

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพหุพลัง

สุทิสรา เจียเจริญ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองปรือ

พ.ศ.2567

## บทที่ 1

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกที่จะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งประเทศไทยที่มีแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และอีก 20 ปีข้างหน้า สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองได้รายงาน จำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี พศ.2563-2565 จำนวน 11,627,130 คน 12,126,016 คน 12,576,948 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 18.59 19.31 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปีโดย มีผู้สูงอายุมาราว 1 ใน 4 ของโลก (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561) ส่วนจังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุ ปี พศ.2563-2565 จำนวน 137,511 คน 143,819 คน 149,284 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.42 17.61 18.27 ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปีตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ . 2566) สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอหนองปรือ ปี พศ.2563-2565 มีจำนวน 3,516 คน 3,906 คน 4,062 คน คิดเป็นร้อยละ 19.53 19.60 19.97 ( HDC สสจ.กาญจนบุรี ,2566) ซึ่งผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลจังหวัดกาญจนบุรีและระดับประเทศ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการจัดการในทุกด้าน ผลกระทบต่อเศรษฐกิจที่ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ขาดคนดูแล (กาญจนนา ปัญญาธร , 2561) ผลกระทบด้านสุขภาพกาย มีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลต่อการเข้าโรงพยาบาลสูงกว่าคนไม่สูงอายุประมาณ ห้าเท่า (กรมกิจการผู้สูงอายุ) และที่สำคัญผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่ามีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 53.3 โดยพบว่า เพศชายมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 58.0 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.5 เมื่อแบ่งวิเคราะห์ตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 60-69 ปี มีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 51.0 เมื่อวิเคราะห์แบ่งตามคะแนน ADL พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 75.0 (ปีพมา ผ่องศิริกุลธิดา และคณะ ,2561) จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2562-2565 ร้อยละ 85.19 ระดับเขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 67.44 ระดับจังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ 73.13 พบการเข้าถึงน้อยลงตามลำดับ

สาเหตุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดจากอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอ เรื้อรัง ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุอำเภอหนองปรือ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเกิดปัญหาโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2563-2565 ร้อยละ 40.02 44.04 55.13 และมีผู้สูงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวทางโรงพยาบาลหนองปรือได้ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุทุกรายที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แต่ก็ยังคงพบว่ามี การฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง

จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 85.19 ระดับเขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 67.44 ระดับจังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ 73.13 พบการเข้าถึงน้อยลงตามลำดับ จากการรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุอำเภอหนองปรือ ปี 2563-2565 (Hosxp รพ.หนองปรือ,2566) พบว่า มีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 100 แต่พบว่าผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ปี 2563-

2565 ร้อยละ 40.02 44.04 55.13 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ และผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีผู้สูงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวทางโรงพยาบาลหนองปรือจึงได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยมีการคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าทุกรายที่มารับบริการบริเวณแผนกผู้ป่วยนอก แต่ก็ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสาเหตุเกิดจากการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาการไม่ได้ประกอบอาชีพ และปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลหนองปรือยังไม่มีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้แก้ปัญหาภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสในการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอหนองปรือ ซึ่งบริบทและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุของอำเภอหนองปรือ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดสังคม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงมีญาติและบางครอบครัวที่มีฐานะดีจะจ้างคนมาคอยดูแล อาหารที่รับประทานจะซื้อตามตลาดนัดใกล้บ้าน การออกกำลังกายส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย บุตรหลานของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง บางครอบครัวทำงานต่างจังหวัด สัมพันธภาพภายในครอบครัวก็ไคร่กันดีแต่ลูกหลานต้องทำงานจึงไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ การเข้าวัดทำบุญของผู้สูงอายุทำเป็นบางครั้งแต่ไม่ค่อยได้ไป เนื่องจากการเจ็บป่วยของร่างกายและไม่มีลูกหลานพาไป ไม่ได้ทำกิจกรรมที่เป็นส่วนรวมทางสังคม แต่เป็นสมาชิกชมรมออมทรัพย์ของหมู่บ้านนำเงินส่งชมรมออมทรัพย์เดือนละ 1 ครั้ง มีความเครียดหรือความวิตกกังวลเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่กังวลเรื่องการเจ็บป่วยของร่างกาย และรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ไม่มีวิธีทำให้หายเครียด ไม่มีกิจกรรมยามว่าง ลักษณะการนอนผู้สูงอายุนอนวันละ 4-5 ชั่วโมง ส่วนใหญ่นอนไม่ค่อยหลับ ส่วนการจัดการด้านการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันสมองเสื่อมที่ผ่านมายังไม่มีการดำเนินงานชัดเจนเนื่องจากโรงพยาบาลหนองปรือเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุมีการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ Active Ageing ว่าเป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยคาดว่าภาวะพหุผลจะเป็นหนทางที่จะยกระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ ด้าน Strong Healthหรือส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง โดยมีเป้าหมายส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลต้องมีคลินิกผู้สูงอายุและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ตลอดจนมีเป้าหมายพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้รับการดูแลตาม Care Plan ซึ่งจากนโยบายและเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองปรือ ยังไม่มีคลินิกผู้สูงอายุขณะนี้กำลังอยู่ในช่วงกำลังดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และยังไม่มีความชัดเจนในการพัฒนาระบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงแบบเชิงรุก เพื่อชะลอความเสื่อม กลุ่ม Active Aging

แนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา ในกลุ่ม Active Aging หรือ พหุผล เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านความสามารถ คุณค่า คุณประโยชน์ และศักยภาพในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุข

สมบรูณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพหุผลัง ประกอบด้วย 3 ด้านสำคัญ คือ สุขภาพ (Health) หมายถึง การมีสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีโอกาสได้ทำกิจกรรมที่หลากหลาย มีส่วนร่วมกับผู้อื่น ความมั่นคง (Security) หมายถึง การมีหลักประกันและความมั่นคง คือ ความมั่นคงทางรายได้ ที่อยู่อาศัย และผู้ดูแล ทั้งนี้การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี จึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมภาวะพหุผลังในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. การส่งเสริมทางด้านร่างกายให้มีความแข็งแรง ความคล่องแคล่วของการเคลื่อนไหว โดยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก รวมทั้งข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย ผ่านการออกกำลังกายง่าย ๆ ไม่หนักจนเกินไป หรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 2. การทำกิจกรรมที่หลากหลาย ตามความสนใจของตนเอง โดยกิจกรรมนั้นส่งผลให้เกิดความเพลิดเพลิน มีความสุข คลายเครียด สนุกสนาน 3. การมีปฏิสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมร่วมกับผู้อื่น เช่น การพบปะเพื่อน ๆ การได้พบเจอลูกหลาน และการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การจัดเตรียมเสื้อผ้าหรือของใช้ส่วนตัว เป็นต้น 4. การส่งเสริมกระบวนการคิดและความเข้าใจ ส่งเสริมได้จากการเรียนรู้หรือได้ทำกิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มโอกาสให้เกิดกระบวนการคิด การวางแผน การลงมือทำ และการรวมกลุ่มหรือทำกิจกรรมกับเพื่อน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลใหม่ ๆ ได้ฝึกการคิด ได้ใช้ประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีเพื่อตอบคำถาม นอกจากนี้ยังส่งเสริมผ่านการฝึกสหสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหว การฝึกคิดอย่างมีเหตุผล และการเล่นเกมที่ส่งเสริมความจำ ความเข้าใจรูปแบบต่าง ๆ 5. ส่งเสริมการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกร่างกาย การควบคุมและจัดการภาวะอารมณ์ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียด โดยการนั่งสมาธิ ภาวนาจิต ฝึกการคิดที่ยืดหยุ่น ไม่คิดลบ

การประเมินความมีชีวิตชีวาเป็นแนวทางการประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หรือ Active ageing assessment tool โดย พินิจ พ้าอำนวยผล (2563) เป็นเครื่องมือที่ใช้ สำหรับการประเมินระดับความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของผู้สูงอายุในระดับบุคคล โดยใช้แบบประเมินที่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และ ด้านความมั่นคง ซึ่งเป็นการพัฒนาจากกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการปรับ ตัวชี้วัดที่มีการพัฒนาในต่างประเทศและในประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประเมินภาวะ Active ageing ใน ระดับประเทศ หรือพื้นที่ขนาดใหญ่ โดยไม่ได้เป็นตัวชี้วัดระดับบุคคล ทั้งนี้เครื่องมือประเมินระดับความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของผู้สูงอายุนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับบุคคล ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นภาพรวมในระดับ กลุ่มประชากร หรือระดับพื้นที่ได้ ใช้สำหรับการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดย แบ่งระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก และมาก ซึ่งกรอบการดำเนินงานดังกล่าว ยังขาดแนวทางในการสนับสนุนให้เกิดกลไกการพัฒนาที่สามารถนำไปใช้ในบริบทของอำเภอหนองปรือ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแบบประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ 5 ด้านไปใช้ในการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับ ความมีชีวิตชีวาในระดับน้อย หรือค่อนข้างน้อยทางด้านร่างกายและจิตใจของตัวผู้ป่วย พบร้อยละ 30 การส่งเสริมการพัฒนาแบบที่ช่วยส่งเสริมกลุ่มผู้สูงอายุได้มีโอกาสออกมาพบปะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต องค์ความรู้ ภูมิปัญญา หรือ ได้ทำการแสดงศักยภาพของตนเอง จะสามารถเป็นทางเลือกที่ดีในการเสริมสร้างความปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่น และสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้ การจัดกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการอยู่ร่วมกัน ก็จะเกิดการพบปะพูดคุย และมีการถ่ายทอดภูมิปัญญา

ผู้สูงอายุ ก็จะทำให้เกิดความรักความผูกพัน ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและลูกหลาน คนในครอบครัว นำไปสู่ การสร้างสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นสุข (ณัฐมลกันต์ ไชยวิมลสิริ, 2562) สอดคล้องกับ งานวิจัยความสุขของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร การพบปะผู้สูงอายุด้วยกันการเข้าร่วมทำกิจกรรม ทางศาสนาหรือทางวัฒนธรรมประเพณีมีความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก (อรรถกร เฉยทิมและคณะ, 2561)

การพัฒนาแบบการสร้างความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจากความสำคัญของที่มาและปัญหาดังกล่าวในข้างต้น ผู้สูงอายุ จึงจัดเป็นกลุ่มที่รัฐ และประชาชนทุกคน ควรเล็งเห็นถึงความสำคัญ ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบการสร้างความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังซึ่งจะประยุกต์ใช้แนวคิดความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ พัฒนาจากแนวคิด Active ageing ผู้สูงอายุ ด้วยองค์ประกอบของความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านความมั่นคง ในระดับพื้นที่ (พินิจ พ้าอำนวยผล, 2563) ทำให้เกิด ความสุขซึ่งเป็นความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุการพัฒนางานวิจัยในครั้ง นี้ จึงมีเป้าหมายให้เกิดรูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับ บริบทสังคมไทย

## 2. คำถามงานวิจัย

รูปแบบการสร้างความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังควรเป็นอย่างไร

## 3. วัตถุประสงค์

- 3.1 เพื่อประเมินระดับความมีชีวิตชีวาแต่ละด้านของผู้สูงอายุและรูปแบบการจัดระบบบริการเพื่อการพัฒนา ระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ
- 3.2 เพื่อการพัฒนาแบบการสร้างความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลัง
- 3.3 เพื่อประเมินผลการพัฒนาแบบการสร้างความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลัง

## 4. สมมติฐาน

ภายหลังจากการใช้การพัฒนาแบบการสร้างความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังแล้ว ทำให้ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ การเสริมสร้างความสุขปราศจาก ภาวะซึมเศร้า การเรียนรู้ รับข่าวสาร ปราศจากภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การสนับสนุนความ เพียงพอของรายได้ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย จากครอบครัว ชุมชน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้การพัฒนาแบบ การสร้างความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลัง

## 5. ขอบเขตงานวิจัย

ขอบเขตประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่ออยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการคัดเลือก ตาม เกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ดังนี้ 1.

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) 1.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี 1.2 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1.3 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของวัยสูงอายุ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่เราเลือกมาสัมภาษณ์ 147 ราย จากผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 453 ราย โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง G\*Power

2. ผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่ออยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี การคัดเลือกการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตาม เกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ดังนี้ 1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) 1.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี 1.2 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1.3 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของวัยสูงอายุ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำนวน 34 ราย การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ โปรแกรม G\*Power ของ วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา (2563) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระ Test Family เป็น t tests Statistical test เป็น Means: Difference between two dependent means (matched pairs) ค่า Effect size dz เท่ากับ 0.5 ค่า  $\alpha$  err prob เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8

#### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิด Active ageing ของ กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพหุคูณด้วยแนวคิด Active ageing ของ องค์การอนามัยโลก ในเขตโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน อายุ 60 ปี ขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี

#### ขอบเขตระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยอยู่ระหว่าง วันที่ กรกฎาคม 2566 ถึง ธันวาคม 67

#### 6. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. ความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมเสริมสร้างความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุด้วยองค์ประกอบของความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ได้แก่ 1. สุขภาพ (health) 2. การมีส่วนร่วม (participation) 3. หลักประกันและความมั่นคง (security) ในระดับพื้นที่

2. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระสามารถทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน และกิจกรรมประจำวันต่อเนื่องได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค ที่ยังควบคุมโรคได้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีสามารถทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้เช่นเดียวกับผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป แม้จะมีโรคเรื้อรัง แต่ก็สามารถควบคุมโรคได้ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อคงสุขภาพดีไว้หรือชะลอการเสื่อมของร่างกายให้นานที่สุดรวมทั้งความสามารถในการพึ่งพาตนเองเช่นผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป จำเป็นต้องสร้างเสริมพฤติกรรมดีทางด้านสุขภาพ ความรู้สึกทางบวก และการสร้างกำลังใจ ให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสุขจากการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

3. พหุผลพลัง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน มีส่วนร่วมในการทำงาน และมีส่วนร่วมในครอบครัวและกลุ่มสังคม โดยผู้สูงอายุมีการกระทำที่สามารถเกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ลูกหลาน และต่อสังคม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและความภาคภูมิใจ การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดพหุผลพลังตามกรอบนโยบายพหุผลพลังขององค์การอนามัยโลก โดยพหุผลพลัง (active ageing) หมายถึง การกระทำตามกระบวนการที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (healthy) การมีส่วนร่วมในสังคม (participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย

4. รูปแบบสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา หมายถึง โปรแกรมการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ พัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้าอำนวยผลและคณะ (2563) ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก มีกิจกรรม ทั้งหมด 3 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 1. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีชีวิตชีวา

- ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

- กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสติปัญญาและการเรียนรู้

ครั้งที่ 2. กิจกรรมสร้างเสริมเข้าสังคมมั่นคงมีชีวิตชีวา

- ทบทวนชวนคุยประเมินกิจกรรมครั้งที่ 1

- กิจกรรมด้านสังคม และด้านความมั่นคง

ครั้งที่ 3. กิจกรรม ทบทวน พหุผลพลัง

- ประเมินผล

- ถอดบทเรียน เสริมพลังเพื่อพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบสภาพปัญหาและผลกระทบของผู้สูงอายุ

2. ได้รูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพหุผลพลังที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3. ผู้สูงอายุหลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพหุผลพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวาส่งผลให้ผู้สูงอายุความมีชีวิตชีวาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพหุผลพลัง

## บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพดพหลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา Active ageing ของ องค์การอนามัยโลก เป็นการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. พดพหลัง
2. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. แนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา
4. รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพพดพหลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิด

### ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. พดพหลัง หมายถึงกระบวนการที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (healthy) การมีส่วนร่วม (participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย (active ageing) (WHO, 2002) ซึ่งคำว่า “active” หมายถึงการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และกิจกรรมในท้องถิ่น ไม่เพียงแต่การคงไว้ซึ่งความกระฉับกระเฉงทางด้านร่างกายหรือการมีส่วนร่วมในภาคแรงงานเท่านั้น เมื่อผู้สูงอายุจะเกษียณจากงานแล้ว มีความเจ็บป่วย ก็ยังคงสามารถมีส่วนร่วมกับครอบครัว เพื่อน ชุมชน และประเทศชาติได้ ซึ่งองค์การความร่วมมือและพัฒนาด้านเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]) ได้ให้ความหมายที่เน้นทางด้านเศรษฐกิจไว้ว่า พดพหลัง คือ ความสามารถของบุคคลเมื่อสูงวัยสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ และภาคเศรษฐกิจได้ (Hutchison, Morrison, & Mikhailovich, 2006) รวมถึงทำให้มีช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดี ยาวนานขึ้น (Kalache, 1999) ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (active ageing) คือ ผู้สูงอายุที่มี สุขภาพดี มีความคล่องแคล่วว่องไว สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลและพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ชุมชน และ สังคม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2566) ซึ่งพระครูใบฎีกาอภิชาติ ธมมสุโข และคณะ, 2562 กล่าวว่าพดพหลังของผู้สูงอายุ คือ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความสามารถในทางสังคม และ เศรษฐกิจ การเสริมสร้างพดพหลังเป็นการฝึกฝนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถและมีความเชี่ยวชาญ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเพิ่มโอกาสด้านสุขภาพที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประชากรผ่านการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชากรทุกวัยจนกระทั่งเข้าสู่ประชากรสูงวัยที่มีสุขภาพดี อัจฉริยะ ปัญญาแกวและคณะ ,2564 ได้กล่าวถึงพดพหลังไว้ว่า การส่งเสริมให้เกิดสมดุลในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะนำไปสู่การมีภาวะพดพหลังในผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม การมีหลักประกันที่มั่นคงในชีวิต

สรุปพดพหลัง หมายถึง กระบวนการหรือภาวะที่มีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน มีส่วนร่วมในการทำงาน และมีส่วนร่วมในครอบครัวและกลุ่มสังคม โดยผู้สูงอายุกลุ่มพดพหลัง เป็นผู้สูงอายุมีการกระทำที่สามารถเกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ลูกหลาน และต่อสังคม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและความภาคภูมิใจ การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดพดพ



พลังตามกรอบนโยบายพหุพลังขององค์การอนามัยโลก โดยพหุพลัง (active ageing) หมายถึง การกระทำตามกระบวนการที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (healthy) การมีส่วนร่วมในสังคม (participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย ดังนั้นการมีภาวะพหุพลังที่ดีนั้น ต้องอาศัย 3 ส่วนสำคัญ คือ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงในชีวิตที่สมดุลกัน การไม่มีภาวะเจ็บป่วย ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ร่วมกับความพร้อมและความมั่นคงในด้านต่าง ๆ จะส่งผลต่อสุขภาพทางกายและจิตใจ เมื่อมีสุขภาพกายและใจที่ดี ก็จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

2.การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (World Health Organization, 2000) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้หลักการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังนี้

2.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายครอบครัวอบอุ่น 2.2 สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรัก ความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกันชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุกด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านและสิ่งที่อยู่อาศัยรอบบ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยความอบอุ่น มีสุขภาพดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม เช่น ให้ความเคารพตักตัญญูแก่ผู้สูงวัยในประเพณีรดน้ำดำหัวประเพณีสงกรานต์ 2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่างๆนำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ การพึ่งเทศน์ฟังธรรม งานบุญประเพณี 2.4 พัฒนาทักษะในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชนในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลสร้างเสริมสุขภาพโดยสื่อสารผ่านสื่อประเภทต่างๆ ที่หลากหลายและสามารถสนองต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน 2.5 ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข เน้นในเชิงรุกมากขึ้น เช่น การคัดกรองสุขภาพการดูแลช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวมที่ครอบคลุมทุกด้าน 3. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญ ที่จะทำให้ทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด และร่วมทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 3.1 ยุทธศาสตร์ระดับประชาชนมุมมองเชิงคุณค่า (Valuation) ประชาชนควรได้รับคุณค่าเพิ่มจากการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ชีวิตจากผู้สูงอายุ จะช่วยให้ชุมชนเกิดความตระหนัก มีทักษะที่จำเป็นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ชุมชนมีแผนชุมชนพึ่งตนเองได้ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ช่วยให้ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเอื้ออาทร มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และเฝ้าระวังสถานะสุขภาพรวมทั้งผู้สูงอายุ กินอิม นอนอุ่น ผืนดี เข้าถึงบริการ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมที่

เหมาะสมกับบริบทของชุมชนท้องถิ่น 3.2 ยุทธศาสตร์ระดับภาคีเครือข่ายมุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาควรจะมีบทบาทในการหนุนเสริมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมีการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ร่วมกัน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocate) สำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีแผนงานโครงการและงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีวิถีชีวิตที่ดี 3.3 ยุทธศาสตร์ระดับกระบวนการมุมมองเชิงบริหารจัดการ (Management) การมีระบบบริหารเครือข่ายที่ดี จำเป็นต้องมีการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยอาศัยช่องทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ดี มีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการบริหารจัดการนวัตกรรม การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายและจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ การติดตามประเมินผลที่ดีมีคุณภาพ วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที 3.4 ยุทธศาสตร์ระดับพื้นฐานมุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา (Learning Development) บุคลากรควรมีสมรรถนะและทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการเพื่อให้ระบบโครงสร้างในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมีคุณภาพและมาตรฐานตามความเหมาะสม 4. มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย กิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยไว้ 4 ด้าน (Angkhasuwaphala, 2010) ดังนี้ 4.1 มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์มีสุขภาพกาย และจิตใจดี คือ 4.1.1 มีสุขภาพกายที่พึงประสงค์คือ ปราศจากประวัติและอาการของโรคต่างๆ คือ โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาได้แก่ หัวใจขาดเลือดโรคมะเร็งโรคเส้นเลือดในสมองอุดตันโรคข้อเสื่อมโรคเอ็ดส์วัณโรค และโรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150/90 mm.hg. โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 150 mg. 4.1.2 มีสุขภาพจิตที่ดีตามเกณฑ์ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นประจำ 2) ไม่มีหรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) รู้สึกว่าตนเองมีค่า 4) รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง 4.2 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ คือ ฟันที่อยู่ในสภาพดีสามารถใช้งานได้และไม่เป็นโรคจนไม่สามารถเก็บรักษาได้ 4.3 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.4 ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ โดยสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ 5. การช่วยเหลือดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย มีรายละเอียดดังนี้ 5.1 การดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในทางหนึ่งทางใดมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี ลูกหลานควรคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุโดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความยินดีและเต็มใจให้ข้อคิดเห็น รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่า (Thanakwang and Soonthorndada, 2008; Zarit & Femia, 2008) ดังนี้ 5.1.1 ช่วยนำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน 5.1.2 ควรระมัดระวังคำพูดหรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุเน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก และควรชวนให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่าน

และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่ 5.1.3 อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียน หรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตรมาสังสรรค์ที่บ้าน พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 5.1.4 ให้ความสำคัญเห็นคุณค่าและเคารพยกย่องนับถือด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อแนะนำจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำคำให้ผู้สูงอายุ 5.1.5 ให้อภัยในความหลงลืมความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำและยิ่งกว่านั้นควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วยและช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยหรือพาไปตรวจสุขภาพให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อเจ็บป่วยหนัก เจ็บป่วยเรื้อรัง

5.2 การดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ทุกคนในชุมชนจะต้องได้รับการปลูกฝัง ให้มีพื้นฐานจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุเสมอเหมือนบุชนิยบุคคลที่เปี่ยมด้วยประสบการณ์ชีวิตที่ล้มเหลวและดั่งาม ซึ่งเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตของลูกหลาน (Chen & Chunharas, 2009;Nanthabut, 2007) ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกทุกภาคส่วนในชุมชนควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

5.2.1 ชุมชนรวมแรง ร่วมใจร่วมรัก พิทักษ์สุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยความร่วมมือของประชาชนในชุมชนโดยอาศัยชมรมที่มีอยู่เป็นแกนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ลานกิจกรรม

5.2.2 การประสานงานร่วมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุในชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมรณรงค์ การช่วยเหลือดูแล การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี

5.2.3 ชุมชนจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมภูมิปัญญา ให้มีการสืบทอดการปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน เพื่อถ่ายทอดถึงลูกหลานและเป็นวัฒนธรรมในชุมชนตลอดไป เช่น กลุ่มจัดทำสิ่งของเครื่องใช้ อาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ เพื่อจำหน่ายในร้านค้าของชุมชน และกลุ่มการนวดแผนไทยให้แพร่หลายตลอดไป

5.2.4 ชุมชนให้ความสำคัญ และจัดเตรียมความพร้อมให้กับบุคคลที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55-60 ปี) เพื่อการยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ได้อย่างมีความสุข โดยการดำเนินโครงการฝึกทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมในการปรับตัวให้การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอย่างเหมาะสม มีการสูงวัยอย่างมีความสุข ประกอบด้วยการส่งเสริมใน 4 ด้าน (Alberta Health and Wellness, 2002) คือ 1. การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ ( promoting health and preventing disease and injury) โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริม สุขภาพ โดยเน้นการสร้างเสริมความสามารถและการทำหน้าที่ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ใน การสร้างทางเลือกที่ดี และพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ดีและปลอดภัย 2. การส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านจิตใจ และร่างกาย (optimizing mental and physical function) โดยการทำให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระเท่าที่จะสามารถทำได้ 3. การจัดการกับอาการเรื้อรัง (managing chronic conditions) โดยการช่วยให้ประชาชน สามารถจัดการอาการที่เกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเอง และความเป็นอิสระ โดยใช้การประสานความร่วมมือของบุคลากรและผู้ดูแล 4. การมีส่วนร่วม (engaging with life) โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีสัมพันธภาพที่ดี กับผู้อื่น และมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจอย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งพีล และคณะ (Peel et al., 2005) พบว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพทางบวก ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายในระดับสูง การส่งเสริมให้เกิดสมดุลในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะนำไปสู่การมีภาวะพลพหลังในผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม การมีหลักประกันที่มั่นคงในชีวิต (อัจฉริยา ปัญญาแก้วและคณะ, 2564) ส่วนแนวคิดของ pender (1987) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นปฏิบัติ

กิจกรรมทำงานด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ให้ยาระดับภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อความผาสุกของชีวิต และควมมีคุณค่าในตนเองหลักการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 พฤติกรรม ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ (health responsibility) ต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ การเลือกแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อตนเอง 2) กิจกรรมทางกาย (physical activity) คือการเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมให้แข็งแรงและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) โภชนาการ (nutrition) คือ การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้านอาหารที่ เหมาะสมและเพียงพอต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่เกิดโทษต่อร่างกาย 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) คือ การสร้างเสริมด้านสุขภาพทางด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคม 5) การจัดการกับความเครียด (stress management) คือ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเครียดในผู้สูงอายุ 1. การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุด้านร่างกาย ได้แก่การสร้างเสริมการออกกำลังกาย โภชนาการ และการนอนหลับในผู้สูงอายุ ดังนี้ 1.1 ด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (physical activity or exercise) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีแบบแผนและทำซ้ำๆ เพื่อให้ร่างกายเกิดความแข็งแรงหลังการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดย ลักษณะการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นการ ส่งเสริมสมรรถภาพการหายใจของปอดการเต้นของหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่เพิ่มความทนทาน พละกำลัง การทรงตัว และความยืดหยุ่นของ ร่างกาย ความแข็งแรงของมวลกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้ลดการพลัดตกหกล้ม และยังส่งเสริมให้เกิดการหลั่งสาร เอนโดรฟินเกิดความสุขในขณะที่ออกกำลังกาย การสร้างเสริมสุขภาพและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจในการปฏิบัติอย่างจริงจังจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลใน ครอบครัวชุมชน สังคม ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันครอบครัว จะได้ตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสำคัญต่อ ครอบครัวและสังคม ดังนั้น ลูกหลานและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนต้องแสดงความเคารพยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุ ใน ฐานะที่ดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดีงาม ทั้งการให้คำปรึกษาแนะแนวการดำเนินชีวิตการประกอบอาชีพการพัฒนา ชุมชนสังคมเศรษฐกิจ การเมือง ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างรากฐานชีวิตในชุมชนที่เอื้ออาทรต่อกัน อันจะนำไปสู่การ ช่วยเหลือดูแลสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมไทย ให้มีร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ ร่วมกันอย่างปกติ และมีความสุขอย่างต่อเนื่องบนฐานประเพณีวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคมไทย ที่ให้การเคารพนับ ถือผู้สูงอายุดุจตั้งร่มโพธิ์ร่มไทร เป็นผู้เชื่อมผูกสายใยในครอบครัวและสืบสานวัฒนธรรมที่ดีงามของชุมชน (ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์และคณะ, 2562)

สรุปการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะใน การควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำตลอดชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพดีในทุกมิติ มีจุดเน้นที่เรื่อง สุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ของพัฒนาพลัง ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีส่วนสำคัญทำ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดย ครอบครัว ชุมชน จึงมีส่วนสำคัญตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเชิงรุก โดยเลือกกิจกรรมครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสมรรถภาพร่างกาย ป้องกันการเกิดโรค ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้เกิด คุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ

### 3.แนวคิดการพัฒนาควมามีชีวิตชีวา

การประเมินภาวะ Active ageing ในระดับนานาชาติที่ผ่านมาองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ให้ความหมาย Active ageing ไว้ว่า “Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” เป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงด้านต่างๆในสังคม เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ดีมีสุขเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1. สุขภาพ (health) 2. การมีส่วนร่วม (participation) 3. หลักประกันและความมั่นคง (security) โดยทั้ง 3 องค์ประกอบ จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการกำหนดตัวชี้วัด ในระดับประเทศ โดยจัดทำเป็นดัชนีรวม (Composite index) ภายใต้ชื่อดัชนีพหุผลผลิต โดยไม่ได้เน้นการ ประเมินภาวะ Active ageing ในระดับบุคคล ทำให้การใช้ประโยชน์ในระดับท้องถิ่นมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้ Active ageing สามารถใช้ได้ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และในระดับกลุ่มประชากร โดยสะท้อนถึงศักยภาพในการมีสุขภาวะทั้งด้าน กายภาพ (physical) สังคม (social) และจิตใจ (mental) ตลอดช่วงชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคมตามความจำเป็น ความปรารถนา และความสามารถ รวมทั้งการได้รับการปกป้อง คุ้มครองอย่างเพียงพอ และการให้การดูแลเมื่อต้องการความช่วยเหลือในด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ซึ่งต้องการส่งเสริมสุขภาพจิต และการเชื่อมต่อกับสังคม เช่นเดียวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย นอกจากนี้การดำรงรักษาความอิสระ (autonomy) และการไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (independence) ก็ถือเป็นเป้าหมายสำคัญเช่นกัน โดยในกรณีของผู้สูงอายุควมามีอิสระและการไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจจะลดลง จึงควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอจากครอบครัวและชุมชนผ่านการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (interdependence) และความกลมกลืนระหว่างรุ่น (intergeneration solidarity) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้

โดยแนวคิดการพัฒนาควมามีชีวิตชีวา (Active ageing) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้า อำนวยผลและคณะ (2563) ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก เป็นการประเมินภาวะ Active ageing ใน ระดับบุคคล ที่สามารถนำไปใช้ในระดับพื้นที่ ในการส่งเสริมกิจกรรมเสริมสร้างควมามีชีวิตชีวาของสำหรับผู้สูงอายุไทยในพื้นที่ ซึ่งได้นำกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก มาปรับใช้ โดยมีการเพิ่มองค์ประกอบและตัวชี้วัดของภาวะ Active ageing ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านความมั่นคง นำมาพัฒนาเครื่องมือ โดยปรับจากเครื่องมือที่มีอยู่ และ จากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และข้อเสนอแนะจากพื้นที่ที่ทำการทดสอบ รวมทั้งผลการทดสอบความเชื่อมั่น ได้ คำถามจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย 6 ข้อ ด้านจิตใจ 4 ข้อ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ 4 ข้อ ด้าน สังคม 6 ข้อ และด้านความมั่นคง 5 ข้อ ซึ่งปรับจากร่างแบบประเมินที่ใช้ทดสอบ ที่มีจำนวน 39 ข้อ โดยมีการ พัฒนาเกณฑ์ในการคำนวณคะแนนและแบ่งระดับควมามีชีวิตชีวาในแต่ละด้านและในภาพรวม โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก และมาก หรือคิดเป็นคะแนน 1-4 ทั้งนี้จากการทดสอบเครื่องมือใน พื้นที่ 8 จังหวัด พบว่าควมามีชีวิตชีวาด้านร่างกาย อยู่ที่ 2.75-3.02 ด้านจิตใจ อยู่ที่ 3.05-3.57 ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ อยู่ที่ 3.22-3.52 ด้านสังคม อยู่ที่ 2.28-2.82 และด้านความมั่นคง อยู่ที่ 2.60-3.16 โดยสัดส่วนควมามี ชีวิตชีวา ด้านร่างกาย ในระดับน้อย อยู่ที่ร้อยละ 7-20 ด้านจิตใจ อยู่ที่ร้อยละ 1-15 ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ อยู่ที่ร้อยละ 1-7 ด้านสังคม อยู่ที่ร้อยละ 19-36 และด้านความมั่นคง อยู่ที่ร้อยละ 1-12 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า ผู้สูงอายุมีสัดส่วนควมามีชีวิตชีวาในระดับน้อย ใน

ด้านสังคม และด้านร่างกาย มากกว่าด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา และการเรียนรู้ และด้านความมั่นคง และพบว่า ความมีชีวิตชีวา ของกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง มีความ แตกต่างกันในด้านร่างกาย และด้านสังคม มากกว่า ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ และด้านความมั่นคง

สรุป แนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้า อำนวยผลและคณะ (2563) ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงด้านต่างๆในสังคม เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ดีมีสุขเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านความมั่นคง จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในสังคมตามความจำเป็น รวมทั้งการได้รับการปกป้องคุ้มครองอย่างเพียงพอ และการให้การดูแลเมื่อต้องการความช่วยเหลือในด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสุขภาพ สาธารณสุข มีส่วนร่วมได้รับความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการวางนโยบายการบริหารจัดการ การให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

#### 4.รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพพหุผลด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา

รูปแบบประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ (Active ageing assessment tool) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินระดับความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของผู้สูงอายุในระดับบุคคล โดยใช้แบบประเมินที่ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านความมั่นคง ซึ่งเป็นการพัฒนาจากกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการปรับตัวชี้วัดที่มีการพัฒนาในต่างประเทศและในประเทศ เครื่องมือประเมินระดับความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของผู้สูงอายุนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับบุคคล ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นภาพรวมในระดับ กลุ่มประชากร หรือระดับพื้นที่ได้ รวมทั้งหากมีการสุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นตัวแทน ก็จะสามารถใช้ประเมินใน ระดับพื้นที่ที่สามารถเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้ การแบ่งระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก และมาก โดยเครื่องมือประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุนี้ได้ผ่านกระบวนการทดสอบเครื่องมือ และทดลองใช้ในพื้นที่ 8 จังหวัด ทุกภูมิภาคของประเทศ ประโยชน์ของ จะเป็นประโยชน์ สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้าน ผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยสนับสนุนการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ในมิติต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย โดยการสนับสนุนให้มีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ โดยการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้านสติปัญญาและ การเรียนรู้ โดยการส่งเสริมการเรียนรู้ ด้านสังคม โดยการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม และด้านความมั่นคง โดยการ ช่วยเหลือดูแล เป็นต้น โดยเครื่องมือ จะช่วยระบุกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีระดับ ความมีชีวิตชีวาในระดับน้อย หรือค่อนข้างน้อย เป็นต้น และช่วยในการติดตามผลการดำเนินงาน หลังจากการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมีชีวิตชีวาที่ดีขึ้นในมิติต่างๆ ผู้ใช้เครื่องมือประเมิน สามารถเป็นบุคลากรของหน่วยงานต่างๆ เช่น บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ หรือเป็นภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้ง ผู้สูงอายุหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ก็สามารถใช้อุปกรณ์นี้ กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ที่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือนี้ สามารถเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มอายุต่างๆ หรือมีภาวะ พิถีพิถัน ระดับต่างๆ ทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน หรือติดเตียง แต่กลุ่มผู้สูงอายุที่อาจจะมีปัญหาในการประเมิน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาในการสื่อสาร ทั้งการได้ยินและการพูด ผู้สูงอายุที่สายตาไม่ดีหากเป็นการประเมินตนเอง ซึ่งใน

กรณีที่มี ปัญหา สามารถให้ผู้ใกล้ชิดช่วยในการตอบคำถามได้ แต่ไม่ควรให้ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ ข้อมูลเองทั้งหมด เนื่องจากมีบางข้อ ที่ผู้สูงอายุต้องตอบเอง โดยการใช้เครื่องมือ เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล จะ อยู่ใน 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบประเมินที่เป็นกระดาษ และแบบประเมินที่ อยู่ในรูปแบบโปรแกรมแบบ web responsive บน [www.hiso.or.th/activeageing](http://www.hiso.or.th/activeageing) ซึ่งเป็นแบบประเมิน อิเล็กทรอนิกส์ ที่สามารถคำนวณระดับ ความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุได้ และสามารถรวมข้อมูลผู้สูงอายุทุกรายที่ ได้รับการประเมิน ทั้งนี้หากบันทึกข้อมูล ในแบบประเมินที่เป็นกระดาษ ก็ควร นามบันทึกบนโปรแกรม web responsive เพื่อความง่ายในการคำนวณ และแสดงผลการประเมินเป็นระดับความมีชีวิตชีวา ซึ่งผลของการประเมินและการตีความ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน และในภาพรวม คือ - ด้านร่างกาย - ด้านจิตใจ - ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ - ด้านสังคม - ด้านความมั่นคง - ภาพรวม 4 ด้าน (ไม่รวมด้านความมั่นคง) - ภาพรวม 5 ด้าน โดยแต่ละด้าน และในภาพรวม จะมีการแบ่งระดับ ความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ออกเป็น 4 ระดับ คือ - ระดับ 1 หมายถึง ระดับน้อย (คะแนน 0.00%-25.00% ของ คะแนนเต็ม) - ระดับ 2 หมายถึง ระดับค่อนข้างน้อย (คะแนน 25.01%-50.00% ของคะแนนเต็ม) - ระดับ 3 หมายถึง ระดับค่อนข้างมาก (คะแนน 50.01%-75.00% ของคะแนนเต็ม) - ระดับ 4 หมายถึง ระดับมาก (คะแนน 75.01%-100.00% ของคะแนนเต็ม) ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการดูแล ได้แก่ กลุ่มที่มีความมีชีวิตชีวา ระดับ น้อย และระดับค่อนข้างน้อย

#### 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุรปริย์ เกิดในมงคลและคณะ (2565) ศึกษาเรื่องการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตอย่าง มีความสามารถด้านสุขภาพ พบว่าภาวะด้านร่างกาย การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ด้านสุขภาพจิตการ เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งนำไปสู่การเกิดความผาสุกทางใจ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี การ เลือกริธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายมีความมั่นคงทางจิตใจ มีความผูกพันกับเพื่อน มี ปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว มีญาติพี่น้องที่ดี มีลูกหลานคอยดูแล และรู้สึกว่าการใช้ชีวิตมีความหมาย ได้แก่ พึ่งพา ตนเองได้ ทำประโยชน์แก่ชุมชน ทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสาธารณชน ทั้งนี้เมื่อจิตใจดีร่างกายก็ไม่เจ็บป่วย เห็น คุณค่าในตนเอง โดยผู้สูงอายุควรกำหนดเป้าหมายในชีวิต หากิจกรรมทำเพื่อทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้เกิดความเพลิดเพลินในการดำเนินชีวิต ซึ่งชุมชนควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมหรือทำกิจกรรมตาม ความต้องการกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

สัญญา สดประเสริฐและคณะ(2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มพละพลังของผู้สูงอายุใน สังคมไทย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มพละพลังของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ด้านการพัฒนาการ ด้านการพัฒนาความประพฤติด้านการพัฒนาจิตใจและด้านการพัฒนาปัญญา ผู้สูงอายุต้องเริ่มดูแลตนเองโดย เตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนี้ 1) การเตรียมทางด้านร่างกาย และต้องปฏิบัติตนให้ สอดคล้องกับสภาวะที่เป็นอยู่ โดยการลดภาระหน้าที่ให้น้อยลง รวมทั้งสนใจในสิ่งจำเป็นพื้นฐานของตนเอง ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย สุขอนามัย การออกกำลังกาย และการพักผ่อน 2) การเตรียมทางด้านจิตใจ หลีกเลี่ยง สิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ เข้าใจและยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ฝึกตนให้อยู่ ในหลักธรรม ทำตนให้เป็นที่เคารพของคนทั่วไป ทำสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ใช้จ่ายให้ พอดีกับรายรับ และหากิจกรรมที่ชื่นชอบทำ 3) การเตรียมทางด้านสังคม ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักอยู่ติดบ้านมากขึ้น ส่วนใหญ่ได้แต่นั่งๆ นอนๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อเหี่ยวลงทุกวัน ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับ

สังคมปัจจุบัน ไม่ยึดถือตัวตน ฟังความคิดเห็นของคนอื่น สนใจสิ่งใหม่ๆ คบเพื่อนต่างวัยเพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ออกสังคมบ้างเป็นครั้งคราว หรือเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้บ้าน

รักชนก ชูพิชัยและคณะ(2563) ศึกษาเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตอย่างมีความสามารถ : กรณีศึกษาชุมชนทรายทอง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนอกจากต้องการความร่วมมือ จากผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมภายใต้ขีดจำกัดด้านอายุ แสดงออกถึงความภาคภูมิใจในตัวตนของผู้สูงอายุ นำไปสู่มุมมองใหม่ที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้มีศักยภาพหรือ “Active aging” ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในมิติด้านสุขภาพความมั่นคง ทำให้ผู้สูงอายุจะสามารถใช้ชีวิตในบ้านปลายอย่างเป็นสุข ชุมชนควรมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอกชุมชน มีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่งเสริมให้เกิดสิ่งที่ดีต่อร่างกายและดีต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญต่อกระบวนการ เพื่อการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านการมีส่วนร่วม รวมถึงการสร้างกลุ่มแกนนำจิตอาสา เพื่อทำกิจกรรมอย่างบูรณาการเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน อรรถกร ฉวยทิมและคณะ (2561) ศึกษาเรื่องความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 397 คน ด้านความสุขอันเกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรม การที่ผู้สูงอายุได้ออกมาเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางชมรมได้จัดขึ้น หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ตนเองสนใจและเป็นประโยชน์ต่อตนเองแล้วได้ไปเข้าร่วม จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ผู้สูงอายุควรจะได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ โดยเฉพาะกับคนวัยเดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงความสามารถอย่างเต็มที่ และจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตเกิดความรู้สึกที่ดีต่อสังคม ด้านความสุขอันเกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง การที่ผู้สูงอายุได้เกิดการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการใช้ชีวิต รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคมนั้น ๆ เป็นการเพิ่มคุณค่าให้ชีวิตมีความหมายและเกิดความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุ ด้านความสุขอันเกิดจากการมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี การที่ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ส่งผลทำให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติสุข สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และบริหารจัดการกับความทุกข์ได้ ซึ่งความสุขของผู้สูงอายุสามารถเกิดความสุขได้จากกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุหาทำได้เองจากภายในบ้านของตนก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขได้เช่นกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสุขในระดับสูงสุดจากแบบสอบถาม จำนวน 5 คน ซึ่งมีผลการสัมภาษณ์สรุปถึงแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข คือ ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ ให้มีความแข็งแรง หมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และทำจิตใจให้เบิกบาน เป็นผู้ที่มีความหวัง สามารถการจัดการกับความทุกข์ได้ มีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต ใช้ชีวิตอยู่ในปัจจุบันอย่างมีความสุข

ศรัล ชุนวิทยาและคณะ (2564) ศึกษาเรื่องสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย พบว่ากิจกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม การดูแลสุขภาพช่องปาก การบริหารกล้ามเนื้อรอบช่องปากและลิ้น การให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพแก่สมาชิกในเรื่อง การป้องกันภาวะสมองเสื่อม โภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน



โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวัน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตซึ่งจะสอดคล้องกับหลักธรรมของศาสนาเช่น กิจกรรมสวดมนต์วันแม่แห่งชาติ การสวดมนต์ข้ามปีในช่วงเทศกาลขึ้นปีใหม่รวมถึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน จะส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุ

## 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้าอำนาจผลและคณะ (2563) ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก

รูปแบบสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา

- 1.แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา
- 2.โปรแกรมการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก แนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้าอำนาจผลและคณะ (2563) ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก



ประเมินความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้าอำนาจผลและคณะ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย
  - การประเมินสุขภาพของตนเอง
  - การประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (EQ5D)
  - การประเมินกิจกรรมทางกาย ตามลักษณะกิจกรรม
- 2.ด้านจิตใจ
  - แบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า 2 Q
  - ประเมินความสุข 5 ระดับ
  - กิจกรรมเสริมสร้างความสุข
- 3.ด้านสติปัญญา
  - ภาวะสมองเสื่อม ใช้คำถามเกี่ยวกับการหลงลืมของผู้สูงอายุ
  - การเรียนรู้และการรับข่าวสาร
4. ด้านสังคม
  - การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน
  - การทำงาน
  - การปฏิสัมพันธ์กับสังคม
  - ความสามารถในการเดินทาง
5. ด้านความมั่นคง
  - ความเพียงพอของรายได้
  - การสนับสนุนจากครอบครัว
  - การสนับสนุนจากชุมชน
  - ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยแบบศึกษาและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 3.1 เพื่อประเมินระดับความมีชีวิตชีวาแต่ละด้านของผู้สูงอายุและรูปแบบการจัดระบบบริการ เพื่อพัฒนาระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ 3.2 เพื่อพัฒนารูปแบบสร้างเสริมสุขภาพพหุพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา 3.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบสร้างเสริมสุขภาพพหุพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา โดยแบ่งการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

**ระยะที่ 1** ประเมินระดับความมีชีวิตชีวาแต่ละด้านของผู้สูงอายุและรูปแบบการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ( 1 กรกฎาคม-31 ธันวาคม 2566 ) ใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. ศึกษาความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่มีรายชื่ออยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี

2. ศึกษา รูปแบบการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ

#### วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากร (ที่ใช้ในการศึกษาวัตถุประสงค์นี้) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่ออยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการคัดเลือกแบบจงใจ ตาม เกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ดังนี้ 1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) 1.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี 1.2 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1.3 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของวัยสูงอายุ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่เราเลือกมาสัมภาษณ์ 147 ราย จากผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 453 ราย โดย การคำนวณขนาดตัวอย่าง G\*Power

#### เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนวรรณกรรม จาก ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่ผ่านมาจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกที่จะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุผลกระทบต่อ การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการจัดการในทุกด้าน ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเอง มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจที่ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น มีผลกระทบต่อครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และยังส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในด้านจิตใจ

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ (Active ageing assessment tool) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้าอำนวยผลและคณะ (2563) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินระดับความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของผู้สูงอายุในระดับบุคคล โดยใช้แบบประเมินที่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และ ด้านความมั่นคง ซึ่งเป็นการพัฒนาจากกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการปรับ ตัวชีวิตที่มีการพัฒนาในต่างประเทศและในประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประเมินภาวะ Active ageing ในระดับประเทศ หรือพื้นที่ขนาดใหญ่ โดยไม่ได้เป็นตัวชี้วัดระดับบุคคล ทั้งนี้เครื่องมือประเมินระดับความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของผู้สูงอายุนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับบุคคล ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นภาพรวมในระดับ กลุ่มประชากร หรือระดับพื้นที่ได้ ซึ่งมีการแบ่งระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก และมาก โดยเครื่องมือประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุนี้ ได้ผ่านกระบวนการทดสอบเครื่องมือ และทดลองใช้ในพื้นที่ 8 จังหวัด ทุก

ภูมิภาคของประเทศ โดยมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของพื้นที่และตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ การประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน และในภาพรวม คือ - ด้านร่างกาย - ด้านจิตใจ - ด้านสติปัญญา และการเรียนรู้ - ด้านสังคม - ด้านความมั่นคง - ภาพรวม 4 ด้าน (ไม่รวมด้านความมั่นคง) - ภาพรวม 5 ด้าน โดยแต่ละด้าน และในภาพรวม จะมีการแบ่งระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ออกเป็น 4 ระดับ คือ

- ระดับ 1 หมายถึง ระดับน้อย (คะแนน 0.00%-25.00% ของคะแนนเต็ม)
- ระดับ 2 หมายถึง ระดับค่อนข้างน้อย (คะแนน 25.01%-50.00% ของคะแนนเต็ม)
- ระดับ 3 หมายถึง ระดับค่อนข้างมาก (คะแนน 50.01%-75.00% ของคะแนนเต็ม)
- ระดับ 4 หมายถึง ระดับมาก (คะแนน 75.01%-100.00% ของคะแนนเต็ม)

ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการดูแล ได้แก่ กลุ่มที่มีความมีชีวิตชีวา ระดับน้อย และระดับค่อนข้างน้อย 2. แบบประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ (Active ageing) แบบประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ด้านร่างกาย จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 ด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 4 ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 5 ด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 6 ด้านความมั่นคง จำนวน 5 ข้อ โดยข้อมูลที่ใช้ในการประเมินความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ (ไม่รวม ข้อมูลทั่วไป)

## 2.2 แบบสัมภาษณ์ศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่ออยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี เลือกมาสัมภาษณ์ 147 ราย จากผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 453 ราย โดย การคำนวณขนาดตัวอย่าง G\*Powerคน โดยกำหนดคุณลักษณะที่สำคัญคือการคัดเลือกแบบจงใจ ตาม เกณฑ์ 1. เกณฑ์การคัดเลือกเป็นอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) 1.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี 1.2 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1.3 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของวัยสูงอายุ และสามารถ ช่วยเหลือตนเองได้.

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินชีวิตชีวาของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้าอำนวยผลและคณะ (2563) ได้นำไปทดลองเก็บในประชากรผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาหาค่า reliability ค่าความสัมพันธ์อยู่ที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.7

2. แบบสัมภาษณ์ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านงานผู้สูงอายุในชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงทฤษฎี และ ความตรงเชิงเนื้อหา โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence : IOC) และแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

นำมาปรับตามคำแนะนำและนำไปใช้รวบรวมข้อมูล

ให้ +1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามสอดคล้องและครอบคลุม ตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

นำผลการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ไปหาความตรงของเนื้อหาและโครงสร้างได้จากสูตรของ Rowineln and Hambleton (1977)  $IOC = R / N$

เมื่อ  $IOC = \frac{\text{ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ}}{\text{ผลรวมของคะแนนการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ}}$

$R =$  ผลรวมของคะแนนการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ

$N =$  จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

สูตรของ Rowineln และ Hambleton (1977) กำหนดให้ค่า IOC มีค่า 0.05 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นกำหนดให้ค่า IOC ที่ยอมรับได้ในการศึกษาคั้งนี้มีค่าไม่น้อยกว่า 0.05 จึงถือว่าข้อคำถามนั้น ๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อคำถามค่าตอบใดมีค่า IOC น้อยกว่า 0.05 จะทำการปรับปรุงข้อคำถามนั้น ๆ ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา นำเครื่องมือที่ได้ไปปรับปรุงและแก้ไขเพื่อจัดทำฉบับสมบูรณ์

3. การดำเนินการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่ออยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ตาม เกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ดังนี้ 1. เกณฑ์การคัดเลือกเป็นอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) 1.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี 1.2 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1.3 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของวัยสูงอายุ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่เราเลือกมาสัมภาษณ์ 147 ราย จากผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 453 ราย โดย การคำนวณขนาดตัวอย่าง G\*Power

4. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสถิติอ้างอิงวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

5. อภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 นำไปสู่การออกแบบโปรแกรมพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล วิธีวิเคราะห์

**ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา**

เครื่องมือในการวิจัย

1. พัฒนารูปแบบ

1.1 นำข้อมูลที่ได้จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 มาจัดทำร่าง รูปแบบการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาระดับความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ

1.2 จัดประชุมกับผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลหนองปรือ คณะกรรมการ พชอ.อำเภอหนองปรือและอาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลหนองปรือเพื่อร่วมกำหนดรูปแบบการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาระดับความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ

1.3 ทดลองนำรูปแบบไปปฏิบัติพื้นที่ใกล้เคียงโรงพยาบาลหนองปรือ

1.4 ถอดบทเรียนสรุปรูปแบบการดำเนินงานการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาระดับความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ

2. พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา

ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด Active ageing ประกอบด้วยทั้งหมด 3 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง กิจกรรมแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ติดตามประเมินด้วย ประเมินความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลัง ก่อน/หลังโปรแกรมหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลหนองปรือ

ครั้งที่ 1. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีชีวิตชีวา

- ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล
- กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสติปัญญาและการเรียนรู้

ครั้งที่ 2. กิจกรรมสร้างเสริมเข้าสังคมสนับสนุนมั่นคงมีชีวิตชีวา

- ทบทวนชวนคุยประเมินกิจกรรมครั้งที่ 1
- กิจกรรมด้านสังคม และด้านความมั่นคง

ครั้งที่ 3. กิจกรรม ทบทวน กิจกรรมครั้งที่ 2

- ประเมินผล
- ถอดบทเรียนและเสริมพลังเพื่อพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

3. จัดทำคู่มือ

4. พัฒนาระบบติดตามผ่านช่องทาง online ร่วมกับเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุและ อสม ในพื้นที่

5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมพลังเพื่อพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพการพัฒนาเครื่องมือ

ส่งเครื่องมือให้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างทฤษฎีแนวคิด

การพัฒนาความมีชีวิตชีวา (Active ageing)

2.2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ พ้าอำนวยการผลและคณะ (2563) ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วยตรวจสอบความตรงตามทฤษฎีและเนื้อหา (Content validity) โดยใช้วิธีตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อ คำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item - objective congruence [IOC]) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและสุขภาพจิต อาจารย์พยาบาล นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ นำคะแนนตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดมาคำนวณหาค่าดัชนี IOC ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 หากความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อ เสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบคุณภาพ

2.3 การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไป ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แล้วนำมาประมาณค่าความเที่ยงโดยวิธีวิเคราะห์ ความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1990)

**ระยะที่ 3** ประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังด้วยแนวคิดการพัฒนาความมีชีวิตชีวา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในระยะนี้ ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม

3.2 กลุ่มประชากร (ที่ใช้ในการศึกษาวัตถุประสงค์นี้) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่ออยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการคัดเลือกแบบเจาะ ตาม เกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ดังนี้ 1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) 1.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี 1.2 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1.3 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของวัยสูงอายุ และสามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ จำนวน 34 ราย

รูปแบบการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินควมมีชีวิตชีวาผู้สูงอายุ มีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้จากการการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการอยู่อาศัย อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 รูปแบบกิจกรรมของวัยสูงอายุสำหรับผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก ใช้ด้วยแนวคิดการพัฒนาควมมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้าอำนาจผลและคณะ (2563) ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลก โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมควมมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม โดยมีกิจกรรม ทั้งหมด 3 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง กิจกรรมแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ติดตามประเมินด้วย แบบประเมินควมมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ หลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 เดือน รายละเอียดกิจกรรมได้แก่ ครั้งที่ 1. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีชีวิตชีวา - ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล - กิจกรรมด้านร่างกาย กิจกรรมด้านจิตใจเสริมสร้างความสุข กิจกรรมการเรียนรู้และการรับข่าวสาร ครั้งที่ 2. กิจกรรมสร้างเสริมเข้าสังคมสนับสนุนมั่นคงมีชีวิตชีวา - ทบทวนชวนคุยประเมินกิจกรรมครั้งที่ 1 - กิจกรรมด้านสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การปฏิสัมพันธ์กับสังคม กิจกรรมด้านความมั่นคง ความเพียงพอของรายได้ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย ครั้งที่ 3. กิจกรรม ทบทวน กิจกรรมครั้งที่ 2 - ประเมินผล - ถอดบทเรียน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม เป็นเครื่องมือที่ให้กลุ่มเป้าหมาย ได้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมควมมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม เสร็จสิ้นที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็น กิจกรรม โดยการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ผลค่าเฉลี่ย ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 จึงนำไปทดสอบเครื่องมือหาความเที่ยงของเนื้อหาในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในพื้นที่อื่น

ส่วนที่ 4 แบบสร้างเสริมสุขภาพพถมพล้งด้วยแนวคิดการพัฒนาควมมีชีวิตชีวา (Active ageing) ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยพินิจ ฟ้าอำนาจผลและคณะ (2563) ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมควมมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ

ใช้วัดควมมีชีวิตชีวา มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 25 ข้อ คำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็น มาตรฐานประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่รู้สึกรึเครียด) ถึง 5 (รู้สึกเครียดมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ามีกรรับรู้ ความเครียดสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อย

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Samples t-test
3. ถอดบทเรียน สรุปผลรูปแบบสร้างเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุเพื่อเป็นการตรวจสอบว่ามีองค์ประกอบใดบ้างที่เป็นข้อมูลย้อนกลับที่จะช่วยผู้วิจัยนำไปปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

## จริยธรรม/การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย ได้รับการตรวจสอบและผ่านความเห็นชอบการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี หมายเลข 21/2566 และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและขั้นตอนการเก็บข้อมูล แก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลเพื่อปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

## อ้างอิง

กรมสุขภาพจิต <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>, (7/4/2566)

กรมกิจการผู้สูงอายุ <https://www.dop.go.th/th/know/1>, (20/4/2566)

กรมสุขภาพจิต. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2555.

กุลธิดา กุลประทีปปัญญาและคณะ. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 หน้า 581

จิราพร รักการ. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2554

จิราพร เกศพิชญพัฒนา, และคณะ. (2543). สูงวัยไม่สูญค่า. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย.วารสารวิชาการธรรมทรศน์. ปีที่ 19 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2562)

ณัฐมลกันต์ ไชยวิมลสิริ. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นสุข.วารสารชัยภูมิปริทรรศน์, ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 2562

พระครูใบฎีกาอภิชาติ ธมฺมสุโท (พรสุทธชัยวงศ์)และคณะ. กระบวนการพัฒนาพหุพลังของผู้สูงอายุด้วยการใช้ชุดกิจกรรมภาวนา. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาลัยสงฆ์พุทธปัญญาศรีทวารวดี, 2562

พินิจ ฟ้าอำนวยผล. เรื่องโครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะ Active ageing สำหรับผู้สูงอายุไทยมูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2563

รักชนก ชูพิชัยและคณะ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตอย่างมีความสามารถ : กรณีศึกษาชุมชนทรายทอง จังหวัดนนทบุรี วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย, ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2563)

วรภรณ์ ภูคาและคณะ.คู่มือข้อเสนอแนะการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม\**Nursing Science Journal of Thailand*. 2020;38(1):73-85, 2562

วิชนี คุปตะวาทีน. ผู้สูงอายุกับเทคโนโลยี. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน2566 หน้า 328

วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power สำหรับงานวิจัยที่มีการใช้ตัวแปรอิสระ.วารสารวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2563

ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2561

สัญญา สดประเสริฐและคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มพหุพลังของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสาร มจร พุทธ



ปัญญาปริทรรศน์, ปีที่ 7 ฉบับที่ 1(มกราคม –มีนาคม2565) 2565  
สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/3>,  
(20/4/2566)  
สุรรัตน์ ณ วิเชียรและจุฑามาศ รัตน์อัมภา. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์,  
ปีที่ 22 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2565)  
อรรถกร เฉยทิม นวลฉวี ประเสริฐสุขและอุรปริย์ เกิดในมงคล. ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขต  
กรุงเทพมหานคร. นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาชุมชน) ภาควิชา  
จิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2561  
อากาศกร เป็รียนันท์และคณะ. การพัฒนามาตรวัดความผาสุกทางจิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ  
ธนบุรี วิทยาลัยวิทยาการทางปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารพยาบาล, 2563  
อัจฉริยา ปัญญาแก้วและคณะ. ระดับพฤติกรรมและรูปแบบการใช้เวลาในกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤติกรรม. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
2564  
อุรปริย์ เกิดในมงคลและคณะ. วิจัยเรื่องการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตอย่างมีความสามารถ  
ด้านสุขภาพ วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, ปีที่14 ฉบับที่1มกราคม-มิถุนายน 2565 หน้า  
30-45  
HDC สสจ.กาญจนบุรี, (22/4/2566)

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological  
well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited.  
*Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.



