.382	.000	.351	.000	.362	.000	.204	.000	.387	.000
เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ กลุ่มใจ	.362	.000	.285	.000	.316	.000	.266	.000	.390	.000
ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจ	.378	.000	.303	.000	.324	.000	.282	.000	.409	.000
การปลอดภัย เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ	.340	.000	.268	.000	.282	.000	.236	.000	.383	.000
สูญเสีย ท้อแท้										

## 4.2 การอภิปรายผล

จากการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี จำนวน 6 แห่ง สามารถอภิปรายผลในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

**4.2.1 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** จากการศึกษานักเรียนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมและผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรี จำนวน 340 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) สถานภาพสมรสเป็นผู้ที่สมรสแล้ว มีความสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2557) การศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ทำให้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือ และไม่เพียงพอมีหนี้สิน ตรงกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันของประเทศไทย มีความสอดคล้องกับวิไลพร ขำวงษ์และคณะ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อย ฐานะการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บและพอใช้ตามอัตภาพ แต่มีความแตกต่างกันคือ การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุมีอาชีพรับจ้างทั่วไปเท่ากับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูหลาน อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว ในงานวิจัยนี้ถึงร้อยละ 14.1 การให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการส่งเสริมสุขภาพซึ่งตรงกับหลักการหรือนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุรับรู้ต่อสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพที่ดี เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองในปีนี้ว่าดีพอๆกับปีที่ผ่านมา และเมื่อให้เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน ระบุว่าเหมือนกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวที่พบ 3 ลำดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม และไขมันในเส้นเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ (2558) ที่มีการศึกษาภาวะสุขภาพที่ได้จากการประเมินโดยตนเองเป็นอีกหนึ่งดัชนีที่ใช้กันแพร่หลายในการวัดสุขภาพโดยรวมว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมาก ปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย ซึ่งพบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมาก ลดลง และส่งผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ แต่การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยปานกลางเท่านั้น นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อยและปานกลาง มากที่สุด สำหรับการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย จะซื้อยารับประทานเอง โรคที่เจ็บป่วยทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือด/เวียนศีรษะและโรคเบาหวานที่พบได้บ่อย

สำหรับระยะเวลาการเป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นสมาชิก 1 ปี มีเหตุผลในการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อพบปะแลกเปลี่ยนพูดคุยกับเพื่อน นำความรู้ไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน และมีความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน ผู้สูงอายุเดือนละ 2 -3 ครั้ง เป็นส่วนใหญ่ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับมาก เมื่อพิจารณาระดับการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในระดับมาก 5 อันดับแรก คือ ชมรม ผู้สูงอายุ ด้านพระพุทธศาสนา ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับฤทธิชัย แกมมาและคณะ (2559) ที่ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย พบว่าการ ค้นหาสภาพปัญหา ความต้องการ การรับรู้ จัดลำดับความสำคัญและโครงการสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กิจกรรมอบรมบำบัดกิจกรรมช่วงพัฒนา กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมอาชีพเสริม สำหรับผู้สูงอายุโดยจัดทำ โครงการส่งเสริมและยกระดับศักยภาพการศึกษาของผู้สูงวัยด้วยภูมิปัญญาไทยพื้นบ้านแห่งล้านนา ของโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งกิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาผู้สูงอายุ กิจกรรมการประกอบอาชีพเสริม รายได้ ซึ่งการดำเนินงานในกิจกรรมตามโครงการได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถ ดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรม นับว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นเหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการมาเข้าร่วม กิจกรรม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ เครือข่าย ได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง จำแนกเป็นรายด้านอยู่ในระดับมาก และจากทุกคนที่ เกี่ยวข้องพบว่า 3 ลำดับแรก คือ ความรู้/ข่าวสารสุขภาพ/เหตุการณ์บ้านเมือง การตัดสินใจและ การลอบโยน/กำลังใจ ที่ได้รับแรงสนับสนุนเป็นอย่างดี มีความสอดคล้องกับพรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ (2553) ที่ผลการศึกษาพบว่าทำให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัวและการรับรู้แรง สนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรหา แนวทางให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและ เครือข่ายทางสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อความพึงพอใจในชีวิตที่มากขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับ ชูติเดช เจริญดอน (2554) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง แต่จากการศึกษานี้ ผู้สูงอายุมีการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจะมีการเตรียมความพร้อมและได้รับการสนับสนุนในการเข้าร่วม กิจกรรมจึงทำให้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางที่ดีกว่า

ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ ในการวัดคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งไม่สอดคล้องกับยุพิน ทรัพย์แก้ว (2559) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อม แต่มีความสอดคล้องกับเยาวเรศ แต่งจวง (2558) ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับทางด้านจิตใจเป็นลำดับแรก ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทเหมือนกันและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด อาจเนื่องมาจากการอยู่กับคู่สมรสทำให้มีที่ปรึกษาและคอยดูแลซึ่งกันและกัน

**4.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงคุณภาพพบว่าคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่มีอายุและสถานภาพสมรสแตกต่างกัน แต่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมระหว่างตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ จำนวนบุคคลที่ต้องเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามจำนวนบุคคลที่ต้องเลี้ยงดูไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน สำหรับสถานะสุขภาพที่พิจารณาจากจำนวนโรคเรื้อรังกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังมากมีความสัมพันธ์ เชิงลบทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังมากส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดน้อยลง ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม การที่ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูบุคคลอื่นและเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านน้อย มีความแตกต่างกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์และคณะ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือและส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้แนวทางในการให้บริการวิชาการโดยการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และศิรินุช ฉายแสง (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มปัจจัยทางชีวสังคม คือ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพหลักและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สำหรับการศึกษา

พบว่าอายุและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจะพบว่า วัยต้นของผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าวัยกลางและวัยปลายตามลำดับ รวมทั้งการอาศัยอยู่กับคู่สมรสก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเช่นกัน

ปัจจัยเอื้อระหว่างระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมากและเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมระดับน้อยและปานกลาง ตามลำดับ อีกทั้งความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเดือนละครั้ง มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดือนละ 2-3 ครั้ง และทุกสัปดาห์ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ วันสนันท์ แฮคคา (2553) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติและมีความตระหนักต่อการแสดงบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ ความบกพร่องในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนร่วมคิดและร่วมดำเนินการกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้าน คือ ผู้สูงอายุรับรู้การแสดงบทบาทของครอบครัวในด้านร่างกาย รับรู้บทบาทครอบครัว ด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับพวงนรินทร์ คำปุ๊กและคณะ (2558) ที่ศึกษาความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหัวขุมอำเภอพานจังหวัดเชียงรายเพื่อประเมินโครงการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในรูปแบบของซีพี (CIPP Model) 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตโดยภาพรวมเห็นด้วยมากที่สุดการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเห็นด้วยมาก ผู้เข้าร่วมโครงการมีความสุขและมีกำลังใจที่เข้มแข็งในการดำรงชีวิตในวัยชราส่งผลให้มีสุขภาพกายที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมมีของโรงเรียนผู้สูงอายุพบว่า ค่าเฉลี่ยของความถี่ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ เดือนละครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าความถี่บ่อยครั้ง โดยที่ไม่จำเป็นต้องเข้าโรงเรียนบ่อยครั้ง อาจเป็นเพราะข้อจำกัดในการที่ต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในการพามา ด้วยความไม่สมัครใจและการมาอาจส่งผลต่อความสุขในครอบครัวนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับปิยากร หวังมหาพร (2555) ที่ศึกษาเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ การส่งต่อความคิดเรื่องโรงเรียนผู้สูงอายุ พื้นฐานการรวมตัวของผู้สูงอายุ ด้านกระบวนการความร่วมมือ การบริหาร



โรงเรียนมีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับบรรณกรรม ก้นทวยอด (2557) ที่ศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวจุ่ม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เกิดจากหน่วยงาน ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลหัวจุ่มเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุและร่วมแก้ปัญหา โดยมีกระบวนการในการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุมีปัจจัยเงื่อนไขที่หนุนเสริมให้เกิดการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป้าหมายชัดเจน กิจกรรมต่อเนื่อง การประสานความร่วมมือ การเรียนรู้และการพัฒนาที่ต่อเนื่อง และการมีธนาคารความดีก่อให้เกิดการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ สำหรับการศึกษาในงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้วิจัยได้สร้างหลักเกณฑ์คัดออก ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนั้น ซึ่งถ้าจะเป็นการส่งเสริมผู้สูงอายุให้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มติดสังคมและกลุ่มบ้าน ควรให้ความสำคัญผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและ ควรผลักดัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเข้าร่วมให้ได้มากเพื่อลดอัตราผู้สูงอายุที่จะเป็นกลุ่มติดเตียงและเพิ่มอัตราผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านขยับเป็นกลุ่มสังคมต่อไป

ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย รายงานพบว่า การช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านเมื่อเจ็บป่วย ด้านการเดินทาง ด้านความรู้ข่าวสาร ด้านเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ กลุ้มใจ ด้านผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจ ด้านการปลอบโยนเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สูญเสีย ท้อแท้ มีความสัมพันธ์ทั้งโดยรวมและรายด้าน สำหรับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ด้านดูแลทำความสะอาดบ้าน งานบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมนั้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่ต้องขอรับการสนับสนุนในด้านดังกล่าวส่วนการสนับสนุนทางสังคมทางด้านด้านการช่วยเหลือด้านการเงิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลเรื่องอาหารการกิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสุขภาพโดยรวม ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ อินทุกานต์ กุลไวย (2552) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้เพราะฉะนั้นความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั่นเอง และสอดคล้องกับชุตติเดช เจียนดอน (2554) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนเป็นประจำจากบุตรหลานหรือญาติมากที่สุด เกี่ยวกับด้านการได้รับความช่วยเหลือ เมื่อการได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจและด้านการได้รับความคำแนะนำ ช่วยเหลือหรือ ได้รับกำลังใจเมื่อมีปัญหาหรือเรื่องกลุ้มใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับ การติดต่อสัมพันธ์กัน มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี อธิบายและหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้สถานะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่าย และโรงเรียนผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งศึกษาทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งหมดทุกคนที่เข้าเป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมกิจกรรมและผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรีทั้งหมดทุกคน จำนวน 340 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) และ 4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ Pearson Correlation และ ANOVA สรุปผลการศึกษา ดังนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย
- 5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

## 5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมและผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรี จำนวน 340 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น (60-69 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้เรียน ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท แหล่งที่มาของรายได้มาจากลูกหลานส่งผลให้มีความเพียงพอของรายได้ แต่ไม่มีเหลือส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูผู้อื่น 1 คน ต้องเลี้ยงดูหลาน โดยอาศัยอยู่คู่สมรสและบุตรหลานมีสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน จะมีผู้สูงอายุอยู่ร่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองมีสุขภาพที่ดี ถ้าเปรียบเทียบกับสุขภาพของตนเองกับปีที่ผ่านมา พอๆกับปีที่แล้ว และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกันจะเหมือนกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อมและไขมันในเส้นเลือด จำนวนโรคเรื้อรังส่วนใหญ่พบ 1 โรค ระยะเวลา การเป็นสมาชิกของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่ 1 ปี เหตุผลในการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อพบปะแลกเปลี่ยนพูดคุยกับเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุเดือนละ 2-3 ครั้ง

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีหลักประกันสุขภาพ ส่วนมากเป็นผู้ที่มีสิทธิ์ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยปานกลาง มีใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้สูงอายุซื้อยารับประทานเอง ใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร ส่วนการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยปานกลางจะไปโรงพยาบาลชุมชนและไปโรงพยาบาลทั่วไป มีการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยปานกลาง (3-5 ครั้ง) โรคที่เจ็บป่วยทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือด/เวียนศีรษะและโรคเบาหวาน โดยมีจำนวนวันที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ จำนวน 3 วัน การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับมาก รองมาระดับปานกลางและระดับน้อย มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับมาก 5 อันดับแรก คือ ชมรมผู้สูงอายุ ด้านพระพุทธศาสนา ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปี

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง ระดับน้อยและได้รับในระดับมาก ตามลำดับ มีเพียงเล็กน้อยที่ไม่ได้รับและขาดการสนับสนุน สำหรับระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน มีผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมากและจากทุกคนที่เกี่ยวข้อง 3 ลำดับแรก คือ ความรู้/ข่าวสารสุขภาพ/เหตุการณ์บ้านเมือง การตัดสินใจและการปลอดภัย ที่ได้รับแรงสนับสนุนเป็นอย่างดี

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับดีและระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายมิติตามองค์ประกอบในการวัดคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้าน

จิตใจที่ดีที่สุด รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม สำหรับการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งระดับคุณภาพชีวิตและมีความพอใจในสุขภาพตนเอง สำหรับรายด้านของการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตระดับมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมีการรับรู้การเจ็บปวดทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองและความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆผ่านไปมาได้ ด้านจิตใจมีการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง รับรู้ความรู้สึกไม่ดี หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ความพอใจในชีวิตทางเพศ และความพอใจกับการช่วยเหลือจากเพื่อน ด้านสิ่งแวดล้อมมีความพอใจกับสภาพบ้านเรือน ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย และความพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุข

ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ลักษณะการอาศัยอยู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน รวมทั้งระดับการศึกษาและความเพียงพอของรายได้ ที่มีความสัมพันธ์ทุกด้านยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มอายุและสถานภาพสมรสพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ยังพบว่าสัมพันธ์ประสิทธิผลความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนบุคคลที่ต้องเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับปัจจัยเอื้อระหว่างระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ กับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยรวม และรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมากและเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าระดับน้อยและปานกลาง ตามลำดับ อีกทั้งความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเดือนละครั้ง มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดือนละ 2-3 ครั้ง และทุกสัปดาห์ ตามลำดับ สำหรับสัมพันธ์ประสิทธิผลความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายรายด้านพบว่า การช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านเมื่อเจ็บป่วย ด้านการเดินทาง ด้านความรู้ข่าวสาร ด้านเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ กลุ่มใจ ด้านผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจ ด้านการปลอดภัยเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สูญเสีย ท้อแท้ มีความสัมพันธ์ทั้งภาพรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 5.2 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.2.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย พบว่าโดยรวมได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาต่อพบว่ามีการได้รับแรงสนับสนุนระดับมากในทุกด้านจากครอบครัว ซึ่งถือว่าผู้สูงอายุมีความผูกพันกับครอบครัวและครอบครัวให้ความช่วยเหลือมากกว่า เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย ดังนั้นในฐานะผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องกลับมามองและให้การสนับสนุนผู้สูงอายุให้มากขึ้น

5.2.2 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และในรายมิติตามองค์ประกอบของการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคม อีกทั้งยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับไม่ต่ำที่สุด จึงทำให้เห็นว่าเรื่องสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มองข้ามไม่ได้ ต้องส่งเสริมกิจกรรม ส่งเสริมการรวมกลุ่ม เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีขึ้น

5.2.3 การรับรู้สุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี แต่อย่างไรก็ตามในประเด็นงานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ความเพียงพอของรายได้พบว่าไม่เพียงพอ อีกทั้งบางส่วนผู้สูงอายุยังต้องเลี้ยงดูผู้อื่น การเข้าถึงบริการส่วนใหญ่ใช้บริการภาครัฐ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะทำการเพิ่มมุมมองการรับรู้สุขภาพของตนเองให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในต้นทุนพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งสภาวะทางร่างกาย สุขภาพจิตใจและทางปัญญา นั้นเอง

## 5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพที่ 4

5.3.2 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตว่าผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากเดิมจริงหรือไม่

5.3.3 ควรมีการศึกษารูปแบบกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

## รายการอ้างอิง

### หนังสือและบทความในหนังสือ

- กรมกิจการผู้สูงอายุ,สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี . (2559).  
*รายงานการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุประจำปี พ.ศ.2559*. สระบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). *แบบคัดกรองทางสุขภาพจิต: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย*. โปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ.2545. เชียงใหม่.
- กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ.
- กรมอนามัย,ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. (2559). *รายงานการตรวจราชการรอบ 2 พ.ศ.2559*. สระบุรี.
- กรมอนามัย,ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. (2558). *โรงเรียนสูงวัย ศูนย์อนามัยที่4 สระบุรี*. พ.ศ.2558. สระบุรี.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2552). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่1 พ.ศ. 2552*. พิมพ์ครั้งที่1. โรงพิมพ์เทพปัญญานิสย์.
- จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, จริญญา เก้าพิมาย, วลีพร สอนจำนงค์ และคณะ. (2558). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก11อ.ของผู้สูงอายุ*. 1 โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชนคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). *การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย*. บทความวิชาการสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2555). *ความร่วมมือในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ:การวิเคราะห์ ข้ามกรณี*. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุมวิทยาการพยาบาล.
- พวงนรินทร์ คำปุก และประกายศรี ศรีรุ่งเรือง. (2558). *ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหัวจุ่มอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย*. บทความวิจัยหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย(ด้านสุขภาพ)*.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). (2557).*สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557*.กรุงเทพมหานคร.

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2556). *มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุมุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. จังหวัดนครปฐม.มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2553). *แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ : ฝ่ายเทคโนโลยีเพื่อสุขศึกษาการศึกษา.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย:ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). *ประชากรสูงอายุอาเซียน*. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม. กรุงเทพฯ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2559*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักวิจัย, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2553). *คุณภาพชีวิตของคนไทยปี 2553*. กรุงเทพฯ.
- อภาพร เฝ้าวัฒนาและคณะ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล
- ฤทธิชัย แกมมาศพร. (2559). *รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายตำบลสันกลางอำเภอพานจังหวัดเชียงราย*. บทความวิจัย, สาขารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

### บทความวารสาร

- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, วรรณีย์ สุขคุ้ม และวารณี สัมฤทธิ์. (2555).ผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคการออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. (Journal of Public Health Nursing),25(3),31-48.
- ชลกร ศิริวรรณและทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2556). การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชนกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะ ชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* (Journal of Social Sciences and Humanities),4(2),80.

- ธนาบุส ธนธิตี และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2015). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* (Songklanagarind Journal of Nursing), 35(3), 57-72.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ. (2010). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. *วารสารรามธิบดีพยาบาลสาร* (Ramathibodi Nursing Journal), 15(3), 431-448.
- ยุพิน ทรัพย์แก้ว. (2559). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* (Journal of Nursing and Education), 9(2), 25-39.
- เยาวเรศ แต่งจวง. (2558). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร* (Phetchabun Rajabhat Journal), 16(2), 85-93.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญาและจิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH), 5(2), 32-40.
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). วุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 17(11).

## วิทยานิพนธ์

- เกล้ากร รัตนชาญกร. (2560). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม*. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุตติเดช เจียนดอน. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นธกรธรณ กันทายอด. (2557). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยจิ้งมือ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (การพัฒนาชุมชน). สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



- รณชัย เหล็งเอี่ยม. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ). คณะสาธารณสุขศาสตร์:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วันสนันท์ แอคำ. (2553). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. ปริญญาโท (การส่งเสริมสุขภาพ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สำนักหอสมุด. : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา สืบตระกูล. (2556). *การศึกษาสภาวะของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน*. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (การพัฒนาชุมชน). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (การสร้างเสริมสุขภาพ). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศิริลักษณ์ รื่นวงศ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลหัวงุ่มอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิตรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สำนักวิชาศิลปศาสตร์:มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- อินทุกานต์ กุลไวย. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). คณะพยาบาลศาสตร์ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

### สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2559). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2559 ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2559 (1 กรกฎาคม). ปีที่ 25 มกราคม 2559.จ.นครปฐม. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2559, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>
- Gamrowska, A.,&Steuden,S. (2014). Coping with the events of daily life and quality of life of the socially active elderly. *Health Psychology Report*, 2(2),123-131. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2559, จาก [file:///C:/Users/DOH-1XH4H/Downloads/HPR\\_Art\\_23115-10%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DOH-1XH4H/Downloads/HPR_Art_23115-10%20(1).pdf).

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D.(2006).Quality of lifeat older ages: evidence from the English longitudinal study of aging(wave1). *Journal of Epidemiology and Community Health*,60(4),357-363.

สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2559, จาก

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566174/>.

United Nations New York. (2015). Department of Economic and Social Affairs World Population Ageing 2015 Highlights. United Nations, 2015 All rights reserved.

สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2560, จาก

<http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.shtml>





ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



ที่ ศธ 0516.53/ 104

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

| กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางพัชราภรณ์ พัฒนะ เลขทะเบียน 5817030033 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ จัดการเรียนการสอน ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ทำการค้นคว้าอิสระในหัวข้อเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าและไม่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี” โดยมีรองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาซีน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาเห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ ชวลิตนิธิกุล)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา

โทร. 0-2564-4440-79 ต่อ 7420

โทรสาร 0-2516-2708



ที่ ศธ 0516.53/ 105

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

1 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางพัชราภรณ์ พัฒนะ เลขทะเบียน 5817030033 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้งเสริมสุขภาพ จัดการเรียนการสอน ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ทำการค้นคว้าอิสระในหัวข้อเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าและไม่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี” โดยมีรองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชีน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาเห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังสนา บุญธรรม เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการท้าววิจัยให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ ชาลิตนธิกุล)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา

โทร. 0-2564-4440-79 ต่อ 7420

โทรสาร 0-2516-2708



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานการนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ โทร. 7420

ที่ ศธ 0516.53/

วันที่ 31 มกราคม 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ชนินทร์ เจริญกุล

ด้วย นางพัชราภรณ์ พัฒนะ เลขทะเบียน 5817030033 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ จัดการเรียนการสอน ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ทำการค้นคว้าอิสระในหัวข้อเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าและไม่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี” โดยมีรองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชื่น เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม


ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ ชวลิตนิธิกุล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ภาคผนวก ข  
จริยธรรมการวิจัย



**บันทึกข้อความ**

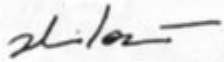
ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 โทร. 0 2-986-9813 ต่อ 7373  
ที่ ศธ 0516.25 /EC ๕๙๕ วันที่ ๗ มิถุนายน 2560

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาขอ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์  
เขียน นางพัชราภรณ์ ทัศนยะ

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี" รหัสโครงการที่ 092/2560 เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนให้กับโครงการวิจัยของท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ได้แนบเอกสารใบรับรองการพิจารณาพร้อมนี้ และข้อกำหนดของการรับรองโครงการวิจัย คือ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ ให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน มาถึงสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 (ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

  
(ศาสตราจารย์ ดร. ประยอม โธทานนท์)  
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

AF 01\_12




คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์  
อาคารราชมงคล ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121  
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctb3@nurse.tu.ac.th

COA No. 292/2560

## ใบรับรองโครงการวิจัย

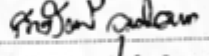
โครงการวิจัยที่ : 092/2560  
ชื่อโครงการวิจัย : คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี  
: QUALITY OF LIFE AMONG THOSE ATTENDED ELDERLY SCHOOL,  
SARABURI PROVINCE.  
ผู้วิจัยหลัก : นางพัชราภรณ์ พัฒนะ  
หน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา  
โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP)  
อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม   
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทยานนท์)

ประธานคณะอนุกรรมการ

วันที่รับรอง : 30 พฤษภาคม 2560

ลงนาม   
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)

อนุกรรมการและเลขานุการ

วันหมดอายุ : 29 พฤษภาคม 2561


กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 30 พฤศจิกายน 2560

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น



ภาคผนวก ค  
ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย



ที่ ศธ 0516.53/ ๖๐1

คณะกรรมการสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

19 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

ด้วย นางพัชราภรณ์ พิพนะ เลขทะเบียน 5817030033 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการเสริมสุขภาพ จัดการเรียนการสอน ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ทำการค้นคว้าอิสระในหัวข้อเรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี" โดยมีรองศาสตราจารย์ จวีร์วรรณ บุญสุยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อรุณ ภาชีน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

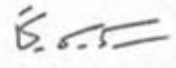
ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาค้นคว้า เจ้าดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถามในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรีทั้งหมด จำนวน 6 แห่ง ดังนี้

1. โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลม่วงเหล็ก	จำนวน 130 คน
2. โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลคงกระขาว	จำนวน 60 คน
3. โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลาดแค่น้อย	จำนวน 30 คน
4. โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโป่งระกอนเส้า	จำนวน 60 คน
5. โรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	จำนวน 30 คน
6. มหาวิทยาลัยนครราชสีมา	จำนวน 30 คน

ทั้งนี้ นักศึกษาค้นคว้าจะเป็นผู้ประสานงานการขอเก็บข้อมูลงานวิจัยดังกล่าวด้วยตนเอง คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(อาจารย์ ดร.จิตปทุม ชวลิตนิสิกุล)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา  
โทร. 0-2564-4440-79 ต่อ 7420  
โทรสาร 0-2516-2708



ที่ ศบ 0516.53/ ๓๐4

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

19 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสระบุรี

ด้วย นางพัชราภรณ์ พัฒนะ เลขทะเบียน 5817030033 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการร่วมเสริมสุขภาพ จัดการเรียนการสอน ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ทำการค้นคว้าอิสระในหัวข้อเรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี" โดยมีรองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชีน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดังกล่าว เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถามในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรีทั้งหมด จำนวน 6 แห่ง ดังนี้

- |   |              |
|---|--------------|
| 1. โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลม่วงเหล็ก      | จำนวน 130 คน |
| 2. โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลคงกระขาว             | จำนวน 60 คน  |
| 3. โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลาดน้อย        | จำนวน 30 คน  |
| 4. โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโป่งก้อนเส้า         | จำนวน 60 คน  |
| 5. โรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี | จำนวน 30 คน  |
| 6. มหาวิทยาลัยนครราชสีมา                      | จำนวน 30 คน  |

ทั้งนี้ นักศึกษาดังกล่าวจะเป็นผู้ประสานงานการขอเก็บข้อมูลงานวิจัยดังกล่าวด้วยตนเอง คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ ชวลิตนิกุล)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา

โทร. 0-2564-4440-79 ต่อ 7420

โทรสาร 0-2516-2708



ที่ ศอ 0516.53/700

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

19 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัย  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดสระบุรี

ด้วย นางพัชราภรณ์ พัฒนะ เลขทะเบียน 5817030033 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ จัดการเรียนการสอน ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ทำการค้นคว้าอิสระในหัวข้อเรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี" โดยมีรองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาจีน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดังกล่าว เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถามในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรีทั้งหมด จำนวน 6 แห่ง ดังนี้

1. โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลม่วงเหล็ก	จำนวน 130 คน
2. โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลตะนาว	จำนวน 60 คน
3. โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลาดน้อย	จำนวน 30 คน
4. โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโป่งก้อนเส้า	จำนวน 60 คน
5. โรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	จำนวน 30 คน
6. มหาวิทยาลัยนครราชสีมา	จำนวน 30 คน

ทั้งนี้ นักศึกษาดังกล่าวจะเป็นผู้ประสานงานการขอเก็บข้อมูลงานวิจัยดังกล่าวด้วยตนเอง คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ ขวตินิชกุล)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา  
โทร. 0-2564-4440-79 ต่อ 7420  
โทรสาร 0-2516-2708

ภาคผนวก ง  
แบบสอบถาม

0 9 2 / 2 5 6 0

17

## 16. ภาคผนวก

## แบบสอบถาม

## คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี

แบบสำรวจนี้เป็นส่วนหนึ่งของการค้นคว้าอิสระ ระดับปริญญาโท ตามหลักสูตรสาขาสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ แบบสอบถามนี้จะถูกเก็บไว้  
อย่างเป็นความลับ โดยผลของการศึกษาจะถูกนำไปเสนอเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ  
ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 และเพื่อเป็นรูปแบบกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4  
ต่อไป

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมค่าลงใน  
ช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ  ชาย  หญิง

2. ปัจจุบันอายุ.....ปี

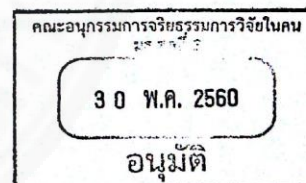
3. สถานภาพสมรส

 โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

 ไม่ได้เรียน มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า อนุปริญญา สูงกว่าปริญญาตรี ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี

5. อาชีพหลักในปัจจุบันของท่าน คืออะไร

 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ชำราราชการบำนาญ เกษตรกรรม ค้าขาย อื่นๆ(ระบุ).....

AF 01\_08

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน .....บาท

ระบุแหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

<sup>1</sup>ตนเอง

<sup>2</sup>สามี/ภรรยา

<sup>3</sup>ลูก หลาน

<sup>4</sup>ญาติ

<sup>5</sup>อื่นๆ(ระบุ).....

7. รายได้ที่ท่านได้รับมีความเพียงพอต่อการใช้จ่ายหรือไม่

<sup>1</sup>ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน

<sup>2</sup>ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน

<sup>3</sup>เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือ

<sup>4</sup>เพียงพอ มีเหลือเก็บ

8. ท่านต้องเลี้ยงดูผู้อื่นหรือไม่

<sup>1</sup>ไม่ต้อง

<sup>2</sup>ต้องเลี้ยงดู

จำนวนบุคคลที่ท่านต้องเลี้ยงดู.....คน

ท่านต้องเลี้ยงดูใครบ้าง (ระบุ).....

9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

<sup>1</sup>อยู่คนเดียว

<sup>2</sup>อยู่กับบุตรหลาน

<sup>3</sup>อยู่กับคู่สมรส

<sup>4</sup>อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน

<sup>5</sup>อยู่กับญาติ

<sup>6</sup>อื่นๆระบุ.....

10. สภาพการอาศัยอยู่ของท่านที่บ้าน อยู่รวมกัน .....คน

บุคคลที่อาศัยอยู่ที่บ้านของท่าน มีอายุอยู่ในช่วงวัยใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

<sup>1</sup>อายุ 0-14 ปี

<sup>2</sup>อายุ 15-59 ปี

<sup>3</sup>อายุ 60 ปีขึ้นไป

11. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านโดยทั่วไปเป็นอย่างไร

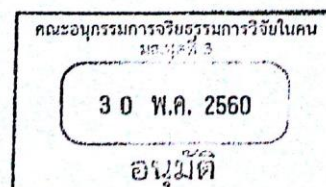
<sup>1</sup>ดีเยี่ยม

<sup>2</sup>ดีมาก

<sup>3</sup>ดี

<sup>4</sup>พอใช้ได้

<sup>5</sup>ไม่ดี



AF 01\_08

092 / 2560

19

12. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในขณะนี้เป็นอย่างใดเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้ว

- <sup>1</sup> ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วมาก  
<sup>2</sup> ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย  
<sup>3</sup> พอกับปีที่แล้ว  
<sup>4</sup> แย่กว่าปีที่แล้วเล็กน้อย  
<sup>5</sup> แย่กว่าปีที่แล้วมาก

13. สุขภาพของท่านเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกันเป็นอย่างไร

- <sup>1</sup> แย่กว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน  
<sup>2</sup> เท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน  
<sup>3</sup> ดีกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน

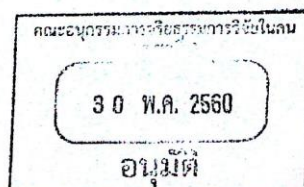
14. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- <sup>1</sup> ไม่มี  
<sup>2</sup> มีระบุ... (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> <sup>1</sup> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="radio"/> <sup>2</sup> โรคเบาหวาน          |
| <input type="radio"/> <sup>3</sup> โรคหัวใจ           | <input type="radio"/> <sup>4</sup> โรคมะเร็ง           |
| <input type="radio"/> <sup>5</sup> โรคหอบหืด          | <input type="radio"/> <sup>6</sup> โรคข้อเสื่อม        |
| <input type="radio"/> <sup>7</sup> โรคไต              | <input type="radio"/> <sup>8</sup> โรคไขมันในเส้นเลือด |
| <input type="radio"/> <sup>9</sup> อื่นๆระบุ.....     |  |

15. ท่านเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ (ระบุระยะเวลาที่เป็นสมาชิก).....ปี.....เดือน

16. เหตุผลในการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- <sup>1</sup> ต้องการความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน  
<sup>2</sup> ต้องการพัฒนาตนเอง  
<sup>3</sup> ต้องพบปะแลกเปลี่ยน พูดคุยกับเพื่อน  
<sup>4</sup> ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์  
<sup>5</sup> ต้องการถ่ายทอดปัญญา  
<sup>6</sup> ต้องการคลายความเหงา  
<sup>7</sup> ต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมชุมชน



AF 01\_08

17. ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุใน 1 เดือน ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกี่ครั้ง

- <sup>1</sup> ทุกสัปดาห์  
<sup>2</sup> เดือนละ 2 -3 ครั้ง  
<sup>3</sup> เดือนละครั้ง  
<sup>4</sup> น้อยกว่าเดือนละครั้ง

ตอนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ(Enabling Factors)

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย √ลงใน  หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ท่านมีหลักประกันสุขภาพหรือไม่

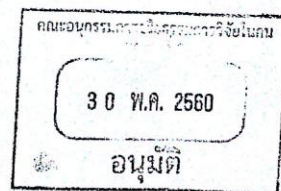
- <sup>1</sup> ไม่มี  
<sup>2</sup> มี ถ้ามีท่านมีหลักประกันสุขภาพอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)  
<sup>1</sup> บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า                      <sup>2</sup> ประกันชีวิตของเอกชน  
<sup>3</sup> บัตรประกันสังคม                                      <sup>4</sup> ข้าราชการบำนาญ  
<sup>5</sup> อื่นๆ ระบุ.....

2. การเจ็บป่วยของท่านในรอบปีที่ผ่านมา ท่านมีการเจ็บป่วยหรือไม่

- <sup>1</sup> ไม่มี  
<sup>2</sup> มี ท่านเจ็บป่วยระดับใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)  
<sup>1</sup> เล็กน้อย (ไม่ต้องไปโรงพยาบาล)  
<sup>2</sup> ปานกลาง (ไปโรงพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัว)  
<sup>3</sup> มาก (นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล)

3. ในรอบปีที่ผ่านมาเมื่อท่านเจ็บป่วยเล็กน้อย ท่านใช้บริการสุขภาพอย่างไร(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- <sup>1</sup> ซื้อมารับประทานเอง                                      <sup>2</sup> ทางไสยศาสตร์  
<sup>3</sup> ยาแผนโบราณ/สมุนไพร                                      <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....



AF 01\_08

21

4. ในรอบปีที่ผ่านมาเมื่อท่านเจ็บป่วยปานกลาง ท่านใช้บริการสุขภาพที่ไหน(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- <sup>1</sup>ศูนย์สุขภาพชุมชน                      <sup>2</sup>รพสต.  
<sup>3</sup>รพชุมชน                                      <sup>4</sup>รพทั่วไป  
<sup>5</sup>รพ.ศูนย์                                        <sup>6</sup>โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก  
<sup>7</sup>อื่นๆ ระบุ.....

ท่านไปใช้บริการสุขภาพบ่อยมากน้อยเพียงใด

- <sup>1</sup>น้อย (1-2ครั้ง)                      <sup>2</sup>ปานกลาง (3-5ครั้ง)                      <sup>3</sup>มาก(มากกว่า 5 ครั้ง)

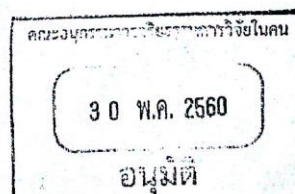
5. เมื่อท่านเจ็บป่วยมาก ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคใด ระบุ.....

จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาลกี่วัน (นับวันที่นอนนานที่สุด/ครั้ง) .....วัน/ครั้ง

6.เพราะเหตุใดท่านถึงไปใช้บริการสุขภาพ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- <sup>1</sup>การเดินทางสะดวก                      <sup>2</sup>แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ  
<sup>3</sup>การบริการดี                                      <sup>4</sup>สิทธิ์การรักษาเข้าถึง  
<sup>5</sup>สะอาด    <sup>6</sup>เปิด ปิด บริการตรงเวลา  
<sup>7</sup>ยาที่มีคุณภาพ                                <sup>8</sup>บริการครบถ้วน  
<sup>9</sup>อื่นๆ ระบุ.....



AF 01\_08



คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย/ ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด  
ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ชมรม/ในโรงเรียนผู้สูงอายุ  
อย่างน้อยเพียงใด

ข้อความ	ระดับการเข้าร่วมกิจกรรม/ชมรม			
	ไม่เข้าร่วม (1)	น้อย (3)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
1.กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย				
2.กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร				
3.กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์/นันทนาการ				
4.กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก				
5.กิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม				
6.กิจกรรมส่งเสริมทางพระพุทธศาสนา การประกอบพิธีกรรมต่างๆ				
7.กิจกรรมส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น				
8.กิจกรรมด้านอาชีพ				
9.กิจกรรมด้านสังคม จิตอาสา/การเยี่ยมบ้าน				
10.กิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี				
11.กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ/ คัดกรองสุขภาพ				
12.ชมรมผู้สูงอายุ				
13.ชมรมรักสุขภาพ				
14.ชมรมออกกำลังกาย				
15.ชมรมฝึกอาชีพ				
16.อื่นๆระบุ..... .....				

คณะกรรมการจัดระบบการวิจัยในคน  
หน้า ๓

30 พ.ค. 2560

อนุมัติ

AF 01\_08

0 9 2 / 2 5 6 0

23

## ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม(Reinforcing Factors)

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย/ ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลต่อไปนี้อย่างไร

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน			
	ไม่ได้รับ (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
1. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				
2. ท่านได้รับการดูแลในเรื่องอาหารการกินจาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				
3. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดหาเสื้อผ้า				
เครื่องนุ่งห่มและของใช้อื่นๆจาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				
4. เมื่อท่านเจ็บป่วยได้รับความช่วยเหลือเช่น				
การดูแลพาไปรักษาซื้อยาหรือจัดหายาให้จาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				



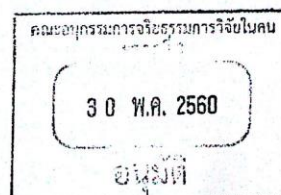
AF 01\_08

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน			
	ไม่ได้รับ (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
5. ท่านได้รับการช่วยเหลือในการดูแลทำความสะอาดบ้านรดน้ำต้นไม้จาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเดินทางไปไหนมาไหนหรือเป็นเพื่อนเดินทางจาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				
7. ท่านได้รับความรู้หรือข่าวสารต่างๆในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพหรือเหตุการณ์บ้านเมืองจาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				
8. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องกลุ่มใจท่านได้รับคำแนะนำช่วยเหลือหรือได้รับกำลังใจจาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				



AF 01\_08

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน			
	ไม่ได้รับ (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
9. ผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจที่สำคัญของท่านคือ				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				
10. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจเสียใจสูญเสียข้อเท็จ				
ท่านได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจจาก				
เพื่อน				
ครอบครัว				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เครือข่ายองค์กรของรัฐ/เอกชน				



AF 01\_08

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา  
มาให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่านแล้วทำ เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  
คำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดโดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลยรู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่  
พอใจหรือรู้สึกแย่
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึก  
แย่ระดับกลางๆ
- มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆรู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่  
สมบูรณ์รู้สึกพอใจมากที่สุดดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกายเช่นปวดหัวปวดท้องปวดตาม ตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก เพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่นมีความสุขความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดีเช่นรู้สึกเหงาเศร้าหดหู่สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					

คณะกรรมาธิการวิสามัญร่างรัฐธรรมนูญ

๓๐ พ.ค. 2560

AF 01\_08

๒๖ มีนาคม

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่าน มาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละ วัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อย เพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศหมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้น แล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้รวมถึงการ ช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)					

คณะอนุกรรมการพิจารณาวิจัย  
ศูนย์วิจัยระดับ

ขอพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

30 พ.ค. 2560

อนุมัติ

AF 01\_08

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางพัชราภรณ์ พัฒนะ
วันเดือนปีเกิด	17 มีนาคม 2519
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2542: พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปีการศึกษา 2549: หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
ประสบการณ์ทำงาน	ปี 2542 - 2559: พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ปี 2560 - ปัจจุบัน: พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี