



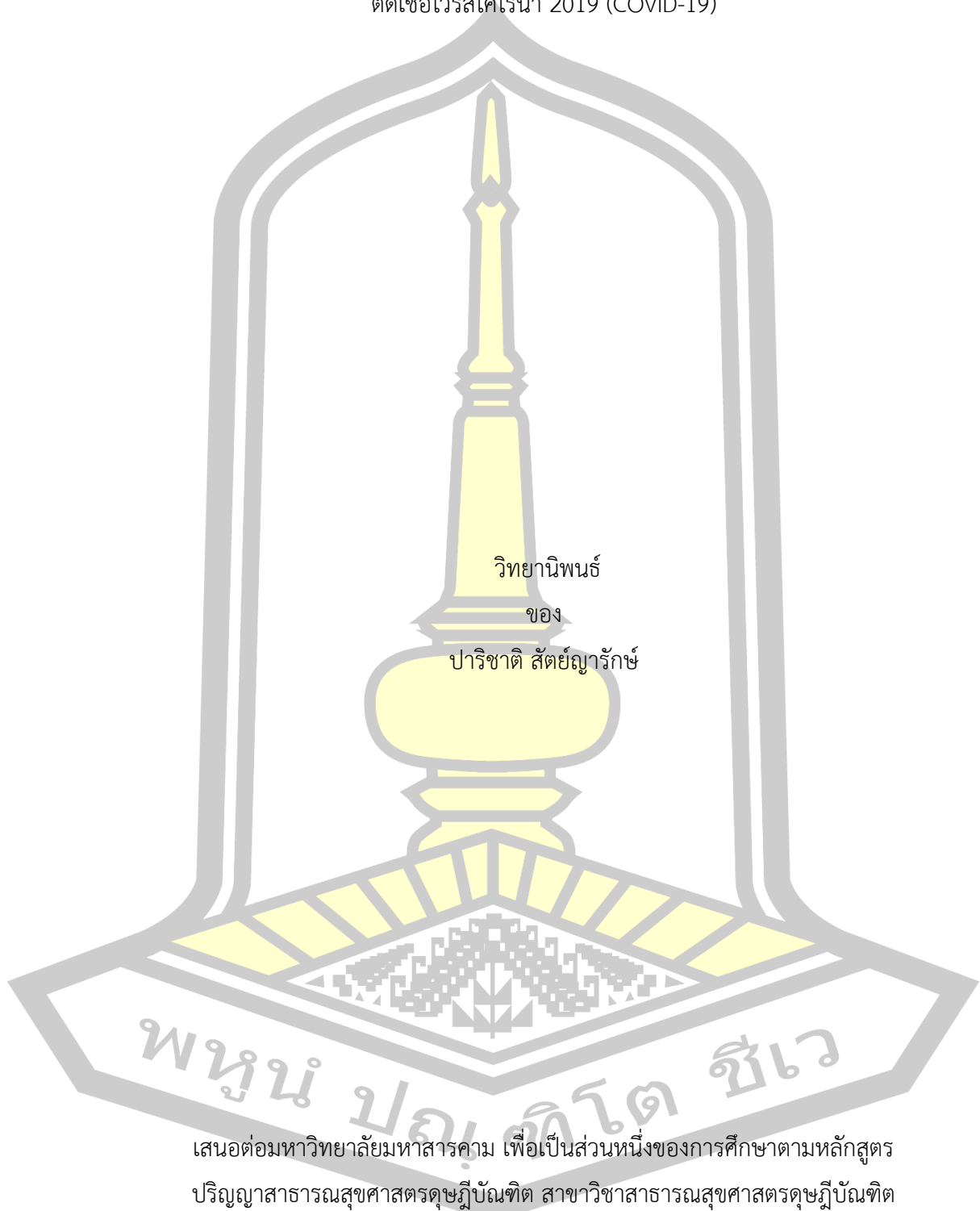
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิทยานิพนธ์
ของ
ปาริชาติ สัตย์ญารักษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สิงหาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



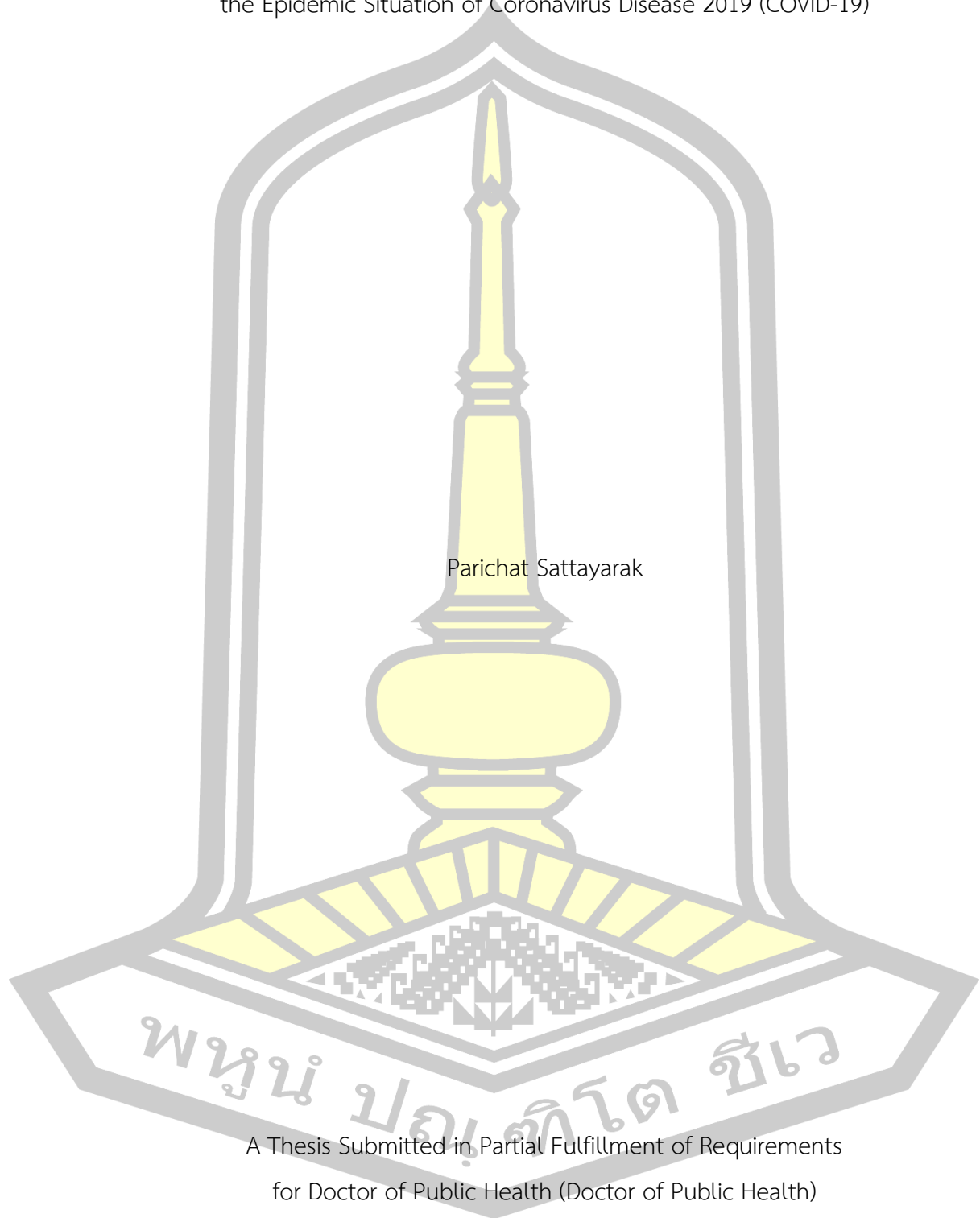
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สิงหาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Health Promotion Model for Improving the Quality of Life of the Elderly Under
the Epidemic Situation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

Parichat Sattayarak



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

August 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
สาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. จุฬารณ โสตะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

กรรมการ

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
สาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
ผู้วิจัย	ปาริชาติ สัตย์ญารักษ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สมัทนา กลางคาร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

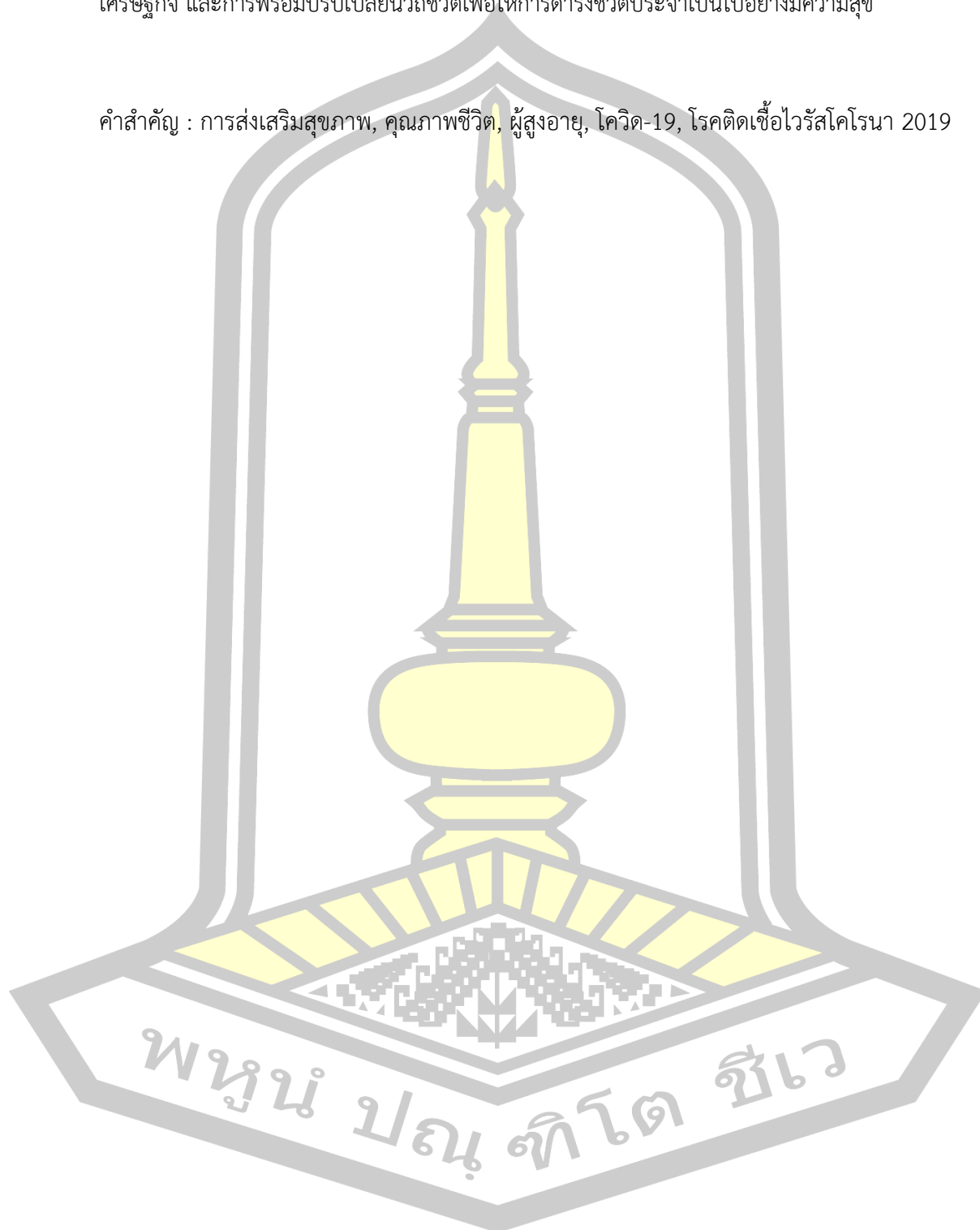
บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในสังคมทั่วโลก รวมไปถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน คือ ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า เพศ สถานภาพ อายุ รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2) ด้านสุขภาพกาย 3) ด้านจิตใจ 4) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 5) ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อมโยงประสานกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค หลังจากการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้น พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน ท้องถิ่น การสนับสนุนต่อยอดผลิตภัณฑ์ของกลุ่มผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน และตรวจสุขภาพเบื้องต้น ปัจจัยทางสุขภาพ ได้แก่ ความเข้าใจและการแสวงหาความรู้ด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการทำงานฝีมือส่งผลให้เกิดการต่อยอดด้าน
เศรษฐกิจ และการพร้อมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้การดำรงชีวิตประจำวันไปอย่างมีความสุข

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โควิด-19, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



TITLE	The Health Promotion Model for Improving the Quality of Life of the Elderly Under the Epidemic Situation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)		
AUTHOR	Parichat Sattayarak		
ADVISORS	Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Assistant Professor Chaiwut Bourneow , Ph.D. Assistant Professor Kemika Sombuteyotha , Dr.P.H.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

The epidemic of the 2019 Coronavirus Disease has caused changes in the lifestyles of people in society around the world, including affecting the quality of life (QOL) of the elderly. This study was a Mixed Method Research. The aim was to develop a health promotion model to improve the QOL of the elderly. The sample group were the elderly, health workers, village leader ,village health volunteers and elderly caregivers. Research tool employed the health promotion model for improving the QOL of the elderly; questionnaires, in-depth interviews; and focus group discussion.

The study found : gender, married status, age, income, occupation, congenital disease, family history of exposure to the disease were the factors that affect the QOL of the elderly. The health promotion model for improving the QOL of the elderly consists of 5 aspects: 1) Health promotion according to 3E principles 2) Physical health 3) Mental health 4) Social relations 5) Environment which were linked together to improve the quality of life of the elderly under the epidemic situation. After applying the generated model, it was found that : the target group had QOL under the epidemic situation statistically significant increase ($p<0.001$). The QOL were better than before the program development in terms of perceiving the benefits of health promotion practices, recognition of barriers to health promotion practice, self-efficacy in health promotion, interpersonal influence, and health promotion behaviors. Success factors in promoting health and improving the QOL of the elderly in society were family support, neighbor, hood community, local, promoting the products of the elderly group, home visit, and primary health check. Health factors include

understanding and seeking health knowledge of the elderly. Individual factors such as skill in craftsmanship leads to economic expansion and readiness to change the lifestyle of the elderly in order to live a regular life with happiness.

Keyword : Health Promotion, Quality of Life, Elderly, COVID-19, Corona Virus Disease 2019



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสนับสนุนทุนการวิจัยสำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา งบประมาณเงินรายได้ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ที่ศึกษาจึงขอขอบพระคุณอย่างสูงมาก ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณความอนุเคราะห์จาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์เพื่อให้ได้มาซึ่งงานที่มีคุณภาพ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนียว และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการแก้ไขและพัฒนางานให้สำเร็จ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ โรงพยาบาลชัยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยต้อน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลห้วยต้อน มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามเป็นอย่างดี รวมทั้งหลายหน่วยงานที่ไม่ได้เอ่ยชื่อนาม

ขอขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกขั้นตอนการดำเนินงานวิทยานิพนธ์ ตลอดจนคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคุณอดุลย์ สัตย์ญารักษ์ บิดา คุณสวาท สัตย์ญารักษ์ มารดา คุณภาณุวัฒน์ ปากขำนิ คู่สมรส และขอบคุณญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือทุกด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ผู้วิจัยได้ศึกษาในครั้งนี้ และช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ปาริชาติ สัตย์ญารักษ์

พูน ปณ จิต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
2.2 การส่งเสริมสุขภาพ	14
2.3 ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Theory).....	17
2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory).....	25
2.5 แนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	29
2.6 การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research)	34
2.7 แนวทางการดูแลสุขภาพตามหลักการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	41

2.8 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	43
2.9 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต	51
2.10 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	60
2.11 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	70
2.12 กรอบแนวคิดการวิจัย	85
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	86
3.1 รูปแบบของการวิจัย	87
3.2 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย	87
บทที่ 4 ผลการวิจัย	114
4.1 ผลการศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	114
ตอนที่ 1 ผลศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	114
ตอนที่ 2 ผลศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	126
4.2 ผลการศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	136
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน	137
ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผน	140
ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตและบันทึกผล	141
ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล	148
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	150
5.1 สรุปผลการวิจัย	150
5.2 อภิปรายผล	153

5.3 ข้อเสนอแนะ	157
บรรณานุกรม.....	159
ภาคผนวก.....	165
ภาคผนวก ก แบบสอบถามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ.....	166
ภาคผนวก ข แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม	190
ภาคผนวก ค แบบประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	192
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	194
ภาคผนวก จ หลักฐานการขอจริยธรรมในมนุษย์.....	205
ประวัติผู้เขียน.....	211

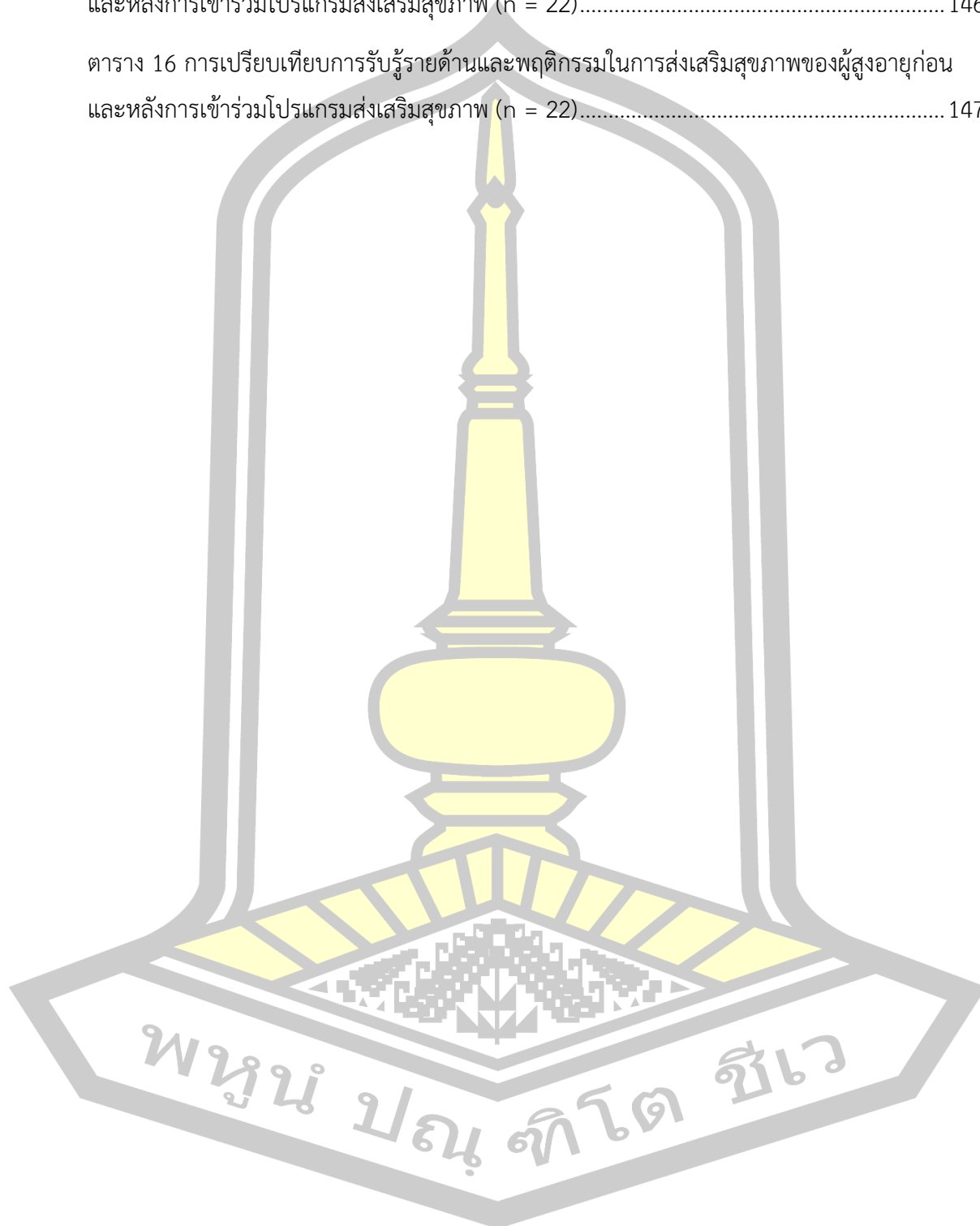


สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การสุ่มตัวอย่างจำนวนผู้สูงอายุตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	89
ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=829)	115
ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะ พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	118
ตาราง 4 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	119
ตาราง 5 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	122
ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ stepwise multivariable logistic regression.....	123
ตาราง 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ stepwise multivariable logistic regression.....	124
ตาราง 8 แสดงปัญหาและความต้องการด้านกิจกรรมของผู้สูงอายุตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัด ชัยภูมิ	131
ตาราง 9 แสดงรูปแบบการพัฒนากิจกรรมผู้สูงอายุ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	131
ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	133
ตาราง 11 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมแยกรายหมู่บ้านตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัด ชัยภูมิ	137
ตาราง 12 แสดงการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในการศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านโป่งคลองใต้ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	140
ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคล (n=22)	142
ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 22).....	145

ตาราง 15 การเปรียบเทียบจำนวน และร้อยละด้านการรับรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อน
และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 22)..... 146

ตาราง 16 การเปรียบเทียบการรับรู้รายด้านและพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อน
และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 22)..... 147



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised).....	18
ภาพประกอบ 2 กระบวนการทำงานเป็นขดลวดเคมัส.....	32
ภาพประกอบ 3 การออกแบบคู่ขนาน (Parallel – Database Design)	37
ภาพประกอบ 4 การออกแบบการแปลงข้อมูล (Data-Transformation Design).....	38
ภาพประกอบ 5 การออกแบบการตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Data-Validation Design).....	38
ภาพประกอบ 6 การออกแบบพหุระดับ (Multilevel Design).....	38
ภาพประกอบ 7 การออกแบบการพัฒนาเครื่องมือ (Instrument-Development Design).....	40
ภาพประกอบ 8 การออกแบบการพัฒนาทฤษฎี (Theory-Development Design).....	40
ภาพประกอบ 9 การออกแบบการพัฒนาวิธีการ (Treatment-Development Design).....	40
ภาพประกอบ 10 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	86
ภาพประกอบ 11 แสดงร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	135
ภาพประกอบ 12 แสดงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	149

พูน ปณ จิต ชีเว

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในช่วงเวลากว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า มี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,050 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยปลาย ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 146 ล้านคน หรือร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) ในอนาคตคาดการณ์สถานการณ์ว่าในอีก 30 ปีข้างหน้าจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่าเท่าตัว ซึ่งประมาณการว่าจะอยู่ที่ 1.5 พันล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 (United Nations : UN, 2021) โดยในประเทศไทยมีสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างรวดเร็วเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงอัตราการเพิ่มประชากรนี้ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านภาวะการตายและภาวะเจริญพันธุ์ (งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย, 2561) ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุของประชากรไทยคือในช่วง 20 - 30 ปี ที่ผ่านมา ทั้งจำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลง ในขณะที่จำนวนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15 - 29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต ประชากรสูงอายุในปัจจุบันเพิ่มจากประมาณ 5 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นประมาณ 10 ล้านคน และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุจะเร็วกว่าประชากรโดยรวม (บุญช่วย คำยาดี, 2564) โดยประชากรผู้สูงอายุในปี 2565 นั้นมีมากถึง 12,519,926 คน คิดเป็นร้อยละ 18.94% ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 0.5 แบ่งเป็น “ผู้สูงอายุวัยต้น” ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยกลาง” ช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3,522,778 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 “ผู้สูงอายุวัยปลาย” อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2566)

จากสถานการณ์การเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้สูงอายุดังกล่าวพบว่า มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และพบปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทยคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ส่วนใหญ่แล้วความเสื่อมทางจิตใจและอารมณ์นั้นมาควบคู่กับความเสื่อมทางสภาพร่างกาย จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ไร้คุณค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบกับการสูญเสียอำนาจจากการเกษียณหรือออกจากงาน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลน้อยใจและมีความกระตือรือร้นจิตใจได้ง่าย ด้านสังคม เช่น การถูกลดบทบาทหน้าที่ลง การเกษียณจากงาน การขาดความสำคัญหรือการมีเวลาว่างมากขึ้น ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวเกิดความห่างเหินกันจากภาระหน้าที่การงาน ทำให้

ผู้สูงอายุมีความต้องการทางสังคมในด้านต่างๆ เช่น ความเป็นเพื่อน การมีบุคคลกลุ่มร่วมวัย การร่วมกิจกรรมทางสังคมและยังมีภาวะในความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าสูงอีกด้วย (ธมนวรรณ อยู่ดี, 2560) จากหลายการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทย มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (วิไลพร ขาวงษ์ และคณะ, 2561) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันนำมาซึ่งปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ปัญหาผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ การเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม (มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ, 2564) จึงส่งผลทำให้หลายองค์กรได้กำหนดมาตรการและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ภายใต้กรอบสหประชาชาติ : แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริด ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing “MIPAA”) ได้กำหนดนโยบายพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็น ได้แก่ ผู้สูงอายุกับการพัฒนา ส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะให้กับผู้สูงอายุ และการสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม แนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต มีส่วนร่วม องค์การสหประชาชาติประจำประเทศไทย (UN Thailand) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs) ที่ประชาคมโลกตกลงร่วมกันที่จะใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานด้านการพัฒนา โดยมีเป้าหมาย 17 ข้อมีเป้าหมายในการสร้างหลักประกันให้ประชาชนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมไปถึง (ร่าง)แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2564 – 2580 เน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ในจังหวัดชัยภูมิ มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ผละกำลังที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด สมารถในการทำงานต่างๆ ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด ความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นในสังคม ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุดและสภาพบ้านเรือน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิในหลากหลายด้าน ได้แก่ จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการสันถนาการตามความเหมาะสม จัดสถานที่ในการออกกำลังกาย อุปกรณ์การกีฬา นัดผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การสวดมนต์นั่งสมาธิทุก ๆ วันพระ คนในชุมชนให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้มีประสบการณ์แต่งตั้งเป็น ที่ปรึกษาด้านต่าง ๆ เช่น เป็นผู้นำทางศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน และจัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ (วิราวรรณ พุทธมัตย์, 2563) ในปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นนโยบายและเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคม แห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่จึงเป็นส่วนสำคัญ โดยเฉพาะการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564 ข้อมูล ณ วันที่ 12 ตุลาคม 2564)

ในปัจจุบันที่สังคมโลกตกอยู่ในภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 มีผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 680,289,304 คน เสียชีวิต จำนวน 6,802,331 คน โดยประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมอยู่ในลำดับที่ 24 ของโลก สถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 4,463,557 คน เสียชีวิตสะสมจำนวน 30,143 คน การแพร่ระบาดในกลุ่มผู้สูงอายุ พบจำนวนผู้สูงอายุติดเชื้อสะสม 42,660 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยแบ่งเป็นวัยผู้สูงอายุต้น 60-69 ปี ติดเชื้อ 27,445 คน วัยผู้สูงอายุตอนกลาง 70-79 ปี ติดเชื้อ 10,650 คน วัยผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปี ขึ้นไป ติดเชื้อ 4,565 คน ผู้เสียชีวิตสะสมทั้งหมด 4,763 ราย ร้อยละ 65.19 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในจังหวัดชัยภูมิพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 11,919 คน เสียชีวิตสะสม 116 คน ผู้สูงอายุเสียชีวิตสะสมทั้งหมด 9 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565) การติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากการแพร่กระจายของหยดหรือละอองขนาดเล็ก (droplets) เมื่อไอ จามหรือการพูดคุย เมื่อมีการหายใจเอาละอองเหล่านี้เข้าไปจะทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้น หยดหรือละอองเหล่านี้สามารถตกลงบนวัตถุและพื้นผิว เช่น โต๊ะ ลูกบิดประตู และราวจับ เป็นต้น เมื่อมีการสัมผัสกับวัตถุหรือพื้นผิวดังกล่าวแล้วไปสัมผัสดวงตา จมูกหรือปากอาจทำให้ได้รับเชื้อได้ การอยู่ห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร (3 ฟุต) ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่เป็นประจำ หรือทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ล้างมือเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการป้องกัน การติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (WHO, 2020) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ความเสี่ยงต่อการติดโรคจากคนในครอบครัว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564 ข้อมูล ณ วันที่ 12 ตุลาคม 2564) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะตึงเครียด เหงา ภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล การฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดความผิดปกติด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุดทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์ปกติ แต่ยังไม่พบการศึกษาในด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals

(SDGs) “ในการสร้างหลักประกันให้ประชาชนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (Report SDG Index, 2019) ให้ได้ภายในปี 2573” ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ ของ Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ที่เชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพเมื่อมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการมีพฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้น เพื่อป้องกันตนเองจากการเกิดโรค ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 5 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกรรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติกรรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล โดยผู้วิจัยคาดว่า ผลการศึกษารั้่งนี้ จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิต และเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตภายใต้การเกิดเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

1.2 คำถามงานวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อประเมินการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,017 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 7 หมู่บ้าน ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน) สามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน

3. ขอบเขตด้านสถานที่ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

4. ขอบเขตด้านเวลา การดำเนินการวิจัยในช่วงการศึกษาในระยะที่ 1 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2565

การศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้วิจัยดำเนินการค้นหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งดำเนินการในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านโป่งคลองใต้ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน) สามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล

บุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านสถานที่ บ้านโป่งคลองใต้ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

4. ขอบเขตด้านเวลา การดำเนินการวิจัยในช่วงการศึกษาในระยะที่ 2 ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง ธันวาคม 2565 (9 เดือน)

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตามโดยประยุกต์ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต** หมายถึง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีของเพนเดอร์ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อพัฒนาความพึงพอใจในการดำรงชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ให้ดีขึ้น โดยเกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

3. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน

4. **คุณภาพชีวิต** หมายถึง ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ โดยเกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

5. **การพัฒนาคุณภาพชีวิต** หมายถึง การพัฒนาความพึงพอใจในการดำรงชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ให้ดีขึ้น โดยเกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

6. **โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** หมายถึง โรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัสโคโรนาในกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 2 (SARS-CoV-2) อาการทั่วไป ได้แก่ ไข้ ไอ และหายใจลำบาก อาการอื่น ๆ อาจรวมถึงอ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ท้องร่วง เจ็บคอ ภาวะเสียการรู้กลิ่นและภาวะเสียการรู้รส

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพของตนเองได้ภายใต้ข้อจำกัดของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. นำผลการศึกษาวิจัยที่ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุขยายผลประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันหรือคล้ายคลึงกัน

3. สามารถประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาช่วยในการพัฒนาแนวทางการประเมินส่งเสริมสุขภาพ/คุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนทั่วไปได้ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

4. เกิดปฏิสัมพันธ์และสร้างเครือข่ายทางสังคมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน



บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2. การส่งเสริมสุขภาพ
- 2.3. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)
- 2.4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
- 2.5. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 2.6. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต
- 2.7. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 2.8. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9. กรอบแนวคิด

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือเรียกกันทั่วไปว่า "คนแก่" ซึ่งในประเทศไทยจะให้ความเคารพผู้สูงอายุ ถือว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพระคุณ เป็นผู้ที่ยกย่องบรมเลื่องลือลูกหลาน รวมถึงเป็น ปุชนียบุคคลแก่คนรุ่นต่อ ๆ ไป สำหรับผู้สูงอายุนั้น ความแก่เป็นกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้มีการสลายมากกว่าสร้าง อวัยวะต่าง ๆ หดโทรมและร่างกายแก่ลง จนทำให้เกิดการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากและได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (วิชัย เทียนถาวร, 2555) หากจะแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามการเปลี่ยนแปลงโดยนักวิชาการบางกลุ่มสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร, 2555)

1. ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ระดับนี้สภาวะทางสรีรวิทยายังไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก
2. ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ระดับนี้สภาวะทางสรีรวิทยาเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตัวเองบกพร่อง

3. ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางคนต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นครั้งคราว

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548) กล่าวว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมนุษย์ จะทำหน้าที่ได้มา และสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปีหลังอายุ 30 ปีแล้ว การทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาลดน้อยลง ซึ่งจะเห็นความเสื่อมของร่างกายเป็นรูปธรรมก็เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี การเสื่อมของสภาพร่างกายขึ้นอยู่กับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปภายนอกนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังคือหลังโกงอ หักเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของช่องท้องเพิ่มขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง บริเวณใบหน้าเกิดรอยย่น บริเวณหน้าผากมักเกิดรอยย่นขึ้นก่อนบริเวณอื่นเนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก รอยย่นนี้เริ่มเกิดเมื่ออายุเพียง 20 ปี และจะมีมากขึ้นเมื่ออายุ 30-40 ปี ยิ่งสูงอายุขึ้นรอยย่นก็ยิ่งเพิ่มความลึก รอยย่นบนใบหน้าเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ ประกอบกับไขมันใต้ผิวหนังและความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลงเมื่อผิวหนังหย่อนมากจึงถูกแรงโน้มถ่วงของโลกดึง ทำให้หนังตาดก หูยาวและเหนียงยาน ปริมาตรของกระดูกที่บริเวณแกนกลางสูญเสียเร็วกว่าบริเวณรอบนอก พบว่าจะเริ่มมีการสูญเสียปริมาตรของกระดูกบริเวณอู้งเชิงกรานตั้งแต่อายุ 30 ปี จากการเปรียบเทียบปริมาตรของ "trabecular bone" ที่ "iliac crest" ในผู้หญิงอายุการศึกษาโดยการ 18-55 ปี พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นกระดูกจะสูญเสียไปร้อยละ 0.7 ต่อปี และจากการศึกษาโดยการวัดความหนาแน่นของกระดูกผู้หญิง พบว่าจะมีการสูญเสียกระดูกตลอดช่วงอายุของผู้ใหญ่ในอัตราประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ต่อปี การสูญเสียมวลกระดูกทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis)

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องศึกษานิยามของคำว่าผู้สูงอายุด้วย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

วัยสูงอายุ (Senescence) หรือการเข้าสู่วัยชราเป็นขบวนการ ซึ่งนำไปสู่การลดลงของการคาดการณ์ของอายุขัยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการมีอายุเพิ่มขึ้น (Aging) เป็นการสูญเสียของการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป และทำให้การคาดการณ์ของอายุขัยลดลงเมื่อเวลาผ่านไปซึ่งสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตเริ่มลดน้อยลง โดยสามารถอธิบายความหมายของการสูงอายุได้เป็น 3 ประการ ดังนี้

1. ภาวะของการมีอายุสูงขึ้นเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัย (Aging as a stage of the life span) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผลรวมของการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดในร่างกายเมื่อเวลาผ่านไป โดยถือว่าเซลล์ต่างๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอนตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสปีนซ์ เข้าสู่วัยชราและตายไปในที่สุด

2. ภาวะสูงอายุเป็นขบวนการของการเสื่อมสลาย (Aging as a deteriorative process) โดยมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายซึ่งมีการเสื่อมสลายเมื่อมีอายุมากขึ้น เป็นผลทำให้ทำหน้าที่ไม่ได้และตายไปในที่สุด

3. ภาวะสูงอายุเป็นภาวะที่มีการทำลายเซลล์และโมเลกุล (Aging as cellular and molecular damage) โดยเชื่อว่าเมื่อเวลาผ่านไปทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่เยื่อหุ้มเซลล์ทั้งในด้านของ Permeability และ Transport การเปลี่ยนแปลงของไซโตพลาสซึมโดยมีการสร้าง Free radicals, Cross linking, Lipofuscin, การเปลี่ยนแปลงของนิวเคลียสโดยมีความผิดปกติในการสร้างและทำลาย DNA รวมทั้งมี mRNA error catastrophe และมีการเปลี่ยนแปลงใน Replication และ Histocompatibility complex

ในประเทศไทย มีการใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นครั้งแรกโดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ ธิธิสุนทร ในโอกาสที่มีการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2505 โดยทางราชการไทยได้กำหนดว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพื่อให้สอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย พ.ศ.2525 ว่าด้วยผู้สูงอายุ และได้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์เกษียณอายุราชการในประเทศไทยเป็นต้นมา นอกจากจะใช้ตัวเลขเป็นตัวกำหนดความหมายของผู้สูงอายุแล้ว ยังมีการให้ความหมายของผู้สูงอายุในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้า หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า Gerontologists ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) ความสูงอายุลักษณะนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์ โดยดูตั้งแต่ปีที่เกิด ดังนั้นบุคคลที่มีอายุ 75 ปี ย่อมจะต้องมีความเป็นผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่มีอายุ 45 ปี เหล่านี้เป็นต้น การดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จึงดูที่จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงๆ โดยไม่นำเอาเรื่องของสุขภาพ ความสามารถหรือความรู้ทางสติปัญญา บทบาททางสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological -aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกรัศ สายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological aging) ซึ่งนับรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาด้วย เช่น ระบบความจำเปลี่ยนไป การเรียนรู้เริ่มลดถอยลง ตลอดจนบุคลิกภาพต่างๆ ที่แสดงออกอย่างเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social aging) รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมอื่นๆ ด้วย

สำหรับผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่ง ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หรือ วัยสูงอายุ หรือ วัยชราไว้ว่าผู้สูงอายุ คือคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับฝรั่งจะถือว่าผู้สูงอายุ คือ คนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือจะใช้เกณฑ์ในการพิจารณาอีกแบบ ซึ่งมีวิธีพิจารณา 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 ถือเอาตามอายุ

การถือเอาตามอายุนี้ บางคนก็กำหนดให้ถือว่า อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปถือว่าแก่ แต่บางคนก็ให้ถือว่าจะเรียกว่าแก่ ต้องมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เลยมีผู้กำหนดอย่างกว้างๆ ว่า คนที่จะถือว่าแก่ คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 ปี บวกลบ 10 ปีขึ้นไป (70 ± 10 ปี) นับว่าให้ไว้กว้างมาก

วิธีที่ 2 ถือเอาตามอายุที่ยังสามารถปฏิบัติงานได้

วิธีนี้ถือว่าผู้ที่มีอายุเลยจากการที่จะปฏิบัติงานได้ ตามการเกษียณอายุงาน ก็ให้ถือว่าแก่แล้ว แต่การจะถือว่าเมื่อเกษียณอายุราชการหรืองานประจำแล้ว เรียกว่าแก่นั้น ถือเอาแน่นอนไม่ได้ เพราะการเกษียณงานจะแตกต่างกันไปได้ตามเชื้อชาติ กาลสมัย อาชีพ สภาพความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล บางอาชีพยังคงทำงานได้โดยไม่ต้องเกษียณ แต่ยังคงยึดหน้าที่หรือการทำงานนั้นไว้ ไม่ว่าจะมียุ่่มากเท่าใด บางคนปลดเกษียณแล้วยังสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติก็มีอยู่มาก วิธีนี้จึงถือเป็นมาตรฐานได้ไม่ค่อยดี

วิธีที่ 3 ถือเอาสุขภาพของร่างกาย เมื่อมีความเสื่อมของร่างกาย

คือ เมื่อร่างกายมีลักษณะของการเสื่อมโทรมเด่นชัดเมื่อใด เมื่อนั้นก็ถือว่าแก่แล้ว วิธีนี้มักไม่มีคนยอมรับ เพราะสภาพของความเสื่อมโทรมของร่างกายมักจะปรากฏขึ้นมาตั้งแต่วัยกลางคนซึ่งก็ถือกันว่าอายุยังไม่มากนัก และบางคนก็เริ่มเสื่อมนั้นอาจอายุน้อยต่างกันด้วย วิธีนี้จึงไม่มีคนเห็นด้วย และไม่ใช้กัน (เสนอ อินทรสุขศรี, 2543: 17-18 ; อ้างอิงจาก Timiras, 1988)

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สิทธิอาภรณ์ ขวนปี (2543: 9-12) กล่าวว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุมียากมาย ไม่สามารถใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมาอธิบายถึงปัจจัยของการสูงอายุได้ชัดเจน ดังนั้น จึงต้องใช้หลายทฤษฎีมาร่วมกันอธิบายถึงกระบวนการสูงอายุ ดังนี้

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีดังนี้

1.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้ ถ้าบุคคลเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่นและทำงานร่วมกับคนอื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือ ผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเดือดร้อนใจ แต่ถ้าเป็นผู้ที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ถือว่าตัวใครตัวมันมักรู้สึกว่าการคบกับใครไม่ค่อยดี ก็มักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยน่าสงสาร

1.2 ทฤษฎีความปรารถนา (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปรารถนา และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามจะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้ จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

2. ทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา (Sociologic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น นอกจากนั้น ยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ ควรจะเป็นตัวของตัวเอง ลดความรับผิดชอบลงและพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อที่จะได้ใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข โดยมีทฤษฎีที่เสนอแนะการดำรงตนของผู้สูงอายุทางสังคม ดังนี้

2.1 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การพัฒนาทางจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุ เป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า มีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสงบพอใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้าม คนที่ไม่ยอมรับ จะมีความรู้สึกว่า ตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอยสิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไร้ค่าและความสามารถที่จะเผชิญต่อความสูงอายุลดน้อยลงด้วย

2.2 ทฤษฎีไร้ความผูกพัน (Disengagement Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมถอยลง รวมทั้งความตายที่ค่อยๆ มาถึง ผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงหนีถอนตัวออกจากสังคม เพื่อลดความเครียดและพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างตนเองกับสังคมต่อไป (Dowd, 1975: 578 อ้างอิงมาจาก รัตนา สินธีรภาพ, 2541)

2.3 ทฤษฎีของเพค (Pack's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการคือ

2.3.1 ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน เมื่อเกษียณอายุบางคนจะมีความรู้สึกไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำ หลังเกษียณอายุความรู้สึกนั้นก็ยังคงอยู่ เช่น ผู้ที่ชอบปลูกต้นไม้หรือเล่นกอล์ฟ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

2.3.2 ความสามารถทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ และร่างกายที่แข็งแรงเมื่อยังทำงานอยู่ ทักษะทางด้านนี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงและพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะเกิดความสุข แต่ถ้านึกถึงความถดถอยของร่างกาย ก็จะทำให้ความสุขและความพอใจในวัยสูงอายุลดน้อยลง

2.3.3 การยอมรับว่า ร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้คนยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้ รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตายด้วย ในทางตรงกันข้าม คนที่ยึดถือสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อ่อนกว่า ก็จะพยายามยืดชีวิตไว้ได้ยาวนานที่สุด และไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ หวาดกลัวความตาย

จากบทความที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางที่เสื่อม ไม่ว่าจะเกี่ยวกับร่างกาย เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกรกระ สายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และสังคมด้วย การจะอธิบายความหมายของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมนั้นก็สามารถอธิบายได้โดยใช้หลายทฤษฎีร่วมกันอธิบาย เช่น ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นต้น

นอกจากนี้ สามารถอธิบายความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้จากนิยามของคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

ฮันเตอร์ (ประภาพร จินันทุยา, 2536 อ้างอิงจาก Hunter, 1992: 17) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกยินดีในชีวิต และเกิดความสุขในชีวิต

สิทธิอาพร ขวนปี (2543: 19) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น การรับรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมนั้นถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตว่าตนเองมีความรู้สึกยินดี และเกิดความสุขในชีวิต รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ซึ่งผู้สูงอายุจะมีคุณภาพที่ดีได้นั้นจะต้อง

ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยภายนอก อันประกอบด้วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรต่างๆ สิ่งแวดล้อม และนโยบายรัฐบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีอิทธิพลในการจูงใจ เอื้ออำนวย และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยหรือการมีสุขภาพที่ดี และการมีสุขภาพที่ดีเป็นส่วนประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ในหลาย ประเด็นด้วยกัน และมีปัจจัยหลายประการที่เป็นตัวแปรทำให้แต่ละบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ออกไป ไม่ว่าจะเป็นส่วนของปัจจัยชีวสังคม เช่น อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การดำเนิน กิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน บ้าน (วันทนี ขำเพ็ง, 2540: 136-137) และนอกเหนือจากที่กล่าวมา พบว่าตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และต้องการหาตัวแปรทำนายระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต ดังนั้น ประเด็นต่อไปที่ผู้วิจัยจะกล่าวถึง คือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

2.2 การส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสาร บทความวิชาการต่างๆ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ได้มีผู้ให้นิยาม ความหมายด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามคำจำกัดความของความสุขภาพ ไว้ว่า สุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกันโดยไม่มีหมายเหตุเฉพาะแต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้ เจ็บหรือความพิการเท่านั้น (นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ, 2541)

ประเวศ วะสี (2543) ได้ให้นิยามคำว่าสุขภาพ คือ ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแบ่งแยกไม่ได้ การขาดความสมดุลในองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งย่อมส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ เสมอ สุขภาพเป็นความ สมบูรณ์ของคนใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ (ปัญญา) หากสมบูรณ์อย่างสมดุลแล้วก็จะเข้าสู่ที่เรียกว่า สุขภาวะ

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมมี 4 มิติ คือ

1) มิติทางกาย (Physical Dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้าน อาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่ อาศัย ปัจจัย เกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ และส่งเสริมภาวะสุขภาพ

2) มิติทางใจ (Psychological Dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่ แจ่มใส ปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และลดความเห็นแก่ตัว

3) มิติทางสังคม (Social Dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และ ชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทร เสมอภาค มีความ ยุติธรรม

4) มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัส กับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดี งาม ด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดี ในการที่ได้มองเห็นความสุข หรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้ สุขภาวะทางจิต วิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจาก ตัวเอง (Self Transcending)

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ ถือเป็นสุขภาวะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสุขภาวะ ทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญบูรณาการความเป็นองค์รวมของสุขภาวะทางกาย จิตและสังคมของ บุคคลและชุมชนให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ความหมายของคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) มีผู้ให้ความหมาย ไว้ ดังนี้กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter อ้างใน กณิกนันต์ หยกสกุล, 2551) ได้ให้นิยามคำว่า การ สร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามี ความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้น สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่น เดียวกันกับสมรรถนะต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้น การสร้าง เสริมสุขภาพจึงมิใช่ความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสุขภาพเพียงเท่านั้น

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (อ้างใน กณิกนันต์ หยกสกุล, 2551) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ถือเป็นการสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health) เป็นการพัฒนาที่ สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ที่เน้นการกระจายอำนาจและการ มีส่วนร่วมของประชาชน

ตามนิยามความหมายที่กล่าวไว้ข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพของประชาชนในการควบคุมป้องกันการเจ็บป่วย และ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังเป็น กระบวนการทางสังคมที่สำคัญ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ ทั้งตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน การเสริมพลังอำนาจ ความเสมอภาค เพิ่มทักษะ ความสามารถในการ

การดูแลและพัฒนาสุขภาพ การจัดกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพประชาชน ให้ปรับสภาพตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเข้ากับสภาพการณ์ของชุมชนและสังคม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2.2 กลยุทธ์และการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องให้ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพ จากการประชุมที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา เป็นการประชุมระหว่างประเทศเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้จุดแนวคิดและที่มาของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพของหลายประเทศมีกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพคือ

1) การชี้นำด้านสุขภาพ Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อสร้าง กระแสทางสังคมทั้งทางสนับสนุนและทางบั่นทอนต่อสุขภาพ

2) การเพิ่มความสามารถ Enable เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

3) การไกล่เกลี่ย Medicate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม/หน่วยงานต่างๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ สังคม และสื่อมวลชนทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ในกฎบัตรนี้ยังได้เสนอแนะว่าการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Action) ควรจะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ

- 1) สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)
- 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)
- 3) การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action)
- 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)
- 5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)

สรุป

การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้น โดยการส่งเสริมสุขภาพควรมีสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเพิ่มความสามารถของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับระบบบริการสาธารณสุข สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในหัวข้อ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และกลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพ Advocate ให้กับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้

2.3 ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Theory)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจะเข้าใจทฤษฎีใดสิ่งทีควรเรียนรู้เข้าใจในเบื้องต้นคือการรู้จักผู้พัฒนาทฤษฎีเพื่อเข้าใจที่มาของแนวคิดทฤษฎี ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

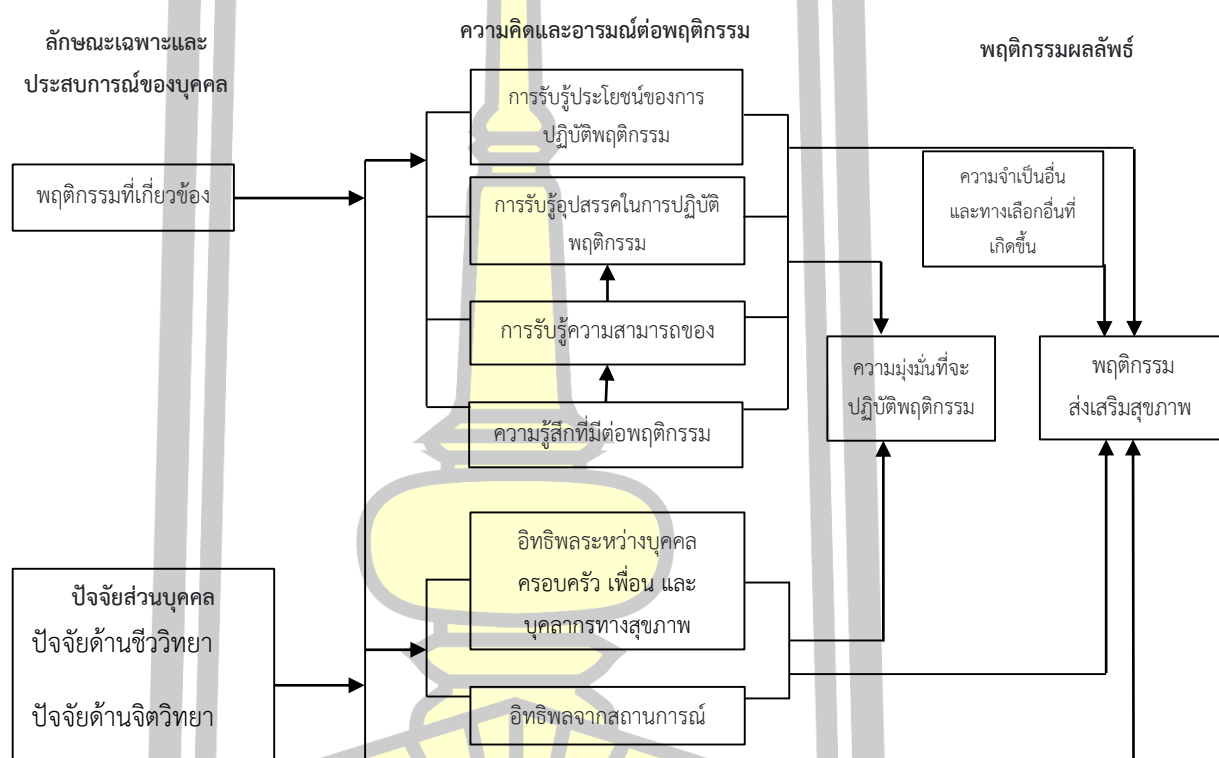
ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

1. บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สาระของทฤษฎี

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006: 1 – 12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การ

พัฒนาแบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 2006 นี้ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ



ภาพประกอบ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised) ที่มา (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006: 50)

มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006: 51 - 57) ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ใน มโนทัศน์หลักนี้เพนเดอร์ได้เสนอโมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีโมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior)

จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้จะมียู่ประมาณ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit Formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วรรณนา วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)

เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวัง

ประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value Theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกลำบาก ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วยอุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-Related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-Related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-Related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเร็วๆ นี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคลหมายความว่า บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social Pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)

อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า การรับรู้เงื่อนไขที่มาสสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำ

กิจกรรมที่ทำให้เขาารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome)

การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions)

ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วย ความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-Regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

สามารถนำแนวคิด ของทฤษฎีออกแบบกิจกรรมการพยาบาลได้โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, N.J., 2004) ได้เสนอว่าความมุ่งมั่นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้มากยิ่งขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมคือปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของบุคคล แนวทางการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถนำปัจจัยที่กำหนดในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบในการประเมิน สํารวจ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หรือการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กรอบดังกล่าวมาศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบสถานีอนามัยเสาชิน (วิภาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม, 2550)

นอกจากนี้สามารถนำแนวคิดย่อยในแบบจำลองเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเช่น การจัดระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดให้ทุกที่ ทุกเวลา สามารถออกกำลังกายได้ เป็นต้น การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรู้สึกสนุกต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ เช่น การอบรมการจัดค่ายอาหารสำหรับป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็ก เป็นต้น และจากแนวคิดความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติสามารถนำมาออกแบบกิจกรรมในการสร้างพันธะสัญญาในการออกกำลังกาย เป็นต้น หรือในกรณีอิทธิพลบรรทัดฐานสังคมสามารถประยุกต์ใช้โดยการจัดรณรงค์เพื่อสร้างบรรทัดฐาน เช่น รณรงค์การรับประทานข้าว ผักเกษตรอินทรีย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาเพื่อกำหนดปัจจัยในแต่ละประเด็นแต่ละกลุ่ม เป็นขั้นตอนประเมินที่สำคัญ ในกรณีประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพบุคคลมีแนวทางที่เพนเดอร์ให้แนวปฏิบัติ 9 องค์ประกอบในการประเมิน ได้แก่ (Pender et al., 2002: 119)

1. การประเมินแบบแผนสุขภาพ
2. การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย
3. การประเมินด้านอาหาร
4. การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง
5. การทบทวนความเครียดในชีวิต
6. การประเมินสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ
7. การทบทวนระบบสนับสนุนทางสังคม
8. การทบทวนความเชื่อด้านสุขภาพ
9. การประเมินวิถีชีวิต

จากผลการประเมินดังกล่าวซึ่งต้องมีเครื่องมือการประเมินที่เหมาะสมในแต่ละวัย สอดคล้องกับวัฒนธรรม นำมาสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเพนเดอร์ กำหนด

ไว้ 9 ขั้นตอนซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องมีส่วนร่วมทั้งผู้รับบริการและพยาบาล (Pender et al.,2002, p.149) ดังนี้

1. การทบทวนและสรุปข้อมูลจากการประเมิน
2. การสร้างความเข้มแข็งและเสริมสมรรถนะของผู้รับบริการ
3. การระบุเป้าหมายสุขภาพ และพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
4. การระบุผลลัพธ์พฤติกรรมและสุขภาพที่บ่งชี้ว่าแผนประสบความสำเร็จตามมุมมองของผู้รับบริการ
5. การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มาจากฐานความชอบของผู้รับบริการ ภายใต้ระยะของการเปลี่ยนแปลง องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการที่เลือก
6. แสดงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง และระบุแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงจากมุมมองของผู้รับบริการ
7. ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ ที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
8. กำหนดกรอบช่วงเวลาในการปฏิบัติ
9. ยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ และสนับสนุนสิ่งที่เป็นความจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายของผู้รับบริการ

ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพสิ่งสำคัญคือต้องเป็นสิ่งที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมทั้งผู้รับบริการและบุคลากรที่ดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวางแผนที่ดีมาจากการประเมินที่ดีเพราะหากไม่สามารถประเมินวิถีชีวิต ความชอบ ไม่ชอบ ความเชื่อ เป้าหมาย มุมมองต่อการกำหนดเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ และการให้ข้อมูลที่มาจากการวิเคราะห์ จากองค์ความรู้ที่มีการพิสูจน์ชัดเจนรองรับจะช่วยในการตัดสินใจปฏิบัติของผู้รับบริการ และจะต้องมีแผนสนับสนุนที่สอดคล้องกับระยะการเปลี่ยนแปลงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินซ้ำเป็นระยะเพื่อพิจารณาปัจจัยสนับสนุนเพิ่มเติม ให้ผู้รับบริการยึดมั่นกับแผนปฏิบัติจนบรรลุแผนที่วางไว้

สรุป

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปี ค.ศ. 1996 เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนาจากทฤษฎีทางสังคมและการศึกษาวิจัยมาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การสร้างแบบแผนการดำเนินชีวิต ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มองคนอย่างเป็นองค์รวม ให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้องและระบุแนวทางการพยาบาลไว้ชัดเจน จากการทบทวนทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประยุกต์เอาประเด็นความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย มโนทัศน์ 5 มโนทัศน์ในการสร้างกลยุทธ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าว

มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทั้งหมด 4 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล

2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรมและ เป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม คือสิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้าน ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การ สนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผล ให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไป ในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีแรง สนับสนุน ทางสังคมอาจมาจากบุคคลใน ครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542, อ้างถึง ใน กนกทอง สุวรรณบุลย์, 2545) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการ ช่วยเหลือจากการมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุ สิ่งของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือ บุคลากรทาง การแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุน เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่า มีคนรัก มองเห็นคุณค่า และ รู้สึก ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผล ให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี แคพเพลน (Caplan, 1976 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ได้ให้คำจำกัดความแรง สนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทาง อารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิซุก (Pilisuk, 1982 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) กล่าวว่า แรง สนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้าน วัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับเป็น ส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย ดังนั้นจากความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น แรงสนับสนุน ทางสังคม หมายถึงการที่บุคคล ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วย ทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของรวมทั้ง ข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความ ตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตาม ความต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิต ได้อย่างมีความสุข ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้สรุปความหมาย ของแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับ

การป้องกันโรคไข้เลือดออก ว่าหมายถึง ความตระหนักของชุมชน ต่อการ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย การยกย่องชมเชย ชุมชนเห็นความสำคัญ ครอบครัวให้ความสำคัญ และให้ ความร่วมมือใน การรณรงค์ ท้องถิ่นให้การสนับสนุน ชุมชนเอาจริงจังกับข้อบังคับ กฎระเบียบของชุมชน ที่ แสดงออก ให้ชุมชนเห็นเป็นรูปธรรม ชัดเจน

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออก ได้ 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการ ส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็น อย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

2. กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพล เป็น ตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคม อื่นๆ ซึ่งใน ระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นแรงสนับสนุน ทางสังคมจาก แหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครูพระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กองเวชกรรม ป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวัง ดีใน สังคมอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับใน สังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย ทหารเรือ, 2548)

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (เฮ้าส์ อ้างใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือ การแสดงถึงความห่วงใย
2. แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึง ผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
3. การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ
4. การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้นระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยนักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ กอทต์ลิบ ได้แบ่งระดับ แรง สนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ (Gottlieb, 1985 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

1. ระดับมหภาค (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วม ในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการ ดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น
2. ระดับกลุ่มมัชฌิมภาค (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคล ใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง
3. ระดับจุลภาค (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิง ปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนใน ระดับนี้ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอก ถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ 7

1. ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme, 1979 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามิดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปีโดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราการป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติและทุกระดับเศรษฐกิจ การศึกษาของ คอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976 and Cassel, 1961 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะ ของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ (Burgler อ้างถึงใน กองเวชกรรม ป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบ์ (1976) และแลงกลี (1977) (อ้างถึงในกองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรง สนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.4 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหา ที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อ การเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore, 1977 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย ทหารเรือ, 2548) ศึกษาในผู้ชายว่างงานจำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1974 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่า มีความเครียดมากและยังพบ

อีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิต สูง และโรคหัวใจ มากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิด แรงสนับสนุนทางสังคมของชุมชน โดยผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย เพราะเมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าการที่ประชาชนจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชนนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจากบุคคลหรือ กลุ่มคนบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกผูกพันเชื่อว่ามีคนรัก มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่ใส่ใจจะดูแลและจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และยุงลาย

สรุป

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ โดยแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็นแรงสนับสนุนทางอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดผลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหา

2.5 แนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานร่วมกันที่ต้องการจะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานหรือการพัฒนางานที่เหมาะสมและคุณภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ของสังคมนั้น ๆ เช่น ในสถานศึกษากลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาจประกอบด้วย ผู้บริหาร ครูผู้ปกครอง นักเรียน หรือนักศึกษา และสมาชิกในชุมชนอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องวิธีการวิจัยจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ในการวิเคราะห์การทำงานของตนเอง และกลุ่มอย่างถี่ถ้วน ด้วยวิธีการสะท้อนความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนความเห็นต่อการทำงานของตนเองและกลุ่มผู้ร่วมการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้อาจใช้ในการพัฒนาหลักสูตรระดับสถานศึกษา การปรับปรุงโครงการ การปรับปรุงวิธีการเรียนการสอน การปรับปรุงนโยบายและระบบการทำงานของโรงเรียน หน่วยงาน มุ่งมั่นการปรับปรุงที่เป็นรูปธรรม เป็นต้น

วิธีการแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาจากคำว่า “การปฏิบัติ” (Action) และ “การวิจัย” (Research) ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทำงานร่วมกัน การตกลงใจร่วมกัน การพัฒนาปรับปรุงร่วมกันของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในงานนั้น ๆ มากกว่าการอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก และโดยอาศัยคุณสมบัติของนักวิจัยที่แตกต่างกับการวิจัยแบบอื่นที่มีอาศัยเครื่องมือการวิจัยและความเห็นของกลุ่มตัวอย่างเป็น

สำคัญ Action Research เน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มิใช่เพียงเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างเดียว มีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การอภิปรายกลุ่ม (เล็กและใหญ่) การศึกษาค้นคว้าการวิเคราะห์เอกสารและการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

จุดสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research สรุปคือเป็นการวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันในหมู่คณะ แต่ละคนจะอธิบายในสิ่งที่ตนเองสนใจ สืบหาสิ่งที่ผู้อื่นคือ แสดงความเห็นที่สอดคล้องหรือไม่เห็นด้วยอย่างมีเหตุผล และหาหนทางแก้ไขพัฒนาที่เป็นไปได้ สมาชิกในกลุ่มจะทำการวางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติงานร่วมกัน เก็บข้อมูลร่วมกัน สังเกตสถานการณ์ร่วมกัน และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน

สุภาค์ จันทวานิช (2552) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดี เหมาะสมตามความรู้ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติ เพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ และประเมินความเหมาะสมในความจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติแล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการเพื่อนำผลไปทดลองใหม่ จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2552) กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัยทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย
2. เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา
3. ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ
4. ใช้วงจรการปฏิบัติ (The Action Research Spiral) คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงแผนให้ดียิ่งขึ้น (Revise-Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่น่าพึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral)

1. การวางแผน (Plan) เป็นการตั้งความคาดหวัง การมองไปในอนาคต
2. การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามความคาดหวังที่วางไว้ ภายใต้การทำงานที่มาจากแนวคิดที่ตกลงของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผ่านการวิเคราะห์

วิจารณ์แล้ว ระหว่างการปฏิบัติงานจะมีการบันทึก รายงานเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ วิจารณ์กันอีกในภายหลัง

3. การสังเกต (Observation) เป็นการบันทึกข้อมูลพื้นฐานไว้ใช้ในการสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน มีการวางแผนการสังเกตอย่างรอบคอบ และผู้สังเกตจะต้องเป็นผู้ที่มีความไวในการจับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน

4. การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนถึงการปฏิบัติงาน การกระทำตามที่บันทึกไว้จากการสังเกต เก็บข้อมูล โดยใช้การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ที่ถือให้เป็นการประเมินอย่างหนึ่ง และเป็นการให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนปฏิบัติครั้งต่อไป

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุภางค์ จันทวานิช (2552) ได้ลำดับขั้นตอนกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจและการวิเคราะห์ปัญหา เป็นจุดสำคัญในการวางแผนแก้ไขปัญหหรือพัฒนาคุณภาพของงาน ซึ่งดำเนินงานได้หลายลักษณะ เช่น การสังเกต การสำรวจข้อมูลจากการประเมินของผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น เมื่อพบปัญหาจากการสำรวจและการวิเคราะห์ปัญหาแล้วนำมาจัดความสำคัญของปัญหา โดยพิจารณาความรุนแรงของปัญหา ว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาก่อน ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่ปัญหาของการวิจัย

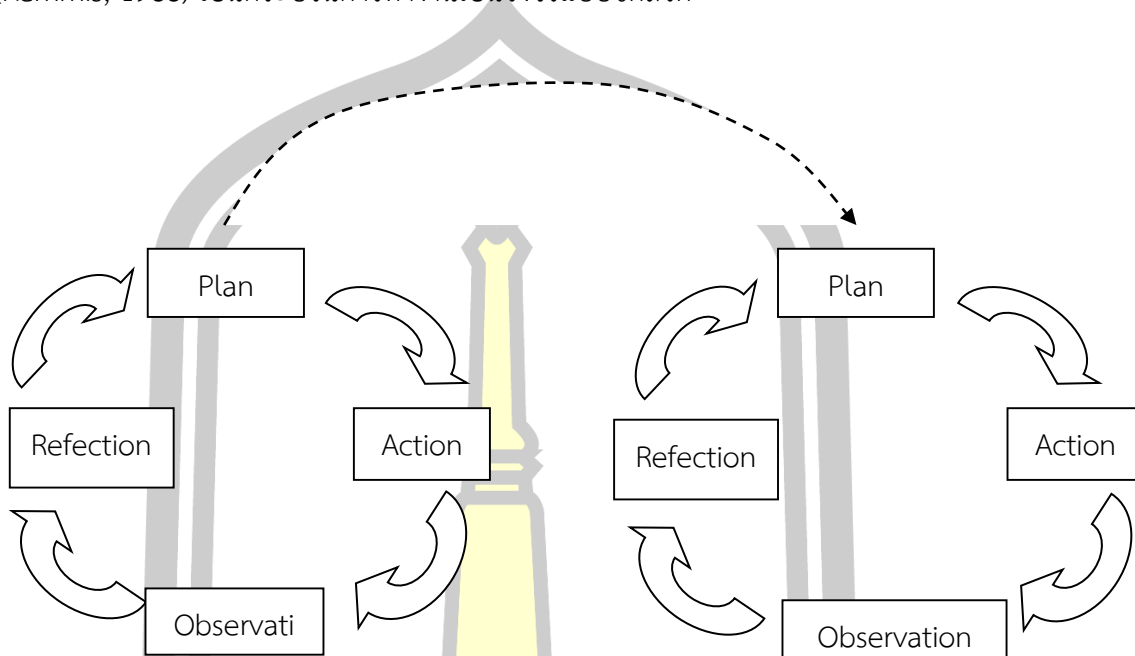
2. กำหนดวิธีการในการแก้ไขปัญห เมื่อได้วิเคราะห์ปัญหาจากการศึกษาในขั้นที่หนึ่ง เพื่อทราบจะได้แนวทางในการแก้ไขปัญห ในขั้นนี้ต้องศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง คู่มือ ตำรา แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงาน จนทำให้เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหที่ชัดเจนขึ้นในขั้นนี้จะนำไปสู่ปัญหาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3. การพัฒนาวิธีการหรือนวัตกรรม จากขั้นที่ 2 จะได้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหหรือแนวทางการพัฒนา ซึ่งอาจเป็นวิธีการหรือนวัตกรรมที่เป็นไปได้ แล้วนำวิธีการหรือนวัตกรรมที่ได้ไปทดสอบหาความเที่ยงตรง แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป ขั้นตอนนี้จึงนำไปสู่ตัวแปรที่ศึกษาและวิธีการที่จะพัฒนาหรือแก้ไขปัญห

4. นำวิธีการหรือนวัตกรรมไปใช้สังเกตผลที่ได้ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปลี่ยนแปลง ขั้นตอนนี้ต้องมีเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

5. การแปลความหมายข้อมูล หรือการสรุปผล เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยเลือกสถิติที่เหมาะสมกับข้อมูลที่รวบรวมได้แล้ว สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล หากยังไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ตามที่ต้องการ ก็จะมีการปรับปรุงแก้ไข โดยย้อนกลับไปค้นหาวิธีการหรือนวัตกรรมใหม่ แล้วพัฒนาวิธีการหรือนวัตกรรมตลอดจนนำไปใช้อีกแล้วสรุปผลการดำเนินงาน

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจร PAOR แนวคิดดั้งเดิมนำเสนอโดย เคมมัส (Kemmis, 1988) เป็นกระบวนการทำงานเป็นวงจรแบบขดลวด



ภาพประกอบ 2 กระบวนการทำงานเป็นขดลวดเคมมัส

ที่มา : Kemmis & McTaggart, 1988

แบบวงจรการทำวิจัยของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) เป็นแบบที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการแสวงหาการกระทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรากฐานการพัฒนาจากแนวคิดของ Lewin โดยเฉพาะการประยุกต์ในเรื่องการกระทำกิจกรรมหลัก (Core Activities) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ขั้นตอนสุดท้าย ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดย Kemmis และ Mc Taggart (1988) ได้จำแนกกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan-P)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act-A)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe-O)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection-R)

ลักษณะการวิจัยจึงเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีเชิงคุณภาพร่วมกัน ซึ่งเรียกรวบรวมวิธีการวิจัยแบบนี้ว่า พหุวิธี (Multiple Methodology) (Greenwood and Levin, 2007) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ได้เน้นการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิจัยนัก แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติวิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบท

ที่จะศึกษาโดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต

ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อนผล (Reflection) เป็นการสะท้อนผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุภางค์ จันทวานิช (2552) ได้กล่าวว่า ไม่มีวิธีการเฉพาะที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลักๆ ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การบันทึกเสียง เป็นต้น เพื่อหาคำตอบที่อธิบายสถานการณ์หรือธรรมชาติ ซึ่งกิจกรรมนั้นๆ ทำให้เข้าใจสถานการณ์อย่างทอ่งแท้ เข้าใจโครงสร้างวิธีการปฏิบัติหลักการและเหตุผลที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์บุคคลต่าง ๆ ในสังคมนั้น ๆ โดยเน้นความเข้าใจในธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง การดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลให้เทคนิคการรวบรวมข้อเท็จจริงแล้วจึงสรุปเป็นหลักการทั่ว ๆ ไป การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรวิจัย รวมทั้งวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย เพื่อสรุปเขียนรายงานการวิจัย เทคนิคสำคัญที่ต้องใช้คือ เทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ต้องมีการอธิบายสถานการณ์ ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง จากนั้นต้องจัดความคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยใช้วิธีการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย สุดท้ายต้องสรุปประมวลผลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวเลขแสดงจำนวนนับ เช่น คะแนนความรู้ และการปฏิบัติ ก่อนและหลังการอบรม

สรุป จุดสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research เป็นการวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือในหมู่คณะ แต่ละคนจะอธิบายในสิ่งที่ตนสนใจ สืบหาสิ่งที่ผู้อื่นคิดแสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องหรือไม่เห็นด้วยอย่างมีเหตุผล และหาหนทางแก้ไขพัฒนาที่เป็นไปได้ สมาชิกในกลุ่มจะทำการวางแผนลงมือปฏิบัติงานเก็บข้อมูล สังเกตการณ์ และสะท้อนผลการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยและแกนนำชุมชนระบุข้อสงสัยปัญหาวิเคราะห์สถานการณ์สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันกำหนดกลวิธีแก้ปัญหาและขั้นตอนในการปฏิบัติร่วมกันมีการประเมินผลและปรับปรุงแผนร่วมกัน

2.6 การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research)

การวิจัยแบบผสมผสานวิธีมีความสำคัญตามแนวคิด ของ Greene et al (1989); Creswell (2009) ดังนี้ คือ 1) ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธีสามารถเสริม ต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผล การวิจัยอีกวิธีหนึ่งช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ สะเอียดชัดเจน มากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว 2) การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผล การวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง 3) การวิจัย เชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นใน ตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ ในการแสวงหาความรู้ความ จริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น 4) การวิจัยเชิงปริมาณและการ วิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเองผู้วิจัยสามารถใช้ จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการ วิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัย เชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดด้อยของการ วิจัยเชิงปริมาณ และ 5) สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานวิธีมา สร้างความรู้ความจริงที่ สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยน ทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน (ภัทรวดี มากมี, 2559) ใน ช่วงหลาย ปีที่ผ่านมาได้มีการถกเถียง (debate) ทางความ คิดเกี่ยวกับกระบวนทัศน์ (paradigm) การวิจัยด้าน สังคม ศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ระหว่างกลุ่มปฏิฐานนิยม หรือประจักษ์นิยม (positivist) ที่นิยม ระเบียบวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative methods) และกลุ่มโครงสร้างนิยมหรือ ปรัชญาการณนิยม (constructivist) ที่นิยมระเบียบวิธีเชิง คุณภาพ (Qualitative methods) ต่างฝ่ายต่างโต้แย้งว่า ทฤษฎีของตนถูกต้อง และพยายามโจมตีฝ่ายตรงข้ามเพื่อให้ฝ่ายตนเหนือกว่า จนกระทั่งได้เกิดบุคคล อีกกลุ่มหนึ่งขึ้น มาที่ระยะต่อมาเรียกว่า นักปฏิบัตินิยม (Pragmatists) ได้มี การจัดรวมทั้ง 2 กระบวน ทัศน์เข้าด้วยกันเพื่อเป็นทางเลือก ใหม่ในการวิจัยเรียกว่า ระเบียบวิธีแบบผสมผสานวิธี (mixed methods) โดยจำแนกได้เป็น 3 ยุคใหญ่ ได้แก่ 1) ยุค ระเบียบวิธีเดียวหรือยุคนักวิจัยบริสุทธิ์ (mono-method or purist era) 2) ยุคระเบียบวิธีผสม (emergence of mixed methods) 3) ยุค การวิจัยรูปแบบผสมผสานวิธี (emergence of mixed model studies) รูปแบบของการผสม วิจัยกัน ระหว่างวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ (Edmond & Kennedy, 2013)

ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี เทคนิควิธีวิจัยแบบนี้เป็น การนำเทคนิควิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และเทคนิควิธีการ วิจัยเชิงคุณภาพมาผสมผสานกันในการทำวิจัยเรื่องเดียวกัน เพื่อที่จะตอบคำถามการ วิจัยได้สมบูรณ์ขึ้นกว่าในอดีต มี พื้นฐานแนวคิด จากการหลอมรวม ปรัชญาของกลุ่มปฏิฐาน นิยม และ กลุ่มปรัชญาการณนิยมเข้าด้วยกัน อาจเรียกว่า เป็นกลุ่มแนวคิด ของกลุ่มปฏิบัตินิยม (Pragmatist) ซึ่งมีความเชื่อว่าการยอมรับธรรมชาติของความจริงนั้นมีทั้ง สองแบบตามแนวคิดของนักปรัชญาทั้งสองกลุ่ม

วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology) เป็นการออกแบบแผนการวิจัย ที่มีจุดมุ่งหมาย ประการใดประการหนึ่งหรือหลายประการดังนี้ (Mcmillan & Schumacher, 2010)

1. เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิจัยมากขึ้น
2. เพื่อเป็นการเสริมให้สมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม เช่น ตรวจสอบประเด็นที่ซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่าง ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น
3. เพื่อเป็นการริเริ่ม เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติ ค้นหาประเด็นที่มีความขัดแย้งหรือทศนะใหม่ๆ เป็นต้น
4. เพื่อเป็นการพัฒนา เช่น นำเอาผลจากการวิจัย ในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการวิจัยในอีก ขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น
5. เพื่อเป็นการขยายให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น

วิธีวิทยาการแบบผสมวิธี จำแนกเป็นสองลักษณะ คือการประยุกต์ลักษณะเดี่ยว (Single Application) และ การประยุกต์ลักษณะพหุ (Multiple Application) โดย การผสมนั้น เกิดขึ้นภายในขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งกระบวนการที่ใช้นั้นอาจเป็นเชิงปริมาณ แต่การรวบรวมข้อมูล อาจเป็นเชิงคุณภาพ หรือกลับกันหรือข้อมูลที่รวบรวมมา อาจเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่อาจวิเคราะห์ให้เป็นเชิงปริมาณ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ หรือข้อมูล เชิงปริมาณ แต่วิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการ ปรับข้อมูลเชิงปริมาณให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพดังความแตกต่างของการวิจัยเชิงปริมาณกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

การผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

แนวคิดในการผสมผสานข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิง ปริมาณกับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่าง กันในหมู่นักวิชาการ โดยบางท่านเห็นว่า ข้อมูลทั้ง 2 แบบ เข้ากันไม่ได้เนื่องจากใช้สมมติฐานทางญาณวิทยาที่แตกต่างกัน บางท่านเห็นว่า เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาใน การทำการวิจัย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดขอบเขต ของการศึกษา ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการวิจัยที่จะใช้ การ ผสมผสานข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิง คุณภาพ ในขณะที่บางท่านเห็นว่า การผสมผสานวิธีการวิจัยเชิง คุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน อาจทำให้ได้ผลผลิต สุดท้ายที่สามารถแสดงให้เห็นคุณประโยชน์อย่างสำคัญ ของวิธีการวิจัยทั้งสองแบบอย่างเด่นชัด อย่างไรก็ดี สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ แนวทาง การวิจัยนั้นจะต้องเหมาะสมสอดคล้องกับคำถามการวิจัย มากกว่าความพึงพอใจต่อวิธีการวิจัยของแต่ละบุคคล ในการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพนั้น เรา สามารถนำมาใช้ได้ในลักษณะดังต่อไปนี้

1. การใช้วิธีการวิจัยหนึ่งช่วยสนับสนุนอีกวิธีการ วิจัยหนึ่ง เช่น วิธีการวิจัยเชิงปริมาณอาจแสดงให้เห็นถึง ปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถ อธิบาย ปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์เหล่านั้นได้ด้วยการ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. การใช้วิธีการวิจัยทั้งสองวิธีศึกษาหาคำตอบ ให้กับคำถามการวิจัยคำถามเดียวกัน เราอาจใช้วิธีการวิจัย เชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลที่ง่ายๆ ไม่ซับซ้อน (Simple) หรือข้อมูลตัวเลข จากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลที่ละเอียด หรือข้อมูลเชิง ลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก สิ่งหนึ่งที่จะต้องพิจารณาตั้งแต่เริ่มแรกก่อน ตัดสินใจใช้วิธีการ วิจัยแบบผสมวิธี ก็คือ เรื่องเวลา และ ทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) บ่อยครั้งที่วิธีการศึกษาแบบผสมวิธี จะต้องใช้เวลาและงบประมาณมากกว่าวิธีการวิจัย เฉพาะ แบบใดแบบหนึ่ง ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องพิจารณาเรื่องนี้ อย่างรอบคอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีที่มีข้อจำกัดเกี่ยว กับเวลาและทรัพยากร ลักษณะสำคัญๆ ในแต่ละองค์ประกอบของวิธีการ วิจัย เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ทำให้เกิดลักษณะของวิธี การวิจัยแบบผสม

แบบแผนการวิจัยแบบผสมวิธี

1. แนวทางแบบลู่เข้า – คู่ขนาน (Convergent – Parallel Approach) Edmonds and Kennedy (2013) ได้จำแนกแบบ แผนการวิจัยตามแนวทางแบบลู่เข้า – คู่ขนาน แบ่งการ ออกแบบเป็น 4 แบบ (Edmonds & Kennedy, 2013) คือ การออกแบบคู่ขนาน (Parallel – Database Design) การออกแบบการแปลงข้อมูล (Data-Transformation Design) การออกแบบ การตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Data-Validation Design) การออกแบบพหุระดับ (Multilevel Design) รายละเอียดดังนี้

1.1 การออกแบบคู่ขนาน (Parallel – Database Design) ลักษณะสำคัญของการ ออกแบบคู่ขนาน (Parallel – Database Design) คือ

1. ศึกษาปัญหาและหรือปรากฏการณ์เดียวกันแต่ แยกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย วิธีการที่แตกต่างกัน

2. นำผลที่ได้จากการศึกษาทั้งสองวิธีการมา เปรียบเทียบและเปรียบเทียบ

3. ตีความปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้นร่วมกันทั้งวิธี การเชิงปริมาณและวิธีการเชิง คุณภาพ

4. ใช้สำหรับงานวิจัยที่ต้องการตรวจสอบยืนยัน ความตรงหรือเพิ่มเติมเสริมแต่ง ผลการวิจัยที่ศึกษา ปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง

1.2 การออกแบบการแปลงข้อมูล (Data Transformation Design) ลักษณะสำคัญ ของการออกแบบการแปลงข้อมูล (Data – Transformation Design) คือ

1. ทำการศึกษาปัญหาและหรือปรากฏการณ์ เดียวกันแต่แยกกันเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

2. หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในขั้นแรก เสร็จ ก็จะดำเนินการแปลงข้อมูลดังกล่าวให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

3. ดำเนินการเปรียบเทียบและตีความข้อมูลที่ แปลงแล้วร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ด้วยวิธีการเชิงปริมาณ

4. ตีความผลการวิจัยด้วยวิธีการเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพร่วมกัน

1.3 แบบการตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Data-Validation Design) ลักษณะสำคัญของการออกแบบการตรวจสอบ ความตรงของข้อมูล (Data – Validation Design) คือ

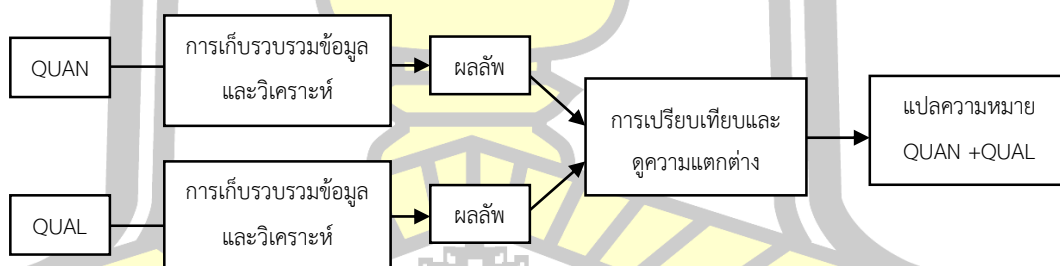
1. ใช้เมื่อต้องการตรวจสอบความถูกต้องและ ขยายผลการวิจัย

2. ทำการวิจัยโดยให้วิธีการเชิงปริมาณเป็นตัวนำ และวิธีการเชิงคุณภาพเป็นตัวตาม กล่าวคือ ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลจะใช้แบบสอบถามฉบับเดียวกันแต่เพิ่มข้อ คำถามที่เป็นข้อคำถามปลายเปิด เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ในเชิงคุณภาพ

3. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่มาจากวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ

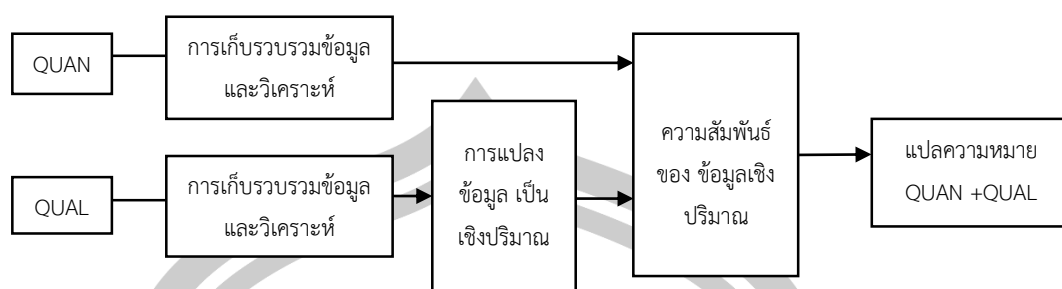
4. นำผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณมาตรวจสอบ ความตรงกับผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

5. ตีความผลการวิจัยด้วยวิธีการเชิงปริมาณ และ วิธีการเชิงคุณภาพร่วมกัน



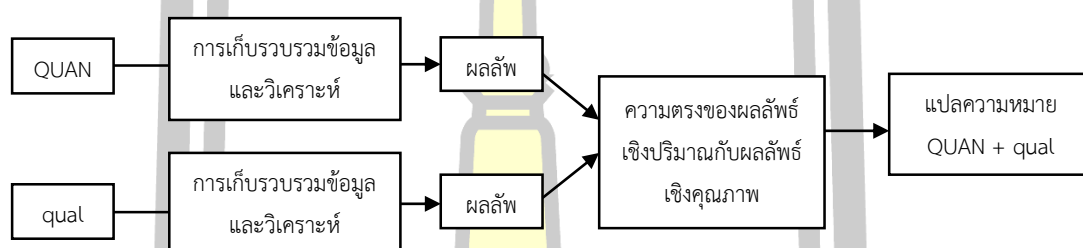
ภาพประกอบ 3 การออกแบบคู่ขนาน (Parallel – Database Design)

ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011



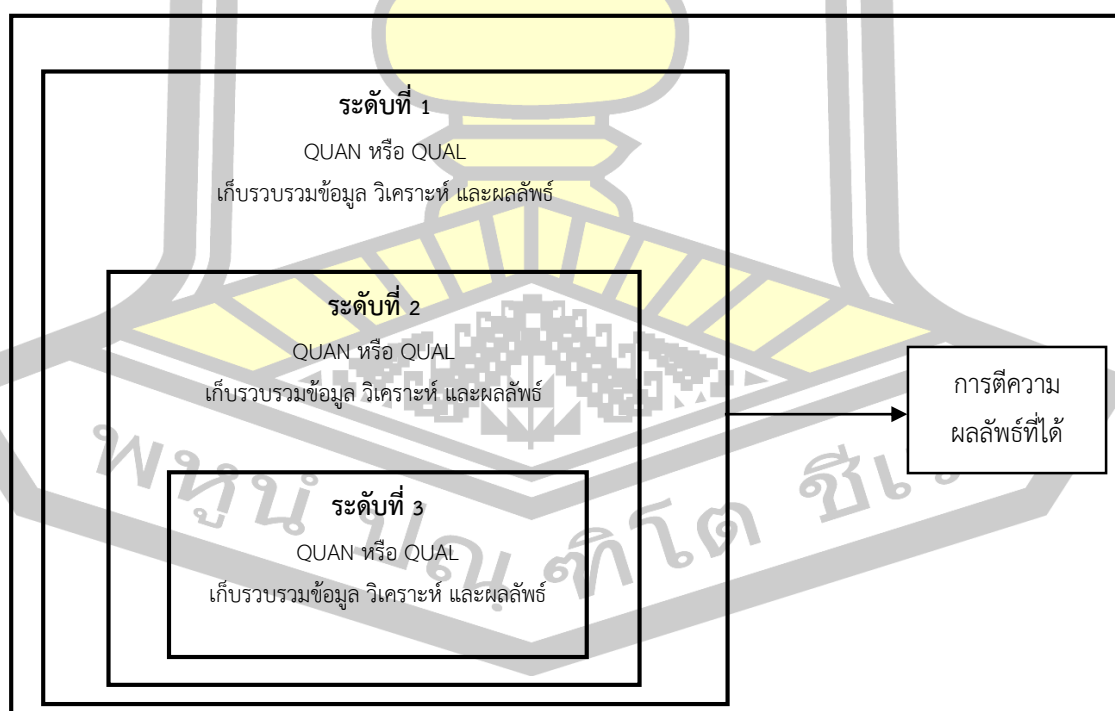
ภาพประกอบ 4 การออกแบบการแปลงข้อมูล (Data-Transformation Design)

ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011



ภาพประกอบ 5 การออกแบบการตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Data-Validation Design)

ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011



ภาพประกอบ 6 การออกแบบพหุระดับ (Multilevel Design)

ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011

1.4 การออกแบบพหุระดับ (Multilevel Design) ลักษณะสำคัญของการออกแบบพหุระดับ (Multilevel Design) คือ

1. ใช้วิธีการต่างกันศึกษาปรากฏการณ์ หรือข้อมูล เดียวกันไปพร้อมๆ กัน
2. ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นบุคคลที่อยู่หรือเกี่ยวข้อง ในหน่วยงานหรือองค์กรลดหลั่นไปตามระดับต่างๆ ของการ ปฏิบัติงาน
3. นำผลที่ได้รับในแต่ละระดับรวมเข้าด้วยกัน แล้วตีความ

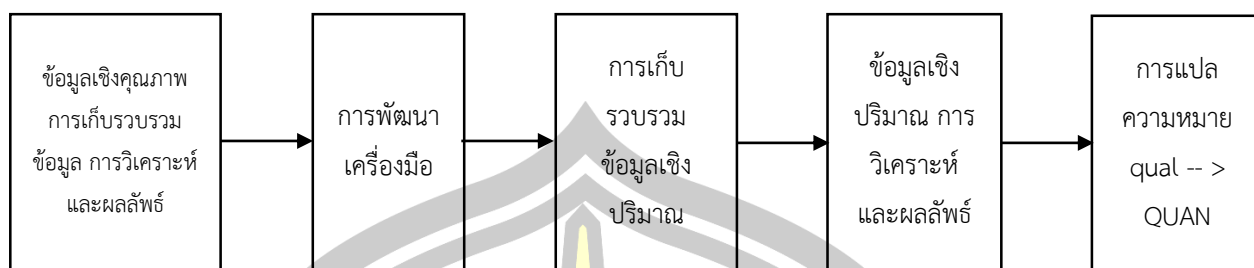
2. แนวทางแบบสำรวจบุกเบิก – เป็นลำดับ (Exploratory-Sequential Approach) Edmonds and Kennedy (2013) ได้จำแนก แบบแผนการวิจัยตามแนวทางสำรวจบุกเบิกแบ่งเป็น ลำดับการออกแบบเป็น 3 แบบ คือ การออกแบบการพัฒนาเครื่องมือ (Instrument-Development Design) การออกแบบการพัฒนาทฤษฎี (Theory Development Design) การออกแบบการพัฒนาวิธีการ (Treatment-Development Design)

2.1 การออกแบบการพัฒนาเครื่องมือ (Instrument-Development Design) ลักษณะสำคัญของการออกแบบการพัฒนาเครื่องมือ (Instrument-Development Design) คือ

1. เป็นแบบแผนการวิจัยที่เน้นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นขั้นตอนย่อย
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้จากขั้นตอน เริ่มต้นจะถูกนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือการวิจัย และทำการ ทดสอบเครื่องมือ้นั้นกับประชากรที่เฉพาะเจาะจง
3. เครื่องมือที่พัฒนาได้จะนำมาดำเนินการตาม แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณ
4. การตีความจะใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นตัว หลัก และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นตัวรอง

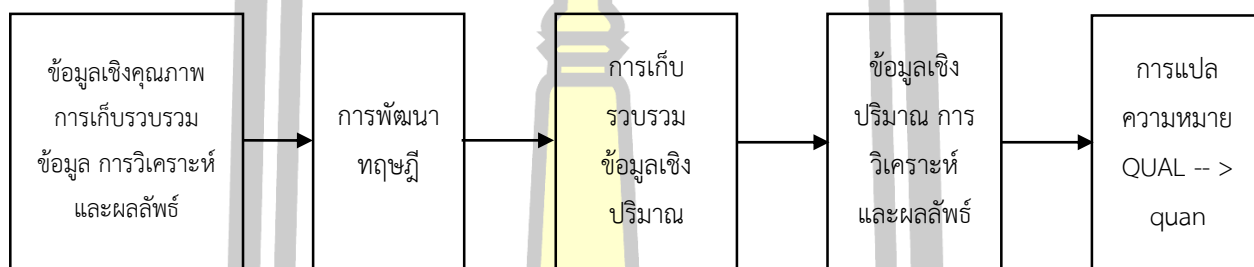
2.2 การออกแบบการพัฒนาทฤษฎี (Theory-Development Design) ลักษณะสำคัญของการออกแบบการพัฒนาทฤษฎี (Theory-Development Design) คือ

1. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการหลักโดยมีวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นวิธีการรอง
2. นักวิจัยจะใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษา ปรากฏการณ์ที่ตนสนใจ
3. ผลจากการศึกษาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพจะ ทำให้ได้ทฤษฎีฐานราก
4. นักวิจัยก็จะอาศัยความรู้จากทฤษฎีนี้ไป กำหนดเป็นปัญหาหรือสมมติฐานการวิจัยเพื่อการศึกษา ทดสอบด้วยวิธีการเชิงปริมาณ
5. ตีความผลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่หนึ่ง โดยอาศัยผลการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่สองมาร่วม อธิบายตีความเพิ่มเติม



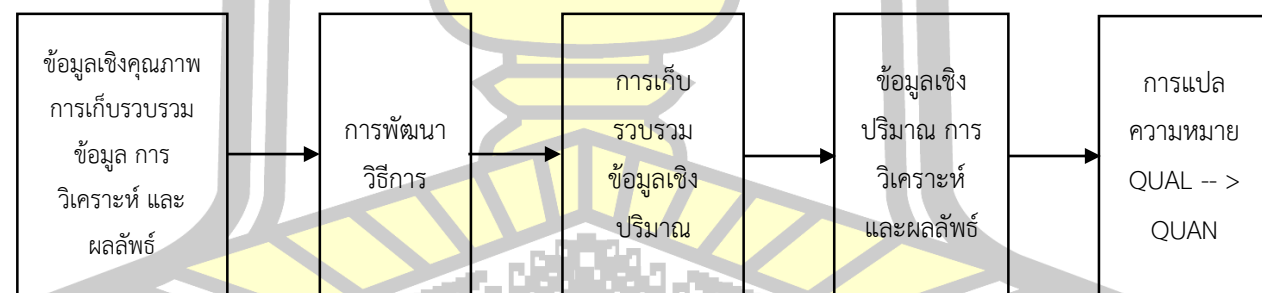
ภาพประกอบ 7 การออกแบบการพัฒนาเครื่องมือ (Instrument-Development Design)

ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011



ภาพประกอบ 8 การออกแบบการพัฒนาทฤษฎี (Theory-Development Design)

ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011



ภาพประกอบ 9 การออกแบบการพัฒนาวิธีการ (Treatment-Development Design)

ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011

2.3 การออกแบบการพัฒนาวิธีการ (Treatment-Development Design) ลักษณะ

สำคัญของการออกแบบการพัฒนาวิธีการ (Treatment-Development Design) คือ 1. เป็นแบบแผนการวิจัยที่ให้น้ำหนักกับวิธีการ วิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่า ๆ กัน 2. จะใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษา ปราบปรามการที่ตนสนใจ และผลจากการศึกษาด้วยวิธีการ เชิงคุณภาพจะทำให้ได้

วิธีการ (Treatment) หรือแนวทาง และจะทำการทดสอบวิธีการ/แนวทางที่ได้กับกลุ่ม ประชากรที่เฉพาะเจาะจง 3. นำวิธีการ/แนวทางที่ได้ ไปสร้างข้อคำถามหรือ มาตรวัดต่างๆ ที่จะทำการสำรวจเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ ขั้นตอนต่อไปซึ่งจะทำให้การเก็บข้อมูลมีความตรงมาก ยิ่งขึ้น 4. ตีความผลการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิง คุณภาพ และตามด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยให้ความสำคัญกับวิธีการวิจัยทั้ง 2 แบบเท่าๆ กัน

สรุป

การวิจัยแบบผสมวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถ ตอบคำถามวิจัยได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งงานวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียวไม่สามารถกระทำได้และด้วยวัตถุประสงค์การวิจัยที่แตกต่างกัน การออกแบบงานวิจัยแบบผสมวิธีจึงแบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบตามลักษณะการผสมระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพส่งเสริมให้สามารถตอบคำถามวิจัยได้อย่างกว้างขวางและลึกซึ้งได้

2.7 แนวทางการดูแลสุขภาพตามหลักการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย แนะนำผู้สูงอายุสังเกต 5 ระบบทางกาย พร้อมใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร ด้านอารมณ์ และด้านการออกกำลังกาย (หลัก 3อ.) ในสร้างสุขภาพดีมีอายุยืนยาว วชิระเพ็ญจันทร์ (2559) ระบุว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคนหรือร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคนหรือร้อยละ 14.9 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 20.5 ล้านคน หรือร้อยละ 32.1 ในปี 2558 และในปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงจำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน ในปี 2559 รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพร่างกายเสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ เกิดจาก การที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ลดลงหรือด้อยประสิทธิภาพ วิธีการดูแลตนเองและเฝ้าระวัง โรคที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการสังเกตการณ์ทำงานของ 5 ระบบ ได้แก่

- 1) ระบบทางตา คือ เริ่มมองเห็นเลือนรางหรือมองเห็นไม่ชัด
- 2) ระบบทางหู ที่ฟังไม่ได้ยิน
- 3) ระบบสุขภาพช่องปาก รวมถึงการรับรสด้วย
- 4) ระบบการเคลื่อนไหว อาจเกิดปัญหาข้อเข่าเสื่อม กระดูกพรุน เป็นต้น

5) ระบบของผิวหนังที่แตก แห้ง ลอกเป็นขุย และมีอาการคัน

โดยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุ ทุกคนจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลตนเองให้มากขึ้น และไม่ใช่แค่ตัวผู้สูงอายุเองเท่านั้น ลูกหลานก็ต้องเอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีด้วยเช่นกัน ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีนั้น สามารถทำได้ ด้วยหลัก 3อ. เริ่มจาก 3อ. ได้แก่

- 1) อ. อาหาร กินครบ 5 หมู่ เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง โปรตีน และเน้นอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ปลา ผักและผลไม้
- 2) อ. อารมณ์ รู้จักผ่อนคลายอารมณ์เครียด หางานอดิเรกที่ชอบ พักผ่อนให้เพียงพอ
- 3) อ. ออกกำลังกาย โดยเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หรือสะสมวันละ 10 นาทีเช่น เดิน ปั่นจักรยาน รำมวยจีน

ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ (2563) กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในช่วงสถานการณ์ของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนสามารถยึด หลักการส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย การงดดื่มสุรา และการงดสูบบุหรี่ (หลัก 3อ. 2ส.) ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขโดยกองสุขศึกษา แนะนำให้ปฏิบัติตาม 3 อ. คือ อ.ที่ 1 คือ อาหาร เช่น การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ทุกครั้ง รับประทานอาหารที่มีความหลากหลาย มีผักและผลไม้ทุกมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด และไขมันสูง ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง เลือกซื้ออาหารสดสะอาด และล้างทำความสะอาดก่อนนำมาปรุงอาหารทุกครั้ง อ. ที่ 2 คือ ออกกำลังกาย เช่น ไม่ควรสวมหน้ากาก ขณะออกกำลังกาย ควรเว้นระยะห่างขณะออกกำลังกายจากผู้อื่น อย่างน้อย 2 เมตร รักษาความสะอาดอุปกรณ์กีฬาและของใช้ส่วนตัว และหลังออกกำลังกายควรอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน อ. ที่ 3 คือ อารมณ์ เข้าใจกับสถานการณ์ตามความเป็นจริง มีเวลาพักผ่อน ฟื้นฟูสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และใช้ชีวิตไม่เครียด 2 ส. คือ การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา พฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. เป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้โดยทั่วไปที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ในช่วงของสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ New Normal

จากการสำรวจรายงาน ผลการเฝ้าระวังสถานการณ์ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. แนววิถีชีวิตใหม่ (New normal) ของประชาชน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 473 คน พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับดี ด้านพฤติกรรมที่ประชาชนปฏิบัติตัว 3 อ. 2 ส. ได้ดีสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เข้าใจสถานการณ์ตามความเป็นจริง มองเห็นโอกาสดีที่เกิดขึ้น เช่น มีเวลาพักผ่อน ฟื้นฟูสุขภาพ ได้อยู่กับครอบครัวมากขึ้น ร้อยละ 100 รองลงมา คือ เลือกซื้ออาหารสด สะอาด และล้างทำความสะอาดก่อนนำมาปรุงอาหารทุกครั้งร้อยละ 98.9 และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ไม่เครียด ร้อยละ 98.5 ส่วนพฤติกรรมที่ประชาชนปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ขณะออกกำลังกาย มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ ร่วมสังสรรค์ ดื่มสุรา มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 19 และหลังออกกำลังกาย เมื่อกลับถึงบ้านไม่อาบน้ำ และเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที มีผู้ปฏิบัติร้อยละ

ละ14 ดังนั้น จึงขอเน้นย้ำให้ประชาชนดูแลตัวเอง ไม่ควรสวมหน้ากาก ขณะออกกำลังกาย ไม่สังสรรค์ ด้วยการดื่มสุราร่วมกัน เพราะมีความใกล้ชิด และอาจใช้แก้วเดียวกันในการดื่ม รวมถึงเมื่อถึงบ้านควรอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อโรคของท่านและครอบครัว (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

2.8 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

บทนำ

คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายสำคัญในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 – 2539 และเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากร โดยเชื่อว่าหากสามารถพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะกระทำได้อย่างเต็มศักยภาพและรวดเร็ว ดังนั้น การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจจากนักวิชาการและนักบริหารทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะหน่วยงานทางด้านการสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ ด้านพยาบาล ซึ่งมีแนวคิดและทัศนคติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตรวมทั้งหาคะดับความมีคุณภาพชีวิตว่าเป็นอย่างไร ซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมซึ่งคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณีวัฒนธรรมแตกต่างกันอย่างไรก็ตาม ในมิติที่เหมือนกัน คุณภาพชีวิตมิใช่เพียงการบรรลุความต้องการหรือความสมบูรณ์ทางวัตถุ หรือร่างกายเท่านั้น แต่คุณภาพชีวิตจะต้องรวมถึงจิตสังคมของมนุษย์ด้วย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537) จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างและไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ผู้วิจัย พบว่า มีผู้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตไว้หลายท่าน และได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2540; อ้างอิงจาก The WHO คุณภาพชีวิต Group, 1994) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประชากรรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

ซาน (Zhan, 1992) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

ดาลคีย์และโรว์ค (Dalkey & Rourke, 1973) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการมีความสุขหรือไม่มีความสุขเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม ความเครียดเป้าหมายในชีวิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และแหล่งสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1975) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมและมีความหมายที่ซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

โอเรม (Orem, 1985: 179) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well Being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจสวัสดี มหัตินันกุล และคณะ (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2540) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วินัยธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับการรับรู้ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจสุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรมวันทน์ ขำเพ็ง (2549) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ การมีชีวิตที่ดีและมีความสุข คุณภาพชีวิตมีทั้งระดับบุคคลหรือครอบครัว ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตระดับจุลภาค (Micro level) และคุณภาพชีวิตระดับสังคมหรือระดับประเทศ ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตระดับมหภาค (Macro Level) จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่มีผู้อธิบายไว้ข้างต้น

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ เกี่ยวกับองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และปัจจัยในสังคม เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการทำกิจกรรมเป็นที่ทราบกันดีว่า การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันออกไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือบริบทของสังคม ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตเอาไว้ มีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกันออกไป ดังนี้

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้อธิบายไว้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ โดยความสุขสบายทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และความสุขสบายทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2. สัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน ได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

4. พัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจในการเรียน และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. การมีกิจกรรมนันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

เบอร์กฮอนและคณะ (Berghorn, et al, 1981) ได้เสนอแนะองค์ประกอบ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ว่า จะต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประเทศไทย (บติ ธนมัน, 2530; อ้างอิงจาก คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตไทยในชนบท) ได้กำหนดมาตรฐานชีวิตขั้นต่ำ (Basic Minimum Needs : BMN หรือ ความจำเป็นพื้นฐาน: จปฐ) ของประชาชนไว้ 9 ประการ อันได้แก่

1. อาหารที่ถูกลักษณะ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. การเข้าถึงบริการทางสังคมขั้นพื้นฐาน
4. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
5. การประกอบอาชีพ และมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
6. สามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตรได้ตามต้องการ
7. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและกำหนดวิถีชีวิตของชุมชน
8. การมีพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้นโดยมีกิจกรรมทางศาสนา
9. การบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสภาพแวดล้อมของชุมชน

สุวัฒน์ มหัตนิรันกุล และคณะ (2540) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย คือ การมีสุขภาพกายดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข และสามารถประกอบกิจการหรือ ภาระหน้าที่ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ กล่าวคือ การมีสุขภาพดี คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยลงตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้โรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน จึงมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยทางด้านร่างกาย และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะด้อยการศึกษาทำให้ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

2. องค์ประกอบด้านจิตใจ คือ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม และสังคม ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจไปในทางที่ดี หรือมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้นน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล ระดับการศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนๆ นั้น การรับรู้สิ่งใหม่ๆ การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ไม่พอใจ ไม่สนใจ เป็นผลที่เกิดจากความเครียดที่มีความผิดปกติทางจิตใจ และในวัยสูงอายุ ถ้าไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล เศร้า ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยอมรับผลให้เกิดมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้น ภาวะสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตได้ดีเนื่องจากการประเมินสุขภาพตนเองอาจไม่สอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสุขภาพดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

3. องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆ ข้าง นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการของสังคม การมีสัมพันธกับบุคคลอื่น เช่น การมีเพื่อนในวัยเดียวกัน สามารถปรับทุกข์ซึ่งกันและกันได้ มีความรู้สึกที่ดี สามารถให้การช่วยเหลือ ให้ความอุปการะและให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า คือ บุตรหลาน คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ให้ความเคารพยกย่องทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความหมายและมีคุณค่า และมักจะใช้เวลาว่างทำกิจกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เช่นการไปวัด ทำบุญ การเข้าร่วมในชมรมต่างๆ เช่นชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครต่างๆ จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสูงสามารถปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง

4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของมนุษย์ ที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการมีบ้านและชุมชนที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าบ้านน่าอยู่สะดวกสบาย สงบ เป็นส่วนตัว มีเพื่อนบ้านที่ดีปราศจากโจรผู้ร้าย รวมทั้งมีความพอใจใน

การบริการของชุมชน เช่น การบริการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ การคมนาคมสะดวกปลอดภัย มีรายได้เพียงพอกับความต้องการของตนเอง ย่อมทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสุข จะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความพึงพอใจต่อบ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัยสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ดี มีความสุขหรือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากบทความข้างต้น สรุปได้ว่า องค์ประกอบหลักๆ ของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ และสัมพันธภาพกับคนรอบข้างและสังคม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย องค์ประกอบด้านจิตใจ องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต จำเป็นที่จะต้องศึกษาเรื่องการประเมินคุณภาพชีวิตร่วมด้วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะทำให้ทราบระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่จะศึกษาแล้ว ยังสามารถนำข้อมูลดังกล่าวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาประเมินผล และหาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรให้ดียิ่งขึ้น และการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นก็มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

สตรอมเบิร์ก (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540; อ้างอิงจาก Stromberg, 1984) ได้อธิบายไว้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิต สามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective Scale Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective Scale Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์

ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective Scale Yielding Qualitative Data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

องค์การยูเนสโก (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540; อ้างอิงจาก UNESCO, 1980) กำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: 1997) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายความคาดหวังมาตรฐานและสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้นเป็นโมทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลใน ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการนอนหลับและการพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิและการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของตนที่มีต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต ความเชื่อมั่นอื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ในประเทศไทยมีงานวิจัยของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งได้นำเอาแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (WHO คุณภาพชีวิต-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 แบบ คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-Report Subjective) และมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain)
2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 และแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย โดยผู้ที่มีคะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

จากที่กล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น เป็นเพียงการกล่าวถึงคุณภาพชีวิตในภาพรวมของทุกกลุ่มแต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยซึ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นประเด็นที่จะกล่าวเป็นลำดับต่อไป จึงเป็นเรื่องของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อจะชี้ให้เห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องศึกษานิยามของคำว่าผู้สูงอายุด้วย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.4.1 วัยสูงอายุ (Senescence) หรือการเข้าสู่วัยชราเป็นขบวนการ ซึ่งนำไปสู่การลดลงของการคาดการณ์ของอายุขัยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการมีอายุเพิ่มขึ้น (Aging) เป็นการสูญเสียของการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป และทำให้การคาดการณ์ของอายุขัยลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตเริ่มลดน้อยลง โดยสามารถอธิบายความหมายของการสูงอายุได้เป็น 3 ประการ ดังนี้

1. ภาวะของการมีอายุสูงขึ้นเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัย (Aging as a Stage of the Life Span) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผลรวมของการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดในร่างกายเมื่อเวลาผ่านไป โดยถือว่าเซลล์ต่างๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอน ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสืบพันธุ์ เข้าสู่วัยชราและตายไปในที่สุด

2. ภาวะสูงอายุเป็นขบวนการของการเสื่อมสลาย (Aging as a Deteriorative Process) โดยมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายซึ่งมีการเสื่อมสลายเมื่อมีอายุมากขึ้น เป็นผลทำให้ทำหน้าที่ไม่ได้และตายไปในที่สุด

3. ภาวะสูงอายุเป็นภาวะที่มีการทำลายเซลล์และโมเลกุล (Aging as Cellular and Molecular Damage) โดยเชื่อว่าเมื่อเวลาผ่านไปทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่เยื่อหุ้มเซลล์ทั้งในด้านของ Permeability และ Transport การเปลี่ยนแปลงของไซโตพลาซึมโดยมีการสร้าง Free Radicals, Cross Linking, Lipofuscin, การเปลี่ยนแปลงของนิวเคลียสโดยมีความผิดปกติในการสร้างและทำลาย DNA รวมทั้งมี mRNA Error Catastrophe และมีการเปลี่ยนแปลงใน Replication และ Histocompatibility Complex

ในประเทศไทย มีการใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นครั้งแรกโดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในโอกาสที่มีการประชุมระหว่างแพทย์อาวโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2505 โดยทางราชการไทยได้กำหนดว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย พ.ศ.2525 ว่าด้วยผู้สูงอายุ และได้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์เกษียณอายุราชการในประเทศไทยเป็นต้นมา นอกจากจะใช้ตัวเลขเป็นตัวกำหนดความหมายของผู้สูงอายุแล้ว ยังมีการให้ความหมายของผู้สูงอายุในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้า หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า Gerontologists ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) ความสูงอายุลักษณะนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์ โดยดูตั้งแต่ปีที่เกิด ดังนั้นบุคคลที่มีอายุ 75 ปี ย่อมจะต้องมีความเป็นผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่มีอายุ 45 ปี เหล่านี้เป็นต้น การดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จึงดูที่จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงๆ โดยไม่นำเอาเรื่องของสุขภาพ ความสามารถหรือความรู้ทางสติปัญญา บทบาททางสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological - Aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกรั้ว สายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Aging) ซึ่งนับรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาด้วย เช่น ระบบความจำเปลี่ยนไป การเรียนรู้เริ่มลดถอยลง ตลอดจนบุคลิกภาพต่างๆ ที่แสดงออกอย่างเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social Aging) รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมอื่นๆ ด้วย

2.9 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของบุคคลทุกวัยในทุกๆ สังคม การใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับสภาวะการเสื่อมถอยทางร่างกายในด้านต่างๆ เพราะฉะนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ ย่อมสะท้อนออกมาให้เห็นโดยการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเมื่อกล่าวถึงคำว่า “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ” พบว่ามีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย มีรายละเอียดดังนี้

เพนเดอร์ (กฤติกาพร ไยโนนตาต, 2542 อ้างอิงจาก Pender, 1982) ได้อธิบายไว้ว่าการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อการดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผนเป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อได้กระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมีมากขึ้น

โอเรม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 อ้างอิงจาก Orem, 1991) ได้อธิบายไว้ว่าการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย (Deliberate Action)

การมีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนากการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล และได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประการดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกลจากการขับถ่าย

1.2.3 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และใจความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จะพัฒนาการพึ่งพาของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น บุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะพึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมการเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่จะเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลียงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาระบบไว้ ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Prevention)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self Care Requisite) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรือเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 การคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรค หรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยโรค และจากการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้ คือ

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และสนใจดูแลและปกป้องความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยการคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพิงตนเองและผู้อื่น
- 3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาของตนเอง ให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง (สุรางค์ เชื้อวณิชชากร, 2548 อ้างอิงจาก ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี, 2542) ได้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกซึ่งการกระทำ หรือดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้านคือ

1. ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ใน แต่ละวัน โดยรู้จักการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันสูง อาหารสุกๆ ดิบๆ อาหารที่มีรสเค็ม

จัด ผีตจัดหวนจัด และงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มประเภทชูกำลัง รวมทั้งรู้จักรับประทานอาหารที่มีเส้นใย (Dietary fiber) เช่น ผัก ผลไม้ และดื่มนมวันละ 1 แก้ว

2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20-30 นาที มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น การปลูกต้นไม้ การทำสะอาดบ้าน การวิ่ง เป็นต้น

3. ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบหรือไม่สูบบุหรี่ โดยประเมินการสูบบุหรี่ดังนี้

3.1 สูบเป็นประจำ หมายถึง การมีปกตินิสัยในการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน

3.2 สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ที่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้

3.3 ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลย

4. ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย หมายถึง การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อม เช่น การแปรงฟัน การอาบน้ำ การทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มและเครื่องนอนรวมทั้งการไปตรวจสุขภาพประจำปีกับแพทย์ และทันตแพทย์ เพื่อค้นหาความผิดปกติของร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

สรุป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำที่เป็นการคงไว้ซึ่ง สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนให้แข็งแรง และปราศจากการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ดังนั้น การให้ความสนใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ส่วนใหญ่ก็เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ร่วมกับการมีโรคประจำตัว ดังนั้นความสุขหรือความทุกข์ในวัยสูงอายุจึงถือว่าตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางร่างกาย และสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก การดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญต้องทำควบคู่กันไป และจำเป็นสำหรับผู้ที่ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุให้มีความสุข ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพื่อชีวิต เพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของตน โดยจะต้องมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่

1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับ อาหาร น้ำ และอากาศ

1.1.1 อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เพื่อป้องกัน หรือชะลอการทรุดโทรมของร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีความสำคัญต่อ สุขภาพรวมทั้งลดความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดัน โลหิตสูงและเบาหวาน ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อแก้ปัญหาเรื่องแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหารโดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่าย ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ และท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคไขมันลง โดยเฉพาะกลุ่มไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควร รับประทานน้ำตาลมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือด สูงได้ง่าย รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ เพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, 2536)

1.1.2 น้ำ ในกระบวนการธาตุอาหารทั้ง 6 ชนิด น้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดเพราะ ถ้าขาดแล้วจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนัก ตัว น้ำมีหน้าที่เป็นตัวทำละลายสารต่างๆ ภายในร่างกาย ช่วยนำอาหารไปไหลเวียนในส่วนต่างๆ ช่วย นำของเสียจากเซลล์ไปขับถ่าย การขาดน้ำเพียงเล็กน้อยจึงอาจเกิดอันตรายขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500 - 2,000 ซี.ซี. อาจใช้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มี ประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชาและกาแฟ เพราะนอกจากจะ ทำให้นอนหลับยากแล้ว กาแฟยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นถ้าดื่มในปริมาณมาก (บริบูรณ์ พรพิบูลย์, 2535)

1.1.3 อากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจุของปอดและการระบายอากาศ ลดลงจึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมดีอยู่ใน อากาศที่ถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรมีต้นไม้จะช่วยให้เกิด ความร่มรื่นได้ผ่อนคลายอารมณ์และได้รับอากาศที่ดี ควรดื่มสุบหรีเพราะจะทำให้อากาศที่มี ออกซิเจนลดน้อยลงและมีควันพิษปะปนเข้าไปด้วย ผลของการสูบหรีต่อการหายใจนั้นจะนำไปสู่ ภาวะถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด และความดันโลหิตสูง หลีกเลียงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้อื่นสูบหรี เพราะการวิจัยได้แสดงให้เห็นแล้วว่าการสูบหรีของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงจะทำให้เกิดอันตรายไปถึงผู้ที่ ไม่ได้สูบหรีด้วย

1.2 การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุไม่ควร กลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะ ปัสสาวะเสียการบีบรัดตัว ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยของ ผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกตินิสัย ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกาย ปัญหาจะอยู่ที่เป็นการรบกวนการนอน เพราะทำให้ตื่นบ่อย การถ่ายปัสสาวะก่อนนอนและการลด

เครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะทำให้ถ่ายน้อยลงและนอนหลับได้มากขึ้น ในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระ อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย และดื่มน้ำน้อย ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา ผู้สูงอายุจึงควรป้องกันอาการท้องผูกโดยรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ดื่มน้ำให้มากออกกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผักขับถ่ายให้เป็นเวลา

1.3 การมีกิจกรรมหรือการพักผ่อน การเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม พบว่า ผู้สูงอายุจะนอนหลับก็ช่วงไม่กี่ชั่วโมงก็เพียงพอขึ้นอยู่กัสุขภาพของร่างกายและการออกกำลังกาย โดยบางคนนอน 6-7 ชั่วโมง บางคนนอนหลับ 3-4 ชั่วโมงก็เพียงพอ ดังนั้นสรุปว่า การนอนในผู้สูงอายุ คือ ต้องนอนหลับให้สนิทจริงๆ เพราะการนอนไม่หลับหรือการนอนหลับไม่สนิทนำมาซึ่งความเสี่ยงของร่างกาย โดยในผู้สูงอายุพบว่าสาเหตุการนอนไม่หลับมาจากความ คิดกังวลใจ เป็นคนเจ้าทุกข์ วางไม่ลง ละไม่ได้ บางคนไปพึ่งยานอนหลับ ซึ่งจะออกฤทธิ์ไปกดระบบศูนย์ควบคุมการตื่นในสมองไว้ชั่วคราว พอหมดฤทธิ์ยาตื่นขึ้นมา ร่างกายจะไม่สดชื่น เหมือนกับการนอนหลับเองตามธรรมชาติ ดังนั้น ผู้สูงอายุจะต้องควบคุมจิตใจให้ตั้งอยู่ในอารมณ์เดียว จดเดียว ตัดความวิตกกังวลออกให้หมด แล้วเข้านอนตามเวลาปกติ สม่่าเสมอ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีเวลาว่างมากขึ้น ดังนั้นกิจกรรมในยามว่างไม่ว่าเพื่อนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือให้บริการผู้อื่นเป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งนำความสุขมาให้ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม กิจกรรมที่เหมาะสมควรมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ เช่น การอ่านหนังสือฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ สั่สรค์กับเพื่อนฝูงการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย ไม่หักโหมหรือรีบเร่งจนเหน็ดเหนื่อยเกินไป การออกกำลังกายควรทำในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ควรเว้นเมื่อเจ็บป่วย ในขณะเดียวกัน ควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ

1.4 การใช้เวลาว่างเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุควรแบ่งเวลาให้เหมาะสมในแต่ละวัน โดยจัดช่วงเวลาสำหรับอยู่ตามลำพัง เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตนเองในแต่ละวัน และขณะเดียวกันควรได้สังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูง เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ ในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง ช่วยให้ ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนามาแล้ว อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือและแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองได้ด้วย

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการเกิดเจ็บป่วย

ขึ้นจะหมายถึง ปัญหาต่างๆ ที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่และภาวะทางเศรษฐกิจเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ มากกว่าบุคคลในวัยอ่อนกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาททำให้ตาพร่ามัว หูตึง และมีการเสื่อมของกระดูกทำให้การทรงตัวไม่ดี และการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทไม่สัมพันธ์กัน จึงมีโอกาสหกล้ม และกระดูกหักได้ง่าย จึงควรป้องกันด้วยการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน มีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ยอมรับข้อจำกัดจากการที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตน ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ผิดปกติ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบัน เป็นการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่มีความพอใจในชีวิตและเข้าใจตนเองจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยสูงอายุ และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการหวนโหยง่าย เช่น โกรธง่าย น้อยใจ ขี้บ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการทำลายสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวเอง โดยการปฏิบัติตนดังนี้

2.1 เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่างๆ ที่เกี่ยวกับสถานะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

2.2 ฝึกตนฝึกจิต ให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ ทำความดี เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.3 ทำตนให้เป็นที่เคารพของคนทั่วไป ด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป

2.4 ทำสิ่งที่ประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและตนเอง เท่าที่กำลังกาย กำลังสมองจะอำนวยเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัวและสังคม

2.5 ใช้จำยให้พอดีกับเศรษฐกิจของตน จะทำให้เกิดความสุขใจโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

2.6 ทดแทนความเหงา และว่าเหว ด้วยการทำกิจกรรมที่ตนชอบ หรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อยู่อย่างเฉยๆ เพราะจะทำให้ว่าเหวยิ่งขึ้นนอกจากนี้

ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ การเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เมื่อเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และมีการวินิจฉัยโรค และรักษาของแพทย์แล้ว กิจกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพมีดังนี้

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่ช่วยเหลือได้ เช่น คู่สมรส ญาติ หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เพราะการที่บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ในระดับที่เพียงพอ ต่อเนื่อง และกระทำอยู่สม่ำเสมอเป็นประจำนั้น ย่อมจำเป็นต่อภาวะสุขภาพหากมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเองด้วย มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต พบว่าทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ดังนี้

คันสนีย์ วงศ์ชนะ (2565) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลางคือในด้านการใช้ยา ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการผ่อนคลายความเครียด และจากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุพบว่า เพศ อายุ และรายได้ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน สถานภาพและการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนตรนภา กาบมณี (2564) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ได้แก่ ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ และสังคม

อิทธิพล ดวงจินดา (2564) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับสูงมาก และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษางานวิจัยข้างต้น อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งโดยรวมและรายด้าน 3 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และยังรวมไปถึงการพักผ่อนที่เพียงพอและการป้องกันอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

2.10 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสในสัตว์ มีหลายสายพันธุ์ โดยปกติไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในมนุษย์ได้ (ซึ่งมักเกิดจากการจัดการที่ผิดธรรมชาติโดยมนุษย์) ในขณะที่มนุษย์ยังไม่รู้จักและไม่มีภูมิคุ้มกันก็จะเกิดการระบาดของโรคในคน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 ; COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิด ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว การดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉิน

มีคนป่วยหนักและตายมากเกินไปที่จะเป็นจนประเทศจีนต้องปิดเมือง และปิดประเทศ ต่อมาขณะนี้ประเทศจีนสามารถควบคุมได้ จนแทบจะไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ แต่โดยธรรมชาติแล้ว จะยังมีผู้ที่มีเชื้ออยู่ ผู้ป่วยรายแรกที่ได้รับการรักษาในประเทศไทย

เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็น คนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน และได้เดินทางมาประเทศไทย หลังจากนั้น มีผู้ป่วยอีกหลายรายที่มาจากประเทศอื่น ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก มีการรายงานเมื่อ 31 มกราคม 2563 โรคนี้เกิดจากไวรัสโคโรนา (Corona virus) ที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติเป็นสายพันธุ์ใหม่ จากการที่ธรรมชาติถูกมนุษย์ทำร้าย โดยมีสมมุติฐานว่าไวรัสอาจจะมี แหล่งเริ่มต้นคือค้างคาว และกลายพันธุ์เมื่อผ่านสัตว์ตัวกลาง กลายเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในคน และคนไปรับเชื้อมาแพร่ระหว่างคนสู่คน ทั้งนี้ต้องรอการพิสูจน์ต่อไป เคยมีเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในอดีต คือ การเกิดโรค SARS และ MERS ซึ่งทั้งสองโรคนั้น ผู้ป่วยมีอาการหนักทั้งหมดและต้องอยู่ในโรงพยาบาล จึงสกัดการแพร่โรคได้ไม่ยากนัก ส่วนผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่แพร่เชื้อมีทั้งผู้ที่มีอาการน้อยหรืออาจไม่มีอาการ นอกเหนือจากผู้มีอาการหนักซึ่งมีน้อยกว่ามาก จึงควบคุมการระบาดได้ยากกว่า การระบาดที่ใกล้เคียงกับครั้งนี้มากที่สุด คือการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ ใหม่ 2009 (Influenza A (H1N1) pdm09 Virus) ใน พ.ศ.2552 ซึ่งเริ่มจากอเมริกาแล้วระบาดหนักไปทั่วโลก แต่คนที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 201 สามารถแพร่เชื้อได้ในช่วงเวลา ของการติดเชื้อได้นานกว่า การระบาดจึงน่าจะกว้างขวางกว่า และควบคุมยากกว่า ในขณะนี้ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 201 ได้ระบาดไปทั่วโลกแล้ว 11 กุมภาพันธ์ 2563 ได้มีการกำหนดชื่อโรคและชื่อไวรัสอย่างเป็นทางการ ดังนี้ โรค COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) กำหนดชื่อโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ไวรัส SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2) กำหนดชื่อโดยคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานของไวรัส (ICTV) โดยที่ช่วงแรกของการระบาด ใช้ชื่อ อย่างไม่เป็นทางการ เช่น ไวรัสอู่ฮั่น 2019-nCoV (2019 Novel Coronavirus หรือ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019) แต่มักจะเรียกกันง่าย ๆ ว่า ไวรัสโควิด19 ส่วน ไวรัส SARS-CoV-1 คือไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ รุนแรง หรือ SARS ที่ระบาด ใน พ.ศ. 2545-2546 ไวรัสที่ก่อโรคระบาดในครั้งนี้จึง เป็นชนิดที่ 2 หรือ SARS-CoV-2 ไวรัส SARS-CoV-2 เป็นเชื้อโรคที่ต้องอยู่ในเซลล์เนื้อเยื่อ หรือมีเมือกคลุมอยู่ เช่น เสมหะ ไม่สามารถอยู่เป็นอิสระ นอกจากนี้ ยังเป็นไวรัสที่เกาะด้านนอกเป็น ไขมัน ซึ่งจะสลายตัวเมื่อสัมผัสกับสารซักฟอกหรือสบู่ ไวรัสโคโรนา ที่ก่อโรคในมนุษย์ในขณะนี้ มีทั้งหมด 7 ชนิด

ชนิดที่ 1-4: โรคหวัดธรรมดา

ชนิดที่ 5: โรค SARS (ซาร์) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2545-2546

ชนิดที่ 6: โรค MERS (เมอร์ส) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2557

ชนิดที่ 7: โรค COVID-19 (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในปัจจุบันแหล่งแพร่เชื้อไวรัส COVID-19

1. คาดว่าเริ่มจากสัตว์ป่าที่นำมาขายในตลาดสดเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งคนไปสัมผัสและนำมาเผยแพร่ต่อ โดยเริ่มจากไวรัสจากค้างคาวที่มีการผสมพันธุ์กับไวรัสอื่น และกลายพันธุ์
2. คนที่มีเชื้อแล้วแพร่สู่คนอื่น ทางสิ่งคัดหลั่งหลังจากทางเดินหายใจ ขั้นตอนจากการรับเชื้อถึงการป่วย ประกอบด้วย การสัมผัสเชื้อโรค การรับเชื้อ การติดเชื้อ และการป่วย ผู้สัมผัสเชื้อโรค (Contact) หมายถึง ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ หรือ อาจจะสัมผัสกับเชื้อที่ออกมาจากสิ่ง คัดหลั่งจากระบบหายใจของผู้ป่วย (น้ำลาย เสมหะ น้ำมูก) แล้วอาจจะนำเข้าสู่อวัยวะทางปาก จมูก ตา (อวัยวะที่มีเยื่อเมือกบุ) โดยได้อยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยอยู่ด้วย โดยไม่ระมัดระวังเพียงพอ หากมีการสัมผัสดังกล่าว ก็อาจเกิดการติดเชื้อตามมา และเป็นแหล่งแพร่เชื้อต่อไปได้ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวังในระยะนี้ (มีนาคม 2563) ได้แก่ ผู้สัมผัสหรืออาจจะสัมผัสโรค โดยมี ประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงเวลา 14 วันก่อนหน้า (คือ ระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของโรค คือ ติดเชื้อแล้วแต่ยังไม่มีอาการป่วย) ดังต่อไปนี้

1. มีประวัติเดินทางไปยัง มาจาก หรืออยู่อาศัย ในพื้นที่ที่มีรายงานการระบาด
2. เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาด
3. มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้เข้าข่ายหรือได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อ

ผลจากการสัมผัสกับเชื้อโรค ผู้ที่สัมผัสกับเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากได้รับเชื้อโรคมามีผลเป็น

1. พาหะของเชื้อ คือผู้ที่รับเชื้อโรคแต่ไม่เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อมักจะติดมาทางมือ
2. ผู้ติดเชื้อ คือ ผู้ที่ตรวจพบเชื้อ และมีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ ซึ่งตรวจพบได้

ทางการตรวจเลือด แบ่งเป็น

- 2.1 ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ
- 2.2 ผู้ป่วย หรือ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ซึ่งอาจจะมีอาการน้อยหรือมาก

ลักษณะของโรค COVID-19

การติดเชื้อทางเดินหายใจจากไวรัส

ระบบทางเดินหายใจเริ่มจากจมูกลงไปถึงถุงลมในปอด แบ่งออกเป็นทางเดิน หายใจส่วนบน (จมูก โพรงรอบจมูกหรือไซนัส กล่องเสียง) และส่วนล่าง (หลอดลม และปอด) ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบน จะไม่รุนแรงเท่าการ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ไวรัสที่ชอบทางเดินหายใจส่วนล่างจึงก่อโรครุนแรงกว่า ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสที่ทางเดินหายใจเป็นผลจากที่ไวรัสเข้าไป แบ่งตัวในเซลล์ของทางเดินหายใจ และเกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากร่างกาย ความ รุนแรงของโรคน้อยขึ้นอยู่กับ

1. ลักษณะเฉพาะตัวของไวรัส ซึ่งมักจะพบในระบบทางเดินหายใจ เช่น รุจมูก ทำให้มีน้ำมูก หรือเข้าสู่ภายในปอดและเกิดการอักเสบของปอด และความสามารถในการกระตุ้นปฏิกิริยาการอักเสบ

2. ปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อ เพื่อการกำจัดไวรัส ซึ่งอาจก่อให้เกิดการ อักเสบมากเกินไป และหากกระบวนการยับยั้งไม่ดี ก็จะทำให้โรครุนแรง

การดำเนินโรค

การติดเชื้อ

ไวรัสโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 201 รวมถึงไวรัสอื่นที่ทาให้ติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ เข้าสู่ร่างกายโดย ทาง “ปาก จมูก ตา” โดยที่ไวรัสจะเข้าไปเกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อ ุบุ ทางเดินหายใจ ไวรัสไม่เข้าทางผิวหนัง หรือแผลที่ผิวหนัง

ระยะฟักตัว (Incubation Period, IP) หมายถึงระยะเวลาดังแต่รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วย

ระยะฟักตัวของโรค COVID-19 เท่ากับ 2-14 วัน ซึ่งเป็นเหตุผลที่ให้ผู้สัมผัส โรค กักกันตัวจากคนอื่น 14 วัน

จากรายงานผู้ป่วยนอกเมืองอู่ฮั่น ระหว่าง มกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 พบว่าค่ามัธยฐาน (Median, ค่ากลาง) ของระยะฟักตัวของโรคนี้ ประมาณ 5.1 วัน (95% CI, 4.5 to 5.8 Days) และ 97.5% ของผู้ป่วยมีระยะฟักตัวของโรคน้อยกว่า 11.5 วัน (95% CI, 8.2 to 15.6 days) ปัจจัยที่มีผล ต่อระยะฟักตัว ได้แก่

1. ปริมาณของเชื้อไวรัสที่ได้รับ ถ้ามากจะท าให้เกิดโรคเร็ว คือระยะฟักตัวสั้น
2. ทางเข้าของเชื้อโรค เช่น ไวรัส COVID-19 หากเข้าสู่ปอดโดยตรงทางจมูก และ ปาก จะเกิดโรคเร็วกว่าการรับเชื้อทางเยื่อบุตา
3. ความเร็วของการเพิ่มจำนวนไวรัสในร่างกายมนุษย์
4. สุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ
5. ปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อต่อไวรัส ซึ่งมีผลทั้งในการกำจัดเชื้อ และการ อักเสบซึ่งมีผลให้เกิดอาการของโรค เช่น ไข้ ไอ หอบ

อาการป่วย (Symptoms)

โดยทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีอาการ “ไข้ และ ไอ” เป็น พื้นฐาน ส่วน ใหญ่เริ่มจาก ไอแห้งๆ ตามด้วย ไข้ ผู้ป่วยส่วนน้อยคือ ร้อยละ 5 มี น้ำมูก เจ็บคอ หรือ จาม ไม่มี อาการเสียงแหบหรือเสียงหาย ร้อยละ 98.6 มีไข้ (ไข้อาจจะไม่ได้เริ่มในวันแรกของการป่วย) ร้อยละ 69.6 มีอาการอ่อนเพลียผิดปกติ ร้อยละ 59.4 ไอแห้งๆ (Wang et al JAMA 2020)

ความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับ

1. ปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจ
2. ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิกริยาภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติตน เมื่อเริ่มป่วย

3. การดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและป่วย

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการน้อย และส่วนน้อยมากไม่มีอาการป่วยเลย เด็กส่วนใหญ่มีอาการน้อย ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวมักจะมีอาการหนักกว่า

- ร้อยละ 80 มีอาการน้อย คล้ายไข้หวัดธรรมดา หรือไข้หวัดใหญ่ที่อาการน้อย หายได้เองหลังพักผ่อน และดูแลตามอาการ

- ร้อยละ 14 มีอาการหนักจากปอดอักเสบ หายใจผิดปกติ

- ร้อยละ 5 มีอาการวิกฤติ เช่น การหายใจล้มเหลว ช็อคจากการป่วยรุนแรง

- ร้อยละ 1-2 เสียชีวิต หลังจากมีอาการหนัก มักเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้มีโรค ประจำตัวทางหัวใจและปอด เบาหวาน ภูมิคุ้มกันต่ำ หรือโรคประจำตัวอื่นๆ

ระยะเวลาที่ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย 55,924 ราย ให้ค่ามัธยฐาน (Median time หรือ ค่ากลาง) ของ ระยะเวลาจากเริ่มมีอาการ จนถึงวันที่เริ่มฟื้นตัวจากการป่วย คืออาการเริ่มดีขึ้น ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย (Mild Cases) 2 สัปดาห์

- ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก (Severe or Critical) 3-6 สัปดาห์

- เริ่มป่วยจนมีอาการหนัก 1 สัปดาห์ - เริ่มป่วยจนถึงแก่กรรม 2-8 สัปดาห์ (WHO-China Joint Mission, publish Feb 28, 2020 by WHO)

อัตราตายจากการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ที่เคยพบในประเทศไทย พ.ศ. 2545: โรค SARS ร้อยละ 10 พ.ศ. 2553: ไข้หวัดใหญ่-2009 (Flu-Pandemic 2009) ร้อยละ 0.03-0.5 พ.ศ. 2557: โรค MERS ร้อยละ 30 พ.ศ. 2562-2563 : โรค COVID-19 ร้อยละ 1-2 (ซึ่งน่าจะต่ำกว่าขณะนี้)

การวินิจฉัยโรค และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ข้อมูลจากประวัติอาการผิดปกติ และการสัมผัสโรค

1.1 ประวัติอาการไม่สบาย ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจแล็บพื้นฐาน

1.2 ประวัติสัมผัสโรค ตามที่กล่าวแล้วในเรื่องผู้สัมผัส

2. การตรวจหาไวรัส SARS-CoV-2 (หรือ ไวรัสโคโรนาชนิดใหม่)

วัตถุประสงค์:

1. การควบคุมการแพร่ระบาด

2. การพิจารณาใช้ยาต้านไวรัสที่ตรงกับชนิดของเชื้อ

3. การวิจัยเพื่อใช้ในการควบคุมโรค และการรักษา การติดตามดูการ เปลี่ยนแปลง

ของไวรัส

การตรวจ

มีการพัฒนาการตรวจเพิ่มเติมและดีขึ้นเรื่อย ๆ หลักการมีดังนี้

1. สิ่งส่งตรวจ ได้แก่ สารที่เก็บจากด้านในของจมูกและคอหอย เลือด

2. วิธีการตรวจ

- การตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส Coronavirus 2019 (Real-Time RT-PCR for Coronavirus 2019) จากสิ่งส่งตรวจจากทางเดินหายใจ เป็นการตรวจหลักในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการตรวจระดับโมเลกุล การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ดีทำให้ตรวจไม่พบไวรัสได้บอกไม่ได้จากผลตรวจว่ามีไวรัสที่มีชีวิตหรือไม่

- การตรวจเลือดหา Immuglobulin ที่เฉพาะต่อเชื้อ (Serology) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต้านทาน หลักการในการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโดยทั่วไป จะตรวจ IgM ในสัปดาห์แรกและ IgG หลังจาก 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่ติดเชื้อ

- การเพาะเชื้อไวรัสจากสิ่งส่งตรวจ (Viral culture) ใช้ในการวิจัยเป็นหลัก การป้องกันอันตรายในห้องแลปยากกว่า และค่าใช้จ่ายสูงกว่า 3. การตรวจปอดด้วยภาพรังสี (Chest X-ray, CT- Chest)

- ในช่วงที่มีการระบาดหนักในประเทศจีนจนการตรวจทางโมเลกุลรับไม่ไหว ได้มีการแนะนำ การตรวจปอดด้วยภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อการวินิจฉัย COVID-19 อาจพิจารณาเป็นส่วนประกอบของการวินิจฉัยทางการแพทย์ และเป็นทางเลือก

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

โรคนี้คล้ายกับไข้หวัดใหญ่ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ประมาณ ร้อยละ 80) มีอาการ น้อยและหายได้เอง แต่ต้องปฏิบัติตัวให้ร่างกายได้ซ่อมแซมตัวเอง และป้องกันคนอื่น

1. การรักษา

1.1 การรักษาทั่วไป:

1. พักผ่อนทันทีที่เริ่มป่วย และพักผ่อนให้พอ ให้ร่างกายอบอุ่น กินอาหาร และดื่มน้ำให้เพียงพอ รักษาตามอาการ เช่น ลดไข้

2. ปรึกษาแพทย์ เพื่อการดูแลรักษา ถ้าเป็นผู้เสี่ยงต่อการที่จะป่วย รุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว หญิงมีครรภ์ หรือมีอาการหนัก

3. ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย สามารถรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะที่ผู้ติดเชื้อยังไม่มากเกินกำลังควบคุมดูแล มีข้อกำหนดให้ผู้ติดเชื้อไว้ในสถานพยาบาลทั้งหมด เพื่อการดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อ

1.2 เฉพาะโรค: เริ่มมีyard้านไวรัสต่อไวรัสชนิดนี้ในชั้นทดลองในวงกว้างแล้ว

2. การป้องกัน

- ในระยะที่ควบคุมการระบาด ต้องรายงานเจ้าพนักงาน เมื่อมีผู้ติดเชื้อ
- ป้องกันการแพร่เชื้อให้คนอื่น ตามข้อแนะนำ

ภูมิคุ้มกันหลังติดเชื้อ

แม้ว่าจะยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในเรื่องนี้ แต่ข้อมูลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อื่นที่คล้ายคลึงกัน เช่น โรค SARS ในปี 2545 และ MERS-CoV ในปี 2557 ชี้แนะว่า ภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาไม่ใช่ภูมิคุ้มกันที่จะอยู่นาน ไม่น่าจะมีการติดเชื้อซ้ำในระยะเวลาใกล้ๆ เช่น ภายใน 1 ปี

การแพร่เชื้อ และการรับเชื้อ

แหล่งเชื้อโรค COVID-19 และการแพร่เชื้อ

1. คนที่ติดเชื้อ

1.1 ไอ จาม หรือ พูด โดยไม่มีอุปกรณ์ปิดปาก ในระยะใกล้ชิด (น้อยกว่า 1 เมตร) มีผลให้ละอองฝอยเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ที่มีไวรัสอยู่ด้วย พุ่งกระจายออกมา เรียกว่า Airborne Droplet หรือ หยดน้ำเล็กาที่ลอยในอากาศ (ขนาด > 5 Micron) ซึ่งจะตกลงบนพื้นในระยะ 1-2 เมตร

1.2 ทำให้เกิดการฟุ้งของไวรัสในอากาศ โดยการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อบาง ลักษณะในสถานพยาบาล (เช่น การใช้อุปกรณ์พ่นยาเข้าทางเดินหายใจ การใช้สาย ยางดูดเสมหะ การส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม การใส่และถอดท่อหายใจให้ ผู้ป่วย การดูดเสมหะด้วยระบบเปิด) ก่อให้เกิดละอองขนาดเล็กมาก (Fine mist) เรียกว่า Airborne Aerosole (ขนาด > 5 Micron) ซึ่งคล้ายกับไวรัสที่ฟุ้งในอากาศ ไวรัสโคโรนามีชีวิตสั้นมากถ้าอากาศแห้ง แต่อยู่ได้นานหลายชั่วโมงหากอากาศเย็น และชื้น

1.3 มือ ที่มีเชื้อโรคติดอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเอาฝ่ามือปิดปากเวลาไอ จาม แล้วไม่ล้างมือ และใช้มือนั้นสัมผัสกับผู้อื่น หรือสิ่งของ

1.4 พื้นผิววัตถุหรือสิ่งของที่ผู้ติดเชื้อได้นำเชื้อโรคมาทิ้งไว้ อาจอยู่ได้หลายชั่วโมงหรือหลายวัน

ระยะเวลาแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อ (Contagious Period)

โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นโรคติดต่อ จะแพร่เชื้อเมื่อมีอาการ และแพร่ เชื้อได้มากที่สุดในระยะที่อาการหนักที่สุดของโรคที่ไม่ใช่ผลแทรกซ้อนจากเหตุอื่น ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยๆ อาจจะแพร่เชื้อได้บ้าง แต่น้อยกว่าการแพร่เชื้อใน ระยะที่ไม่มีอาการอาจเกิดขึ้นได้เล็กน้อย และมักจะอยู่ในระยะ 2-3 วันก่อนเริ่มมีอาการป่วย

โรคติดเชื้อที่เป็นโรคติดต่อแต่ละโรคมีระยะเวลาแพร่เชื้อแตกต่างกัน แม้ว่าจะมีรายงานว่า อาจจะมีผู้ป่วย COVID-19 ที่แพร่เชื้อในขณะที่ไม่มีอาการ แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจน และหากเป็นจริง ก็มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากๆเช่นเดียวกับโรคติดต่ออื่นๆต้องรอดูข้อมูลเพิ่มเติม

การแพร่เชื้อ COVID-19 และการรับเชื้อ

เกิดจากการติดต่อจากคนที่ติดเชื้อสู่อื่น โดย

1. ทางตรง (Direct) โดยทางละอองฝอย (Droplet)

- จากทางเดินหายใจ การคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ในระยะน้อยกว่า 1-2 เมตร

- โดยทางละอองฝอย (Droplet) ของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ป่วย ด้วยการ ไอ จาม หรือการพูดที่น้ำลายกระเด็น ละอองฝอยเหล่านี้ อาจจะเข้า ปาก จมูก ตา ของผู้ที่อยู่ใกล้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อหันหน้าเข้าหากันและสูดหายใจเข้าไป เนื่องจาก ไวรัส COVID-19 เป็นไวรัสที่ต้องอยู่ในเซลล์จึงจะมีชีวิตอยู่ได้ ดังนั้น เมื่อละอองฝอยแห้งลง ไวรัสก็ตาย ไม่ลอยอยู่ในอากาศฟุ้งกระจาย

2. ทางอ้อม (Indirect) โดยการสัมผัส (Contact)

- โดยการสัมผัสบริเวณ พื้นผิว สิ่งของ มือของคนอื่น ที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค จาก ผู้ป่วยจากการไอ จาม แล้วนำไปเข้า จมูก ปาก ตา ของตนเอง

- มีสิ่งอื่นนำเชื้อไปโดยการสัมผัส เช่น ของเล่นของเด็กที่ปนเปื้อนเชื้อ สัตว์เลี้ยง ที่มีผู้นำเชื้อมาสัมผัสทั้งไว้ที่ขน ทั้งนี้ ยังไม่มีหลักฐานว่าสัตว์เลี้ยงจะติดเชื้อสายพันธุ์นี้

- สุนัขมีไวรัสโคโรนาของสุนัข แต่เป็นสายพันธุ์ที่ไม่ก่อโรคในคน

3. ทางละอองฝอยเป็นกรณีเฉพาะ

- ละอองฝอย (Aerosol) ขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน ล่องลอยหรือฟุ้งกระจายในอากาศ

- ไวรัสโคโรนาจากผู้ป่วยจะลอยเป็นละอองฝอยขนาดเล็ก ในกรณีที่มีหัตถการ ในการรักษาบางอย่าง เช่น การดูดเสมหะโดยใช้เครื่องต่อสายยาง การพ่นยาเป็น ละอองเข้าทางเดินหายใจ

- มีข้อมูลบ่งว่า ในลักษณะอากาศบางอย่าง อาจจะเป็นอากาศเย็นและชื้น ไวรัส อาจจะไม่ลอยอยู่ในอากาศนานขึ้น ซึ่งอาจจะสร้างปัญหาของการติดเชื้อใน โรงพยาบาล ต้องติดตาม ข้อมูลต่อไป

“COVID-19 ติดต่อกับคนสู่คน ด้วยวิธีการที่คล้ายคลึงกับไข้หวัดใหญ่” การคลุกคลี ใกล้ชิดกัน (Close Contact)”

การคลุกคลีใกล้ชิดผู้ป่วยทำให้มีโอกาสรับเชื้อจากผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ หมายถึง

1. การอยู่ใกล้ผู้ป่วย ในระยะน้อยกว่า 2 เมตร เป็นเวลานาน เช่น อยู่ร่วมห้อง พูดคุย กัน หันหน้าเข้าหากัน เป็นคนดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

2. มีกิจกรรมที่มีการสัมผัสโดยตรงกับเชื้อโรคจากนั้น ลาย เสมหะของผู้ติดเชื้อ เช่น กอดจูบกัน สัมผัสตัว การใช้ของร่วมกัน เช่น ช้อนช้อน แก้วน้ำ การกินอาหารร่วมกัน การที่กำหนด ระยะใกล้ชิดที่อาจจะรับเชื้อ หรือระยะห่างในการป้องกันการรับเชื้อ ที่ 1-2 เมตร เพราะการไอจาม ของคนทั่วไปจะส่งฝอยน้ำลายได้ไกลถึง 1 เมตร แต่ถ้าคนตัวโตไอแรงมากอาจจะไกลถึง 2 เมตร

การรับเชื้อ COVID-19

1. คนที่คลุกคลีใกล้ชิด (Close Contact) ได้รับเชื้อเข้าทางปาก จมูก ตา ส่วน ใหญ่เกิด จากการไอ จาม ของผู้ป่วย

2. มือที่สัมผัสไวรัสจากผู้ป่วย ที่ปนเปื้อนอยู่บนผิววัตถุแล้วนำเข้าสู่วางเดิน หายใจทาง ปาก จมูก ตา หรือแพร่ไปที่อื่นต่อ

3. แม้ว่าจะมีรายงานการตรวจพบไวรัสโคโรนา 2019 ในอุจจาระ และผู้ป่วยบางคนมี อุจจาระร่วง การติดเชื้อทางทางเดินอาหารไม่เป็นการแพร่เชื้อที่มีความสำคัญ

การป้องกันการแพร่เชื้อ และการติดเชื้อ

1. ล้างมือ ด้วยน้ำและสบู่ ให้ทั่ว และนานพอ (ประมาณ 20 วินาที) และเช็ดมือให้ แห้ง
- การล้างมือด้วยน้ำและสบู่จะกำจัดคราบสกปรก และฆ่าเชื้อไวรัส ไม่จำเป็น ต้องใช้ สบู่ที่ผสมสารฆ่าเชื้อ

- ถ้าไม่มีน้ำและสบู่ จึงใช้แอลกอฮอล์ (60-70 % ซึ่งมักอยู่ในรูปเจล หรือสเปรย์) ทา ทั่วมือที่ไม่เปียกเพื่อฆ่าเชื้อโรค (ถ้ามือเปียก แอลกอฮอล์จะเจือจางจนฆ่าเชื้อไม่ได้) ทิ้งให้แห้ง ห้ามล้าง น้ำต่อ เพราะจะล้างแอลกอฮอล์หมดไป แต่ถ้ามือสกปรกต้องล้าง มือด้วยน้ำและสบู่ เพราะ แอลกอฮอล์จะไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคที่อยู่ในคราบเปื้อน

2. ไม่เอามือจับหน้า ปาก จมูก หรือ ตา ถ้าจ ว่าเป็น ควรท ามือให้สะอาดก่อน

3. เว้นระยะห่าง (Keep Distance) จากคนอื่นที่อาจจะแพร่เชื้อ ได้แก่

- คนที่มีอาการซึ่งอาจจะเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ

- หลีกเลี่ยงการไปในที่ที่มีคนหนาแน่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ไม่รู้จักและอาจ ติดเชื้อ โดยไม่สามารถอยู่ห่างกันเกิน 1 เมตร ได้ตลอดเวลา ถ้าจำเป็นควรใส่ หน้ากากอนามัย และไม่หันหน้าเผชิญกัน เพราะเขาอาจไอ จามรดได้

4. ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่อาจปนเปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย จากผู้ป่วย และมีไวรัส

คนกลุ่มต่างๆ ที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคนี้ ควรปฏิบัติดังนี้

1. คนทุกคน

มือสะอาด : ล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างถูกวิธีเป็นหลัก โดยเฉพาะเมื่อมีคราบสกปรก ใช้แอลกอฮอล์เจลเฉพาะเวลาที่ไม่สามารถใช้น้ำและสบู่ล้างมือ

หน้า : ไม่สัมผัสด้วยมือที่ยังไม่สะอาด เพราะปาก จมูก ตา เป็นทางเข้าของเชื้อ หน้ากากป้องกัน : คนที่ไม่ติดเชื้อไม่จำเป็นต้องใช้หน้ากากเมื่ออยู่ในที่ชุมชนที่ แน่ใจว่าไม่มีผู้ติดเชื้อ อาจใช้หน้ากากผ้าที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่คาดไม่ถึงว่าจะมีคนไอจามรด หากเกิดขึ้นรีบเอาหน้ากากออก ล้างหน้า หรือเช็ดหน้า หากไม่เกิดอุบัติเหตุ จัดการหน้ากากที่ใช้ครั้งเดียวเช่นเดียวกับขยะทั่วไป ส่วนหน้ากากผ้า นั้น ซักแล้วใช้ใหม่ได้

กิน: อาหารปรุงใหม่ๆ ด้วยกระบวนการที่สะอาด ล้างมือก่อนกินอาหาร และไม่ปนเปื้อนอาหารส่วนกลางด้วยข้อสัมผัสส่วนตัว

2. ผู้ป่วย

- หน้ากากป้องกัน: ใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ ใช้และทิ้งอย่าง ขยะติดเชื้อ ในที่ที่มีการจัดไว้ให้ที่เป็นลักษณะปิด หรือทิ้งในถุงหรือถังขยะปิด ที่ใช้เฉพาะ

- ไอ จาม: ให้ปิดกั้นต่อคนอื่น เว้นระยะห่างและหันหน้าออกจากคนอื่น ใช้ข้อพับศอกด้านในปิดปากและจมูก หรือใช้ทิชชูปิดปากและจมูก แล้วทิ้งในถังขยะติดเชื้อ หรือใส่ถุงที่ปิด หากใส่หน้ากากอนามัยอยู่ ให้ไอ จาม ในหน้ากากอนามัย ถ้าใช้ ผ้าเช็ดหน้าปิดปากจมูก เสร็จแล้วให้พับด้านเปื้อนไว้ข้างใน เก็บไว้ในถุงพลาสติก ก่อนนำไปซัก

-อยู่ห่างจากคนอื่น: งดหรือเลี่ยงการเข้าใกล้คนอื่นในระยะน้อยกว่า 1 เมตร

3. ผู้ดูแลผู้ป่วย

ถ้าต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1. แยกผู้ป่วยจากคนอื่น เว้นระยะห่างให้เกิน 1-2 เมตร ตลอดเวลา หากเป็นไปได้ ผู้ป่วยควรจะอยู่ในห้องแยกและแยกใช้น้ำจากคนอื่น

2. หน้ากากอนามัย ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในห้องร่วมกับคนอื่น คนที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดก็ควรใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในห้องผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยใส่ไม่ได้

3. ระมัดระวังในการสัมผัสเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และสิ่งคัดหลั่งอื่น จากผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัย ผ่ากันเปื้อน และถุงมือ ตามกรณี และล้างมือ
4. ทำความสะอาดบริเวณที่ใช้ดูแลผู้ป่วย และสิ่งของ เช่น โทรศัพท์
5. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ ใช้แอลกอฮอล์เมื่อไม่มีสบู่และน้ำ

สรุป

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นเมื่อปี 2563 ที่ประเทศจีน โดยเชื้อพัฒนามาจากเชื้อ SARS ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการน้อย ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวมักจะมีอาการหนักมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมีความเสื่อมถอยของร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าไปส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูง

2.11 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กรชกร วัชรสุนทรกิจ และคณะ (2560) ทาการวิจัยเรื่องมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ภาคเหนือ) การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะทดลองใช้มาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำเสนอข้อมูลเป็นตัวแทนภาคเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่นำเกณฑ์มาตรฐานและแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ สำหรับเป็นแนวทางกำหนดมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่เหมาะสมในการบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ในช่วงเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลับแล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane กลุ่มตัวอย่างใน Sub – Setting ใช้การคำนวณสัดส่วนตามหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 71 ปี สมรสและอยู่กับคู่สมสร้อยละ 59.3 ทำงานมีรายได้ร้อยละ 55 รายได้จากเบี้ยยังชีพร้อยละ 91.4 รายได้เฉลี่ย 3,750 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 37.7 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 62.3 ได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 86.4 ประเมินโดย อสม. ร้อยละ 64.8 ทราบผลการประเมิน ADL ร้อยละ 58 ใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 69.9

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 34.5 รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 67.8 ได้รับการตรวจ/ประเมินภาวะสุขภาพใน 22 กิจกรรม พบว่า 19 กิจกรรม ได้รับการบริการมากกว่าร้อยละ 50 สำหรับ 3 กิจกรรม ได้แก่ การชูดหินปูนเพื่อป้องกันโรคฟันและเหงือกอักเสบ และการทาฟลูออไรด์เคลือบฟันเพื่อป้องกันรากฟันผุได้รับการบริการเพียงร้อยละ 23.9 และร้อยละ 18.9 ตามลำดับ และได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยักร้อยละ 20.6 ได้รับการตรวจประเมิน/ความเสี่ยงโรค 9 โรคที่สำคัญ พบว่า ส่วนใหญ่ผลตรวจปกติ/ไม่มีโรคผู้สูงอายุเพศหญิง ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพียงร้อยละ 32.1 ได้รับการคำแนะนำการดูแลสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 90 ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำ คือ การรับประทานผัก ผลไม้ ,ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายเป็นประจำ ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพร้อยละ 94.9 แต่ผู้สูงอายุใช้สมุดบันทึกสุขภาพ ร้อยละ 56.4 ข้อเสนอแนะการวิจัย ทิศทางสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการทำงานเชื่อมโยงกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมทั้งในสถานบริการและเชิงรุกนอกสถานบริการ สนับสนุนให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพ โดยมีการเตรียมความพร้อมฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการทำหน้าที่ให้คำแนะนำข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมาเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ และโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ตำบลนครชัยศรี จำนวน 50 คนและเครือข่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมดูแลตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์บุหรี และสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเครือข่ายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมาก

ประไพพิศ สิงหเสน (2563) ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ตามภาวะสุขภาพ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ และ งดสุรา) เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบแบบเจาะจง มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จากหมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 3 และหมู่ 7 จำนวน 195 คน ผู้ให้ข้อมูลในชั้นประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 147 คน ร้อยละ 75.38 ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 42 คน ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2561 รวบรวมข้อมูลจากการสังเกต และ สัมภาษณ์ตามแบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2561 ของกองสุขภาพศึกษา กระทรวงสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ภายหลังการใช้ เท่ากับ 0.721 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิลคอกซัน ผลการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า (1) ด้านการเข้าถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล 3 อ. จากการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ยังเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองได้น้อย (2) ด้านความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุมีความรู้ 3 อ. เพิ่มขึ้นหลังร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และ (3) ด้านการนำไปใช้ ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อความรู้แก่บุคคลอื่น การวิจัยครั้งนี้สามารถสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้บางส่วน ควรใช้กลวิธีเชิงรุกรายบุคคลกับผู้ที่มิผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง/ไม่ดี เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

นวรรตน์ ไชยมพู (2563) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา รวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ คือ แนวทางการสนทนาความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และ 2) ขั้นตอนการประเมินรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า 1. ความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ พบว่า ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป มีความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ ดังนี้ ด้าน อ: อาหาร จำนวน 7 กิจกรรม ด้าน อก: ออกกำลังกาย จำนวน 9 กิจกรรม ด้าน อ:

อารมณ์ จำนวน 11 กิจกรรม 2. รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป ได้แก่ 3 อ Yupo Model ประกอบด้วย 1) อ: อาหาร เป็นกิจกรรมที่เน้นความรู้เกี่ยวกับอาหาร (Knowledge) อาหารเฉพาะโรค อาหารชะลอวัย อาหารที่ช่วยระบบขับถ่าย อาหารบำรุงสมอง และอาหารปลอดภัย 2) อ: ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่เน้นทักษะการออกกำลังกาย (Skill) ได้แก่ บาสโลบ กีฬาพื้นบ้าน มณีเวช ตารางเก้าช่อง ฮูลาฮoop ไม้พลอง แอโรบิก แกว่งแขน และโยคะ และ 3) อ: อารมณ์ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และสัมพันธภาพ (Relationship) ได้แก่ การร้องเพลงคาราโอเกะ รำวง รามโนราห์ ทำอาหาร ร้องเพลง เล่นดนตรี พื้นบ้าน ทักษะศึกษา ปฏิบัติธรรม ปลุกผักสวนครัวปลอดสารพิษ ผักคอนโด เลี้ยงรุ่น และกิจกรรมรอบกองไฟ 3. ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.80$, $SD=0.20$)

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ดารชา เทพสุรียนนท์ (2560) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนในผู้สูงอายุ บ้านทรายมูล จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำหรือกลาง จำนวน 20 คน ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน 15 ท่า วันละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้งอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHO คุณภาพชีวิต – BREF – THAI) ผลการศึกษาพบว่า หลังโปรแกรมการออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตก่อน ออกกำลังกายเท่ากับ 74.45 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปานกลางและค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตหลังออกกำลังกาย เท่ากับ 106.50 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ดี

ภักตจิรณ ชันทอง (2560) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนในผู้สูงอายุบ้านทรายมูล จังหวัดยโสธร พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำหรือกลาง ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน 15 ท่า วันละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้งอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังโปรแกรมการออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p<0.001$) โดยค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตก่อนออกกำลังกายเท่ากับ 74.45 คะแนนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตหลังออกกำลังกายเท่ากับ 106.50 คะแนนอยู่ในเกณฑ์ดี

จันทนา สารแสง (2561) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วม

กิจกรรมในโรงเรียน ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงยกเว้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001, 0.002, \geq 0.0001$ และ 0.002 ตามลำดับ)

งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิต

ปาริชาติ ชาลีเครือ (2561) ได้ศึกษาเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป้าหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความชัดเจนในการกำหนดนโยบายสภาพแวดล้อม บทบาทหน้าที่ ศักยภาพ ของ อบจ. ด้านสวัสดิการสังคม ได้แก่ การประกันสังคม กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง การฝึกอาชีพ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สถานสงเคราะห์ด้านรักษาพยาบาล ด้านศาสนกิจ งานอดิเรก ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน บริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ด้านกีฬา หรือนันทนาการเพื่อความสำเร็จในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วิราวรรณ พุทธมาตย์ (2561) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ตัวแบบถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ พลิกกำลังที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ($b=.121$) ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด สมมติในการทำงานต่างๆ ($b=.112$) ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุดความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม ($b=.232$) ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุดและสภาพบ้านเรือน ($b=.057$) ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิได้แก่ จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรม การสนทนาตามความเหมาะสม จัดสถานที่ในการออกกำลังกาย อุปกรณ์การกีฬา นัดผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การสวดมนต์นั่งสมาธิทุกๆ วันพระคนในชุมชนให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้มีประสบการณ์แต่งตั้งเป็น ที่ปรึกษาต่างๆ เช่น เป็นผู้นำทางศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน และจัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ

ณัฐดนัย แก้วโพนงาม (2562) ได้ศึกษาเรื่องส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนและผู้สูงอายุบ้านนาฝายตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ประชาชนและผู้สูงอายุบ้านนาฝาย มีสภาพความเป็นอยู่แบบพอเพียง ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำไร่ ทำนา ปลูกผักขายผู้สูงอายุที่ว่างงานส่วนหนึ่งก็จะทำการจักสานเป็นงานอดิเรก ปัญหาอุปสรรคของคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพ

ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน ปวดข้อปวดขา ปัญหาหนี้สิน ได้แก่ หนี้ ธกส. และหนี้ในระบบ แนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนและผู้สูงอายุบ้านนาฝาย การส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพ ในการประกอบอาชีพและการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพเช่น การอบรมการทำขนมขาย การทำเครื่องจักรสาน การเพาะเห็ด การตรวจสุขภาพประจำ

นาริรมย์ รัตนสัมฤทธิ์ (2562) รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามแนวคิดพัฒนาพลัง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า 1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามแนวคิดพัฒนาพลัง พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 972 คน ร้อยละ 53.60 รองลงมาคืออยู่ในระดับน้อย จำนวน 785 คน ร้อยละ 43.30 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 57 คน ร้อยละ 3.10 2. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิดพัฒนาพลัง ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย 3 ตัวแปร พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.70 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.20 และ 3 ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 39.00 ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพตามแนวคิดพัฒนาพลัง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.90 3. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามแนวคิดพัฒนาพลัง มีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) แนวคิดและหลักการสำคัญของรูปแบบฯ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบฯ 3) เนื้อหาของรูปแบบฯ 4) กระบวนการดำเนินการตามรูปแบบฯ 5) การประเมินผลและติดตามผล

ณัฐิกา ราชบุตร (2564) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า 1) โปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม สวดมนต์ ไหว้พระ ออกกำลังกาย เรียนรู้โรคซึมเศร้าและการป้องกัน ทำอาหารรับประทานร่วมกัน และจิตอาสาเยี่ยมไข้ในชุมชน ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 วัน นาน 3 เดือน 2) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 4.02 ,SD = 2.99 : $\bar{X}$ = 6.30, SD = 3.79) คุณภาพชีวิต ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 88.28 ,SD = 5.67 : $\bar{X}$ = 85.50, SD = 10.52) 3) เมื่อเปรียบเทียบโรคซึมเศร้า คุณภาพชีวิตภาพรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05, <.01, .01 และ <.01

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วรยุทธ นาคอ้าย (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพลีพลังชุมชนหนองตะโก โดยทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน มีนาคม 2563 ผู้มีส่วนร่วมในการกระบวนการวิจัยทั้งหมด 24 คนซึ่งเป็น

แกนนำผู้สูงอายุ สมาชิกผู้สูงอายุตัวแทนภาควิชาการ และประชาชนในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง การบันทึกภาคสนาม และบันทึกภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อหาข้อสรุป ผลการศึกษารูปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการตรวจสอบ และขั้นตอนการปรับปรุงการดำเนินการ ผลที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ คือ ความสามัคคี ความเป็นปึกแผ่น ความสุข เครือข่ายและระบบจิตอาสาการพัฒนา การยอมรับศักยภาพของแกนนำ ความสามารถในการจัดการความขัดแย้ง กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุไม่เพียงแต่จะเป็นความสัมพันธ์เชิงสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังเป็นการสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุและสังคมผู้สูงอายุในการยังประโยชน์ให้กับสังคมสังคมจึงควร (1) ปรับเปลี่ยนการรับรู้และ (2) การให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนกิจกรรมหรือการดำเนินงานเพื่อสาธารณะของผู้สูงอายุ

วิญญูทัตญญ บัญทัน และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 และ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 122 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายนาม นักศึกษาพยาบาลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด 2019 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2563 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพล และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อยู่ในระดับดี ($M=2.18$, $SD=.50$) ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($Beta=.200$, $p=.011$) ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ($Beta=-.189$, $p=.002$) ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta=.313$, $p=.000$) ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล ($Beta=.193$, $p=.004$) และปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ ($Beta=.212$, $p=.007$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61.20 ($R^2=.612$, Adjusted $R^2=.595$, $p=.000$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta=.313$, ($p < 0.001$))

ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยจากการศึกษาพบว่าสิ่งที่ควรพัฒนา 1) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนโดยให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาความเดือดร้อน 2) ด้านการพัฒนาสาธารณสุขจัดทีมเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค 3) ด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อประชาชนในวงกว้างดำเนินมาตรการ

ช่วยเหลือด้านปัจจัยสี่ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนอย่างเร่งด่วน การจ่ายเงินสงเคราะห์ซึ่งไม่ใช่เงิน เยียวยา 4) ด้านการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักและมาตรการเสริมสำหรับพื้นที่ใช้มาตรการการ ควบคุมกิจกรรมดำเนินงานเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต 5) ด้านมาตรการเชิงรุกในการเฝ้าระวังและ ป้องกันกลุ่มเสี่ยงสำคัญใช้มาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 6) ด้านการกำกับติดตาม มาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 7) ด้าน มาตรการการป้องกันผลกระทบ COVID-19 ในภาวะสังคมไทย 8) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการ ทำงานในช่วงการระบาดของเชื้อ COVID-19 และ 9) ด้านพฤติกรรม New Normal มาตรฐานวิถีชีวิต ใหม่หลัง COVID -19 โดยต้องมีการดึงประชาชนและชุมชนและเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางด้านจิตวิทยาจาก ผลกระทบของการระบาดของโรค COVID-19 ในผู้สูงอายุ พบว่า การวิเคราะห์และอภิปรายความยืด หยุตเพื่อบรรเทาความทุกข์และช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ผ่านช่วงเวลาวิกฤตินี้ เมื่อสถานการณ์โรคระบาด ของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ในประเทศไทยกำลังระบาดรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับ ผู้สูงอายุประสบกับความเสื่อมทางร่างกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจิต ความทุกข์ ยากลำบาก แนวทางการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลตัวเองในการช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา และความเป็นอยู่ที่ดี จำเป็นต้องมีความเคารพประเพณีและวัฒนธรรมไทยรวมทั้งวิถีชีวิตชาวพุทธ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชนนิคม กลยุทธ์นี้พัฒนาความ ยืดหยุ่นเพื่อรับมือกับการระบาดด้วยการรณรงค์ทางสังคมและชุมชนเป็นพลังกลยุทธ์ที่ดีที่สุดที่ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุต่อสู้เพื่อการระบาดใหญ่ทางสังคม

อภิวดี อินทเจริญ (2564) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา จำนวน 381 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M=2.89$, $SD=0.32$) ร้อยละ 88.45 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และ รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการ รับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคการรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนของ พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขต เทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลาได้ ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.01 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=.242, p < 0.001$)

กรวรรณ ยอดใหม่ (2564) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ที่ดีต่อพฤติกรรมการป้องกันในผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองในประเทศไทย โดยศึกษาแบบภาคตัดขวางมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 421 คน อายุ ≥ 60 ปี ผลการศึกษาพบว่า เหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 321 (72.6%) มีอาการ COVID-19 ดีพฤติกรรมการป้องกันดีร้อยละ 83.4 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีร้อยละ 58.2% สามารถเข้าถึงสุขภาพได้ง่ายข้อมูล มีรายได้ที่เพียงพอ อุปกรณ์ป้องกันโรคและการสนับสนุนครอบครัวที่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน COVID-19 ที่ดี ในทางตรงกันข้าม ความรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและบุคลากรด้านสุขภาพไม่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน COVID-19 ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพควรพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน COVID-19 ทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองชุมชนในช่วงการระบาดของ COVID-19

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Debanjan Banerjee. et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของการระบาดของไวรัสโควิด-19 ต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า โรคโควิด-19 มีผลกระทบทางจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญ.ในด้านความวิตกกังวลด้านสุขภาพ, ตื่นตระหนก, ความผิดปกติของการปรับตัว, ภาวะซึมเศร้า, ความเครียดเรื้อรัง และการนอนไม่หลับเป็นสาเหตุหลัก และการได้รับข้อมูลที่ผิดส่งผลทำให้เกิดอุปทานหมู่ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงเป็นพิเศษ ดังนั้นบทความฉบับนี้ที่มองสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในช่วงเวลานี้ได้กล่าวถึงสังคมการแยกตัวของผู้สูงอายุเป็นที่ 'ปัญหาด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรง' เนื่องมาจากสังคมช่องโหว่ของมาตรการ Social Distancing ถึงแม้จะเป็นแนวทางหลักในการป้องกันโรคโควิด-19 แต่ก็เป็แนวทางหลักเช่นกันที่เป็นสาเหตุของความเหงาโดยเฉพาะในสถานพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา ที่ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล และการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (รวมทั้งผู้สูงอายุ) ก็มีมากขึ้น และปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่จะกำเริบในช่วงวิกฤตดังกล่าว การเลือกปฏิบัติและการขาดการใช้บริการด้านสุขภาพเป็นปัจจัยอื่นๆ ที่ดูแลไม่ครอบคลุมส่งผลต่อกระทบต่อสุขภาพ ในช่วงการระบาดโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียดที่ได้จากการเสพ 'ข้อมูลที่มากเกินไป' ทำให้นำไปสู่ความหวาดระแวงและความไม่ไว้วางใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยง การกักกัน และการแยกตัว ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

Jaspreet Singh et al. (2020). ได้ศึกษาเรื่องโรคโควิด-19 กับผลกระทบทางสังคมพบว่า มนุษย์มีความจำเป็นที่จะต้องมีความปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม แต่ปัจจุบันเนื่องจากการ

แพร่กระจายของโรคโควิด-19 อย่างรวดเร็วของไวรัสทำให้เกิดมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และการแยกตัว ส่งผลทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมเริ่มมีปัญหารุนแรงมากขึ้น จากการดำรงชีวิตของมนุษย์ ความเชื่อมโยงทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมที่เคยเป็นส่วนสำคัญในการดำรงชีวิต ดังนั้นหากขาดสิ่งเหล่านี้ไปจะเชื่อมโยงทำให้มนุษย์เข้าสู่สภาวะตึงเครียด เหนงา วิตกกังวล ซึมเศร้า อย่างแน่นอน ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ ส่งผลเสียต่อสุขภาพและปัญหาอื่นๆ อีกมากมายที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในระดับปัจเจกบุคคลและสังคมส่วนรวม

Zouhour Samlani. et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีในโมร็อกโก การศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งมั่นที่จะประเมินสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ใหญ่ที่ไม่ติดเชื้อ Covid-19 หลังจากกักกันสองเดือนในโมร็อกโก สองเดือนหลังจากการประกาศกักกันในโมร็อกโกหลังจากการแพร่ระบาดของ Covid-19 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาพลเมืองโมร็อกโก 279 คน เราใช้การสำรวจสุขภาพแบบสั้น (SF-12) เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตซึ่งขึ้นอยู่กับแปดมิติของสุขภาพ ข้อมูลถูกรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ที่เผยแพร่ทางออนไลน์ ผู้เข้าร่วมยังระบุข้อมูลสังคมประชากรความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของ Covid-19 และว่าพวกเขามีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือไม่ ผลลัพธ์: คุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมทั้งหมดหยุดชะงักในระดับปานกลางในช่วงการแพร่ระบาดของ Covid-19 ด้วยคะแนนสุขภาพจิต (MCS) $34.49 (\pm 6.44)$ และคะแนนสุขภาพร่างกาย (PCS) $36.10 (\pm 5.82)$ ผู้เข้าร่วมที่มีโรคเรื้อรังได้คะแนนต่ำกว่า $29.28 (\pm 1.23)$ ด้านสุขภาพจิต (MCS) และ $32.51 (\pm 7.14)$ ด้านสุขภาพร่างกาย (PCS) ความรุนแรงของ COVID-19 มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้คน และผลกระทบนี้มีการทำเครื่องหมายในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น กล่าวคือ ผลของงานวิจัยยืนยันความจำเป็นในการใส่ใจต่อสุขภาพของผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อไวรัส ผลการวิจัยของเรื่องนี้ยังชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังอาจมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาความเป็นอยู่เนื่องจากข้อจำกัดของการกักตัว

Almonacid-Fierro et al. (2021) ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในชิลี ผลการศึกษาพบว่า บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในฐานะ ผลพวงของการระบาดใหญ่ของ COVID-19 ประชากรที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและผู้ที่มีความผิดปกติร่างกายที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่แสดงออกถึงความชรา การศึกษาเป็นกึ่งสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกีฬา-นันทนาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการที่นำเสนอโดยสถาบันกีฬาแห่งชาติในภูมิภาค Maule ประเทศชิลี ได้สัมภาษณ์ในช่วงเดือนกรกฎาคมและกันยายน 2020 และดำเนินการผ่าน Skype หรือการสนทนาทางวิดีโอ เพื่อรักษาระยะห่างและเคารพมาตรการที่กำหนดโดยหน่วยงานด้านสุขภาพในประเทศชิลี สำหรับผลลัพธ์นั้นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่

ไม่สามารถปฏิบัติได้การออกกำลังกายเป็นประจำในช่วงหลายเดือนของการระบาดใหญ่ บวกกับอาการไม่พึงประสงค์ผลทางจิตใจของการกักขังและการแยกทางสังคม ซึ่งเป็นมาตรการการป้องกันโรคจากการติดต่อโดยตรง Perception on the quality of life of elderly people during COVID-19 pandemic in Chile

Avinash Chakrawarty et al.(2021) ได้ศึกษาเรื่อง ผลกระทบทางจิตสังคมและพฤติกรรมของโควิด-19 ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุในระดับบุคคล: การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยมีผู้เข้าร่วมชาย 12 คนและหญิง 10 มีอาชีพแม่บ้าน เกษียณอายุราชการ และแพทย์ โดยมีอายุเฉลี่ย 62.2 ปี ได้ทำการศึกษาใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความกลัวและความวิตกกังวล ด้านการกักตัว แยกตัวในบ้าน ด้านการใช้ชีวิต การปรับเปลี่ยน แนวปฏิบัติในการป้องกัน และแนวทางการเผชิญปัญหา การศึกษาทั้ง 5 ด้านเหล่านี้ประกอบด้วยสามประเภท คือ ด้านจิตวิทยา สังคม และพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การเกิดขึ้นของหลักประเด็นคือ ผลกระทบของโควิด-19 ต่อชีวิตวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ได้ทำการศึกษา ด้วยวิธีการ: การสนทนากลุ่มสามกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ็ดครั้งคือดำเนินการ มีการจัดรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการอภิปรายและการสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในทุกกลุ่มและผู้เข้าร่วม ผู้เข้าร่วมได้รับการคัดเลือกโดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และบันทึกการสนทนาและถอดเสียงเป็นคำต่อคำ ผลการศึกษา ด้านความกลัวและความวิตกกังวล พบว่า กลัวติดเชื้อโควิด 19 กลัวว่าผู้สูงอายุเสี่ยงติดโควิดมากขึ้น กังวลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ กลัวการออกนอกบ้าน ด้านการกักตัว แยกตัวในบ้าน พบว่า การคว่ำบาตรทางสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ไม่สามารถเข้าร่วมชมรมแพทย์//ชมรมแม่บ้านได้ ด้านการใช้ชีวิต ที่การเปลี่ยนไป ได้แก่ กินอาหารเพื่อสุขภาพ เสี่ยงอาหารขยะจากนอกบ้าน รับประทานอาหารเสริม เริ่มออกกำลังกาย กิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่นอน แนวปฏิบัติในการป้องกันและแนวทางการเผชิญปัญหา ได้แก่ ล้างมือและดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล สวมหน้ากาก เว้นระยะห่าง ระวังเรื่องการออกไปช้อปปิ้ง ให้เวลาอยู่กับครอบครัว ใช้โซเชียลมีเดียเพิ่มมากขึ้น ทำงานอดิเรก นอกจากนี้ผู้สูงอายุก็พยายามเพื่อเอาชนะความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการใช้เวลาร่วมกับสมาชิกในครอบครัว, มีส่วนร่วมในโซเชียลมีเดีย, เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพออนไลน์หรือผ่อนคลายในของพวกเขางานอดิเรก การศึกษาก่อนหน้านี้รายงานว่าผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางโซเชียลมีเดียระดับสูงขึ้นเพื่อติดต่อกับเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว และมีการใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกเพื่อมุ่งความสนใจในด้านต่างๆ

Siukan Law et al. (2021) ได้ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของ COVID-19 ต่อการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเดือนเมษายน 2020 ผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 >95% เป็นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ >60 ปี และเกือบครึ่งของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุ ≥80 ปี ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานและโรคทางเดินหายใจ ที่ทำ

ให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง และเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อผู้สูงอายุสมาคมบริการแห่งฮ่องกงและศูนย์เพื่อการคุ้มครองสุขภาพ จึงแนะนำ 6 มาตรการ ได้แก่ (1) ห้ามสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมและผู้สูงอายุจากการออกไป (2) การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อไปโรงพยาบาลรัฐเพื่อการตรวจผิดปกติ และให้คำปรึกษาดิตตามผล หากต้องเข้าหา ควรไปพบแพทย์ (3) ตรวจไวรัสโควิด-19 ให้กับเจ้าหน้าที่ (4) ลดกิจกรรมกลุ่มหรือการรวมกลุ่มให้เหลือแค่การรักษาระยะทางทางสังคมอย่างเคร่งครัด และสัดส่วนผู้สูงอายุต่อพนักงานในกิจกรรมกลุ่มเป็น 1:1 หรือ 1:2 (5) ฉีดพ่นสารเคลือบต้านไวรัส และ (6) สวมหน้ากากอนามัยและล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ล้างมือบ่อยๆ มาตรการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและความเหงาของผู้สูงอายุ เพิ่มความเสี่ยงต่อการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เพื่อบรรเทาปัญหานี้ผู้วิจัยจึงให้สมาชิกในครอบครัวใช้โซเชียลมีเดียและการสื่อสารผ่านวิดีโอแอปพลิเคชันเพื่อรักษาความสัมพันธ์ทางสังคม มาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจแย่งลงส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โรคหัวใจ โรคอ้วน โรคอัลไซเมอร์ และภูมิคุ้มกันลดลง โดยสมาชิกในครอบครัวสอนผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบ Tai-Chi และ Baduanjin ผ่านวิดีโอแอปพลิเคชัน เพื่อผ่อนคลายและฝึกการเคลื่อนไหว และพัฒนาระบบทางเดินหายใจ

Fahad D. Algahtani et al. (2021) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินคุณภาพชีวิตในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19: การสำรวจข้ามเขตจากราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบตัวทำนายบางส่วนของคุณภาพชีวิต ในช่วงของการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในซาอุดีอาระเบีย แบบสอบถามการสำรวจออนไลน์ถูกใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลังทางสังคมศาสตร์ของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงสุขภาพร่างกาย จิตวิทยาและ คุณภาพชีวิต ผู้วิจัยปรับ 12 รายการจากเครื่องมือคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและระดับความเครียด -21 (DASS-21) ถูกใช้เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าความวิตกกังวลและความเครียด คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าเพศชาย ($OR = 1.96$; 95% $CI = 1.31-2.94$) กลุ่มเป้าหมายอายุ 26 ถึง 35 ปี ($OR = 5.1$; 95% $CI = 1.33-19.37$); กลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่ซาอุดีอาระเบีย ($OR = 1.69$; 95% $CI = 1.06-2.57$); บุคคลที่มีโรคเรื้อรัง ($OR = 2.15$; 95% $CI = 1.33-3.48$); ผู้ที่ตกงาน ($OR = 2.18$; 95% $CI = 1.04-4.57$); และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ($OR = 5.70$; 95% $CI = 3.59-9.05$), ความวิตกกังวล ($OR = 5.47$; 95% $CI = 3.38-8.84$) และความเครียด ($OR = 6.55$; 95% $CI = 4.01-10.70$) มีแนวโน้มที่จะอยู่ในควอร์ไทล์แรกของคะแนน คุณภาพชีวิต ในขณะที่แบบจำลองเต็มรูปแบบที่ทำนายคะแนน คุณภาพชีวิต ทั้งหมดมีความสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.962$, $F(750, 753) = 16,705.4$, $p < 0.001$) มิติ คุณภาพชีวิต ทั้งสามอธิบาย 0.643, 0.283 และ 0.036 ของความแปรปรวนในมิติด้านสิ่งแวดล้อมสังคมและศาสนา / จิตวิญญาณ ตามลำดับ การแพร่ระบาดของ

COVID-19 มีอิทธิพลอย่างมากต่อแง่มุมต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตของบุคคลรวมถึงสุขภาพร่างกายและจิตใจของพวกเขา

Lara N. Ferreira (2021) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตภายใต้การกักตัวของโรคโควิด-19 โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HR QoL) และระดับความวิตกกังวลในประชาชนโปรตุเกสภายใต้การกักตัวที่บ้านบังคับเนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผลที่ได้ถูกเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชากรโปรตุเกสทั่วไปก่อนการระบาดของโควิด-19 และยังมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่สามารถมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ตอบแบบสอบถาม วิธีการศึกษา ได้ศึกษากับตัวอย่างของประชากรของโปรตุเกสที่ถูกกักตัวที่บ้าน ($n = 904$) กรอกในการสำรวจออนไลน์ ซึ่งประกอบด้วย GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) และ EQ-5D-5L และคำถามอื่น ๆ เกี่ยวกับลักษณะสังคมความรู้สึกหน้าที่และกิจกรรมในระหว่างการกักกัน ตัวอย่างถูกถ่วงน้ำหนักเพื่อสะท้อนเพศอายุและการศึกษาของประชากรทั่วไป ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในด้านความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่ถูกกักตัวที่บ้านมีความวิตกกังวลที่สูงขึ้นและระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าก่อนมีการระบาดของโรคโควิด-19 และคนที่มีความวิตกกังวลมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า ผู้หญิงและผู้สูงอายุมีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงที่สุด.

Sahar Hamid et al (2021) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการติดตามการออกกำลังกายด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ Covid-19 โดย ได้ทำการทดลอง 12 สัปดาห์กับผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น 30 คนเพื่อตรวจสอบผลกระทบของการทดสอบตนเองต่อทัศนคติการรับรู้และระดับกิจกรรมของพวกเขา ในระหว่างการทดลองผู้เข้าร่วมสวมตัวติดตามกิจกรรมทุกวันและตอบแบบสอบถามซ้ำทุกสัปดาห์ การแพร่ระบาดของ Covid-19 ได้เริ่มปรากฏขึ้นไม่กี่สัปดาห์หลังจากเริ่มการทดลองนี้ ผู้วิจัยได้สำรวจผลกระทบของการระบาดโรคโควิด-19 นี้ต่อกิจกรรมของผู้เข้าร่วมและสภาพทางจิตวิทยา โดยรวมแล้วผู้เข้าร่วมเพิ่มการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสอบตนเองและความเต็มใจที่จะตรวจสอบความคิดเห็นของตัวติดตามกิจกรรม แม้จะมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในจำนวนผู้เข้าร่วมขั้นตอนเนื่องจากการแพร่ระบาดของ Covid-19 แต่เปอร์เซ็นต์ของการลดมีเพียงแค่ร้อยละ 11 การตรวจสอบกิจกรรมด้วยตนเองอาจช่วยให้ผู้สูงอายুরักษาระดับกิจกรรมในช่วงการระบาดได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเห็นด้วยกับความสำคัญของการติดตามการออกกำลังกายและความจำเป็นในการรักษาระดับกิจกรรมในช่วงการแพร่ระบาดของ Covid-19 โดยรูปแบบการวัดการออกกำลังกาย มีตัวติดตามกิจกรรม Fitbit รวบรวมข้อมูลไบโอเมตริกซ์และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตัวติดตามเป็นประเภทสายรัดข้อมือที่มีหน้าจอ ใช้สัญญาณเทอร์เน็ตส่วนบุคคลร่วมกับแอปพลิเคชันมือถือ ผู้วิจัยมอบให้ผู้สูงอายุขั้นตอนประจำวันของตัวติดตามให้อยู่ที่ 6,500 ขั้นตอน/วัน ตาม

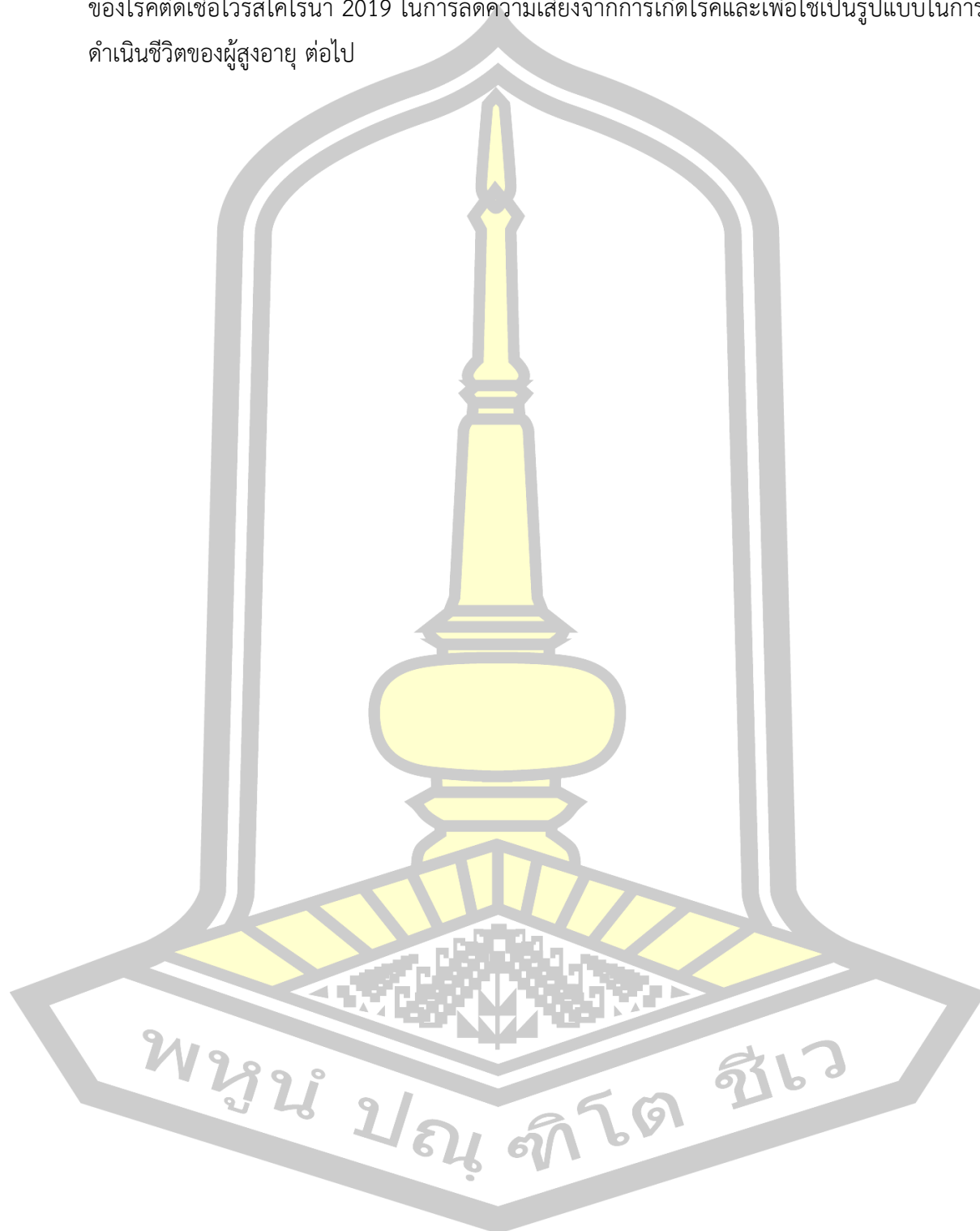
คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการของญี่ปุ่น ข้อมูลที่ตรวจสอบจะถูกเก็บไว้ในเซิร์ฟเวอร์ Fitbit โดยอัตโนมัติและสามารถส่งออกเป็นไฟล์ Excel จากบัญชีส่วนตัวของผู้เข้าร่วมแต่ละคน การดาวน์โหลดข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมแต่ละคนโดยเข้าสู่ระบบเซิร์ฟเวอร์ Fitbit โดยข้อมูลบัญชีตัวติดตามตัวแต่ละคน ข้อมูลที่ส่งออกรวมถึงจำนวนขั้นตอนระยะทางจำนวนขั้นบันไดและการคำนวณแคลอรีที่เผาผลาญ แคลอรีกิจกรรมตอนาที และนาฬิกาการนอนหลับต่อวัน ในการศึกษาครั้งนี้เราใช้จำนวนขั้นตอนจำนวนขั้นและแคลอรีกิจกรรมเป็นตัวบ่งชี้การออกกำลังกาย จำนวนขั้นตอนคือการประมาณการที่เชื่อถือได้ของระดับการออกกำลังกาย

Ulrike Ravens-Sieberer et al. (2021) ได้ศึกษาเรื่อง ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นในเยอรมนี พบว่า ผลกระทบของการแพร่ระบาดของ COVID-19 ต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (HRคุณภาพชีวิต) และสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นในเยอรมนีจากมุมมองของเด็กเอง การสำรวจออนไลน์ $n = 1586$ ครอบครัวที่มีเด็กและวัยรุ่นอายุ 7 ถึง 17 ปี การสำรวจรวมถึงเครื่องมือที่จัดตั้งขึ้นและตรวจสอบในระดับสากลสำหรับการวัด HRคุณภาพชีวิต (KID SCREEN-10), ปัญหาสุขภาพจิต (SDQ), ความวิตกกังวล (FEAR) และภาวะซึมเศร้า (CES-DC) ผลการศึกษาถูกเปรียบเทียบกับข้อมูลจากทั่วประเทศตามยาวตัวแทนการศึกษากลุ่ม BELLA ($n = 1556$) ดำเนินการในประเทศเยอรมนีก่อนการระบาดใหญ่ สองในสามของเด็กและวัยรุ่นรายงานว่า ได้รับผลกระทบอย่างมากจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยเด็กและวัยรุ่นมีผล HRคุณภาพชีวิต ที่ต่ำกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญ ปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น และระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น มากกว่าก่อนการระบาด เด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญมากขึ้น

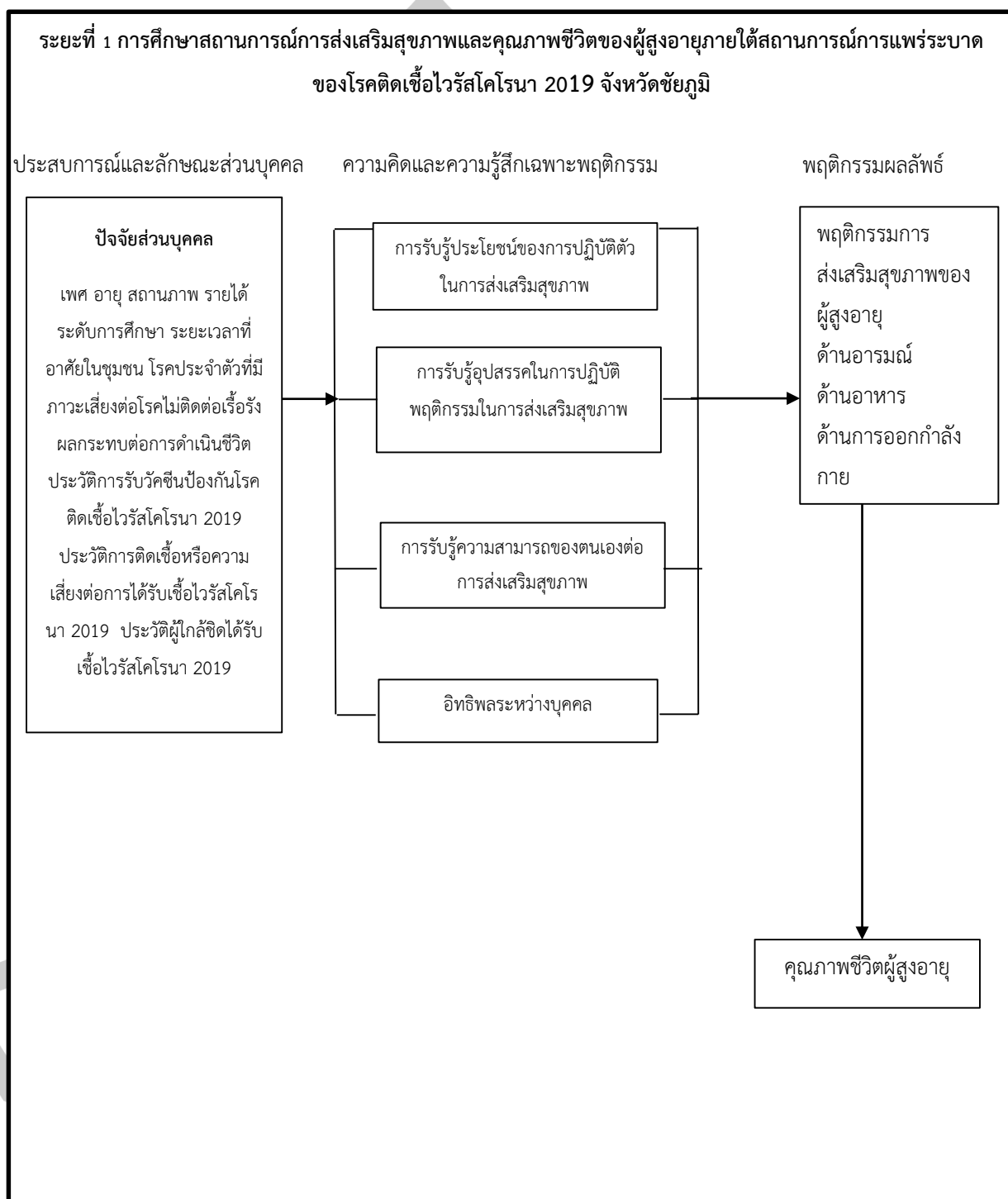
สรุป

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ทำให้ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่เข้าสู่วัยชรามักพบปัญหาด้านสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง เช่น การเผาผลาญช้าลง การทำงานทางสรีรวิทยาบางอย่างลดลง รวมไปถึงการมีภูมิคุ้มกันต่ำลง จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น เกิดการป่วยติดเชื้อง่าย ประกอบกับในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุมีสถานะตึงเครียด เหนง มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ ส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเนื่องมาจากสังคมช่องโหว่ของมาตรการ Social Distancing ถึงแม้จะเป็นแนวทางหลักในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ก็เป็แนวทางหลักเช่นกันที่เป็นสาเหตุของความเหงาที่ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล และการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะ

ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคและเพื่อใช้เป็นรูปแบบในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ต่อไป



2.12 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดชัยภูมิ มีวิธีการดำเนินการดังนี้

3.1 รูปแบบของการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ซึ่งสามารถแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ โดยในระยะที่ 2 สามารถแบ่งการศึกษาออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกตและบันทึกผล และขั้นสะท้อนผล

3.2 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

สามารถแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ และระยะที่ 2 เป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ โดยในระยะที่ 2 สามารถแบ่งการศึกษาออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกตและบันทึกผล และขั้นสะท้อนผล

การศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาที่ครอบคลุมขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ ดังนั้นเพื่อให้ได้รายละเอียดของประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ได้มากที่สุด จึงใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 3 ส่วนที่สำคัญคือ ส่วนแรกใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้มาสรุปและสังเคราะห์ แล้วจึงนำรายละเอียดที่ได้มาตั้งเป็นข้อคำถามสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนที่สอง ใช้วิธีการใช้แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่สาม ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากส่วนแรก เพื่อให้ได้รายละเอียดเพิ่มเติม และสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างเป็นข้อคำถามไปใช้สำหรับการศึกษาในระยะที่ 2

2. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตำบลห้วยด่อน อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา จำนวน 1,017 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 1 คือ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ที่ผ่านการคัดเลือกมาโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้ามามีในการศึกษา 1) ผู้สูงอายุที่มีได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งทางตรงและทางอ้อม 2) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ 3) ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม 4) ผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และตอบแบบสอบถาม กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) และตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้สูงอายุที่ถูกคัดเลือกมาจากกลุ่มที่ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม และมีความสมัครใจที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 623 คน ซึ่งผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งส่วน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างใช้ Taro Yamane คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ซึ่งผลจากงานวิจัยของ อีระพงษ์ ทศวัฒน์. (2563) เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยมีค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.4 และระดับความเชื่อมั่น 96% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 623 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียและความเสียหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33

$$\begin{aligned} n &= \frac{623 \times 33}{100} = 205.59 \\ n &= 205.59 + 623 = 828.59 \text{ คน} \\ n &\approx 829 \text{ คน} \end{aligned}$$

รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 829 คน

กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานี้จะถูกกำหนดจากจำนวนผู้สูงอายุในหมู่บ้านของตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,017 คน ซึ่งแบ่งออกได้ทั้งหมด 7 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านของตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ดังตารางต่อไปนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด}}$$

ตาราง 1 การสุ่มตัวอย่างจำนวนผู้สูงอายุตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ลำดับ	รายชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1	ห้วยต้อน	213	174
2	โป่งคลองไต้	59	48
3	โป่งคลองเหนือ	153	125
4	ซีลองเหนือ	171	139
5	ดงค่าน้อย	168	137
6	ใหม่ห้วยต้อน	134	109
7	ใหม่ผาเอียง	119	97
รวม		1,017	829

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ มีแนวทางในการพัฒนา มาจากวัตถุประสงค์การวิจัย แล้วนำไปสู่แนวทางในการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

4.1 แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แนวของข้อคำถามในแบบ สนทนากลุ่มที่ใช้เป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง สร้างมาจากข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีการสนทนากลุ่มเพื่อต้องการให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถยืนยันความถูกต้องและชัดเจนของ ข้อมูลที่ได้รับจากการทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากเป็นวิธีการที่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้สะท้อนความ คิดเห็น ทศนคติ ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมได้อย่างละเอียด กว้างขวางเพิ่มขึ้น

4.2 แบบสัมภาษณ์ แนวคำถามในแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบมีโครงสร้างของ ข้อคำถามปลายเปิดที่ชัดเจน กระบวนการสร้างข้อคำถามประยุกต์มาจากรายละเอียดของปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลเพิ่มเติมจากวิธีการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลใน ส่วนที่มีความละเอียดอ่อน ที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นในกลุ่มได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลใน เชิงลึกที่มีความชัดเจน และเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

4.3 แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อหาค่า ความเชื่อมั่น ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับ การศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน โรคประจำตัวที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติการติดเชื้อหรือ ความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติใกล้ชิดผู้ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อคำถาม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ ข้อคำถามเชิงลบแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย	1	คะแนน	ตอบ ไม่เลย	5	คะแนน
ตอบเล็กน้อย	2	คะแนน	ตอบ เล็กน้อย	4	คะแนน
ตอบปานกลาง	3	คะแนน	ตอบ ปานกลาง	3	คะแนน
ตอบมาก	4	คะแนน	ตอบ มาก	2	คะแนน
ตอบมากที่สุด	5	คะแนน	ตอบ มากที่สุด	1	คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 -130 คะแนนโดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 - 95	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 96 - 130	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 -26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 -14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 -18	19 -29	30 - 40
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	ได้แก่	ข้อ	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
องค์ประกอบด้านจิตใจ	ได้แก่	ข้อ	8, 9, 10, 11, 12, 13
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ได้แก่	ข้อ	14,15,16
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	ได้แก่	ข้อ	17,18,19,20,21,22,23,24

การแปลค่าคะแนน การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยการใช้สูตรคำนวณ ทำการแบ่งค่าคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 1.00 – 2.33	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
ระดับคะแนน 2.34 – 3.67	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
ระดับคะแนน 3.68 – 5.00	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรง

		กับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1 คะแนน

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด
เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1 คะแนน

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจเล็กน้อย ไม่มั่นใจ และไม่มั่นใจมากที่สุด ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างสม่ำเสมอ หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จทุกครั้ง
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้บ่อยครั้ง หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จเกือบทุกครั้ง
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้บางครั้ง หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จบางครั้ง
ไม่มั่นใจ	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้น้อยครั้ง หรือสามารถปฏิบัติได้นานๆ ครั้ง
ไม่มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่มีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้เลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
มั่นใจมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
มั่นใจเล็กน้อย	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่มั่นใจ	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่มั่นใจมากที่สุด	เท่ากับ	1 คะแนน

ส่วนที่ 6 อิทธิพลระหว่างบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1 ด้านมาตรการทางสังคม 2 ด้านการสนับสนุนของครอบครัว 3 ด้านการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น

ของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น
ของท่านเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อคำถาม โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นเป็นประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 5 ครั้ง)
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นน้อยครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ฉันไม่เคยกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ 4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนสามารถแปรผลระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมรายด้านและรายข้อจากค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยถือเกณฑ์ดังนี้ (รพีพร ประกอบทรัพย์, 2541)

พฤติกรรมดี	หมายถึง	มีค่าเฉลี่ย 3.00 - 4.00
พฤติกรรมปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99
พฤติกรรมไม่ดี	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่เก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ดังต่อไปนี้

5.1 การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการศึกษาข้อมูลให้ครอบคลุมเนื้อหาของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อให้ได้ประเด็นที่ชัดเจน แล้วนำรายละเอียดที่ได้มาสร้างเป็นข้อคำถามในแบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ

5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท คือ แบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผ่านกระบวนการสร้างจากข้อมูลที่รวบรวมจากส่วนที่ 1 ในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยได้เป็นผู้ดำเนินการสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุด้วยตนเอง โดยใช้โครงสร้างของคำถามเป็นแนวทางในการถาม ก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการ ก่อนเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลที่จะได้รับการวิจัย พร้อมทั้งให้คำรับรองว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น จากนั้นเริ่มสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ แล้วจึงเริ่มเข้าสู่การซักถามตามประเด็นคำถามในแบบสนทนากลุ่ม อย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลสนับสนุน ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือได้ข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

6. การควบคุมคุณภาพของข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมด้วยวิธีการเชิงคุณภาพที่มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจึงมีแนวทางในการควบคุมคุณภาพของข้อมูล ดังต่อไปนี้

6.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำมาคำนวณผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index : CVI โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ .80 และทำการปรับปรุงแก้ไขให้

สมบูรณร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.91 (Ayre & Scally, 2014, pp.79-86)

6.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่อำเภอคอนสวรรค์ รวมผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) (Cronbach, 1990, pp.202-204) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96

6.3 ความถูกต้องของข้อมูล โดยการนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกมาทำการตรวจสอบความแม่นยำ (validity) และความเที่ยง (Reliability) ของข้อมูล โดยแบบสามเส้า (Triangulations) ทั้งด้าน 1) ข้อมูล (Data triangulation) 2) ผู้วิจัย (Investigator triangulation) 3) ทฤษฎี (Theory triangulation) และ 4) วิธีการ (Methodology triangulation) การใช้เทคนิคของการเปรียบเทียบ คือ การเปรียบเทียบภายใน และเปรียบเทียบภายนอก ด้วยวิธีการต่อไปนี้

(1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูล จากแหล่งที่ได้ข้อมูลมา ที่มีความแตกต่างระหว่าง เวลา สถานที่และบุคคลที่ให้ข้อมูล

(2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย เพื่อดูความแตกต่างของข้อมูลที่ได้จากผู้ทำการเก็บข้อมูลแต่ละคน หรือระหว่างผู้วิจัยแต่ละคน โดยการวางแผนในการเก็บข้อมูลภาคสนามเป็นกระบวนการทำงานระหว่างนักวิจัยกับผู้ช่วยวิจัย ในการรวบรวมข้อมูลภาคสนามในพื้นที่วิจัย มีดังนี้

2.1 คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อลงเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ และเคยทำงานภาคสนาม

2.2 สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดของแบบสอบถาม

2.3 ฝึกอบรมผู้ช่วยนักวิจัย รวมทั้งรายละเอียดของแบบสอบถาม

(3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี เพื่อเปรียบเทียบข้อสรุปในการตีความข้อมูลจากเหตุการณ์ที่มีความแตกต่างกัน กรณีที่ผู้วิจัยเปลี่ยนแปลงแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการวิจัย

(4) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล เพื่อดูความแตกต่างของข้อมูลที่ได้กับหลาย ๆ วิธีร่วมกัน

ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกันเพื่อรวบรวม ข้อมูลเรื่องเดียวกัน ได้แก่

1. ผู้วิจัยบันทึกการสังเกตการทำกิจกรรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยต้อน บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบบันทึกการสังเกต

2. สนทนากลุ่มย่อยกับเจ้าหน้าที่ที่สังเกตการจัดกิจกรรม

3. การสนทนากลุ่มย่อยกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยต้อนที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

จากการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างใดอย่างหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จะนำการตรวจสอบแบบสามเส้า มาตรวจสอบในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

7. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาจัดระบบของข้อมูลด้วยการจำแนก และจัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละประเด็น และหาข้อสรุป เพื่อจัดหมวดหมู่ และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ นำไปสู่การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อแยกแยะ ตีความ เปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์ในแบบแผน และปรากฏการณ์ เพื่อสร้างข้อสรุปของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสร้างข้อคำถามในระยะเวลาการศึกษาที่ 2 ต่อไป

การศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ

1. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการพัฒนากุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR สามารถแบ่งการศึกษานี้ได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกตและบันทึกผล และขั้นสะท้อนผล การดำเนินการวิจัยในระยะนี้ผู้วิจัยนำเอาผลการศึกษาศถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะที่ 1 มาประกอบการวางแผนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ประชากรและกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่งเป็นผู้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มที่สอง

คือกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน

1. ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชนที่ได้คัดเลือกโดยใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎี เนื้อหา จากเอกสารทางวิชาการ ตำรา วารสาร บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลปฐมภูมิใช้เก็บเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำหมู่บ้าน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนผู้สูงอายุ เพื่อนำประเด็นข้อคำถามมาเป็นแนวทางในการกำหนดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มชาวบ้านโดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารทุกขั้นตอน เป็นการประชุมระดมสมองเพื่อนำข้อมูลดิบมาแปลผลสรุปวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร่วมกันว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ค้นหาข้อบ่งชี้ปัญหาสุขภาพของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาและหาแนวทางการพัฒนาแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตลอดจนปัญหาความต้องการความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการดูแลตนเอง โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมินผลที่อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในจำนวน 22 คน เพื่อศึกษาข้อมูลต่างๆ ของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)และความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้อภิปรายโต้ตอบแสดงความคิดเห็นหรือเล่าเรื่องประสบการณ์ตามประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้น โดยจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่ม

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มบุคคลากรสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

การประชุมเวทีประชาคม เพื่อบ่งชี้ปัญหาและแสวงหาความมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยและทีมวิจัย (ซึ่งคัดเลือกจากแกนนำผู้สูงอายุที่มีภาวะผู้นำตามธรรมชาติ) เป็นผู้ที่ชุมชนให้ความเคารพและยอมรับ เพื่อให้รับทราบและร่วมกันพิจารณาช่วยกันยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่ชุมชนต้องการแก้ไข เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยหลัก 3 อ การรณรงค์เผยแพร่ความรู้สร้างความตระหนักในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สู่ทุกกลุ่มวัย พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมช่วยกันระบุข้อบ่งชี้ปัญหาสุขภาพชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินการว่า วิธีการแก้ไขปัญหาใดที่เหมาะสมไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตชุมชนหรือมีความเป็นไปได้ โดยประชาชนมีบทบาทหลักเข้ามามีส่วนร่วม ประชุมพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวทางส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและจัดทำเป็นข้อสรุปเบื้องต้นในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 6 อิทธิพลระหว่างบุคคล ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1 ด้านมาตรการทางสังคม 2 ด้านการสนับสนุนของครอบครัว ด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 46 ข้อคำถาม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผน

ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน โดยการนำเสนอกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพคืนข้อมูลที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและการเกิดโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพื่อเลือกแผนงานโครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ จนปรับปรุง

แผนตามแนวทางที่ได้รับข้อเสนอแนะโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในขั้นนี้ สนับสนุนการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการจัดประชุมวางแผนในกลุ่มหรือในคณะทำงานเพื่อหา ผู้รับผิดชอบในแต่ละเรื่องและหาหน่วยงานสนับสนุนในข้อตกลงดังกล่าว ซึ่งระยะนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งที่ผู้วิจัยและคณะกรรมการชุมชนจะต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน จนสามารถตอบคำถามเพื่อการดำเนินงานในขั้นนี้ได้ว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร จนสามารถสร้างแผนงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในบริบทของชุมชนโดยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ดังนี้

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผนร่วมกับผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องใน เครือข่ายด้านสุขภาพของหมู่บ้าน การดำเนินการจัดทำแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยการระดมความคิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนา คุณภาพชีวิต และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตชุมชนภายใต้มาตรการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 และเน้นการบูรณาการแบบองค์รวมให้มีความสมดุลมากที่สุด กิจกรรมเน้นการ กระจายความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคระยะเวลาประชุม 1 วัน

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีด้วยหลัก 3 อ และสัมภาษณ์ เชิงลึกเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความ ต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2 รุ่นๆละ 10 คน โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งหมด 10 และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เข้ามามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ ของตนเอง บุคคลในครอบครัวและช่วยดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลา ประชุมรุ่นละ 1 วัน

3. การปฏิบัติตามรูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

3.1 ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุได้รับคู่มือการออกกำลังกายเพื่อนำไปปฏิบัติที่ บ้าน โดยมีผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสาธิตการออกกำลังกายแต่ละประเภทให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถ เลือกประเภทการออกกำลังกายได้หลากหลายตามรูปแบบการออกกำลังกายในคู่มือ เพื่อเกิดความ ผ่อนคลาย และสนุกกับการออกกำลังกายด้วยตนเองที่ผ่าน ในคู่มือการออกกำลังกายประกอบไปด้วย ท่าในการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบโยคะในผู้สูงอายุ การรำไทเก็ก รำ มวยจีน ท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อ การรำไม้พอง ท่าฤาษีตัดตน การบริหารขา ข้อเท้า หรือแขน

3.2 ด้านอาหาร ผู้สูงอายุได้รับคู่มือการทำอาหารด้วยสมุนไพรเพื่อสุขภาพในการช่วยป้องกันโรคโควิด-19 เนื้อหาประกอบไปด้วยสรรพคุณของสมุนไพรแต่ละชนิด น้ำมะนาว กระชายขาว ฟักทะลายโจร กระเทียม หอมแดง หัวหอมใหญ่ ขิง ตะไคร้ พริก มะขามป้อม กระเพรา ขมิ้นชัน โดยอ้างอิงข้อมูลจากองค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร รวมไปถึงวิธีการนำสมุนไพรไปประกอบอาหารในเมนูต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น น้ำยาขมจีน แกงส้ม แกงป่า/แกงอ่อม แกงเลียง ผัดกระเพรา เมี่ยงคำ ต้มยำกุ้ง/ต้มโคล้ง ต้มข่าไก่ น้ำพริกตะไคร้-ผักลวก ผัดฉ่า ผัดเผ็ด ไข่เจียวหัวหอม น้ำผึ้งมะนาว/น้ำอุ่นมะนาว

3.3 ด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุจัดกิจกรรมวิถีธรรมนำชีวิต โดยแจกคู่มือ/หนังสือสวดมนต์ หนังสือการ์ตูนตลก คู่มือการฝึกสมาธิ และวิธีการจัดการความเครียด โดยมีผู้ช่วยวิจัยอธิบายเนื้อหาหนังสือให้กับผู้สูงอายุได้เข้าใจ รวมไปถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชน ในการประชาสัมพันธ์กระตุ้นการสวดมนต์ ทำสมาธิผ่านหอกระจายข่าวในทุกวันพระ เพื่อทดแทนการไปทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่วัด

3.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สำนวความสามารถของผู้สูงอายุในการ/แนวทางการหารายได้เสริมจากความสามารถของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุสามารถสานตะกร้า ทำแห-สวิง การมัด/ประดิษฐ์ลวดลายผ้าเพื่อใช้ในงานต้อนรับหรืองานพิธี การแปรรูปอาหาร การทำสมุนไพรตากแห้งในท้องถิ่น ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอ้อยดำ รวมไปถึงผลไม้ตามฤดูกาลจากสวนของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงประสานขอความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ สนับสนุนต่อยอดผลิตภัณฑ์ของกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้โครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังโควิดด้วยเศรษฐกิจ BCG (U2T for BCG) : การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นรายได้เสริมระหว่างการบังคับใช้มาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตและบันทึกผล

การสังเกตและบันทึกผลและการทดสอบการใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนดำเนินการโดยการวางแผนปฏิบัติการในคณะทำงาน ซึ่งเป็นสมาชิกของหมู่บ้านให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในแต่ละเรื่องและหาหน่วยงานสนับสนุนในข้อตกลงดังกล่าวเช่น การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพจาก อบต.ให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ โดยชมรมผู้สูงอายุ การสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคโดยใช้สื่อที่เป็นนวัตกรรมทางสังคมเช่น ลำตัดส่งเสริมสุขภาพ 3 อ โดยสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สื่อสารการสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคผ่านเยาวชนจิตอาสาสู่บุคคลในครอบครัว ใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่วยขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยกลยุทธ์การชี้แนะ (Advocacy) โดยการกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนที่มีอำนาจในการตัดสินใจได้กำหนดนโยบายในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและร่วมกันรณรงค์

เผยแพร่ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อสร้างกระแสสังคมในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการติดตามผลการดำเนินการโดยมีการจดบันทึก ผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล

ทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย ผู้แทนจากภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข สะท้อนผลและทบทวนผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยรวบรวมจากการบันทึกและรายงานการก้าวหน้าโครงการที่ทำไว้ทุกระยะเมื่อประเมินโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทีมติดตามประเมินผลซึ่งเป็นทีมเดียวกัน ได้รวบรวมข้อมูลเสนอที่ประชุมหมู่บ้านรับทราบและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงผลที่เกิดมาจากความพยายามร่วมกันของทุกฝ่ายในการช่วยกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนและจัดทำแผนปฏิบัติงานใหม่โดยอาศัยวงจร PAOR

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) จำนวนทั้งหมด 12 คน ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและเป็นผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 2 ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน) สามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 5 คน

2. สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล เลือกคนในครอบครัวที่สมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวน 2 คน

3. ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน

4. ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน

5. บุคลากรด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน

จำนวน 1 คน

6. อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากบ้านโป่งคลองไต้จำนวน 2 คน

2. กลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เกณฑ์ในการพิจารณาคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) คือ

1. อายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน)

3. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

4. สามารถพูดสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน

5. ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมทุกกิจกรรมตลอดจนสิ้นสุดการทดลอง

6. อยู่ในพื้นที่เป็นประจำตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์ในการพิจารณาคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ

1. ผู้ที่ไม่ยินยอม/ยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัย

2. ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะไม่ครบถ้วน หรือไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้

3. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคกล้ามเนื้อ และโครงสร้างกระดูกผิดปกติ

4. ไม่อยู่อาศัยในพื้นที่ประจำ

5. แพทย์เคยแนะนำไม่ให้ออกกำลังกายเนื่องจากมีโรคหรือภาวะสุขภาพ

3. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน โรคประจำตัวที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติการติดเชื้อหรือความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติผู้ใกล้ชิดได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อคำถาม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย	1	คะแนน
ตอบเล็กน้อย	2	คะแนน
ตอบปานกลาง	3	คะแนน
ตอบมาก	4	คะแนน
ตอบมากที่สุด	5	คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	5	คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	4	คะแนน
ตอบ ปานกลาง	3	คะแนน
ตอบ มาก	2	คะแนน
ตอบ มากที่สุด	1	คะแนน

การแปลผล

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 -130 สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60	คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 - 95	คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตกลาง
คะแนน 96 - 130	คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตที่ดี

การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิต		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 -26	27 - 35
ด้านจิตใจ	6 -14	15 - 22	23 - 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 -18	19 -29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	ได้แก่	ข้อ	2,3,4,10,11,12,24
องค์ประกอบด้านจิตใจ	ได้แก่	ข้อ	5,6,7,8,9,23
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ได้แก่	ข้อ	13,14,25
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	ได้แก่	ข้อ	15,16,17,18,19,20,21,22

การแปลค่าคะแนน การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยการใช้สูตรคำนวณทำการแบ่ง ค่าคะแนน เป็น 3 ระดับ คำนวณ ดังนี้

ระดับคะแนน 1.00 – 2.33	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
ระดับคะแนน 2.34 – 3.67	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
ระดับคะแนน 3.68 – 5.00	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1 คะแนน

การแปลผล

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพตามการแบ่งระดับของ Best, 1978, p. 174 ซึ่งนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้นที่ต้องการ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

แบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ได้ค่าความกว้างอันตรภาคชั้นเท่ากับ 1.33 ซึ่งได้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 1 คะแนน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพตามการแบ่งระดับของ Best, 1978, p. 174 ซึ่งนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้นที่ต้องการ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

แบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ได้ค่าความกว้างอันตรภาคชั้นเท่ากับ 1.33 ซึ่งได้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสูง

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย ข้อคำถามจำนวน 26 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจเล็กน้อย ไม่มั่นใจ และไม่มั่นใจมากที่สุด ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างสม่ำเสมอ หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จทุกครั้ง

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้บ่อยครั้งหรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จเกือบทุกครั้ง

มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้
บางครั้ง หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จบางครั้ง

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้น้อย
ครั้ง หรือสามารถปฏิบัติได้นานๆ ครั้ง

ไม่มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านไม่มีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้เลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
มั่นใจมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
มั่นใจเล็กน้อย	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่มั่นใจ	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่มั่นใจมากที่สุด	เท่ากับ	1 คะแนน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริม
สุขภาพตามการแบ่งระดับของ Best, 1978, p. 174 ซึ่งนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหา
อันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้นที่ต้องการ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

แบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ได้ค่าความกว้างอันตรภาคชั้นเท่ากับ 1.33 ซึ่งได้เกณฑ์ใน
การแปลความหมายคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริม
สุขภาพ ต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริม
สุขภาพ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริม
สุขภาพ สูง

ส่วนที่ 6 อิทธิพลระหว่างบุคคล ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อคำถาม
แบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1 ด้านมาตรการทางสังคม 2 ด้านการสนับสนุนของครอบครัว ด้านการสนับสนุน
จากเจ้าหน้าที่ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก
เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1 คะแนน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับอิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพตามการแบ่งระดับของ Best, 1978, p. 174 ซึ่งนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้นที่ต้องการ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

แบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ได้ค่าความกว้างอันตรภาคชั้นเท่ากับ 1.33 ซึ่งได้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพสูง

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม จำนวน 46 ข้อคำถาม โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นเป็นประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 5 ครั้ง)
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นน้อยครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ฉันไม่เคยกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	4	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ	3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	เท่ากับ	1	คะแนน

การแปลผลคะแนนสามารถแปลผลระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมรายด้านและรายข้อจากค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยถือเกณฑ์ดังนี้ (รพีพร ประกอบทรัพย์, 2541)

พฤติกรรมดี	หมายถึง	มีค่าเฉลี่ย 3.00 - 4.00
พฤติกรรมปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99
พฤติกรรมไม่ดี	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตลอดจนปัญหาความต้องการความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการดูแลตนเอง โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมินผล ADL ที่ 12 - 20 คะแนน อยู่ในระดับไม่ต้องพึ่งพา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่เป้าหมาย 3 หมู่บ้านละ 10 คน เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้อภิปรายโต้ตอบแสดงความคิดเห็นหรือเล่าเรื่องประสบการณ์ตามประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้น โดยจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มละ 5-8 คน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มบุคคลากรสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัคร

สาธารณสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ โดยการใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยแบ่งการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือออกเป็น 2 ส่วนคือ การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำมาคำนวณผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index : CVI โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ .80 และทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.91 (Ayre & Scally, 2014, pp.79-86)

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่ตำบลท่าหินโงม อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ รวมผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 (Cronbach, 1990, pp.202-204)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

ระยะที่ 1 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ในสมการถดถอย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple logistic Regression)

ระยะที่ 2 ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ใช้ในการวิเคราะห์ผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การจัดหมวดหมู่และระบบของข้อมูล (Data Organization)

2. การวิเคราะห์ थीม (Thematic Analysis) เพื่อจำแนกให้เห็นกลุ่มของข้อมูลแบบเดียวกัน ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์นี้เพื่อหาข้อสรุปที่จะชี้ให้เห็นประเด็นของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มหรือผลกระทบของระบบที่มีต่อผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกันเพื่อรวบรวม ข้อมูลเรื่องเดียวกัน ได้แก่

1. ผู้วิจัยบันทึกการสังเกตการทำกิจกรรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยต้อน บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบบันทึกการสังเกต

2. สนทนากลุ่มย่อยกับเจ้าหน้าที่ที่สังเกตการจัดกิจกรรม

3. การสนทนากลุ่มย่อยกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยต้อนที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

6. จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2565 – 27 มีนาคม 2566 เลขที่รับรอง 098-423/2565 ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษา และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่ได้เจตนา เช่น การรบกวนเวลา การสร้างความตึงเครียด และความกดดัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ผู้วิจัยจึงได้มีการกำหนดแนวทางในการศึกษาด้านจริยธรรมในการทำวิจัยครั้งนี้ไว้ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการศึกษาไปเชิญผู้เข้าร่วมศึกษาด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการศึกษานี้ให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมศึกษาได้ซักถามเพื่อให้มีความสบายใจในการตัดสินใจเข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้ และให้ระยะเวลาในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้อย่างเต็มที่

2. ขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินการในการศึกษานี้ จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบและเดือดร้อนต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา รวมทั้งผู้เข้าร่วมการศึกษาก็จะไม่ถูกบังคับให้ทำกิจกรรมใด ๆ ในขณะที่ไม่พร้อมหรือไม่มีความเต็มใจ

3. ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้ทำการศึกษาจะไม่สร้างบรรยากาศให้ตึงเครียด และไม่กดดันให้เกิดความไม่สบายใจ และจะให้โอกาสพร้อมทั้งเวลาในการซักถามและตอบแบบสอบถามอย่างเสรีเท่าเทียมกัน พร้อมรับฟังทุกข้อคำตอบ ปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวได้

4. ผู้วิจัยจะพร้อมเปิดใจรับฟังทุกข้อคำตอบ วางตัวเป็นกลาง มีความยุติธรรม ไม่ชี้แนะให้เกิดการตอบคำถามที่เอนเอียง พร้อมทั้งไม่ระบุว่าคำตอบนั้นถูกหรือผิด

5. เคารพในสิทธิส่วนบุคคลและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนมีเสรีภาพที่จะตอบคำถามได้อย่างอิสระ

6. สร้างความเชื่อใจและความมั่นใจต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาว่าข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้จะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

7. หลังจากได้รับความเห็นชอบและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มการดำเนินการศึกษาวิจัย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ดังนี้

1. สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย การอัดเสียง และการถ่ายภาพ
2. เมื่อผู้เข้าร่วมเข้าศึกษา รู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจ สามารถถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

3. สิทธิในการเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และครอบครัว ในการเผยแพร่ผลการวิจัย

4. ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมศึกษาจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

5. ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

6. ในระหว่างการดำเนินการวิจัยในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมต่าง ๆ ผู้วิจัยจะดำเนินการตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในดังนี้

- 6.1 ผู้เข้าร่วมมีการรักษาระยะห่างที่ปลอดภัยจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร
- 6.2 ผู้เข้าร่วมสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา
- 6.3 ผู้เข้าร่วมล้างมือเจลล้างมือที่มีส่วนผสมหลักเป็นแอลกอฮอล์ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง
- 6.4 ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุกครั้งก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
- 6.5 หากมีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้หยุดเข้าร่วมโครงการวิจัยทันที และดำเนินการแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7. เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง ผู้วิจัยจะนำส่งข้อมูลคืนสู่ชุมชนและเผยแพร่เพื่อการศึกษาต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยแบบผสม (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งสามารถแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

4.1 ผลการศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตอนที่ 1 ผลศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง 829 ราย พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.90 อยู่ในระดับปานกลาง 461 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.61 และอยู่ในระดับดี 344 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.49 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.86 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 31.24 มีอายุเฉลี่ย 70.61 ปี ส่วนใหญ่เป็นเบญจมาศ 7.72 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.73 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 19.30 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 62.73 รองลงมาอยู่ในช่วง 4,000 – 8,000 บาท ร้อยละ 17.37 ความเพียงพอของรายได้มีจำนวนใกล้เคียงกัน อาชีพทำเกษตรกรรม ร้อยละ 46.08 รองลงมาว่างงาน ร้อยละ 44.99 ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนเฉลี่ย 53.92 ปี ส่วนใหญ่เป็นเบญจมาศ 17.18 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ร้อยละ 28.47 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 26.05 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.25 ด้านผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่มีผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 67.19 ด้านสุขภาพกาย คิดเป็นร้อยละ 19.30 ด้านประวัติการรับวัคซีน ผู้สูงอายุพบว่า ยังไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 51.75 รองลงมาคือ ได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม ร้อยละ 35.71 ยังไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 84.56 เช่นเดียวกับญาติ หรือคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ ยังไม่เคยติดเชื้อ ร้อยละ 68.64 ส่วนผลของการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ด้วยสถิติถดถอย

อย่างง่าย Univariable ordinal logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพหย่า หม้าย อายุ การมี รายได้ต่อเดือน ช่วง 4,000 – 8,000 บาท และ มากกว่า 12,000 บาท การมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการ ดำเนินชีวิต มีอาชีพรับจ้าง เกษียณอายุราชการ และว่างงาน มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อม การได้รับวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2 เข็ม ตนเองและครอบครัวไม่เคยมีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=829)

ปัจจัย	รวม (n=829)	พฤติกรรม			Crude OR (95%CI)	p-value
		ไม่ดี (n=24)	ปานกลาง (n=461)	ดี (n=344)		
เพศ						
- ชาย	425(51.27)	8(0.97)	241(29.07)	176(21.23)	1.00	
- หญิง	404(48.73)	16(1.93)	220(26.54)	168(20.26)	0.96 (0.73 to 1.26)	0.764
สถานภาพ						
- โสด	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	n/a	n/a
- สมรส	546(65.86)	8(0.97)	273(32.93)	265(31.96)	1.00	
- หย่า	24(2.90)	0(0.00)	24(2.90)	0(0.00)	0.14 (0.06 to 0.35)	<0.001
- หม้าย	259(31.24)	16(1.93)	164(19.78)	79(9.53)	0.43 (0.32 to 0.59)	<0.001
อายุ						
Mean (SD)	70.61(7.72)	77.33(3.16)	71.74(8.10)	68.63(6.79)	0.94 (0.92 to 0.96)	<0.001
ระดับการศึกษา						
- ประถมศึกษา	661(79.73)	24(2.89)	373(44.99)	264(31.85)	1.00	
- มัธยมศึกษา	160(19.30)	0(0.00)	88(10.61)	72(8.69)	1.32 (0.94 – 1.85)	0.114
- ปริญญาตรีขึ้นไป	8(0.97)	0(0.00)	0(0.00)	8(0.97)	n/a	n/a

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม
พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=829) (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (n=829)	พฤติกรรม			Crude OR (95%CI)	p-value
		ไม่ดี (n=24)	ปานกลาง (n=461)	ดี (n=344)		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
ต่ำกว่า 4,000	520(62.73)	16(1.93)	312(37.64)	192(23.16)	1.00	
4,000 – 8,000	144(17.37)	0(0.00)	64(7.72)	80(9.65)	2.18 (1.51 – 3.16)	<0.001
8,001 – 12,000	133(16.04)	8(0.97)	77(9.28)	48(5.79)	0.89 (0.60 – 1.32)	0.575
มากกว่า 12,000	32(3.86)	0(0.00)	8(0.97)	24(2.89)	5.15 (2.27 – 11.65)	<0.001
$\bar{x} \pm SD = 3,792.59 \pm 6,622.72$ min = 2,000 max = 15,000						
รายได้เพียงพอ						
เพียงพอ	410(49.46)	0(0.00)	186(22.44)	224(27.02)	1.00	
ไม่เพียงพอ	419(50.54)	24(2.89)	275(33.17)	120(14.48)	0.31 (0.23 – 0.41)	<0.001
อาชีพ						
เกษตรกร	382(46.08)	0(0.00)	222(26.78)	160(19.30)	1.00	
ค้าขาย/ธุรกิจ	1(0.12)	0(0.00)	1(0.12)	0(0.00)	0.18 (0.01 – 12.52)	0.432
รับจ้าง	25(3.02)	0(0.00)	9(1.09)	16(1.93)	2.36 (1.02 – 5.44)	0.044
เกษียณอายุราชการ	48(5.79)	0(0.00)	16(1.93)	32(3.86)	2.65 (1.41 – 4.97)	0.002
ว่างงาน	373(44.99)	24(2.89)	213(25.69)	136(16.41)	0.69 (0.52 – 0.92)	0.012
ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
ยังไม่ได้รับ	429(51.75)	8(0.97)	229(27.62)	192(23.16)	1.00	
ได้รับ 1 เข็ม	40(4.83)	0(0.00)	16(1.93)	24(2.90)	1.87 (0.97 – 3.60)	0.061
ได้รับ 2 เข็ม	64(7.72)	0(0.00)	56(6.75)	8(0.97)	0.29 (0.16 – 0.51)	<0.001
ได้รับมากกว่า 2 เข็ม	296(35.71)	16(1.93)	160(19.30)	120(14.48)	0.78 (0.58 – 1.05)	0.104
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน(ปี)						
Mean (SD)	53.92 (17.18)	69.67 (7.93)	52.90 (16.93)	54.18 (17.47)	0.99 (0.98 – 1.00)	0.592

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม
พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=829) (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (n=829)	พฤติกรรม			Crude OR (95%CI)	p-value
		ไม่ดี (n=24)	ปานกลาง (n=461)	ดี (n=344)		
โรคประจำตัว						
เบาหวาน	236(28.47)	16(1.93)	116(13.99)	104(12.55)	1.00	
ความดันโลหิตสูง	201(24.25)	0(0.00)	129(15.56)	72(8.69)	0.85 (0.58 – 1.25)	0.414
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง	216(26.05)	8(0.97)	112(13.50)	96(11.58)	1.09 (0.75 – 1.58)	0.649
โรคหัวใจและหลอดเลือด	24(2.90)	0(0.00)	16(1.93)	8(0.97)	10.77 (0.75 – 1.58)	0.556
โรคหลอดเลือดสมอง	24(2.90)	0(0.00)	16(1.93)	8(0.97)	0.34 – 1.79)	0.556
โรคอ้วน	40(4.82)	0(0.00)	24(5.21)	16(4.65)	1.00 (0.52 – 1.94)	1.000
โรคอื่นๆ(เก๊าท์,ข้อเข่าเสื่อม,ไขมันในเลือดสูง,โรคไต)	88(10.61)	0(0.00)	48(5.78)	40(4.83)	1.23 (0.76 – 1.99)	0.409
ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต						
ด้านสุขภาพกาย	160(19.30)	0(0.00)	112(13.51)	48(5.79)	1.00	
ด้านสุขภาพจิต	32(3.86)	0(0.00)	16(1.93)	16(4.93)	2.13 (1.01 – 4.50)	0.048
ด้านสิ่งแวดล้อม	557(67.19)	24(2.89)	285(34.38)	248(29.92)	1.57 (1.11 – 2.25)	0.012
ด้านการเงิน	80(9.65)	0(0.00)	48(5.79)	32(3.86)	1.46 (0.86 – 2.49)	0.161
ท่านเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
เคย	128(15.44)	8(0.96)	48(5.79)	72(8.69)	1.00	
ไม่เคย	701(84.56)	16(1.93)	413(49.82)	272(32.81)	0.55 (0.37 – 0.81)	0.002
สามี ภรรยา ลูก หลาน ญาติหรือคนในครอบครัวท่านเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
เคย	260(31.36)	16(1.93)	116(13.99)	128(15.44)	1.00	
ไม่เคย	569(68.64)	8(0.96)	345(41.62)	216(26.06)	0.72 (0.54 – 0.97)	0.028

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล รายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะ พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	รวม Mean (SD)	พฤติกรรม		Crude OR (95%CI)	p-value
		ไม่ดี Mean (SD)	ปานกลาง Mean (SD)		
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ	72.97 (4.07)	72 (0.00)	72.14 (2.28)	74.16 (5.53)	1.16 (1.10 – 1.21)
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ	66.05 (5.50)	68 (0.00)	66.21 (5.83)	65.69 (5.21)	0.978 (0.95 – 1.00)
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ	99.47 (17.70)	107.86 (9.93)	93.31 (19.87)	97.33 (9.63)	1.05 (1.04 – 1.07)
อิทธิพลระหว่างบุคคล	52.38 (3.23)	52.00 (0.00)	51.67 (2.73)	53.37 (3.67)	1.19 (1.13 – 1.26)

3. ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีกลุ่มเป้าหมายที่มีสุขภาพที่ไม่ดี จำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.76 มีสุขภาพชีวิตกลางๆ จำนวน 637 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.84 และมีสุขภาพชีวิตที่ดี จำนวน 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.40 ผลของการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ด้วยสถิติ univariable ordinal logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง สถานภาพหม้าย อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,000 – 8,000 บาท และ มากกว่า 12,000 บาท รายได้ไม่เพียงพอ อาชีพ เกษียณอายุราชการ และว่างงาน ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	รวม (n=829)	คุณภาพชีวิต			Crude OR (95%CI)	p-value
		ไม่ดี (n=56)	ปานกลาง (n=637)	ดี (n=136)		
เพศ						
ชาย	425(51.27)	16(1.93)	337(40.65)	72(8.69)	1.00	
หญิง	404(48.73)	40(4.83)	300(36.18)	64(7.72)	0.71 (0.51 – 0.98)	0.037
สถานภาพ						
โสด	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	n/a	n/a
สมรส	546(65.86)	32(3.86)	394(47.52)	120(14.48)	1.00	
หย่า	24(2.89)	0(0.00)	24(2.89)	0(0.00)	0.42 (0.16 – 1.11)	0.078
หม้าย	259(31.24)	24(2.89)	219(26.42)	16(1.93)	0.35 (0.24 – 0.51)	<0.001
อายุ						
Mean (SD)	70.61(7.72)	75.57(10.47)	70.68(7.42)	68.24(6.71)	0.94 (0.92 – 0.96)	<0.001
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	661(79.73)	56(6.75)	477(57.54)	128(15.44)	1.00	
มัธยมศึกษา	160(19.30)	0(0.00)	152(18.33)	8(0.97)	0.71 (0.48 – 1.07)	0.102
ปริญญาตรีขึ้นไป	8(0.97)	0(0.00)	8(0.97)	0(0.00)	0.56 (0.11 – 2.80)	0.481
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
ต่ำกว่า 4,000	520(62.73)	48(5.79)	392(47.29)	80(9.65)	1.00	
4,000 – 8,000	144(17.37)	8(0.97)	88(10.61)	48(5.79)	2.91 (1.92 – 4.42)	<0.001
8,001 – 12,000	133(16.04)	0(0.00)	133(16.04)	0(0.00)	0.71 (0.45 – 1.12)	0.135
มากกว่า 12,000	32(3.86)	0(0.00)	24(2.89)	8(0.97)	2.41 (1.12 – 5.21)	0.025

พหุ ประถม ศึกษ

ตาราง 4 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (n=829)	คุณภาพชีวิต			Crude OR (95%CI)	p- value
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
		(n=56)	(n=637)	(n=136)		
รายได้เพียงพอ						
เพียงพอ	410(49.46)	16(1.93)	267(32.21)	127(15.32)	1.00	
ไม่เพียงพอ	419(50.54)	40(4.83)	370(44.62)	9(1.09)	0.11 (0.07 – 0.18)	<0.001
อาชีพ						
เกษตรกรกรม	382(46.08)	8(0.97)	289(34.86)	85(10.25)	1.00	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1(0.12)	0(0.00)	0(0.00)	1(0.12)	n/a	n/a
รับจ้าง	25(3.01)	0(0.00)	24(2.89)	1(0.12)	0.43 (0.16 – 1.14)	0.090
เกษียณอายุราชการ	48(5.79)	0(0.00)	48(5.79)	0(0.00)	0.35 (0.17 – 0.72)	0.004
ว่างงาน	373(44.99)	48(5.79)	276(33.29)	49(5.91)	0.36 (0.25 – 0.51)	<0.001
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน(ปี)						
Mean (SD)	53.92(17.18)	63.71(14.15)	51.32(17.68)	62.05(10.85)	1.01 (1.00 – 1.02)	0.007
โรคประจำตัว						
เบาหวาน	236(28.47)	8(0.97)	180(21.71)	48(5.79)	1.00	
ความดันโลหิตสูง	201(24.25)	24(2.90)	169(20.38)	8(0.97)	0.23 (0.14 – 0.38)	<0.001
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง	216(26.06)	16(7.41)	144(17.38)	56(6.75)	1.13 (0.73 – 1.74)	0.576
โรคหัวใจและหลอดเลือด	24(2.89)	0(0.00)	24(2.89)	0(0.00)	0.37 (0.13 – 1.07)	0.066

พญ. ปณ. จิตโต ชีวะ

ตาราง 4 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (n=829)	คุณภาพชีวิต			Crude OR (95%CI)	p-value
		ไม่ดี (n=56)	ปานกลาง (n=637)	ดี (n=136)		
โรคหลอดเลือดสมอง	24(2.89)	0(0.00)	16(1.93)	8(0.96)	2.06 (0.86 – 4.95)	0.106
โรคอ้วน	40(4.83)	8(0.97)	32(3.86)	0(0.00)	0.12 (0.05 – 0.27)	<0.001
โรคอื่นๆ (เก๊าท์,ข้อเข่าเสื่อม, ไขมันในเลือดสูง,โรคไต)	88(10.61)	0(0.00)	72(8.68)	16(1.93)	1.03 (0.59 – 1.82)	0.910
ผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิต						
ด้านสุขภาพกาย	429(51.75)	40(4.83)	309(37.27)	80(9.65)	1.00	
ด้านสุขภาพจิต	40(4.83)	0(0.00)	40(4.83)	0(0.00)	0.61 (0.28 – 1.29)	0.191
ด้านสิ่งแวดล้อม	64(7.72)	8(0.97)	48(5.78)	8(0.97)	0.61 (0.32 – 1.16)	0.129
ด้านการเงิน	296(35.71)	8(0.97)	240(28.95)	48(5.79)	1.19 (0.84 – 1.68)	0.323
ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
ยังไม่ได้รับ	160(19.30)	16(1.93)	112(13.51)	32(3.86)	1.00	
ได้รับ 1 เข็ม	32(3.86)	0(0.00)	32(3.86)	0(0.00)	0.58 (0.24 – 1.41)	0.232
ได้รับ 2 เข็ม	557(67.19)	40(4.83)	421(50.78)	96(11.58)	0.99 (0.65 – 1.50)	0.950
ได้รับมากกว่า 2 เข็ม	80(9.65)	0(0.00)	72(90.00)	8(10.00)	0.95 (0.51 – 1.77)	0.866
ท่านเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
เคย	128(15.44)	0(0.00)	88(10.61)	40(8.43)	1.00	
ไม่เคย	701(84.56)	56(6.75)	549(66.23)	96(11.58)	0.31 (0.21 – 0.47)	<0.001
สามี ภรรยา ลูก หลาน ญาติหรือคนในครอบครัวท่านเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
เคย	260(31.36)	32(3.86)	164(19.78)	64(7.72)	1.00	
ไม่เคย	569(68.64)	24(2.90)	473(57.06)	72(8.68)	0.78 (0.55 – 1.10)	0.159

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคล รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปัจจัย	รวม Mean (SD)	คุณภาพชีวิต			Crude OR	p-value
		ไม่ดี (n=56)	ปานกลาง (n=637)	ดี (n=136)		
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ในการส่งเสริมสุขภาพ	72.97 (4.07)	74.43 (2.95)	71.80 (1.11)	77.88 (7.78)	1.24 (1.18 – 1.31)	<0.001
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ	66.05 (5.50)	68.14 (3.43)	66.46 (5.27)	63.29 (6.33)	0.92 (0.89 – 0.94)	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อ การส่งเสริมสุขภาพ	99.47 (17.70)	92 (21.92)	97.01 (16.64)	114.06 (12.44)	1.05 (1.04 – 1.06)	<0.001
อิทธิพลระหว่างบุคคล	52.39 (3.23)	50.71 (3.88)	51.92 (2.08)	55.24 (5.19)	1.30 (1.24 – 1.37)	<0.001

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแบบสุดท้าย

ผลการวิเคราะห์ stepwise multivariable logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบสุดท้าย ได้แก่ อายุ (Adj. OR = 0.92; 95% CI 0.89 – 0.96) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 4,000 – 8,000 บาท (Adj. OR = 0.22; 95%CI 0.11 – 0.42) มากกว่า 12,000 บาท (Adj. OR = 0.18; 95%CI 0.06 – 0.22) อาชีพเกษียณอายุราชการ (Adj. OR = 2.66; 95%CI 1.14 – 6.23) ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน (Adj. OR = 0.98; 95%CI 0.97 – 0.99) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Adj. OR = 3.25; 95%CI 1.21 – 8.72) โรคอ้วน (Adj. OR = 2.84; 95%CI 1.33 – 6.06) โรคอื่นๆ (เก๊าท์, ข้อเข่าเสื่อม, ไขมันในเลือดสูง, โรคไต) (Adj. OR = 0.51; 95%CI 0.59 – 1.82) มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพจิต (Adj. OR = 2.81; 95%CI 1.17 – 6.77) ด้านสิ่งแวดล้อม (Adj. OR = 0.12; 95%CI 0.06 – 0.26) การได้รับวัคซีน 2 เข็ม (Adj. OR = 0.45; 95%CI 0.27 – 0.76) การได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม (Adj. OR = 0.31; 95%CI 0.14 – 0.67) ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Adj. OR = 0.58; 95%CI 0.35 – 0.96) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ (Adj. OR = 1.05; 95%CI 1.03 – 1.06) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Adj. OR = 1.15; 95%CI 1.06 – 1.24) รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ stepwise multivariable logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR (95%CI)	P-value
อายุ	0.92 (0.89 – 0.96)	<0.001
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
4,000 – 8,000	0.22 (0.11 – 0.42)	<0.001
8,001 – 12,000	0.11 (0.06 – 0.22)	<0.001
มากกว่า 12,000	0.18 (0.06 – 0.22)	0.003
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.01 (0.00 – 1.21)	0.059
รับจ้าง	1.98 (0.76 – 5.15)	0.163
เกษียณอายุราชการ	2.66 (1.14 – 6.23)	0.024
ว่างงาน	1.50 (0.92 – 2.45)	0.109
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน(ปี)	0.98 (0.97 – 0.99)	0.004
โรคประจำตัว		
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง	0.71 (0.47 – 1.08)	0.111
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3.25 (1.21 – 8.72)	0.019
โรคอ้วน	2.84 (1.33 – 6.06)	0.007
โรคอื่นๆ (เก๊าท์, ข้อเข่าเสื่อม, ไผ่ขึ้นในเลือดสูง, โรคไต)	0.51 (0.27 – 0.96)	0.037
ผลกระทบต่อการใช้ชีวิต		
ด้านสุขภาพจิต	2.81 (1.17 – 6.77)	0.021
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.12 (0.06 – 0.26)	<0.001
ด้านการเงิน	0.72 (0.45 – 1.16)	0.182
ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ได้รับวัคซีน 2 เข็ม	0.45 (0.27 – 0.76)	0.002
ได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม	0.31 (0.14 – 0.67)	0.003
ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.58 (0.35 – 0.96)	0.034
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ	1.05 (1.03 – 1.06)	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ	1.15 (1.06 – 1.24)	<0.001

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแบบ สุดท้าย

ผลการวิเคราะห์ stepwise multivariable logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบสุดท้าย ได้แก่ เพศชาย (Adj. OR = 4.96; 95%CI 2.56 – 9.59) หย่า (Adj. OR = 13.30; 95%CI 1.66 – 106.65) อายุ (Adj. OR = 0.91; 95%CI 0.87 – 0.95) ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษา (Adj. OR = 0.91; 95%CI 0.08 – 0.44) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 4,000 – 8,000 บาท (Adj. OR = 0.05; 95%CI 0.02 – 0.13) ระหว่าง 8,001 – 12,000 บาท (Adj. OR = 0.08; 95%CI 0.03 – 0.23) มากกว่า 12,000 บาท (Adj. OR = 0.05; 95%CI 0.01 – 0.24) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (Adj. OR = 4.76; 95%CI 2.44 – 9.28) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Adj. OR = 21.65; 95%CI 3.64 – 128.76) มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพจิต (Adj. OR = 0.25; 95%CI 0.07 – 0.89) ด้านการเงิน (Adj. OR = 14.94; 95%CI 6.68 – 33.38) การได้รับวัคซีน 2 เข็ม (Adj. OR = 0.15; 95%CI 0.07 – 0.35) การได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม (Adj. OR = 0.11; 95%CI 0.04 – 0.36) ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Adj. OR = 0.01; 95%CI 0.01 – 0.02) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ (Adj. OR = 1.15; 95%CI 1.05 – 1.25) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Adj. OR = 0.87; 95%CI 0.83 – 0.91) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Adj. OR = 1.04; 95%CI 1.02 – 1.06) และอิทธิพลระหว่างบุคคล (Adj. OR = 1.29; 95%CI 1.17 – 1.43) รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ stepwise multivariable logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR (95%CI)	P-value
เพศชาย	4.96 (2.56 – 9.59)	<0.001
สถานภาพ หย่า	13.30 (1.66 – 106.65)	0.015
อายุ	0.91 (0.87 – 0.95)	<0.001
ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา	0.19 (0.08 – 0.44)	<0.001

ตาราง 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแบบสุดท้าย
stepwise multivariable logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	Adjusted OR (95%CI)	P-value
รายได้ต่อเดือน		
4,000 – 8,000	0.05 (0.02 – 0.13)	<0.001
8,001 – 12,000	0.08 (0.03 – 0.23)	<0.001
มากกว่า 12,000	0.05 (0.01 – 0.24)	<0.001
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน(ปี)	0.98 (0.96 – 1.00)	0.091
โรคประจำตัว		
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง	4.76 (2.44 – 9.28)	<0.001
โรคหัวใจและหลอดเลือด	21.65 (3.64 – 128.76)	0.001
ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต		
ด้านสุขภาพจิต	0.25 (0.07 – 0.89)	0.032
ด้านการเงิน	14.94 (6.68 – 33.38)	<0.001
ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ได้รับวัคซีน 2 เข็ม	0.15 (0.07 – 0.35)	<0.001
ได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม	0.11 (0.04 – 0.36)	<0.001
ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.01 (0.01 – 0.02)	<0.001
ญาติและครอบครัวไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	7.40 (3.47 – 15.77)	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ	1.15 (1.05 – 1.25)	0.002
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่อการส่งเสริมสุขภาพ	0.87 (0.83 – 0.91)	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ	1.04 (1.02 – 1.06)	<0.001
อิทธิพลระหว่างบุคคล	1.29 (1.17 – 1.43)	<0.001

ตอนที่ 2 ผลศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1. ผลการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน บุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน รวม 25 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยนำเสนอตามประเด็นดังนี้

1.1 ปัญหาและอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังนี้

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “ได้รับการข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการวัคซีนการป้องกันโรคโควิด-19 แต่ไม่มีความมั่นใจในตัววัคซีนการป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากผู้ดูแลเป็นห่วงผลข้างที่เคียงจะเกิดกับ
ผู้สูงอายุ”

ผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “เป็นห่วงลูกหลานที่ทำงานที่ต่างจังหวัดกลัวลูกหลานได้รับเชื้อโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียด และวิตกกังวล”

คนที่ 2 “มีความวิตกกังวลในด้านการทำงาน เนื่องจากมาตรการด้านสาธารณสุข ดำเนินการสั่งปิดตลาดนัดชุมชน ทำให้ขาดรายได้ในขาดน้ำผัก ผลไม้ไปขาย ทำให้ไม่มีเงิน ไม่กล้าขอเงินจากลูกหลาน เนื่องจากลูกหลานก็หยุด/ตกงานเช่นกัน”

ผู้นำชุมชน

“ลูกบ้านมีความวิตกกังวลต่อการใช้ชีวิต กลัวติดโรคโควิด-19”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน

“มีความวิตกกังวลในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มอบหมายให้ อสม. นำส่งยาโรค

เรื่องจริงให้กับผู้สูงอายุ แต่ไม่ครอบคลุมการติดตามภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากเท่าที่ควร”

“มีความกังวลเรื่องแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. ไปสู่ผู้สูงอายุ เพราะว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. เป็นคนดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยตรง”

“เนื่องจากมาตรการด้านสาธารณสุขไม่ให้มีการรวมตัวกันทางสังคม แต่บุคลากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการไปทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล”

ผู้อำนวยการบริหารส่วนตำบลห้วยต้อน

“ผู้สูงอายุในพื้นที่ยังคงมีความกังวล เหงา และมีบางคนที่มีภาวะความเครียดเนื่องจากโควิดระบาด หน่วยงานไม่มีการรวมตัวกลุ่มกันทำกิจกรรม ทำให้กิจกรรมทางด้านศาสนา โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ชะลอ หรือหยุดดำเนินการไป”

1.2 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน

“พัฒนาเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันในมือถือ ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ควบคู่ไปกับการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการตอบคำถาม”

“องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือการเปิดตลาดออนไลน์ หรือช่องทางส่งเสริมรายได้ให้กับผู้สูงอายุจากผลิตภัณฑ์ในชุมชน”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

“โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานต่างๆ ควรมีข้อมูลและการส่งข่าว ติดตาม และสอบถามสุขภาพประชาชน”

ผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “ทำร่างกายให้แข็งแรง กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ นอนหลับให้เพียงพอ เว้นระยะห่างแยกของใช้ส่วนตัว กินน้ำสมุนไพร ออกกำลังกายที่บ้านเองบ้างเท่าที่ทำได้ หากิจกรรมอื่นๆทำ เช่น เปิดวิทยุ เล่นกับแมว เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองวิตกกังวล อ่อนแอ และติดเชื้อโควิด-19”

คนที่ 2 “ผ่อนคลายสมองตัวเองด้วยการฟังธรรมเทศนา ผ่านโทรศัพท์มือถือ อาจให้ให้หลาน
เปิดให้”

2. ผลการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน รวม 20 คน ผู้วิจัยนำเสนอตามประเด็น
ดังนี้

2.1 ปัญหาและอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

ผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “ลูกหลานตกรงาน ไม่มีเงินที่จะอาศัยอยู่ต่างจังหวัด ลูกหลานจึงเดินทางกลับมาบ้าน
แต่คนในชุมชนไม่อยากจะกลับมา เพราะว่ากลัวลูกหลานของตนนำเชื้อโรคมาระบาดในหมู่บ้าน”

คนที่ 2 “การใช้ชีวิตต้องระมัดระวังในเรื่องของการเงินมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุ
บางส่วนมีเงินเก็บน้อย และขาดรายได้จากการค้าขาย/รายได้จากลูกหลานส่งมาให้”

คนที่ 3 “ถึงแม้บางครั้งไม่มีรายได้ ได้นำพืช ผัก ผลไม้ที่เคยนำไปจำหน่าย ก็แบ่งปันเพื่อน
บ้าน และแลกเปลี่ยนวัตถุดิบในการทำอาหารกับเพื่อนบ้าน”

คนที่ 4 “รู้สึกเหงา อยากไปวัด อยากออกไปทำกิจกรรมเจอผู้คนบ้าง หรือกิจกรรมอะไรก็
ได้ ขอให้สันทนาการและผ่อนคลายความเหงา พบเพื่อนวัยเดียวกัน”

คนที่ 5 “มีความกลัวไม่กล้าออกบ้าน ออกไปใช้ชีวิตลำบาก มีความกังวล นอนไม่หลับ
เครียด เสียเวลาในการใช้ชีวิต กลัวโรคติดลูกหลาน ไม่มีสมาธิ”

คนที่ 6 “ท้อแท้กับสิ่งต่างๆ รอบตัว เนื่องจากมีการสูญเสียคนที่รักเพราะติดโควิด”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “คนที่เคยได้รับเชื้อโควิด-19 มีความวิตกกังวลกลัวถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้านและ
คนในชุมชน”

คนที่ 2 “เมื่อเกิดอาการป่วย จำเป็นต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากเสี่ยงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเพราะไปอยู่ในพื้นที่แออัด”

คนที่ 3 “ผู้สูงอายุบางส่วน เริ่มปรับตัวในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้บ้าง”

คนที่ 4 “เมื่อรู้สึกเหงา ผู้สูงอายุบางส่วนเดินทางออกไปไร่ไปสวน บางส่วนเริ่มปลูกผักสวนครัวหลังบ้าน ทอผ้า ปั่นจักรยานที่บ้าน แก่เหงา”

คนที่ 5 “ผู้สูงอายุไม่กล้าไปรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากกลัวผลข้างเคียง เพราะบางคนอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว ผู้สูงอายุบางคนอาศัยกับลูกที่พิการหรืออาศัยอยู่กับลูกที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต”

2.2 ความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

2.2.1 ความต้องการคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “เราต้องการให้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และบุคลากรมาช่วยป้องกันโรคในชุมชนจากองค์การบริหารส่วนตำบล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”

คนที่ 2 “ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้ถึงการดูแลตนเอง แนวทางการออกกำลังกาย การกินอาหาร/สมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องจริงๆ”

2.2.2 ความต้องการคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “ต้องการให้มีกิจกรรมหรือการนัดเพื่อสุขภาพมาบริการ ให้เพื่อนคลายอาการปวดเมื่อย”

คนที่ 2 “ต้องการให้มีกิจกรรมอะไรก็ได้ที่สามารถผ่อนคลายความเครียด วิตกกังวล คลายเหงา”

2.2.3 ความต้องการคุณภาพชีวิตทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “ต้องการให้มีการตรวจสอบสุขภาพและมีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเหมือนเดิม”

2.2.4 ความต้องการคุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุ

คนที่ 1 “อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งเสริมกิจกรรมที่สามารถเป็นอาชีพและส่งเสริมรายได้ผ่านช่องทางต่างๆ หรือกิจกรรมที่มีค่าตอบแทน”

คนที่ 2 “ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐเพิ่มเบี้ยยังชีพคนชรา หรือสนับสนุนเงินในการดำรงชีวิตในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19”

จากการผลการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยมีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจากงานวิจัยของ ปณตนนท์ เกียรติประภากุล และคณะ (2564) มาต่อยอดตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ดังรายละเอียดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามตาราง 8 แผนภาพที่ 1

พูน ปณ จิต ชีเว

ตาราง 8 แสดงปัญหาและความต้องการด้านกิจกรรมของผู้สูงอายุตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ปัญหาและอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพ	แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
1. ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลในด้านการประกอบอาชีพ	เพิ่มช่องทางการส่งเสริมรายได้ให้กับผู้สูงอายุจากผลิตภัณฑ์ในชุมชน
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความมั่นใจในวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการฉีดวัคซีน และประโยชน์ของการฉีดวัคซีน
3. บุคลากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	พัฒนาเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ควบคู่ไปกับการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการตอบคำถามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในการส่งข่าว ติดตาม และสอบถาม
4. บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความวิตกกังวลเรื่องแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จากตัวบุคลากรไปสู่ผู้สูงอายุ	จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ , 3สุมไพร เพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง ลดความวิตกกังวล และเมนูอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

ตาราง 9 แสดงรูปแบบการพัฒนากิจกรรมผู้สูงอายุ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ความต้องการด้านกิจกรรม	รูปแบบการพัฒนากิจกรรม	กิจกรรมที่เหมาะสม
ด้านสุขภาพร่างกาย		
ผู้สูงอายุต้องการให้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	การออกไปสอนการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุออกกำลังกาย การนวดเพื่อผ่อนคลายด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมคู่มือให้ศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน	จัดทางงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้ชุมชน
ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้ถึงการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร สมนไพร	คู่มือสูตรการทำน้ำสมุนไพรรักษาสุขภาพ และให้คำแนะนำ ติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ต หรือสมาร์ทโฟน	1. ไร่ไม้พลอง 2. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 3. โยคะ 4. ฤาษีดัดตน / ไทเก๊ก 5. การนวดตนเองเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 6. การทำน้ำสมุนไพรรักษาสุขภาพ

ตาราง 9 แสดงรูปแบบการพัฒนากิจกรรมผู้สูงอายุ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ (ต่อ)

ความต้องการด้านกิจกรรม	รูปแบบการพัฒนากิจกรรม	กิจกรรมที่เหมาะสม
ด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการให้มีกิจกรรมหรือการ นวดเพื่อสุขภาพมาให้บริการเพื่อผ่อนคลายอาการปวดเมื่อย		
ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการให้มีกิจกรรมอะไรก็ได้ ที่สามารถผ่อนคลายความเครียด วิตกกังวล คลายเหงา	เลือกกิจกรรมที่สนุกสนาน หลากหลายเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละ ครียดหรือเบื่อหน่าย สามารถ ศึกษาและทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน	1. การทำสมาธิ 2. การหัวเราะบำบัด 3. การชมหนัง/คลิปตลก 4. การสวนมนต์ 5. การปลูกต้นไม้ ปลูกผัก ทำสวน
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ต้องการให้มีการตรวจสุขภาพและมีการ เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จัดอบรม และตรวจสุขภาพ อสม. / จิตอาสา เพื่อให้เป็นตัวแทนบุคลากร การติดตาม เยี่ยมบ้าน หรือการ ตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	แต่งตั้ง อสม. /จิตอาสา เช่น นักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในพื้นที่หรือใกล้เคียง เพื่อการ ติดตาม เยี่ยมบ้าน หรือการตรวจ สุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมกิจกรรมที่สามารถเป็นอาชีพและส่งเสริมรายได้ ผ่าน ช่องทางอื่นๆ หรือกิจกรรมที่มีค่าตอบแทน	ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการสำรวจ งานอดิเรกสอดคล้องกับความสามารถของ ผู้สูงอายุ และทำให้เกิดรายได้ พร้อมหาช่องทาง ในการจัดจำหน่าย	1. การพับเหรียญสำหรับโปรยทาน 2. การทำยาต้มโบราณ 3. การทำลูกประคบ 4. เครื่องจักรสาน 5. อาหารแห้ง/ขนมแปรรูป
ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐเพิ่มเบี้ย ยังชีพคนชรา หรือสนับสนุนเงินในการดำรงชีวิตในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19		

ผลการตรวจสอบร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างรูปแบบโดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลในระยะที่ 1 จากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการและแนวทางการพัฒนา ดังแผนภาพที่ 1 ผู้วิจัยได้ประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์ ของรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 ท่าน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ซึ่งมีคุณสมบัติในการทำงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 5 ปี ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริศักดิ์ อาภาวิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณา จันทุม ดร.วรารุณ มหามิตร ดร.ดวงใจ วิชัย และดร.พัชนี จินชัย โดยใช้แบบประเมิน แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พบว่าความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ($\bar{X}$ = 4.46) และความเป็นไปได้ ($\bar{X}$ = 4.53) ดังนี้

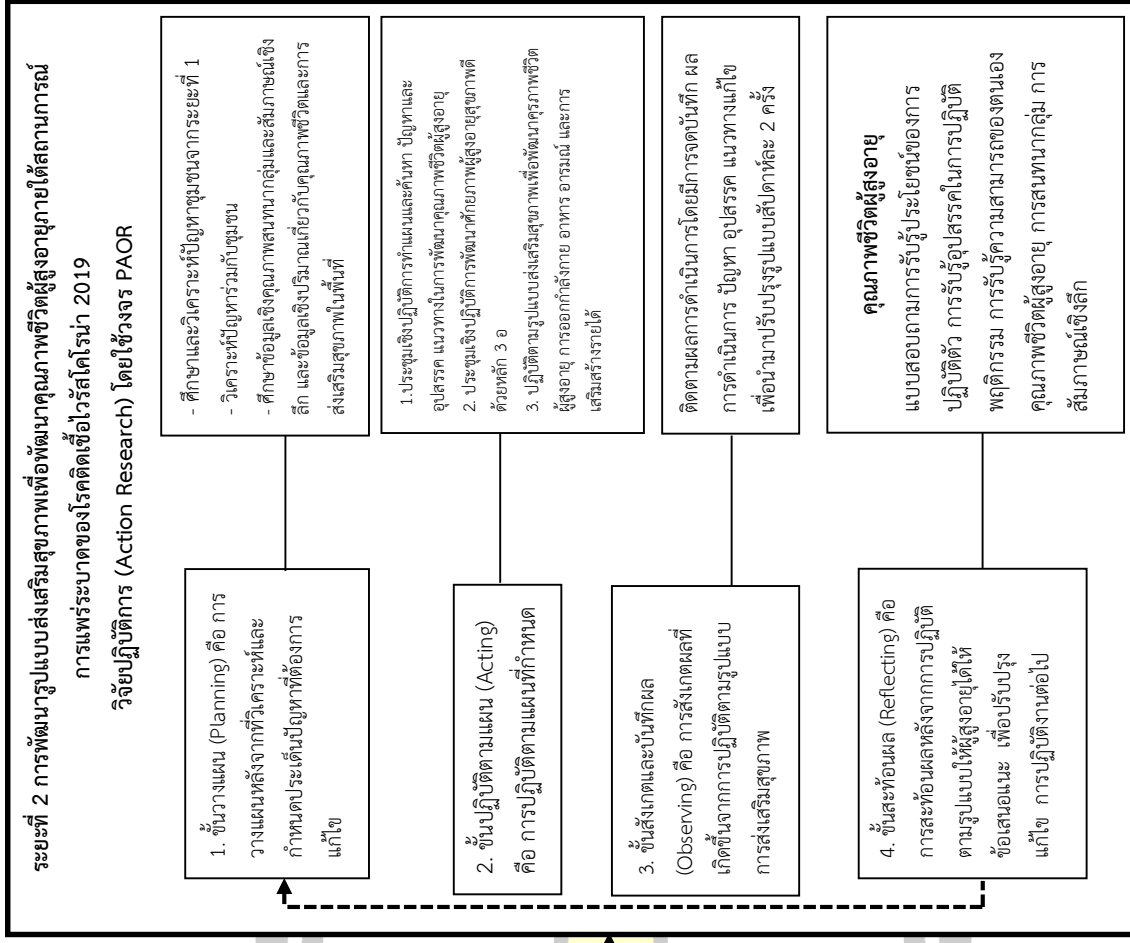
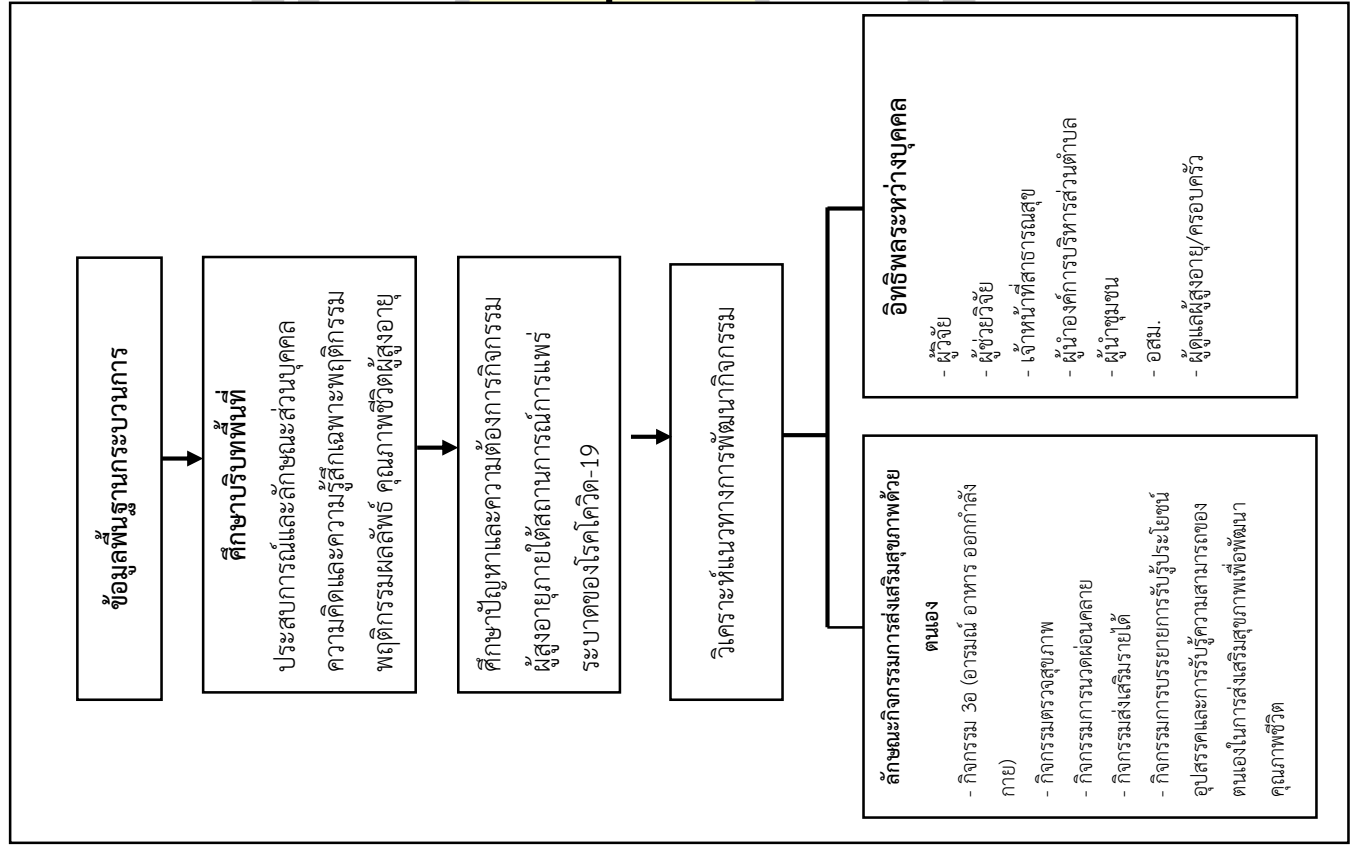
ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รายการประเมิน	ความเหมาะสม		แปลผล	ความเป็นไปได้		แปลผล
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
1.รูปแบบฯ มีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.57	.16	มากที่สุด	4.58	.12	มากที่สุด
2.หลักการ แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบฯ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน	5.00	.00	มากที่สุด	4.77	.34	มากที่สุด

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

รายการประเมิน	ความ		แปลผล	ความเป็นไป		แปลผล
	เหมาะสม			ได้		
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
3. หลักการและวัตถุประสงค์ของ รูปแบบฯมีความเหมาะสมกับแผนการ วิจัย	4.53	.19	มากที่สุด	4.61	.23	มากที่สุด
4. แบบประเมินรูปแบบฯ มีความ เหมาะสมและสอดคล้องกับกิจกรรม	4.45	.25	มาก	4.71	.28	มากที่สุด
5.แผนภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของ องค์ประกอบและกระบวนการขั้นตอน อย่างเหมาะสม	4.59	.36	มากที่สุด	4.91	.20	มากที่สุด
6.แผนภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ สามารถสื่อความหมายได้อย่างถูกต้อง ง่ายต่อการทำความเข้าใจ	4.45	.52	มาก	4.55	.43	มากที่สุด
รวม	4.46	.16	มาก	4.53	.17	มากที่สุด

พูน ปณ จิต ชีเว



การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ผู้วิจัยได้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ณ บ้าน ตาดโตน ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 9-13 พฤษภาคม 2565 โดยมี ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ได้มีการตรวจโควิด-19 ก่อนการลงพื้นที่ทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานซึ่งประกอบด้วยการศึกษาปัญหาและความ ต้องการกิจกรรมผู้สูงอายุและวิเคราะห์แนวทางการพัฒนากิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลองใช้ รูปแบบได้ทดลองการใช้รูปแบบกับผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยในรูปแบบตัวต่อตัวภายใต้การปฏิบัติตาม มาตรการการป้องกันโรคโควิด-19

4.2 ผลการศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้ วงจร PAOR สามารถแบ่งการศึกษาออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้น สังเกตและบันทึกผล และขั้นสะท้อนผล การดำเนินการวิจัยในระยะนี้ผู้วิจัยนำเอาผลการศึกษา สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะที่ 1 มาประกอบการวางแผน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ประชากรและกลุ่ม ตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่งเป็นผู้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มที่สอง คือกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้สถานการณ์แพร่ ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการคัดเลือกหมู่บ้านจากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในตำบลห้วยต้อน ดังนี้

พูน ปณ จิต ชเว

ตาราง 11 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมแยกรายหมู่บ้านตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ลำดับ	รายชื่อหมู่บ้าน	คะแนนโดยรวม	แปลผล
1	ห้วยต้อน	96	คุณภาพชีวิตที่ดี
2	โป่งคลองไต้	74	คุณภาพชีวิตปานกลาง
3	โป่งคลองเหนือ	82	คุณภาพชีวิตปานกลาง
4	ซีลองเหนือ	95	คุณภาพชีวิตปานกลาง
5	ดงค้ำน้อย	80	คุณภาพชีวิตปานกลาง
6	ใหม่ห้วยต้อน	81	คุณภาพชีวิตปานกลาง
7	ใหม่ผาเอียง	92	คุณภาพชีวิตปานกลาง

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลห้วยต้อน พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อสังเกตจากผลคะแนนโดยรวมหมู่บ้านโป่งคลองไต้มีผลคะแนนโดยรวมของคุณภาพชีวิตต่ำกว่าหมู่บ้านอื่นในตำบลห้วยต้อน จึงถูกคัดเลือกให้เป็นพื้นที่ในพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยที่มาช่วยดำเนินการในระยะที่ 2 จำนวน 10 คน ซึ่งในระยะนี้ได้ประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้ววางแผน

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชนที่ได้คัดเลือกโดยใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎี เนื้อหา จากเอกสารทางวิชาการ ตำรา วารสาร บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลปฐมภูมิใช้เก็บเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำหมู่บ้าน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนผู้สูงอายุ เพื่อนำประเด็นข้อคำถามมาเป็นแนวทางในการกำหนดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยประเด็นข้อคำถามที่ได้จากการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎี เนื้อหา จากเอกสารทางวิชาการ ตำรา วารสาร บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การ

แพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้สถานการณ์การแพรระบาดของโรคโควิด-19

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมินผลที่อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในจำนวน 22 คน เพื่อสัมภาษณ์ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้สถานการณ์การแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.1 ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

“มีความเครียด กลัวติดโรคโควิด-19 ตัวเอง(ผู้สูงอายุ) มีโรคประจำตัว”

“กลัวว่าติดโควิด-19 แล้วจะทำให้ตนเองเสียชีวิต”

“เหงา ไม่ค่อยมีเพื่อนคุย ไม่รู้จะคุยกับใคร ไม่รู้จะโทรหาใคร”

“ไม่มีตลาดให้ไปซื้อของ-ขายของ ขาดรายได้ กินแต่อาหารเดิมๆ ซ้ำๆ (ที่ปลูกในสวน)”

“ถ้าวันไหนไม่ได้ลงสวน ก็นอนอยู่บ้านอย่างเดียว บางทีทำให้รู้สึกเบื่อ”

“รายได้น้อยลง แต่รายจ่ายเยอะขึ้น เงินที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ”

“เป็นห่วงลูกหลาน”

“อยากให้มีคนลงมาเยี่ยมที่บ้านบ้าง แต่ก็กลัวติดโควิด-19”

“ไม่กล้าฉีดวัคซีน กลัวผลข้างเคียง”

1.2 กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

“อยากทำกิจกรรมอะไรก็ได้ เพื่อช่วยคลายเครียด”

“อยากทำกิจวัตรประจำวันเหมือนเดิม”

“อยากมีกิจกรรมเสริมรายได้”

“อยากออกกำลังกายเอง แต่ทำไม่เป็น ทำเป็นแต่ทำเดิมนะ”

1.3 ความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้สถานการณ์การแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

“อยากได้อุปกรณ์ในการป้องกันโรค (แมส เจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น) เพราะรายได้น้อยลง กำลังซื้อน้อยลง”

“อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ แบบเว้นระยะห่างก็ได้”

“อยากได้เบี้ยผู้สูงอายุเพิ่ม”

“อยากให้บุคลากรมาตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้บ่อยๆ”

“อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องวัคซีน สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ แนะนำวิธีใช้ชีวิตให้ห่างไกลจากโรค”

“อยากให้รัฐบาลออกมาตรการผ่อนปรน”

“เคยได้ยินข่าวว่า มีอาหารที่ช่วยต้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาอธิบาย หรือให้ความรู้ อยากเอากลับไปให้ลูกหลานทำให้”

2. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน จำนวน 1 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน และผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) เพื่อระดมความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ได้แก่ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.1 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

“ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/จิตอาสาออกมาช่วยดูแลผู้สูงอายุ ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข”

“ขอคำแนะนำจากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิช่วยส่งเสริมการตลาด เพื่อจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยผู้สูงอายุ”

“จากข้อมูลผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการเงิน อาหารต้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สภาพจิตใจ มีความต้องการอุปกรณ์ออกกำลังกาย ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับประเด็นดังกล่าว”

“ประสานงานขอปรึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ หรือคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ขอจิตอาสาช่วยดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม”

“องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยต้อนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน ดำเนินการประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวัคซีน การป้องกันโรคที่ถูกต้อง”

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ของกลุ่มตัวอย่างบ้านโป่งคลองใต้ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำไปกำหนดเป็นร่างใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพิ่มเติม โดยสามารถสรุปได้ดังตาราง 12 ดังนี้

ตาราง 12 แสดงการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในการศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านโป่งคลองใต้ ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ปัญหาและอุปสรรค การส่งเสริมสุขภาพ ในการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	กิจกรรมในการ ส่งเสริมสุขภาพใน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ	ความต้องการการ ช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่นๆ	แนวทางการส่งเสริม สุขภาพในการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
1.กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรค ประจำตัวมี ความเครียด กังวลกับ สถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019		1. ต้องการอุปกรณ์ใน การป้องกันโรค รายได้ การสอนทำอาหารด้าน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	1.สนับสนุนจิตอาสา และข้อมูลข่าวสาร
2.ผู้สูงอายุ ไม่มีความ มั่นใจในวัคซีนป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019	1.ต้องการกิจกรรม เพื่อคลายเครียด เช่น กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมการออก	2. ต้องการให้มีการจัด กิจกรรมบ้าง ภายใต้ มาตรการที่สามารถจัดได้	2. ส่งเสริมการตลาด เพื่อจัดจำหน่าย ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดย ผู้สูงอายุ
3.ผู้สูงอายุเกิดความ เหงา รู้สึกเบื่อ ขาด รายได้	กำลังกาย เป็นต้น	3. ต้องการความรู้เกี่ยว โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวัคซีนที่ ถูกต้องและทันต่อ เหตุการณ์	3.ออกแบบกิจกรรม/ แนวทางการส่งเสริม สุขภาพที่สอดคล้องกับ อาหาร สภาพจิตใจ ออกกำลังกาย และ รายได้

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผน

ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพื่อเลือกแผนงานโครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ และปรับปรุงแผนตามแนวทางที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะจากการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีการสนับสนุนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ในการการจัดประชุมวางแผนในกลุ่มหรือในคณะทำงานเพื่อหาผู้รับผิดชอบในแต่ละประเด็นและหาหน่วยงานสนับสนุนในข้อตกลง ซึ่งระยะนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งที่ผู้วิจัยและคณะกรรมการชุมชนจะต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน จนสามารถตอบคำถามเพื่อการดำเนินงานในขั้นนี้ได้ว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร จนสามารถสร้างแผนงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในบริบทของชุมชนโดยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง ดังนี้

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผนร่วมกับผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายด้านสุขภาพของหมู่บ้าน การดำเนินการจัดทำแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการระดมความคิดเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตชุมชน กิจกรรมเน้นการกระจายความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองสำหรับผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคระยะเวลาประชุม 1 วัน หลังจากนั้นแกนนำผู้สูงอายุได้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ สู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุทุกเดือน และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีด้วยหลัก 3 อ จำนวน 22 คน เข้ามามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ ของตนเอง บุคคลในครอบครัวช่วยดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้ระยะเวลาประชุม 1 วัน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตและบันทึกผล

ผลการทดสอบการใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ

“อยากมีคนมาติดตามการส่งเสริมสุขภาพบ่อยๆ จะได้มีเพื่อคุยแก้เหงา”

“อยากให้โรคโควิด-19 หหมดเร็วๆ จะได้รวมกลุ่มกันทำกิจกรรม”

“อยากให้มีการสอนผู้สูงอายุทำกิจกรรมเสริมรายได้บ่อยๆ”

“อยากให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มารับผลิตภัณฑ์ที่ได้จากผู้สูงอายุไปขายให้บ่อยๆ”

“เป็นโครงการที่ดีมาก ที่ได้ออกกำลังกาย และใช้เวลาว่าง หารายได้”

“มีอุปกรณ์ช่วยออกกำลังกายให้ พร้อมคู่มือทำให้ออกกำลังกายเองที่บ้านได้ พอได้คลายเหงา”

“อยากให้น้องๆ จิตอาสามาบ่อยๆ”

“ช่วงแรกๆ ก็มีการกังวลในตัวจิตอาสา กลัวว่าจะเอาโรคมาแพร่กระจายเชื้อในชุมชน แต่ตอนนี้มีความมั่นใจในตัวจิตอาสา มาก เพราะเขาดูแลดีมาก ป้องกันตนเองดีมาก”

กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

“เป็นโครงการที่ดีมาก เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.มีเวลาดูแล เยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุบ่อยกว่าสถานการณ์ปกติ”

“หลังจากเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้มีการรวมตัวทำกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุกันบ่อยเหมือนตอนสถานการณ์ปกติ”

“เป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุดีมาก เนื่องจากผู้สูงอายุเชื่อฟังกลุ่มผู้ดูแลน้อยลง”

“เป็นโครงการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำด้วยตนเอง และมีรายได้ช่วยครอบครัว แต่อยากให้มีการนำสินค้าจากฝีมือผู้สูงอายุไปจำหน่ายบ่อยกว่านี้”

“อยากให้มามีกิจกรรมดีๆ แบบนี้ไปตลอด ในการช่วยดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนช่วยกัน”

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุบ้านโป่งคลองไต้ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.54 อายุเฉลี่ย 70.61 (7.72) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.36 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า ต่ำกว่า 4,000 ต่อเดือน ร้อยละ 68.19 รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต ร้อยละ 95.46 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 77.28 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.09 การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพจิต และด้านการเงิน ร้อยละ 27.27 ด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 22.73 เท่ากัน ผู้สูงอายุมีประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 เข็ม และ 2 เข็ม ร้อยละ 36.36 เท่ากัน และสมาชิกในครอบครัวเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 90.90 รายละเอียดดังตารางที่ 13

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคล (n=22)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	45.46
หญิง	12	54.54
สถานภาพ		
โสด	5	22.73
สมรส	12	54.54

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคล (n=22) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
หย่า	0	0.00
หม้าย	5	22.73
อายุ Mean (SD)	$\bar{x} \pm SD = 70.61(7.72)$	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	86.36
มัธยมศึกษา	2	9.10
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	4.54
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
ต่ำกว่า 4,000	15	68.19
4,000 – 8,000	7	31.81
รายได้เพียงพอ		
เพียงพอ	1	4.54
ไม่เพียงพอ	21	95.46
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	17	77.28
ค้าขาย/ธุรกิจ	3	13.64
รับจ้าง	1	4.54
เกษียณอายุราชการ	1	4.54
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน		
Mean (SD)	$\bar{x} \pm SD = 54.26(18.08)$	
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	5	22.72
ความดันโลหิตสูง	13	59.10
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง	1	4.54
โรคอื่นๆ (เก๊าท์,ข้อเข่าเสื่อม,ไขมันในเลือดสูง,โรคไต)	3	13.64

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคล (n=22) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
10.ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต		
ด้านสุขภาพกาย	5	22.73
ด้านสุขภาพจิต	6	27.27
ด้านสิ่งแวดล้อม	5	22.73
ด้านการเงิน	6	27.27
ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ยังไม่ได้รับ	3	13.64
ได้รับ 1 เข็ม	8	36.36
ได้รับ 2 เข็ม	8	36.36
ได้รับมากกว่า 2 เข็ม	3	13.64
สามี ภรรยา ลูก หลาน ญาติหรือคนในครอบครัวท่านเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่		
เคย	20	90.90
ไม่เคย	2	9.10

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$) หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .001$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสามด้าน ($p = .001$, $.001$ และ $.032$ ตามลำดับ) ยกเว้นค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .240$) รายละเอียดดังตารางที่ 14

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 22)

คุณภาพชีวิต	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ด้านสุขภาพกาย	15.1	4.4	15.5	4.5	1.2	0.240
ด้านจิตใจ	17.5	4.3	19.9	2.9	5.6	0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7.0	1.6	7.6	1.1	2.8	0.007
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.3	5.2	24.6	5.0	2.2	0.032
รวม	74.0	14.6	77.8	12.9	5.0	0.001

p<.05

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถสรุปอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ

ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 ($\bar{x}$ = 9.09 SD = 3.20) หลังการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.54 ($\bar{x}$ = 14.59 SD = 2.85)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ

ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.54 ($\bar{x}$ = 1.98 SD = 0.17) หลังการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.46 ($\bar{x}$ = 2.56 SD = 0.27)

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.64 ($\bar{x}$ = 1.74 SD = 0.49) หลังการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.90 ($\bar{x}$ = 2.49 SD = 0.21)

อิทธิพลระหว่างบุคคล

ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.72 ($\bar{x} = 2.40$ SD = 0.17) หลังการทดลองอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.64 ($\bar{x} = 2.68$ SD = 0.17)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.72 ($\bar{x} = 2.11$ SD = 0.16) หลังการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.27 ($\bar{x} = 2.49$ SD = 0.21) รายละเอียดดังตารางที่ 15 และตารางที่ 16

ตาราง 15 การเปรียบเทียบจำนวน และร้อยละด้านการรับรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 22)

ระดับการรับรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ				
ระดับสูง	1	4.54	10	45.46
ระดับปานกลาง	10	45.46	12	54.54
ระดับต่ำ	11	50.00	0	0.00
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ				
ระดับสูง	10	45.46	21	95.46
ระดับปานกลาง	12	54.54	1	4.54
ระดับต่ำ	0	0.00	0	0.00
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ				
ระดับสูง	1	4.54	20	90.90
ระดับปานกลาง	7	31.81	2	9.10
ระดับต่ำ	14	63.64	0	0.00
อิทธิพลระหว่างบุคคล				
ระดับสูง	2	9.10	14	63.64
ระดับปานกลาง	16	72.73	7	31.81
ระดับต่ำ	4	18.17	1	4.54

ตาราง 15 การเปรียบเทียบจำนวน และร้อยละด้านการรับรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 22) (ต่อ)

ระดับการรับรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ				
ระดับสูง	0	0.00	17	77.27
ระดับปานกลาง	16	72.73	5	22.73
ระดับต่ำ	6	27.27	0	0.00

ตาราง 16 การเปรียบเทียบการรับรู้รายด้านและพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 22)

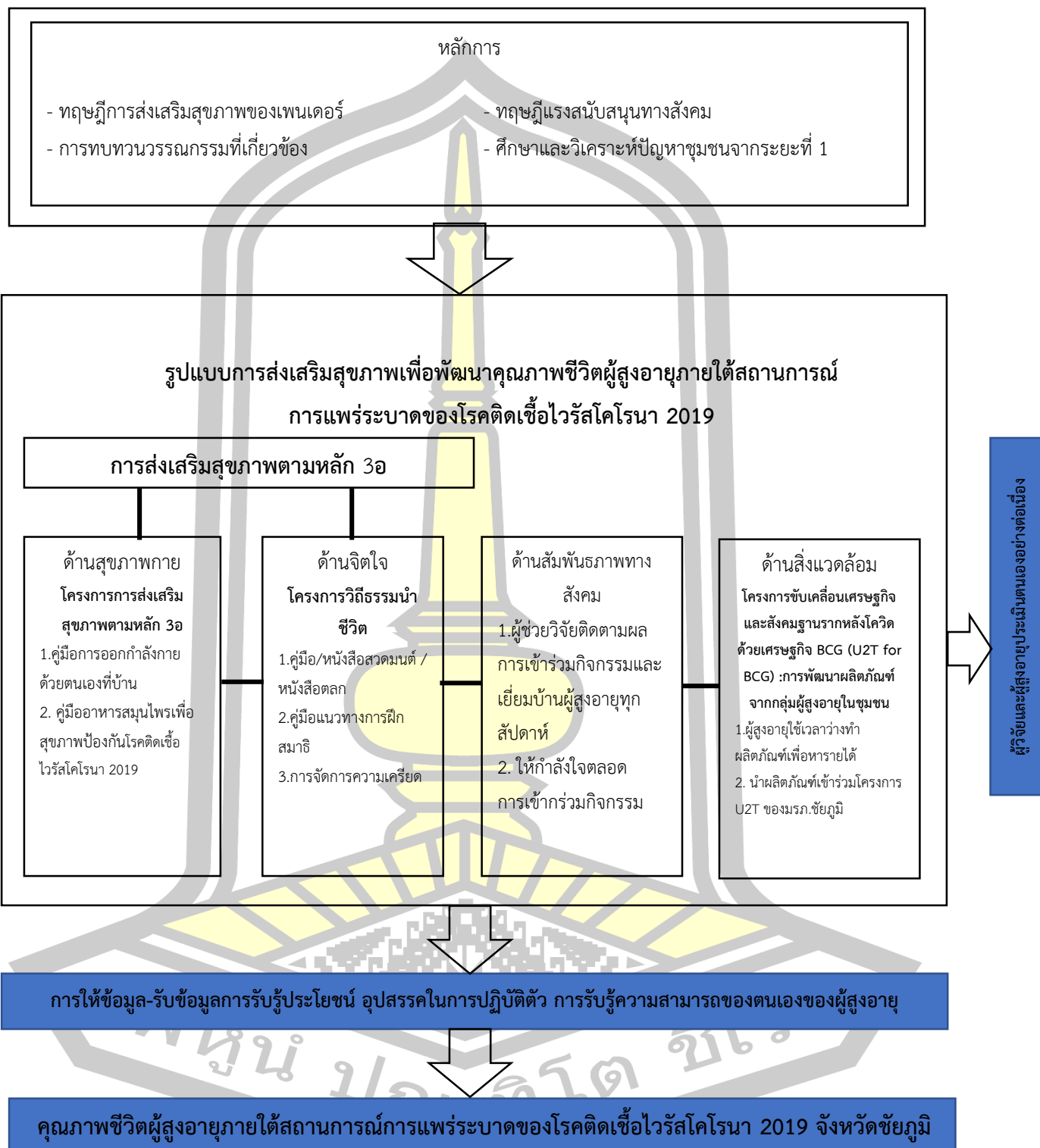
การรับรู้	$\bar{x}$	SD	ระดับ	Z	p-value
1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	9.09	3.20	ต่ำ	4.024	0.001*
หลังการทดลอง	14.59	2.85	ปานกลาง		
2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	1.98	0.17	ปานกลาง	4.018	0.001*
หลังการทดลอง	2.56	0.27	สูง		
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	1.74	0.49	ต่ำ	4.021	0.001*
หลังการทดลอง	2.49	0.21	สูง		
4. อิทธิพลระหว่างบุคคล					
ก่อนการทดลอง	2.40	0.17	ปานกลาง	4.040	0.001*
หลังการทดลอง	2.68	0.17	สูง		
5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	2.11	0.16	ปานกลาง	4.029	0.001*
หลังการทดลอง	2.49	0.21	สูง		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล

ทีมผู้วิจัยประกอบด้วย ผู้แทนจากภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข สะท้อนผลและทบทวนผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยรวบรวมจากการบันทึกและรายงานการก้าวหน้าโครงการที่ทำไว้ทุกระยะเมื่อประเมินโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทีมติดตามประเมินผลซึ่งเป็นทีมเดียวกัน ซึ่งได้ทำการติดต่อกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยทำการนัดหมายหลังจากดำเนินการไปแล้ว เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยทำการติดตามการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุทุกสัปดาห์ โดยการประเมินผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและผู้สูงอายุประเมินตนเอง สามารถแสดงผลได้ดังนี้





ภาพประกอบ 12 แสดงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดชัยภูมิ สามารถสรุป และอภิปรายผลได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยแบบผสม โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ซึ่งสามารถแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ สรุปผลการวิจัยแบ่งตามระยะได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง 829 ราย พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง 461 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 4,000 บาท ความเพียงพอของรายได้มีจำนวนใกล้เคียงกัน อาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรมและว่างงานจำนวนใกล้เคียงกัน ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนเฉลี่ย 53.92 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีจำนวนใกล้เคียงกัน ด้านผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่มีผลกระทบด้านสุขภาพกาย รองลงมาเป็นด้านการเงิน ด้านประวัติการรับวัคซีน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม ยังไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่นเดียวกับญาติ หรือคนในครอบครัวส่วนใหญ่ ยังไม่เคยติดเชื้อ

ผลของการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ด้วยสถิติ univariable ordinal logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพหย่า เป็นหม้าย อายุ การมีรายได้ต่อเดือน ช่วง 4,000 – 8,000

และ มากกว่า 12,000 บาท มีอาชีพรับจ้าง เกษียณอายุราชการ และว่างงาน มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม การได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 และ 2 เข็ม ตนเองและครอบครัวไม่เคยมีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล

3. ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตปาน คิดเป็น ผลของการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย univariable ordinal logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง สถานภาพหม้าย อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,000 – 8,000 และ มากกว่า 12,000 บาท อาชีพ เกษียณอายุราชการ และว่างงาน ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคล

5. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแบบสุดท้าย

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรพหุแบบขั้นตอน stepwise multivariable logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในตัวแบบสุดท้าย ได้แก่ อายุ มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 4,000 – 8,000 บาท ระหว่าง 8,001 – 12,000 บาท มากกว่า 12,000 บาท อาชีพเกษียณอายุราชการ ระยะเวลาที่อาศัยใน มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน โรคอื่นๆ มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ด้าน ด้านสิ่งแวดล้อม การได้รับวัคซีน 2 เข็ม การได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ

6. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแบบ สุดท้าย

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรพหุแบบขั้นตอน stepwise multivariable logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแบบสุดท้าย ได้แก่ เพศชาย สถานภาพ หย่าอายุ ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษา มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 4,000 – 8,000 บาท ระหว่าง 8,001 – 12,000 บาท มากกว่า 12,000 บาท มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพจิต ด้านการเงิน การได้รับวัคซีน 2 เข็ม การได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล

ผลการศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้ วงจร PAOR สามารถแบ่งการศึกษาออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกตและบันทึกผล และขั้นสะท้อนผล โดยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดังนี้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 4 ด้านโดยยึดหลักการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และหลักการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ ได้แก่

ด้านสุขภาพกาย มีการให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุด้วยตนเองที่บ้าน ได้แก่ ตัวอย่างการรำไม้พอง ไทเก๊ก การยืดเหยียดร่างกายด้วยตนเอง โยคะ เป็นต้น และมีคู่มือเกี่ยวกับสมุนไพรเพื่อสุขภาพป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ด้านจิตใจมีการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุ โดยมีผู้ช่วยวิจัยเข้าไปติดตามผลการเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์และให้กำลังใจตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม รวมไปถึงการจัดทำคู่มือ/หนังสือสวดมนต์/หนังสือตลก และคู่มือการฝึกสมาธิให้ผู้สูงอายุไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

ด้านสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้พบปะเพื่อนไม่ได้ ถึงดำเนินการให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปติดตามผลการเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์และให้กำลังใจตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม

ด้านสิ่งแวดล้อม จากข้อมูลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุขาดรายได้หลักจากการรับจ้าง ขายผัก ผลไม้ ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถได้ใช้เวลาว่างสร้างเสริมผลิตภัณฑ์เพื่อหารายได้ ประสานกันกลุ่ม U2T ของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในการเผยแพร่และหาตลาดในขาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. ปัจจัยทางสังคม

1.1 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน ท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

1.2 มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ สนับสนุนต่อยอดผลิตภัณฑ์ของกลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยเศรษฐกิจ BCG (U2T for BCG) :การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

1.3 ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้าน ติดตามด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และตรวจสุขภาพเบื้องต้นจากผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ชุมชน และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

2. ปัจจัยทางสุขภาพ

2.1 ผู้สูงอายุมีความเข้าใจด้านสุขภาพ และตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพในทุกกิจกรรม

2.2 ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือและแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา

3. ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1 ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในด้านการฝีมือ และการแปรรูปอาหาร ส่งผลให้เกิดการต่อยอดได้ง่าย

3.2 ผู้สูงอายุเปิดใจยอมรับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

3.3 ผู้สูงอายุมีความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พร้อมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อให้การดำรงชีวิตประจำวันไปอย่างมีความสุข

5.2 อภิปรายผล

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยแบบผสม โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ซึ่งสามารถแบ่ง

การวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ อภิปรายผลการวิจัยแบ่งตามระยะได้ดังนี้

อภิปรายผลผลการศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล ไม่สอดคล้องกับ จูไรรัตน์ ดาทอง (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อ COVID-19 แต่ปัจจัยด้าน สิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อ COVID-19 สอดคล้องกับนันทินัย วังนันท (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ นวรัตน์ ไวมภู (2562) ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตน

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแบบสุดท้าย ได้แก่ เพศชาย สถานภาพ หย่าอายุ ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษา มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 4,000 – 8,000 บาท ระหว่าง 8,001 – 12,000 บาท มากกว่า 12,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพจิต ด้านการเงิน การได้รับวัคซีน 2 เข็ม การได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล สอดคล้องกับศรinya สถิต (2562) ได้

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะในครอบครัว รายได้ต่อเดือน ภาระหนี้สิน การเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Mohsen Poursadeqian (2021) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวอิหร่านในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมทางกาย จิตวิญญาณและปัจจัยทางจิตใจ ด้านปัจจัยทางสังคม และปัจจัยที่พบได้บ่อยที่สุดภายใต้การศึกษา พบว่าปัจจัยทางเพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะประชากรด้านอื่นๆ สอดคล้องกับ Lucineide da Silva Santos (2020) ได้ศึกษาผลของการทำกิจกรรมทางกายต่อความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสภาพจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกิจกรรมทางกายสามารถป้องกันความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

อภิปรายผลผลการศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าเฉลี่ยโดยรวมพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสัมพันธ์ทางสังคม มีการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุ โดยมีผู้ช่วยวิจัยเข้าไปติดตามผลการเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์และให้กำลังใจตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม รวมไปถึงการจัดทำคู่มือ/หนังสือสวดมนต์/หนังสือการ์ตูนตลก และคู่มือการฝึกสมาธิให้แก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และรู้สึกคลายความวิตกกังวลมากกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเจ้าหน้าที่หรือผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ และมีเพื่อนได้คอยพูดคุยคลายเครียด และด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุขาดรายได้หลักจากการรับจ้างขายผัก ผลไม้ ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถได้ใช้เวลาว่างสร้างเสริมผลิตภัณฑ์เพื่อหารายได้ โดยมีการประสานกันกลุ่ม U2T ของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในการเผยแพร่และหาตลาดในขายผลิตภัณฑ์ ในส่วนผู้สูงอายุที่ยังไม่มีอาชีพให้ทดแทนอาชีพเดิมที่ขาดรายได้ ก็ให้ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ช่วยนำความรู้ไปสอนการทำเครื่องจักรสาร จัดหาเครื่องมือให้แก่ผู้สูงอายุ หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำเหรียญโปรยทานเพื่อจัดจำหน่าย ผลการตอบรับจากผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุใช้เวลา

ว่างให้เกิดประโยชน์จากความรู้ที่ตนเองเคยมี และเกิดรายได้ขึ้นบางส่วน พอได้นำมาซื้อวัสดุในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ยกเว้นค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุด้วยตนเองที่บ้าน และมีคู่มือเกี่ยวกับสมุนไพรเพื่อสุขภาพป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุบางส่วนไม่มีพืชสมุนไพรในการนำมาประกอบอาหารหรือทำน้ำสมุนไพรดื่มเอง สอดคล้องกับ Lucineide da Silva Santos (2020) ได้ศึกษาผลของการทำกิจกรรมทางกายต่อความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสภาพจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกิจกรรมทางกายสามารถป้องกันความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับ Magda M. Mohsen (2021) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมทางการแพทย์บำบัดต่อความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ศึกษาในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยทางสังคม ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน ท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในการสนับสนุนต่อยอดผลิตภัณฑ์ของกลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยเศรษฐกิจ BCG (U2T for BCG) :การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้าน ติดตามด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และตรวจสุขภาพเบื้องต้นจากผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ชุมชน และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ Mohsen Poursadeqian (2021) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวอิหร่านในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมทางกาย จิตวิญญาณและปัจจัยทางจิตใจ ด้านปัจจัยทางสังคม และปัจจัยที่พบได้บ่อยที่สุดภายใต้การศึกษา พบว่าปัจจัยทางเพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะประชากรด้านอื่นๆ

ปัจจัยทางสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความเข้าใจด้านสุขภาพ และตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพในทุกกิจกรรม ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือและแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับ Magda M. Mohsen (2021) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมทางการแพทย์บำบัดต่อความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ศึกษาในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับ Mohammad Anwar

Hossain (2020) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความหวาดกลัวในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในบังกลาเทศ พบว่า ระดับความรู้เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการควบคุมโรค ส่งผลทำให้ประชากรส่วนใหญ่มีคะแนนความกลัวน้อย มีแนวปฏิบัติที่ดีในการอยู่บ้านและสวมหน้ากาก โดยพบในสตรีและผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในด้านการฝีมือ และการแปรรูปอาหาร ส่งผลให้เกิดการต่อยอดได้ง่าย ผู้สูงอายุเปิดใจยอมรับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และผู้สูงอายุมีความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พร้อมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้การดำรงชีวิตประจำวันไปอย่างมีความสุข สอดคล้องกับ Mohammad Anwar Hossain (2020) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความหวาดกลัวในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในบังกลาเทศ พบว่า ระดับความรู้เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการควบคุมโรค ส่งผลทำให้ประชากรส่วนใหญ่มีคะแนนความกลัวน้อย มีแนวปฏิบัติที่ดีในการอยู่บ้านและสวมหน้ากาก โดยพบในสตรีและผู้สูงอายุ

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบระบบการส่งเสริม/พัฒนาผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นจากงานฝีมือกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดรายได้ต่อครัวเรือนและใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรม
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจที่ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงและยั่งยืน
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสร้างเครือข่ายจิตอาสา เข้าตรวจเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

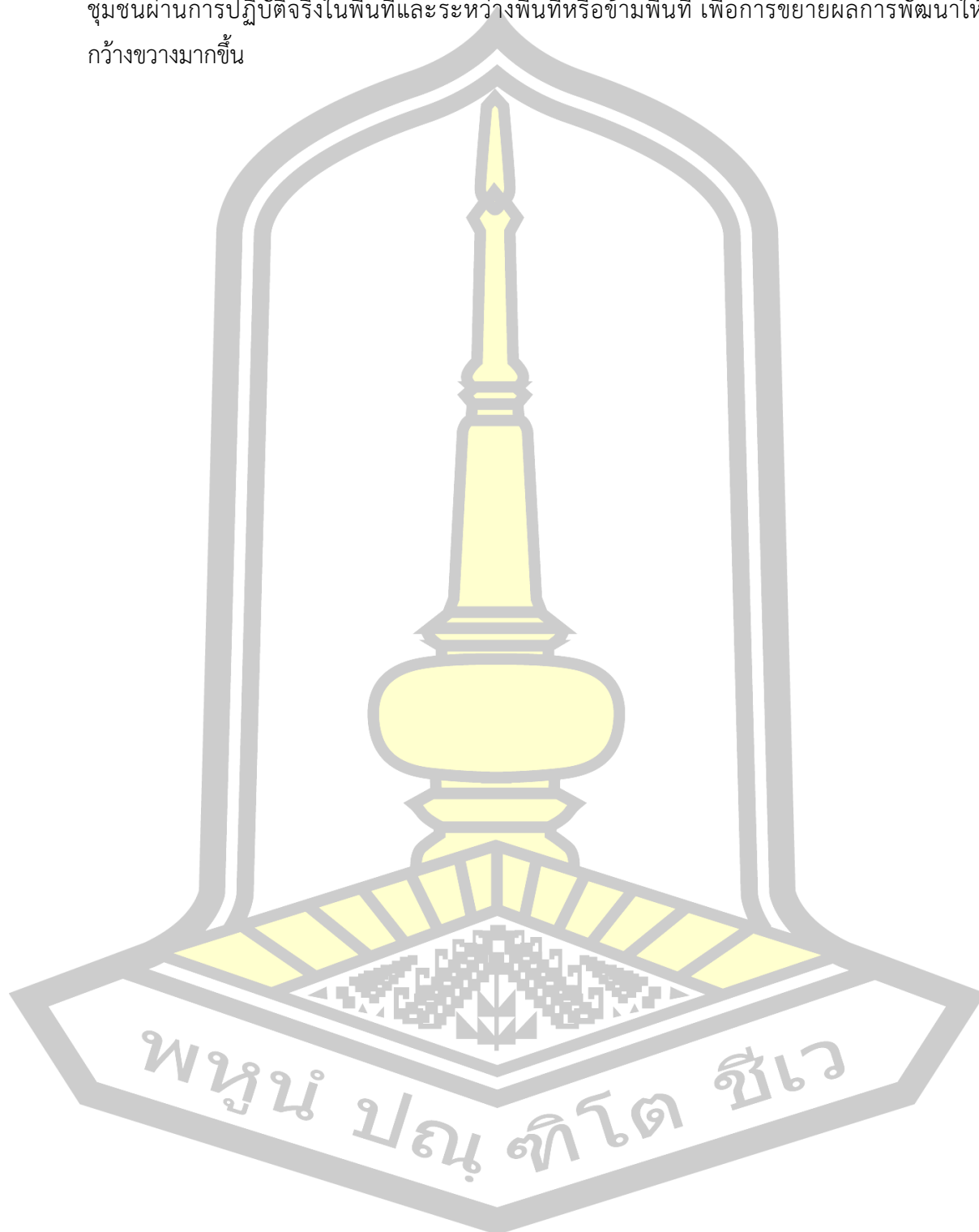
ข้อเสนอแนะเชิงพื้นที่

1. ส่งเสริมและพัฒนาประชาชนทั่วไป/วัยรุ่นให้มีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

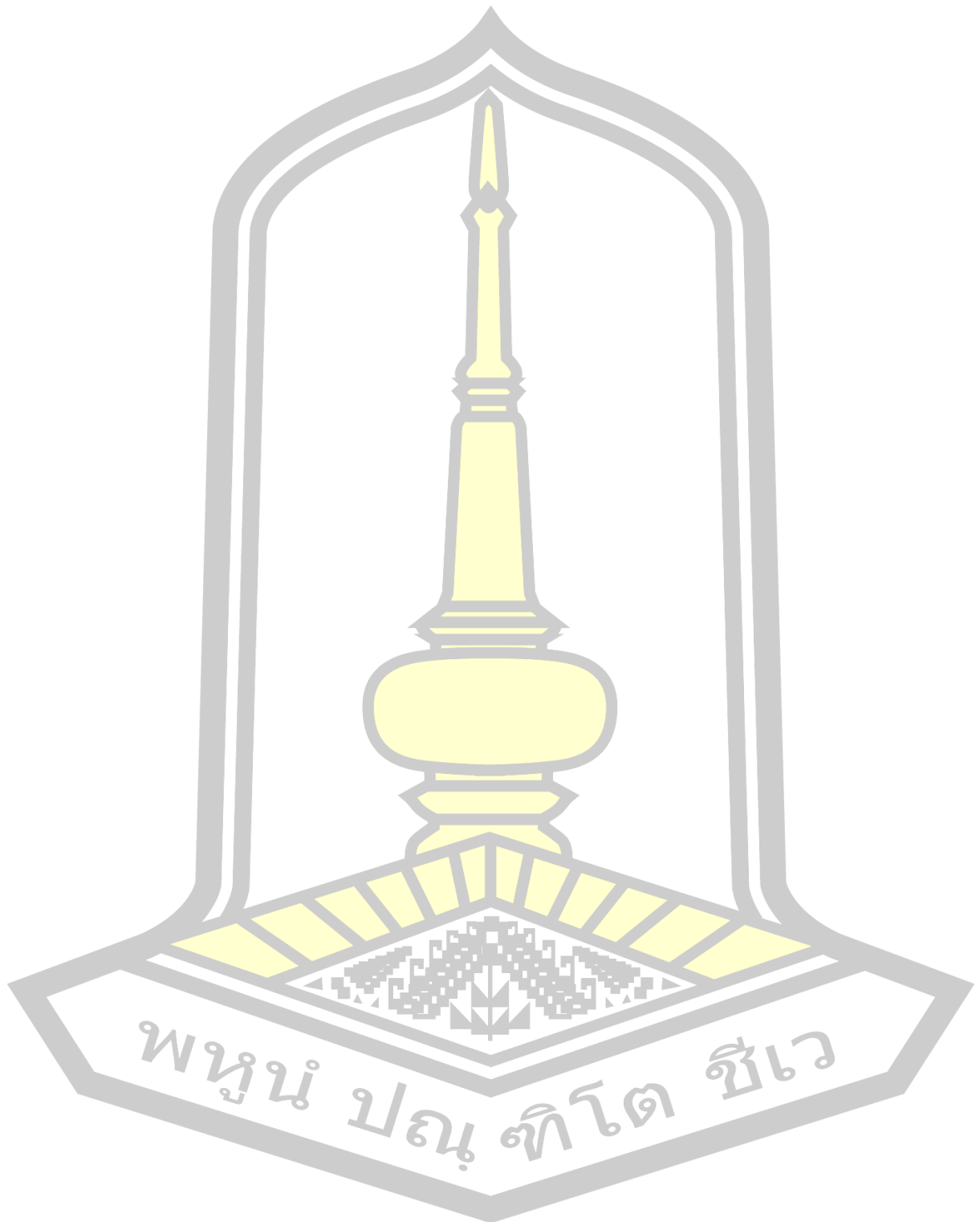
5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ชุมชนโดยผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มรายได้ลดภาวะเครียด/ซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษาและพัฒนาแบบวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่อื่น

3. ควรสร้างเครือข่ายและสร้างกระบวนการเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและชุมชนผ่านการปฏิบัติจริงในพื้นที่และระหว่างพื้นที่หรือข้ามพื้นที่ เพื่อการขยายผลการพัฒนาให้กว้างขวางมากขึ้น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2564).มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง).สืบค้นเมื่อ 15 ,มกราคม 2564.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2564.
https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/2xdcaaf3d7f6ae30ba6ae1459eaf3dd66/m_document/6734/34105/file_download/f58d7f01402d9b74c9c1982f80665644.pdf.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2564, จาก<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia>.
<https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/mapping/paper/view?id=330>.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2566).สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร(รายเดือน). สืบค้นเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2566. <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>.
- กรวรรณ ยอดใหม่. (2564). Factors Associated with Good COVID-19 Preventive Behaviors Among Older Adults in Urban Communities in Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health*. 12, (1-9).
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2563). ผลพหุติกรรมสุขภาพ อ. 2 ส.ยุค New Normalในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 201. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2564, จาก <https://www.hfocus.org/content/2020/08/19903#>:
- งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. (2561). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: แนวโน้ม คุณลักษณะ และปัญหา. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2564 จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic004.php>
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). (2561). 2573 คนแก่ครองเมือง. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2564 จาก <http://www.thetruemate.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539099610>
- ธมนวรรณ อยู่ดี.(2560).กระบวนการจัดการเรียนการสอนดนตรีไทยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี. *Lawarath Social E-Journal*.3(2)1-12.

- พระนาทกร สุจิณโณ (เศษสิน) และคณะ. (2561). ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 2(1), 1-7.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2563). Resilience for Psychological Impacts of COVID-19 Pandemic on Older Adults in Thailand. *J Gerontol Geriatr Med* 6: 053.6(2),2-5.
- วรยุทธ นาคอ้าย. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุ พศุฒิพลังชุมชนหนองตะโก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยธนบุรี* 14 (3), 20-30.
- วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- วิรารรรถ พุทธมัตย์.(2563). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ตัวแบบถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* 10(2),112-122.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2561). โครงสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564). *จุฬาลัมพันธ์*, 53(9), 23-37.
- วิญญ์ทัณญ บัญทัน.(2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2):323-337.
- ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV-2)". (2563). สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2564 จากเว็บไซต์ <https://th.wikipedia.org>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.(2565).รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ประจำเดือน กรกฎาคม 2565. สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2565. https://cpho.moph.go.th/?page_id=33381.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2560). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564. สืบค้นเมื่อ 21 มกราคม 2564. https://www.govsite.com/uploads/20180328210845J8MZUS9/20211216150944_1_AQ9QnP5.pdf.
- สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2561). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1)*. ใน รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สุพริศร์ สุวรรณิก. (2563). “ไวรัสโคโรนา:ฝันร้ายของเศรษฐกิจโลก?”. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2564 จากเว็บไซต์ <https://www.bot.or.th/Thai>.

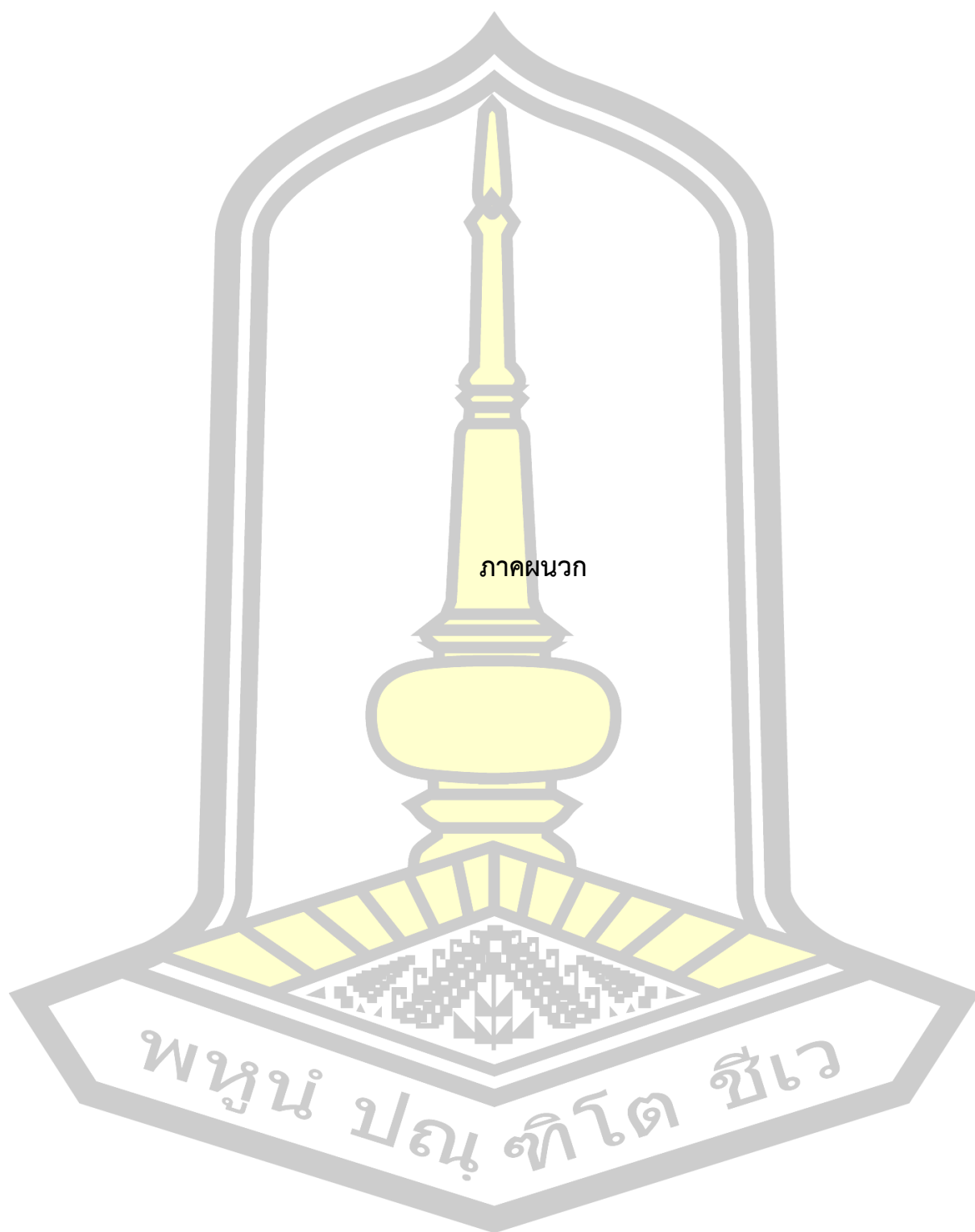
- ธีระพงษ์ ทศวัฒน์. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 7(9),40-55.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย 2538. วิธีวิทยาการการวิจัยขั้นสูงด้านการวิจัยและสถิติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล รื่นไวย์. (2560). *An After Action Review เรียนรู้จากบทเรียนร่วมกัน*, KM Lite ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2554)
- ปณตนนท์ เถียรประภากุล และคณะ (2564).ภาวะผู้นำของผู้บริหารสถานศึกษาในยุคการศึกษา4.0. วารสารVeridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ). ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2564).1906 – 3431.
- สุทัศน์ ดวงดีเด่น. (2009). *ถอดบทเรียนหลังทำกิจกรรม (After Action Review : AAR)*, Productivity World 73 (September – October 2009).
- ศุภวัณณ์ พลายน้อย. (2560). *นวัตกรรมการถอดบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด.
- อภิวดี อินทเจริญ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุข* 3(2), 19-30.
- Aart De Geus. et al. (2019). *Sustainable Development Report 2019*. May 29, 2021. https://s3.amazonaws.com/sustainabledevelopment.report/2019/2019_sustainable_development_report.pdf
- Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47, 79-86.
- Avinash Chakrawarty, Piyush Ranjan1 , Kamal Bandhu Klanidhi, Divjyot Kaur2 , Siddharth Sarkar3 , Anamika Sahu3 , M. Bhavesh1 , Upendra Baitha1 , Arvind Kumar , Naveet Wig1. (2021). Psycho-social and behavioral impact of COVID-19 on middle-aged and elderly individuals: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion | Published by Wolters Kluwer – Medknow*.1-7.

- Chopra S, Ranjan P, Singh V, Kumar S, Arora M, Hasan MS, et al. (2020). Impact of COVID-19 on lifestyle-related behaviours- a cross-sectional audit of responses from nine hundred and ninety-five participants from India. *Diabetes Metab Syndr*, 14, 2021-30.
- Debanjan Banerjee. (2020). The Impact of Covid-19 Pandemic on Elderly Mental Health. *Wiley Public Health Emergency Collection Journal* 2020 May 4 : 10.1002/gps.5320.
- Emerson KG. (2020). Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+in the United States. *Rev Panam Salud Publica* 2020;44:e81.
- Jaspreet Singh (2020). COVID-19 and Its Impact on Society. *Electronic Research Journal of Social Sciences and Humanities* Vol 2: Issue I ISSN: 2706 – 8242 www.eresearchjournal.com Jan - Mar 2020.
- Kadriye Sayin Kasar et al. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing* Volume 42, Issue 6 In progress November–December 2021.
- Lara N. Ferreira. (2021). *Quality of life under the COVID-19 quarantine*. Springer Nature Switzerland. Springer Nature
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd (ed). Connecticut : Appleton & Lange.
- Sahar Hamid. (2021). The effects of self-monitoring of physical activity among elderly people with the impact of Covid-19 pandemic. *MSIE* 2021, April 02–04, 2021, Osaka, Japan.
- Siukan Law. (2021). Impact of COVID-19 on elderly care. *Asian J Gerontol Geriatr* 2021;16(1):56 | <https://doi.org/10.12809/ajgg-2020-442-letter>.
- Zouhour Samlani. et al. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Well-Being in Morocco. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd (ed).Connecticut : Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th (ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). Health Promotion in Nursing Practice. 5th (ed). New Jersey : Pearson

United Nations.(2021). Enhance resilience to recover inclusively, says new report. May 29, 2021. <https://www.un.org/en/desa/enhance-resilience-recover-inclusively-says-new-report>.





ภาคผนวก

พูน ปณ จิต ชีเว



เลขที่แบบสอบถาม ☐ ☐ ☐

การศึกษาวิจัยระยะที่.....ครั้งที่

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	11	ข้อ
ส่วนที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	26	ข้อ
ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ	18	ข้อ
ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ	17	ข้อ
ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ	26	ข้อ
ส่วนที่ 6 อิทธิพลระหว่างบุคคล	13	ข้อ
ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	46	ข้อ

ในการวิจยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ข้อมูลที่ได้รับจากท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของท่านแต่อย่างใด และผลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่อไป

ขอขอบคุณ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์
นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และกรณารอก
รายละเอียดเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่กำหนดเมื่อเลือกตัวเลือกข้อนั้นๆ เพียง 1 คำตอบ

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. สถานภาพสมรส

☐ 1. โสด

☐ 2. สมรส

☐ 3. หย่า

☐ 4. หม้าย

3. อายุ.....ปี (เต็ม)

4. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษา

☐ 2. มัธยมศึกษา

☐ 3. ปวช. / ปวส.(อนุปริญญา)

☐ 4. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า 4,000 บาท

☐ 4,000 – 8,000 บาท

☐ 8,001 – 12,000 บาท

☐ มากกว่า 12,000 บาท

☐ เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัว

☐ ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัว

6. อาชีพ

☐ 1. เกษตรกรรม

☐ 2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

☐ 3. รับจ้าง

☐ 4. เกษียณอายุราชการ

☐ 5.ว่างงาน

☐ 6. อื่นๆ.....

7. ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน.....ปี

8. โรคประจำตัว

☐ 1. เบาหวาน

☐ 2. ความดันโลหิตสูง

☐ 3. โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง

☐ 4. โรคหัวใจและหลอดเลือด

☐ 5. โรคไตวายเรื้อรัง

☐ 6. โรคหลอดเลือดสมอง

☐ 7. โรคอ้วน

☐ 8. โรคมะเร็ง

☐ 9. โรคอื่นๆ.....

9. ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

☐ 1. ด้านสุขภาพกาย

☐ 2. ด้านสุขภาพจิต

☐ 3. ด้านสิ่งแวดล้อม

☐ 4. ด้านการเงิน

10. ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

☐ 1. ยังไม่ได้รับวัคซีน

☐ 2. ได้รับวัคซีน 1 เข็ม

☐ 3. ได้รับวัคซีน 2 เข็ม

☐ 4. ได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม

11. ท่านเคยติดเชื้อได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่

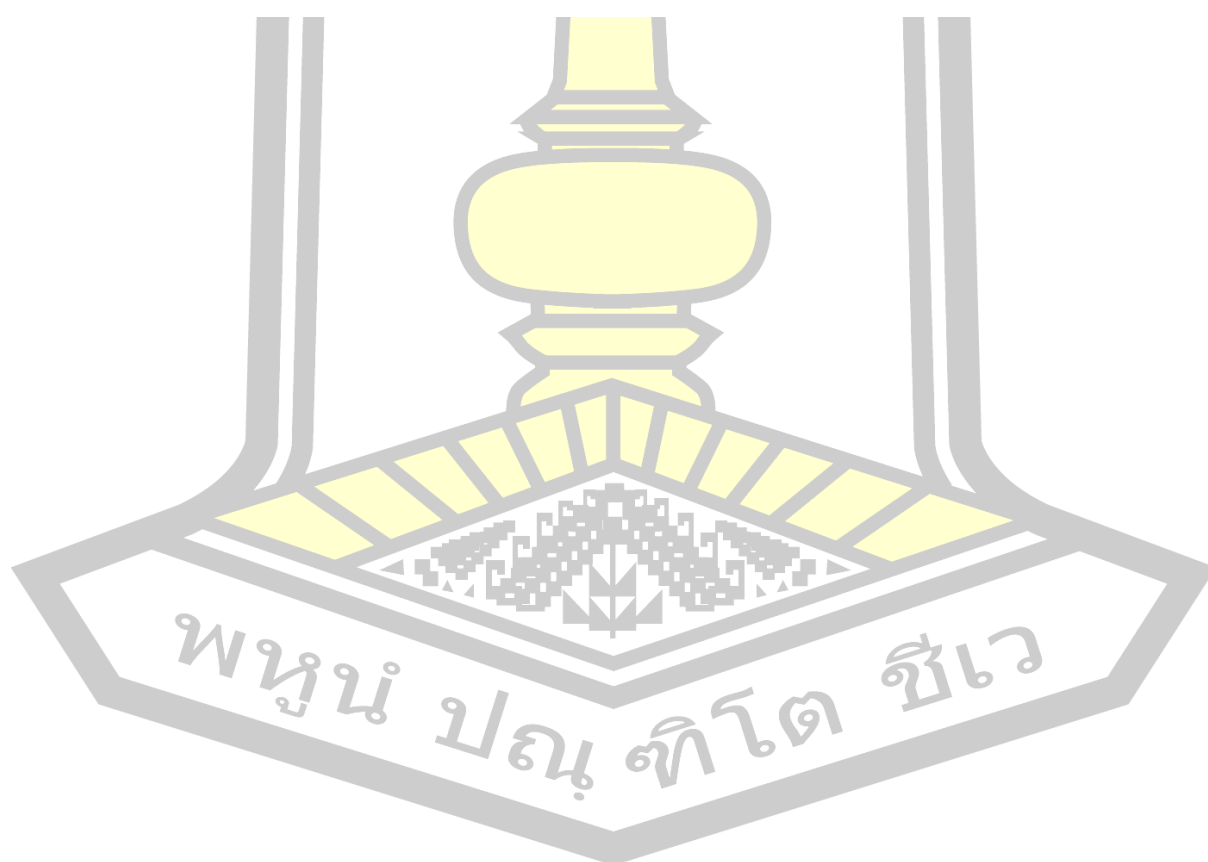
☐ 1. เคย

☐ 2. ไม่เคย

12. สามี ภรรยา ลูก หลาน ญาติหรือคนในครอบครัวท่านเคยติดเชื้อได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่

☐ 1. เคย

☐ 2. ไม่เคย



ส่วนที่ 2 ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ผู้วิจัยถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย

✓ ☐ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือ รู้สึกแย

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ

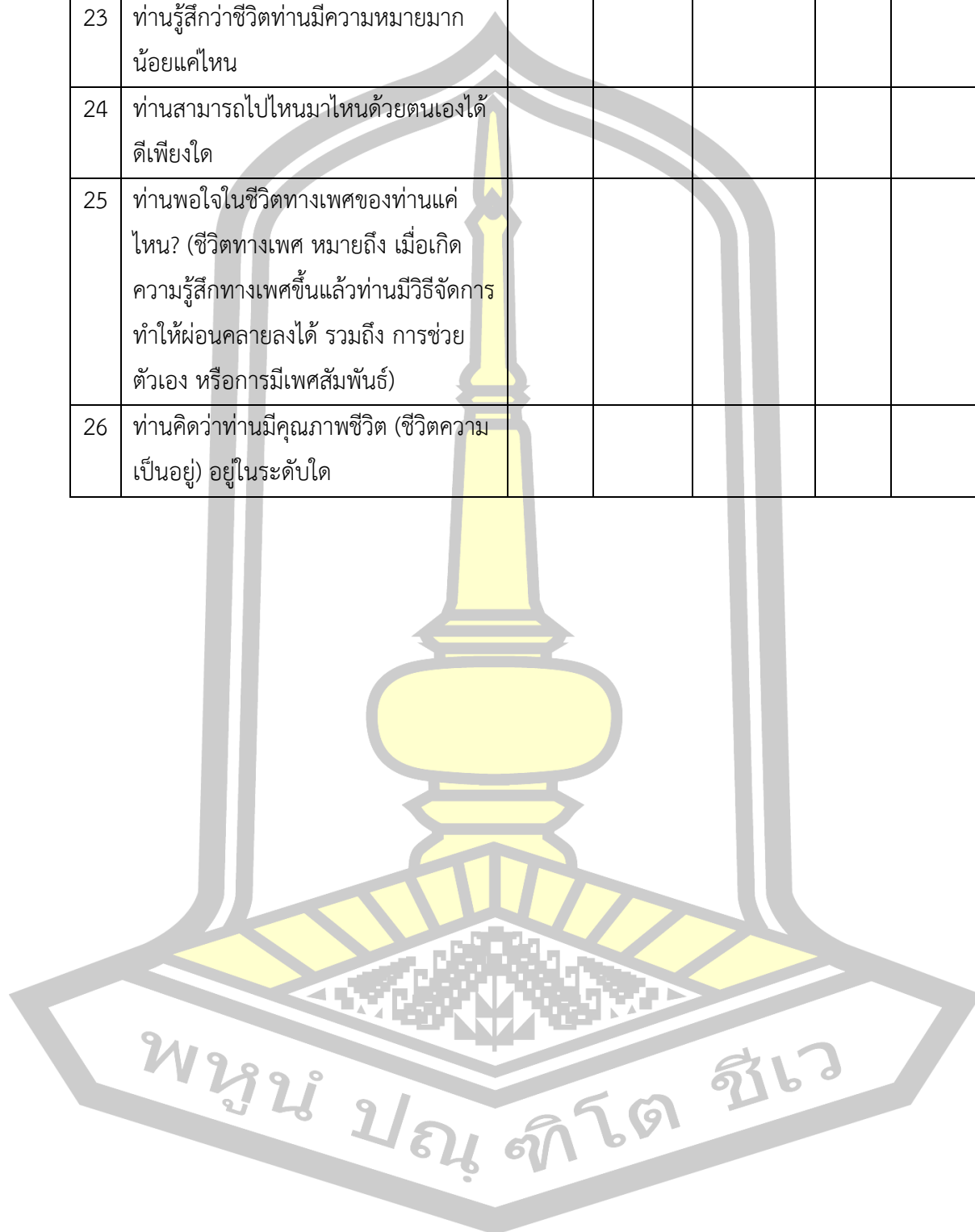
มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม(ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
23	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมายมาก น้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิด ความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการ ทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วย ตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความ เป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ

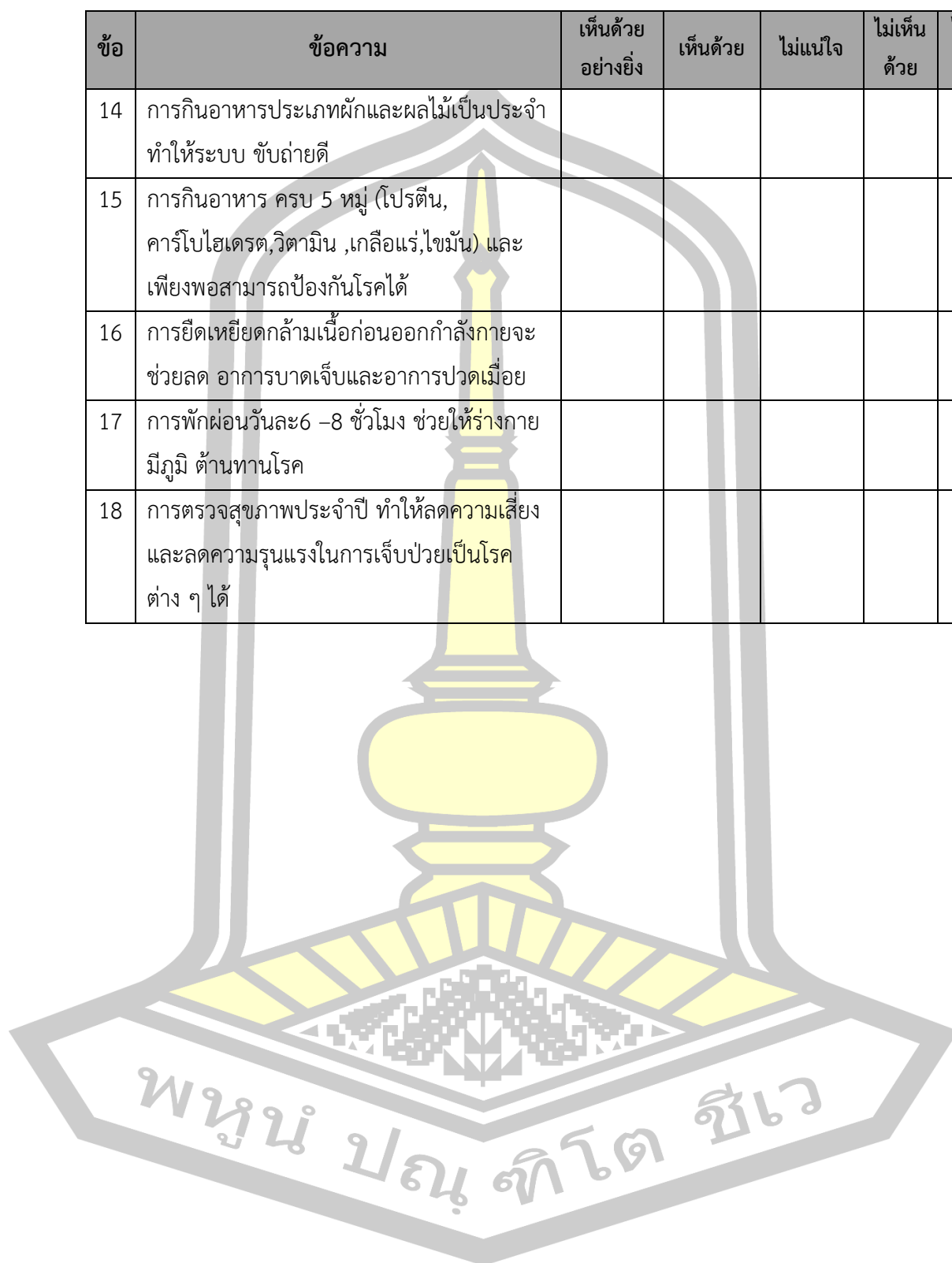
คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่อประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ตอบจำนวน 18 ข้อคำถาม กรุณาตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด คำตอบของท่านเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง โดยผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้ไปสรุปเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายอื่นต่อไป โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	การรับวัคซีนโควิด-19 จะช่วยทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้					
2	การรับประทานอาหารที่ร้อน หรือปรุงสุกใหม่ ๆ จะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019					
3	การหลีกเลี่ยงการสัมผัสมือ กอด กับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลรอบข้าง จะช่วยทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4	การเปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำทันทีหลังกลับเข้าบ้านจะช่วยทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้					
5	การรณรงค์แนะนำวิธีการดูแลตนเองในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ท่านรู้สึกตื่นตัวและอยากปฏิบัติตามคำแนะนำ					
6	การใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ทุกครั้ง จะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ โรคไวรัสโคโรนา 2019					
7	การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด และ รักษา ระยะห่าง 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยง ในการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019					
8	การติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจาก สื่อต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์ ช่วยให้ มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ					
9	การอบอุ่นร่างกายไม่มีความจำเป็นสำหรับการ ออกกำลังกาย					
10	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 – 30 นาที ต่อเนื่องกันทำให้ร่างกายแข็งแรง					
11	การออกกำลังกายจนเหงื่อออกจะช่วยให้ ร่างกายขับถ่าย ของเสียดีขึ้น					
12	การมองโลกในแง่ดีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใน ชีวิตทำให้ ความเครียดลดลง					
13	การทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เย็บปักถักร้อย ร้อง เพลง เล่นดนตรี ช่วยให้ผ่อนคลาย ความเครียด					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14	การกินอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำ ทำให้ระบบ ขับถ่ายดี					
15	การกินอาหาร ครบ 5 หมู่ (โปรตีน, คาร์โบไฮเดรต,วิตามิน ,เกลือแร่,ไขมัน) และ เพียงพอสามารถป้องกันโรคได้					
16	การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายจะ ช่วยลด อาการบาดเจ็บและอาการปวดเมื่อย					
17	การพักผ่อนวันละ 6 – 8 ชั่วโมง ช่วยให้ร่างกาย มีภูมิ ต้านทานโรค					
18	การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยเป็นโรค ต่าง ๆ ได้					



ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่อประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ตอบจำนวน 17 ข้อคำถาม กรุณาตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด คำตอบของท่านเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง โดยผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้ไปสรุปเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายอื่นต่อไป โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์บ่อยๆ ทำให้สิ้นเปลืองเงินในการซื้อ					
2	การที่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชน หรือในจังหวัดของท่าน ทำให้ท่านไม่มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง					
3	ท่านไม่กล้าซักถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ท่านไม่ทราบวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4	การรับประทานกระชายขาวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้ไตทำงานหนักได้					
5	โควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบทางสังคม					
6	โควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ					
7	โควิด 19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ทำให้ตายได้					
8	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ หรือเริ่มมีไข้ ท่านไม่สามารถตรวจหาเชื้อโควิด-19 ได้ทันที					
9	การรับประทานอาหารที่ร้อน หรือปรุงสุก ใหม่ ทุกมื้อเป็นเรื่องที่ทำไ้ยาก					
10	การใส่หน้ากากอนามัย ทำให้เปลืองเงิน และหายใจไม่สะดวก					
11	การตรวจหาเชื้อในกลุ่มเสี่ยง ทำให้ เสียเวลาและค่าใช้จ่ายของรัฐเพิ่มขึ้น					
12	สถานที่ที่บ้านไม่สะดวกต่อการออกกำลังกายที่บ้าน					
13	ท่านงดกินอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด เปรี้ยวจัดไม่ได้ เนื่องจากความเคยชิน					
14	ท่านไม่ยอมออกกำลังกาย เพราะไม่มีอุปกรณ์ออกกำลังกาย					
15	ท่านไม่ยอมออกกำลังกาย เพราะไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย					
16	การกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง					
17	ท่านไม่สามารถงดกินเนื้อสัตว์ติดมันได้ เนื่องจากเนื้อสัตว์ติด มันอร่อยกว่าเนื้อสัตว์ล้น ๆ					

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่อประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ตอบจำนวน 26 ข้อคำถาม กรุณาตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด คำตอบของท่านเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง โดยผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้ไปสรุปเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายอื่นต่อไป โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่าง
สม่ำเสมอ หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จทุกครั้ง

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้บ่อยครั้ง
หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จเกือบทุกครั้ง

มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้บางครั้ง
หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จบางครั้ง

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้น้อยครั้ง
หรือสามารถปฏิบัติได้นานๆ ครั้ง

ไม่มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านไม่มีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้เลย

ข้อ	ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจเล็กน้อย	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจมากที่สุด
1	ท่านสามารถหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องได้					
2	ท่านสามารถเดินทางไปรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ตามนัดทุกครั้ง					
3	ท่านสามารถปฏิบัติตัวอย่างมีความสุข ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้					

ข้อ	ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจเล็กน้อย	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจมากที่สุด
4	ท่านสามารถขอคำอธิบายจากคนใกล้ชิด เมื่อท่านไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้					
5	ท่านสามารถลดหรืองดกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน เพื่อช่วยป้องกันโควิด 19 ได้					
6	ท่านสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตตามวิถีแบบใหม่					
7	ท่านสามารถสวมหน้ากากอนามัย/ผ้าตลอดเวลา เมื่อจำเป็นต้องออกนอกบ้าน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้					
8	ท่านสามารถปรับตัวเข้ากับมาตรการทางสังคมที่เปลี่ยนไปได้ง่าย					
9	ท่านสามารถออกกำลังกายที่บ้านโดยใช้ท่ากายบริหารได้					
10	ท่านสามารถหาอุปกรณ์ง่ายๆในบ้าน มาใช้ในการออกกำลังกายได้					
11	ท่านสามารถออกกำลังกายจนเหงื่อออกทุกครั้ง					
12	ถึงแม้ว่าท่านจะไม่ชอบกินผัก และผลไม้ แต่ท่านสามารถ รับประทานผัก และผลไม้ได้เป็นประจำทุกวัน					
13	ท่านสามารถดัดมุ้งเครื่องดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังระหว่างวันได้					
14	ท่านสามารถเลือกกินเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันได้					

ข้อ	ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจเล็กน้อย	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจมากที่สุด
15	ท่านสามารถเลือกกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เช่น อาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ อาหารที่ปรุงสุก และมีคุณภาพได้					
16	ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 – 30 นาทีได้					
17	ท่านสามารถออกกำลังกายเป็นประจำได้ แม้ไม่มีอุปกรณ์ออกกำลังกาย					
18	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คนเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้					
19	ท่านสามารถล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือสบู่ ทุกครั้งหลังจากไปสัมผัสเชื้อโรคได้					
20	ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติในร่างกายของตนเองได้ ก่อนการเจ็บป่วยรุนแรง					
21	ท่านสามารถทำให้ตนเองแข็งแรงอยู่เสมอ ได้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
22	ท่านสามารถสร้างอารมณ์และความรู้สึกของตนเองให้ได้ภายใต้สถานการณ์การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
23	ถ้าร่างกายของท่านมีอาการผิดปกติ ท่านสามารถแจ้งสมาชิกในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อขอความช่วยเหลือได้					

ข้อ	ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจเล็กน้อย	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจมากที่สุด
24	ท่านสามารถปฏิบัติตามมาตรการ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัดได้					
25	ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนอย่าง เพียงพอ 6-8 ชั่วโมงทุกวัน					
26	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการใช้มือ สัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่ จำเป็นได้					



ส่วนที่ 6 อิทธิพลระหว่างบุคคล

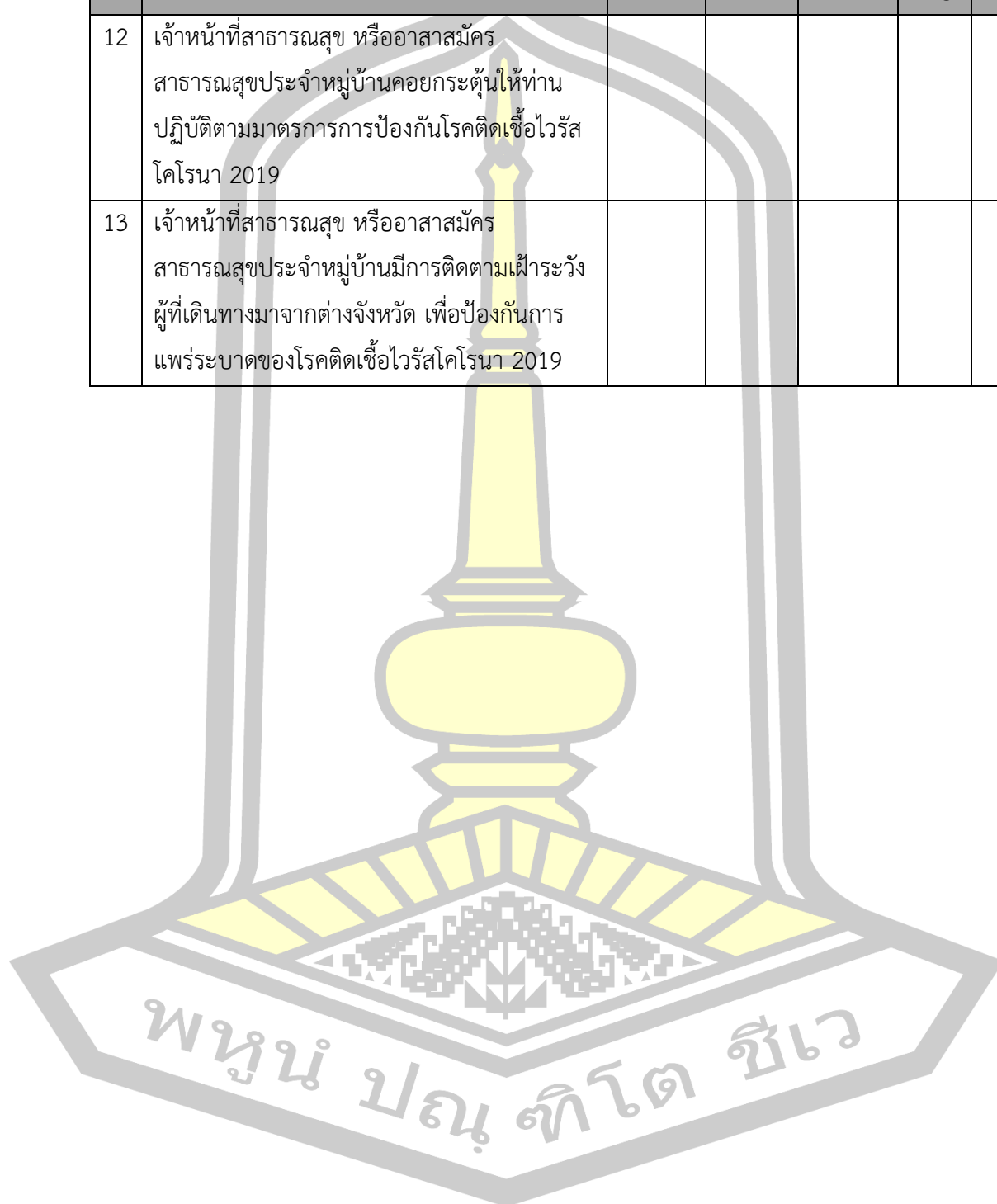
คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่อประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ตอบจำนวน 13 ข้อคำถาม กรุณาตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด คำตอบของท่านเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง โดยผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้ไปสรุปเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายอื่นต่อไป โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ด้านมาตรการทางสังคม						
1	ในชุมชนมีการจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
2	ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน					
3	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้สนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
4	สังคมมีมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการเว้นระยะห่าง ทำให้ลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้					
5	การหลีกเลี่ยงการเดินทางข้ามจังหวัดหรือจำกัดการเดินทาง ทำให้ท่านได้พบปะญาติพี่น้องน้อยลง					
ด้านการสนับสนุนของครอบครัว						
6	สมาชิกในครอบครัวคาดว่าท่านสามารถจัดการความเครียดภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างเหมาะสม					
7	สมาชิกในครอบครัวมองว่า ท่านมีการดูแลเอาใจใส่ตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
8	เมื่อท่านได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการเงิน สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยท่านได้					
9	เมื่อท่านไม่สบายสมาชิกในครอบครัวสามารถพาท่านไปโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา					
10	เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นห่วงท่านมากกว่าสถานการณ์ปกติ					
ด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่						
11	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ให้กำลังใจท่านเสมอเมื่อได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
12	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านคอยกระตุ้นให้ท่าน ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019					
13	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการติดตามเฝ้าระวัง ผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด เพื่อป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					



ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติของท่านภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ตอบจำนวน 46 ข้อคำถาม กรุณาตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด คำตอบของท่านเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง โดยผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้ไปสรุปเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายอื่นต่อไป โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นน้อยครั้งหรือนานๆ ครั้ง
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ฉันไม่เคยกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นเลย

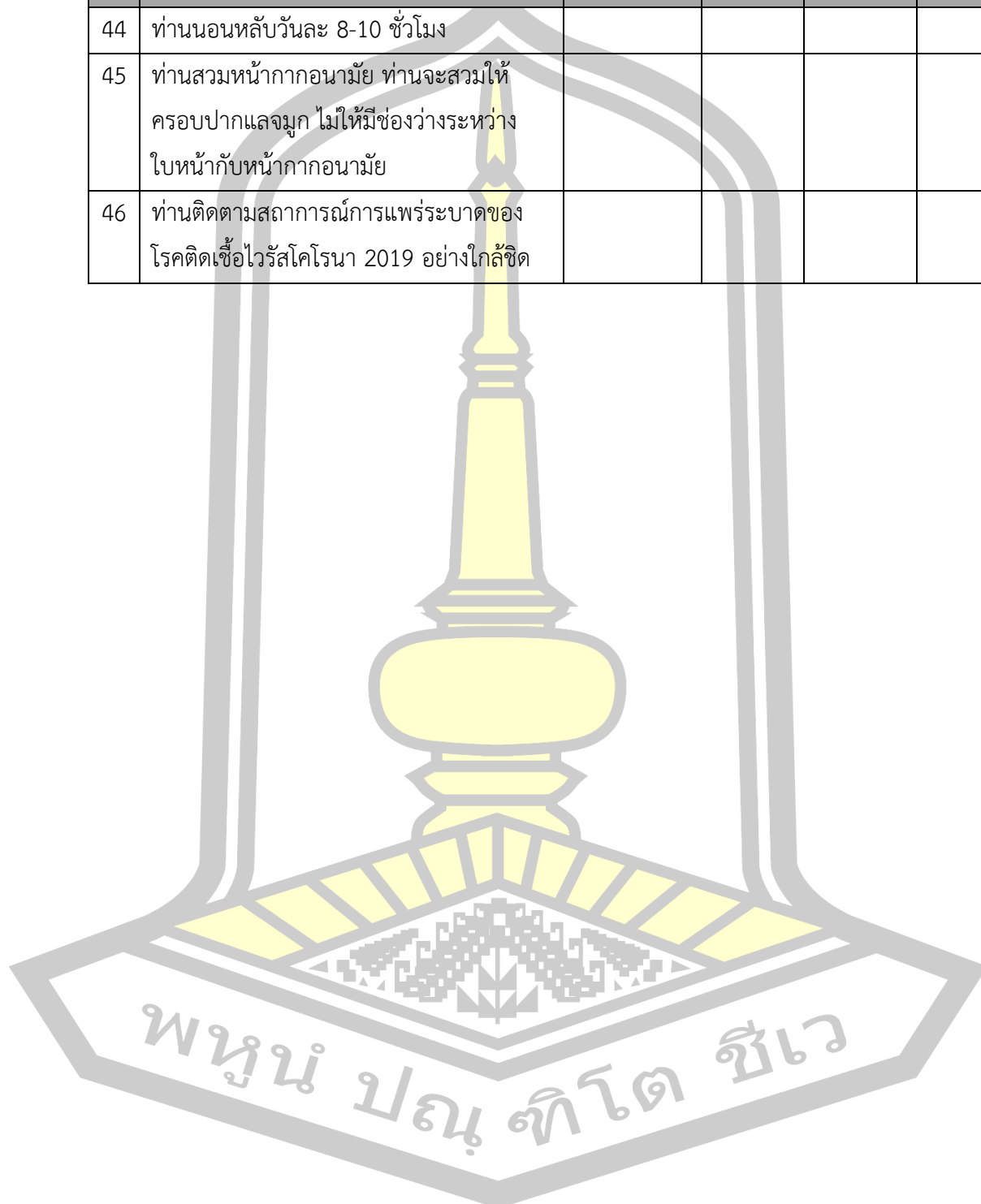
ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
ด้านอารมณ์					
1	เมื่อรู้สึกเครียดท่านมักจะออกกำลังกาย เพื่อความผ่อนคลาย				
2	เมื่อรู้สึกเครียดท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระและนั่งสมาธิ				
3	ท่านไม่พูดคุยกับคนอื่นเลย เมื่อมีความทุกข์				
4	เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์				
5	ท่านไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์				
6	ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เมื่อรู้สึกโกรธหรือโมโห				
7	เมื่อท่านรู้สึกเหงา ท่านแก้ปัญหาโดยการโทรศัพท์ไปหาลูก หลาน หรือญาติ				

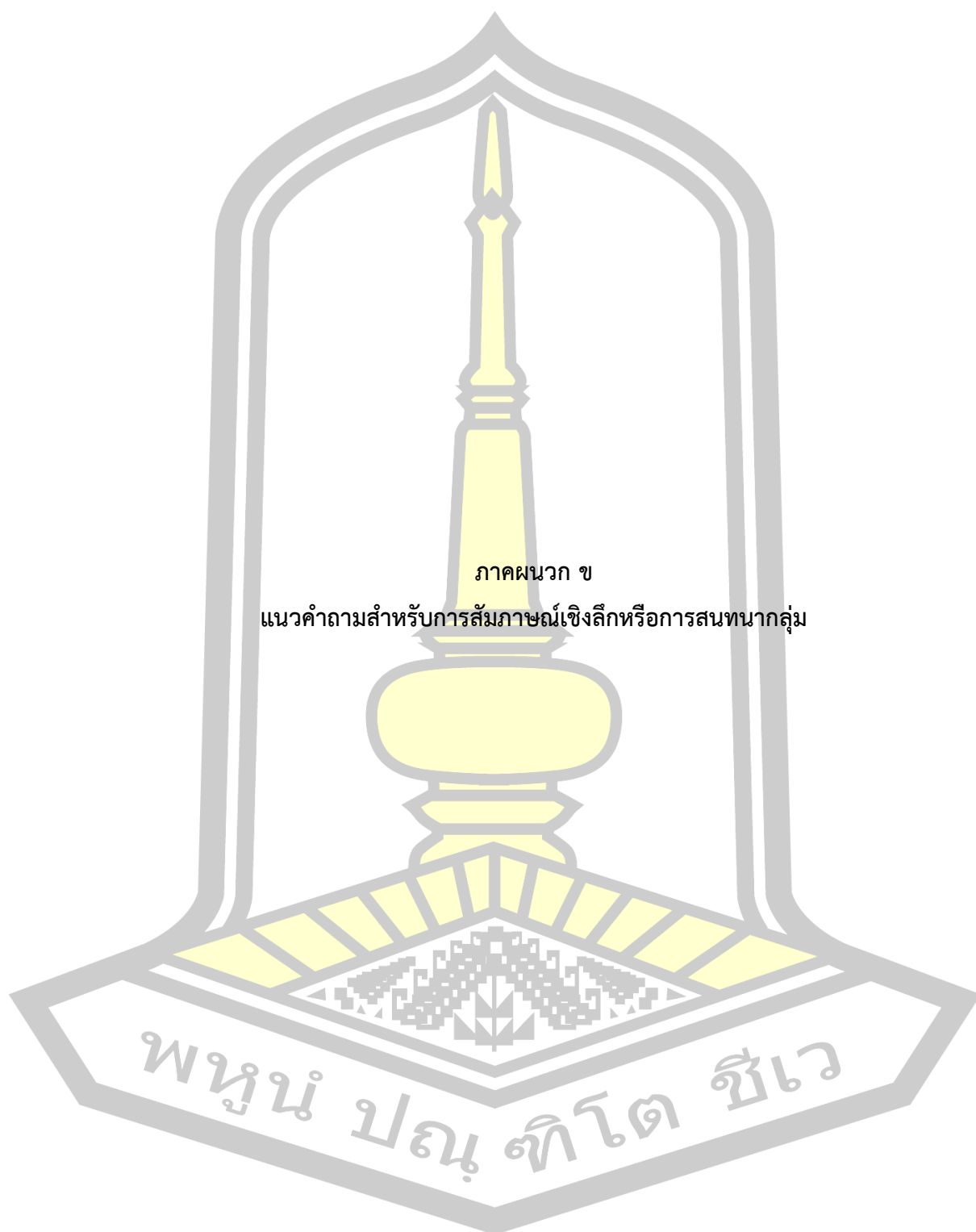
ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
8	เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรมที่เพลิดเพลินทำ เช่น ปลุกต้นไม้ ทำสวน เลี้ยงปลา เป็นต้น				
9	ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ				
10	ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น				
ด้านอาหาร					
11	ท่านรับประทานแร่ธาตุที่มีประโยชน์เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน				
12	ท่านรับประทานอาหารที่เพิ่งปรุงสุกใหม่ๆ ด้วยความร้อน (กินร้อน)				
13	ท่านใช้ช้อนกลางขณะรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น				
14	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เป็นประจำทุกวัน				
15	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน				
16	ท่านรับประทานเนื้อปลามากกว่าเนื้อวัว หรือเนื้อหมู				
17	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันป้องกันโรคโควิด-19				
18	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสมัน เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันป้องกันโรคโควิด-19				
19	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันป้องกันโรคโควิด-19				
20	ท่านหลีกเลี่ยงการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน				

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
ด้านการออกกำลังกาย					
21	การออกกำลังกายมากกว่า 3-4 ครั้ง ๆ ละไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อสัปดาห์				
22	ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารมื้อหนักโดยทันที				
23	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
24	ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เช่น ภูบ้านจนเหงื่อออก ทำสวน เดินอย่างน้อย 20 นาที				
25	ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของตนเองขณะออกกำลังกายได้ เช่น หน้ามืดใจสั่น เวียนศีรษะ				
26	ท่านสามารถเตรียมความพร้อมก่อนการออกกำลังกายและ หลังการออกกำลังกาย				
27	ท่านสามารถออกกำลังกายโดยไม่ทำให้ของบุตรหลานเกิดความเป็นห่วง				
28	ท่านสามารถออกกำลังกายได้โดยลำพังแม้ไม่มีเพื่อนมาร่วมด้วย				
29	ท่านสามารถออกกำลังกายโดยเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายได้				
30	ในขณะที่ออกกำลังกายท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก				
ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
31	ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์หลังสัมผัสบริเวณหรือสิ่งของที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19				

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
32	ท่านล้างมือตาม 7 ขั้นตอน ตามข้อแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข				
33	เวลาท่านไอ/จาม ท่านหันหน้าออกจากผู้คน และใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก				
34	ท่านสวมหน้ากากอนามัย/ผ้า เมื่อออกจากบ้าน				
35	ท่านปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม				
36	ท่านล้างมือก่อนสวมหน้ากากอนามัย				
37	เมื่อท่านรู้สึกว่าจะไอ หรือจาม แต่ไม่มีกระดาษทิชชูท่านจะทำการไอ หรือจามใส่ข้อศอก โดยยกแขนข้างหนึ่งมาจับไหล่ตัวเอง ผึ่งตรงข้ามและยกมุมข้อศอกขึ้นปิดปาก				
38	ท่านจะใช้หน้ากากอนามัยก็ต่อเมื่อกรณีจำเป็นต้องพบปะผู้อื่น				
39	ท่านหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสกับหน้ากากอนามัยขณะใช้งาน				
40	หน้ากากอนามัย 1 ชิ้น ท่านใช้มากกว่า 8 ชั่วโมง				
41	เมื่อหน้ากากอนามัยที่ท่านใส่อยู่เกิดความชื้น ท่านจะเปลี่ยนอันใหม่ทันที				
42	เมื่อท่านจำเป็นต้องออกนอกบ้าน หลังจากกลับเข้ามามีบ้านแล้วท่านจะอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที				
43	เมื่อท่านเจอเพื่อนบ้าน หรือคนที่คุ้นเคยแข็งแรง ไม่มีไข้ ท่านก็ไม่สัมผัสหรือพูดคุยใกล้ชิด				

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
44	ท่านนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง				
45	ท่านสวมหน้ากากอนามัย ท่านจะสวมให้ครอบปากและจมูก ไม่ให้มีช่องว่างระหว่างใบหน้าที่กับหน้ากากอนามัย				
46	ท่านติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างใกล้ชิด				





ภาคผนวก ข

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม

พูน ปณ จิต ชีวะ

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ขั้นตอนของการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม

1. ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำตนเองและทีมงาน
2. อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม
3. เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ตามประเด็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกระตุ้นให้ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น
4. สรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่มกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม จะทำการบันทึกเสียงโดยผู้ช่วยนักวิจัย แล้วทำการถอดเทปด้วยผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 จำนวนผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม จำนวน.....คน
- 1.2 สถานที่.....
- 1.3 เริ่มสนทนาเวลา.....สิ้นสุดการสนทนาเวลา.....

ส่วนที่ 2 ศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1. ปัญหาและอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
2. แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
3. ความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
4. กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19



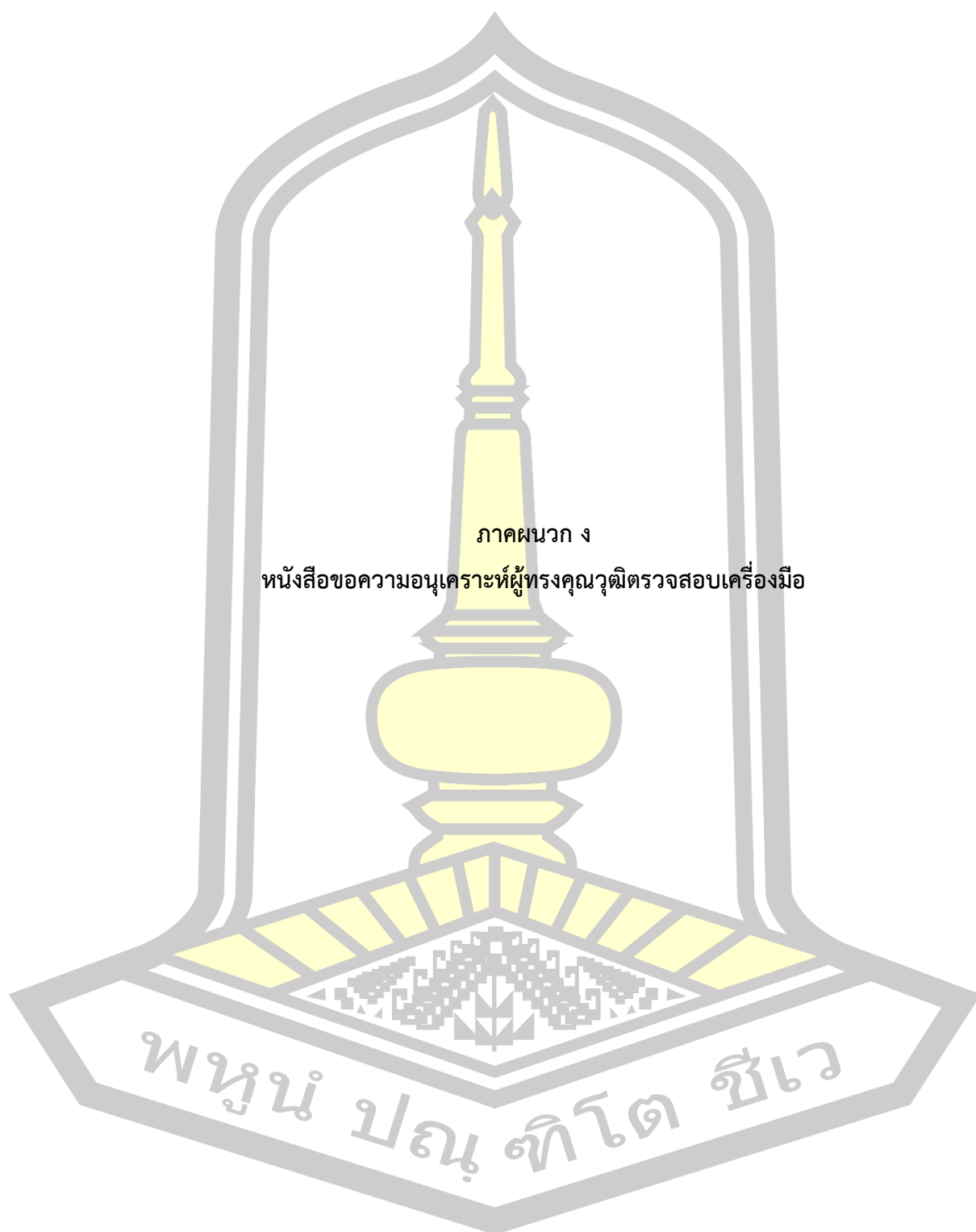
ภาคผนวก ค

แบบประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แบบประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนา
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รายการประเมิน	คำตอบ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.รูปแบบฯ มีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
2.หลักการ แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบฯ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน					
3. หลักการและวัตถุประสงค์ของรูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับ					
4. แบบประเมินรูปแบบฯ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับกิจกรรม					
5.แผนภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและกระบวนการขั้นตอนอย่างเหมาะสม					
6.แผนภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ สามารถสื่อความหมายได้อย่างถูกต้องง่ายต่อการทำความเข้าใจ					
รวม					

พูน ปณ จิต ชีเว





บันทึกข้อความ

คณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รับที่... วท. วันที่... 27 ม.ค. 2565 เวลา... 14:40น.
--

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓

ที่ อว.๐๖๐๕.๑๘/- วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ลงนามในหนังสือ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านลงนามในหนังสือ ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ๑. หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการศึกษาวิจัย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย | จำนวน ๒ ฉบับ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ลงนาม จักเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์)

นิสิต

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร)

อาจารย์ที่ปรึกษา

อว ๐๖๐๕.๑๘/

๒๒๑



คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ด.ชามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒๑

มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริศักดิ์ อาจิวชัย

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มพันธุ์ กลางคาร เป็นที่ปรึกษาในขณะนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๙๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มพันธุ์ กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๙๔๓

อว ๐๖๐๕.๑๘/

๗๖๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้ใช้เวชภัณฑ์ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสัย

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขออนุญาตจากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๔๙๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๔๙๓

อา ๐๖๐๕.๑๘/

(Signature)



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

(Signature) มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๙๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๙๔๓

อว ๐๖๐๕.๑๘/

๒๒๓



๒๒๓

มกราคม ๒๕๖๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๙๙๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๙๙๓

อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๖๕



๒๖๕

มกราคม ๒๕๖๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขออนุมัติครุภัณฑ์ ให้ นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๔๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๔๔๓

อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๒๒๔



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ว่าที่ร้อยตรี ดร.วราวุฒิ มหามิตร

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษาในขณะนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๔๙๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๔๙๓

อว ๐๖๐๕.๑๘/

๒๒๖



๒๗

มกราคม ๒๕๖๕

คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ ให้ นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำ วิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติม ได้ที่เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๔๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๔๔๓

อว ๐๖๐๕.๑๘/

๒๒๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยดอน

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ ให้ นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำ วิทยานิพนธ์ ในวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ถึง ๑๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๕ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๔๙๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๔๙๓

อว ๐๖๐๕.๑๘/

๒๗



๒๗

มกราคม ๒๕๖๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหินโงม

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ ให้ นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำ วิทยานิพนธ์ ในวันที่ ๔-๑๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๕ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน ด้วยดี ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และอีเมล ๐๖๒-๔๔๓๒๔๙๓

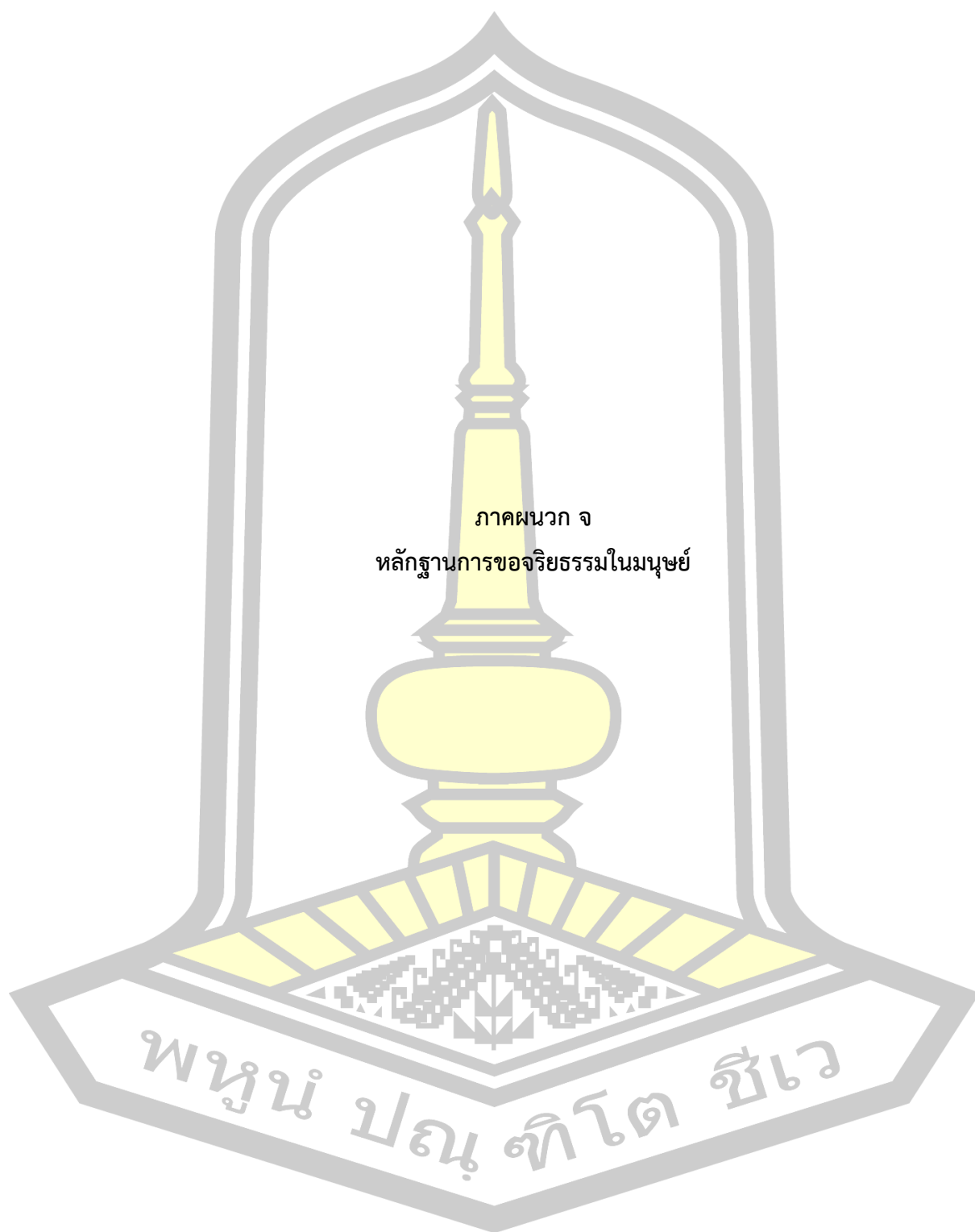
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

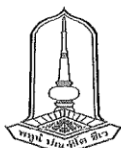
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ โทร.๐๖๒-๔๔๓๒๔๙๓





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 098-423/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Health Promotion Model for Improving the Quality of the Elderly Under the Epidemic Situation of Coronavirus 2019 (COVID-19).

ผู้วิจัย : นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 28 มีนาคม 2565

วันหมดอายุ : 27 มีนาคม 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

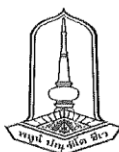
.....ศาสตราจารย์.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสกรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 098-423/2022

Title : The Health Promotion Model for Improving the Quality of the Elderly Under the Epidemic Situation of Coronavirus 2019 (COVID-19).

Principal Investigator : Miss. Parichat Sattayarak

Responsible Department : Faculty of Public Health

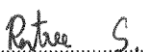
Research site : Na Fai sub district, Mueang Chaiyaphum district, Chaiyaphum Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 28 March 2022

expire : 27 March 2023

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

.....

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

423/64

ECMSU01-05.03 Update 2021

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ (The Health Promotion Model for Improving the Quality of the Elderly Under the Epidemic Situation of Coronavirus 2019 (COVID-19)) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ท่านสามารถดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพของตนเองได้ภายใต้ข้อจำกัดของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 7 ส่วน จำนวน 157 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 2 ชั่วโมง โดยจะขอสัมภาษณ์ที่อาสาสมัครสะดวก และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาต บันทึกเสียง ถ่ายภาพ วิดีโอ และจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 062-4432993

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง



(นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์)

ผู้วิจัย

ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟัง คำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ ตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยตลอด อีกทั้ง ยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว เป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทาง วิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถ ถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป ในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ดังนี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (กรณีที่ได้รับคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง)
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์)
วันที่.....



เลขที่แบบสอบถาม ☐ ☐ ☐
 การศึกษาวิจัยระยะที่.....ครั้งที่

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	11	ข้อ
ส่วนที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	26	ข้อ
ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ	18	ข้อ
ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ	17	ข้อ
ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ	26	ข้อ
ส่วนที่ 6 อิทธิพลระหว่างบุคคล	13	ข้อ
ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	46	ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ข้อมูลที่ได้รับจากท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของท่านแต่อย่างใด และผลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่อไป

ขอขอบคุณ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์
 นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์
วันเกิด	วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 46 หมู่ 8 บ้านโนนม่วง ตำบลหนองม่วง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 167 ถนนชัยภูมิ-ตาดโตน ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2552 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2556 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ จิโต ชีเว