

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

ศิริพร เกษณัง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

.....

นางศิริพร เกษธนัง

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย,

ปช.ค.(ประชากรศาสตร์)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์วิริณห์ กิตติพิชัย,

วท.ค.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว.ชัยยุทธ สวัสดิวัตน์,

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์,

สค.ค.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์,

สค.ค.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2550

.....
.....

นางศิริพร เกษรณัง

ผู้วิจัย

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวิณี วิวัฒน์วานิช,
ปร.ค.(ประชากรศาสตร์)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย,
ปร.ค.(ประชากรศาสตร์)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

อาจารย์วิวัฒน์ กิตติพิชัย,
วท.ค.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....
ศาสตราจารย์ ม.ร.ว.ชัยนุสรณ์ สวัสดิวัตน์,
Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์,
สค.ค.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....
รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
M.D., อ.ว.(ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลหลายท่าน ที่สำคัญคือคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์อื่น ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ และ อาจารย์ ดร.วิรินทร์ กิตติพิชัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำหรับคำแนะนำ ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการวิจัย รวมถึงความเมตตาและความเอาใจใส่ที่มอบให้ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้การวิจัยสำเร็จลุล่วง

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มม.ฉัตรสุมน พดฺมิภิกขุและ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ ที่กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำที่มีคุณค่าต่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒนวานิช ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์

ระหว่างที่ศึกษาในภาควิชาอนามัยครอบครัวผู้วิจัยได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ประจำภาควิชาทุกท่านด้วยดีเสมอมา รวมถึงเพื่อน พี่ น้องร่วมชั้นเรียนและที่ทำงาน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความมีน้ำใจของทุกท่านและขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

กลุ่มบุคคลที่สำคัญที่สุดซึ่งผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณคือ ผู้สูงอายุทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์และให้ข้อมูลที่มีคุณค่าต่อการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วน จากมูลนิธิศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการทุกท่านที่เห็นความสำคัญของการวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณสามีที่เป็นคู่ชีวิตดูแลกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขมา ลูกๆที่น่ารักทั้งสองที่เป็นกำลังใจให้หายเหนื่อย ที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ที่อบรมเลี้ยงดูให้โอกาสลูกได้ศึกษาเล่าเรียน จนมีลูกคนนี้ในวันนี้ได้ บุญคุณของท่านทั้งสองมีอาจประมาณจะตอบแทนจนสุดกำลัง

ศิริพร เกษธนัง

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา (AGING PARTICIPATION IN ELDERLY CLUB WHOSE PASSED THE EVALUATION CRITERIA ON STRENGTHEN ELDERLY CLUB, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE)

ศิริพร เกษธนะ 4737570 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : สุธรรม นันทมงคลชัย ปช.ด. (ประชากรศาสตร์),
กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ สก.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข), วิริณห์ กิตติพิชัย วท.ด.
(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา และปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ที่อาศัยในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 350 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2549 ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2549 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 57.1 มีส่วนร่วมในระดับต่ำ ร้อยละ 28.6 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.3 มีส่วนร่วมในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และเพศ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนาย การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง พบว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคมและเพศสามารถร่วมกันทำนาย การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ได้ร้อยละ 35.0 และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมสามารถร่วมทำนายได้ดีที่สุด

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุให้มีการประชาสัมพันธ์ถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมอย่างทั่วถึง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม / ชมรมผู้สูงอายุ

AGING PARTICIPATION IN ELDERLY CLUB WHOSE PASSED THE
EVALUATION CRITERIA ON STRENGTHEN ELDERLY CLUB,
NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

SIRIPORN KETTHANANG 4737570 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN FAMILY HEALTH

THESIS ADVISORS: SUTHAM NANTAMONGKOLCHAI (Demography),
KANITHA CHUMROONSAWASDI (Medical and Health Social Science),
WIRIN KITTIPICHAI, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional research was to study participation of the aging in an elderly club that passed an evaluation on strengthen elderly club and related factors. The subject were 350 elderly in Nakhonratchasima Province. The data were collected by interview questionnaire June 15, 2006 to August 15, 2006 analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation coefficient, and Stepwise multiple regression.

Results revealed that more than half of the elderly (57.1%) had a low level of participation whereas 28.6% and 14.3% had participation at the medium level and low level respectively. The factors that were statistically significantly related to participation of elderly people in strengthen elderly club (p -value <0.05) were age, income, perception of health condition, attitude toward the aging club, club membership interest, establishment of elderly people in networks or supporting agencies and social support. In addition, the club membership interests, level of education, perception of health condition, age, social support and gender could significantly predict participation of aging in the elderly club by 35.0% with the highest predictive power of participation being in club membership interests

The study suggests that the Elderly Club committee should advertise club membership interests widely and encourage more participation of community leaders.

KEY WORDS: PARTICIPATION / ELDERLY CLUB

141 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิด.....	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ.....	16
ทฤษฎีและแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE PROCEDE Model.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ.....	55
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการมีส่วนร่วมในชมรม.....	59
ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วม.....	64
ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	66
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	
อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	77
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	88
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	89
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	90
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ.....	102
รายการอ้างอิง.....	115
ภาคผนวก	122
ประวัติผู้วิจัย.....	141

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง.....	41
2. แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำ.....	53
3. แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเอื้อ.....	54
4. แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสริม.....	55
5. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับ การมีส่วนร่วม เป็นรายข้อคำถาม.....	55
6. แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม.....	56
7. แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน.....	57
8. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างเพศกับการมีส่วนร่วม.....	60
9. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างระดับการศึกษากับการมีส่วนร่วม.....	60
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับการมีส่วน ร่วมของผู้สูงอายุ.....	62
11. แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่ศึกษา.....	63
12. การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนระหว่างตัวทำนายกับการมีส่วนร่วม.....	64
13. สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย.....	65

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุของโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากปี พ.ศ.2493 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 8 อีก 50 ปี ถัดมา (พ.ศ. 2543) มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 และคาดว่าจะอีก 50 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2593) จะมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 21 (1) สำหรับประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุเช่นเดียวกันคือ ในปี พ.ศ.2503 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 4.6 เพิ่มขึ้นร้อยละ 9 และ 10 ในปี พ.ศ.2543และ พ.ศ.2548 (2) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 ในปี พ.ศ.2563 (3) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร น่าจะมีผลมาจากความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้น ตลอดจนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และความสำเร็จจากการวางแผนครอบครัว การดำเนินงานลดอัตราเพิ่มของประชากรในระยะที่ผ่านมา ทำให้ประชากรสูงอายุไม่เพียงแต่จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เปรียบเทียบ ปี พ.ศ.2540 กับปี พ.ศ.2543 (4) พบว่า อายุขัยเฉลี่ยเมื่อ อายุ 60 ปี เพศชายจาก 18.8 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 20.3 ปี เพศหญิงจาก 22.0 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 23.9 ปี การที่ประชากรผู้สูงอายุมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้นนั้นไม่ได้หมายความว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย แต่ดูเหมือนว่าช่วงชีวิตที่ยาวขึ้นนั้นจะเป็นช่วงเวลาแห่งการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับด้วย (5) จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2545 (6) ด้านภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 39.9 มีสุขภาพดี ร้อยละ 30.0 มีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 22.1 มีสุขภาพไม่ดี โรคหรืออาการของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกันมาก 5 อันดับ ได้แก่ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ร้อยละ 75.1 ข้อเสื่อม ร้อยละ 47.5 นอนไม่หลับร้อยละ 38.7 เวียนศีรษะร้อยละ 36.8 และโรคที่เกี่ยวกับตาร้อยละ 33.2 ภาวะการเจ็บป่วยดังกล่าวประกอบกับภาวะเสื่อมของร่างกายในวัยผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้นประกอบกับสังคมไทยปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็วในทุกด้าน ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม และนำไปสู่ปัญหาต่างๆที่ความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข เช่น รูปแบบครอบครัว ซึ่งแต่เดิมเป็นครอบครัวขยายเปลี่ยนมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังซึ่งเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น

ร้อยละ 6 และร้อยละ 6.5 ในปี พ.ศ.2540 และ พ.ศ.2543 ตามลำดับ(7) ปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะปัญหา ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรสและเพื่อน รวมทั้งการขาดรายได้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ทางสังคม ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านจิตใจ และปัญหาอื่นๆตามมา (8)

รัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ขึ้นเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2548 กระทรวง สาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ 3 เรื่องใหญ่ๆ หนึ่งในนั้นคือ การสนับสนุนให้ตั้งชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ (9) เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิต ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมร่วมกัน เพิ่มคุณค่าในชีวิต ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุที่เปิดดำเนินการไปแล้ว 5,000 ชมรม สมาชิกกว่า 3 ล้านคน และกำหนดให้มีชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยตำบลละ 1 ชมรม ภายในปี พ.ศ. 2549 แนวคิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม เพราะที่ผ่านมาผู้สูงอายุมักจะถูกมองว่าเป็นภาระ เป็นผู้ “รับ” จากสังคมเท่านั้น โดยมองข้ามไปว่าผู้สูงอายุก็สามารถที่จะเป็นผู้ “ให้” กับสังคมได้ด้วย ทั้งนี้ผู้สูงอายุยังเป็นหลักของครอบครัวได้ดีที่สุดด้วย(10) เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เพียบพร้อมประสบการณ์ เป็นผู้ถึงพร้อมทั้งคุณวุฒิและวัยวุฒิ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่า โดยเฉพาะความรู้ด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี คุณธรรมและจริยธรรม

ชมรมผู้สูงอายุที่เกิดจากการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุตามธรรมชาติมีมานานแล้ว มีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการครั้งแรกในปี พ.ศ.2505 มีพระยาบริรักษ์เวชการเป็นประธาน และในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2549) ได้กำหนดเป้าหมายให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์ (11) เพื่อเป็นศูนย์กลางเครือข่ายด้านการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุ หรือเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ อันจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และการร่วมกันบำเพ็ญประโยชน์หรือร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชมรม และสังคม ในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมาชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินการโดยภาครัฐเป็นผู้บริหารจัดการหรือจัดตั้งขึ้นตามคำสั่งมากกว่าที่จะเกิดตามความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลให้ชมรมเกิดความอ่อนแอ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้ นำไปสู่ความล้มเหลวในที่สุด จากการศึกษาของ บรรลุศิริพานิช (12) ซึ่งได้ ทำการสำรวจชมรม ผู้สูงอายุทั่วประเทศพบว่ามีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นชมรมที่ประสบผลสำเร็จ และยังคงกล่าวอีกว่าปัจจัยหลักที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จอยู่ที่ตัวผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกในชมรมนั่นเอง ส่วนปัจจัยอื่นๆ เป็น

เรื่องรองลงมา จะเห็นได้ว่ารัฐบาลทำหน้าที่เพียงแค่ผลักดันให้เกิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นมาเท่านั้น แต่การดำเนินการของชมรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต้องมาจากกลไกการดำเนินงานของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก แกนนำของชมรมเองเป็นหลัก เพราะชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรประชาชนที่ควรมีการบริหารจัดการด้วยตัวเอง (Bottom up) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้ครบถ้วน และสมาชิกเองควรจะมีความรู้สึกว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นของพวกเขาทุกคน หน่วยงานของภาครัฐเป็นเพียงผู้คอยให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรม เพื่อให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ การศึกษาของ จรินทร์ จินรัตน์ (13) พบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมทำให้ชมรมสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง การที่ผู้สูงอายุเข้าไปร่วมในกิจกรรมของชมรมจะเกิดประโยชน์แก่ตัวผู้สูงอายุเองแล้วยังเกิดแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ศรีทับทิม รตนโกศล (14) ระบุว่าการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับและเคารพยกย่อง นับถือ มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่ม ชุมชนและสังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคม การที่ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกันเพื่อแก้ไขปัญหาหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จเป็นการเพิ่มบทบาทของผู้สูงอายุให้กับครอบครัว และสังคมแล้วยังเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ทำให้ไม่โดดเดี่ยวอ้างว้าง มีกำลังใจที่จะต่อสู้ในสังคมต่อไป ตระหนักในคุณค่าของตัวเอง จากการศึกษาของ นวพรรษ วุฒิธรรม (15) ถึงเหตุผลที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม เพราะช่วยคลายเครียด ได้ประโยชน์ในเรื่องสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กิจกรรมที่เข้าร่วมมากที่สุดคือกิจกรรมออกกำลังกาย และจากการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (16) พบว่า การมีชมรมผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกของชมรม การได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชมรม การได้พบปะสังสรรค์กับบุคคลวัยเดียวกันทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ จากการศึกษาของ James (17) พบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีหรือไม่ดีและยังสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่หรือการไม่ออกกำลังกายด้วย แม้แต่การศึกษาของ Kazuhiko (18) เองก็ยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมจะเป็นกลุ่มที่นอนหลับดี

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ ประชากรกลางปีพ.ศ.2548 มีประมาณ 2,540,147 คน มีผู้สูงอายุประมาณ 246,786 คน คิดเป็นร้อยละ 9.72 (19) กลุ่มผู้สูงอายุมีการรวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมหรือกลุ่มแต่ไม่ได้มีการจดทะเบียนอย่างเป็นทางการ เช่นกลุ่มอาชีพต่างๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในปี พ.ศ.2537 เพื่อเป็นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในพื้นที่ จึงได้มีการ

รวมกลุ่มหรือจัดตั้งเป็นชมรม แต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมที่ชัดเจนและยังไม่ต่อเนื่อง กระทั่งปี พ.ศ. 2541 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้มีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุให้มีการรวมตัวจัดตั้งกลุ่ม หรือชมรมที่ชัดเจน ในอำเภอต่างๆ โดยมีชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นในพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอและมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ได้มีการส่งเสริมให้มีการดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องโดยจัดตั้งเป็นเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ.2543 สนับสนุนจัดประชุม อบรม สัมมนาจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และจัดสัมมนาศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ต่างจังหวัดปีละครั้ง จัดโครงการสัมมนาสัญจรเครือข่ายผู้สูงอายุระดับโซน 9 โซนในปี พ.ศ.2544 (20) ซึ่งข้อมูลเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 จังหวัดนครราชสีมา มีชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในเครือข่ายของจังหวัด 280 ชมรมและ เป็นสมาชิกสภาผู้สูงอายุด้วย 208 ชมรม มีการประเมินศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 5 ด้าน ได้แก่ การจัดตั้งชมรม การเลือกตั้งคณะกรรมการ การกำหนดระเบียบข้อบังคับ การระดมทุน และการเข้าร่วมกิจกรรม มีทั้งหมด 27 ชมรม มีสมาชิกรวม 21,874 คน (21)

จากการผลักดันให้เกิดชมรมผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ต่างๆเพื่อการแก้ปัญหาในผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชนที่ใช้เป็นที่ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การเผยแพร่ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเป็นผู้ที่ทำงานในพื้นที่ได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของผู้สูงอายุดังกล่าว และเพื่อสอดคล้องกับนโยบายเร่งด่วนของจังหวัดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงาน ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการติดตามและประเมินผล ในชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมให้ชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งอย่างไรบ้าง รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในชมรมสูงอายุและชมรมสร้างสุขภาพอื่นๆได้ อันจะนำไปสู่ความเข้มแข็งของการพัฒนางานด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาและผู้นำชุมชนเป็นอย่างไรบ้าง
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ การรับรู้ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ ต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน ต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา
5. เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา
6. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง
2. ปัจจัยเสริม ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

3. ปัจจัยเอื้อได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

4. เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับในการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันคาดการณ์ระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมาได้

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบประเมินของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2548 (22) เกี่ยวกับความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ การจัดตั้งชมรม การเลือกคณะกรรมการ การกำหนดระเบียบข้อบังคับ การระดมทุนและการเข้าร่วมกิจกรรมโดยมีระดับคะแนนในแต่ละด้าน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง หมายถึง การพิจารณาถึงคุณภาพของการเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ใน 4 ขั้นตอน คือการค้นหาค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล โดยพิจารณาจากความกระตือรือร้นและแรงจูงใจในการเข้าร่วม รูปแบบการเข้าร่วมอาจจะร่วมโดยตรงหรือโดยอ้อม ขอบเขตการเข้าร่วมพิจารณาจากความถี่ห่าง จำนวนครั้งที่เข้าร่วม ความสม่ำเสมอ ช่วงเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมโดยมีรายละเอียดการเข้าร่วมในแต่ละด้านดังนี้

การมีส่วนร่วมในการค้นหาค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการประชุมคิดค้นหาค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ และหมายรวมถึงจำนวนครั้งที่เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการค้นหาค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา

การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม หมายถึง ผู้สูงอายุได้มีหน้าที่รับผิดชอบในขั้นตอนการดำเนินงานของกิจกรรมหลัก ตัดสินใจเลือกกิจกรรมหลักมาดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงานตารางการดำเนินงาน และหมายรวมถึงจำนวนครั้งที่ร่วมแสดงความคิดเห็นในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมหลักมาดำเนินการ

การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม หมายถึง ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแจกแจงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม ร่วมสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมหลักโดยการร่วมบริจาคเงินและสิ่งของ และมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์กิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมสรุปประเมินผลกิจกรรมของชมรม ร่วมรับทราบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมและหมายรวมถึงจำนวนครั้งที่ร่วมแสดงความคิดเห็นในการสรุปประเมินผลกิจกรรมของชมรม

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในระดับต่ำ มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และมีส่วนร่วมในระดับสูง

อายุ หมายถึง อายุปีเต็ม ไม่นับเศษเป็นเดือน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปี กลุ่มอายุ 65-69 ปี, 70-74 ปี และกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป

การศึกษา หมายถึง ระดับวุฒิการศึกษาชั้นสูงสุดตามระบบการศึกษาศาสนา ที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุสำเร็จการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า และสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน โดยอาจได้รับในรูปเงินเดือน เงินบำนาญรายเดือน หรือเงินค่าจ้างที่ได้รับเป็นประจำจากลูกหลานหรือญาติพี่น้อง แบ่งรายได้เป็น 3 ระดับตามรายได้ประชากรของจังหวัดนครราชสีมาคือ ต่ำกว่า 3,001 บาท 3,001-6,000 บาท และ 6,001 บาทขึ้นไป

การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิดเห็น การประเมินสุขภาพของตนเองโดยประเมิน จากความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ความแข็งแรงของร่างกาย ภาวะการเจ็บป่วยและสุขภาพทั่วไปโดยรวม ประยุกต์จากแบบสอบถามของ วนิดา ปลื้มทอง (23) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 3 กลุ่มเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง

ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดต่อชมรมผู้สูงอายุ ในเรื่องความคิดเห็นโดยรวมเกี่ยวกับชมรม กฎระเบียบของชมรม การรับรู้ต่อการบริหารจัดการของคณะกรรมการชมรม ต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับ ต่อกิจกรรมของชมรม และอาจแสดงออกมาในทางที่เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย ตามประสบการณ์ที่ได้รับ แบ่งทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม เพื่อ

อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม หมายถึง ประโยชน์ที่สมาชิกได้รับการสมัครเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านสวัสดิการ เช่น การตรวจสุขภาพ ประจำปีฟรี การมีอุปกรณ์ออกกำลังกายให้ยืม การเยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วย การประชุมอบรม แบ่งสิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรมเป็น 3 กลุ่ม เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สิทธิประโยชน์ในระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง

การมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน หมายถึง การมีแหล่งทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นแหล่งทรัพยากรในการสนับสนุนการดำเนินงานของชมรม แบ่ง การมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนเป็น 3 ระดับ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนในระดับต่ำ ปานกลาง และในระดับสูง

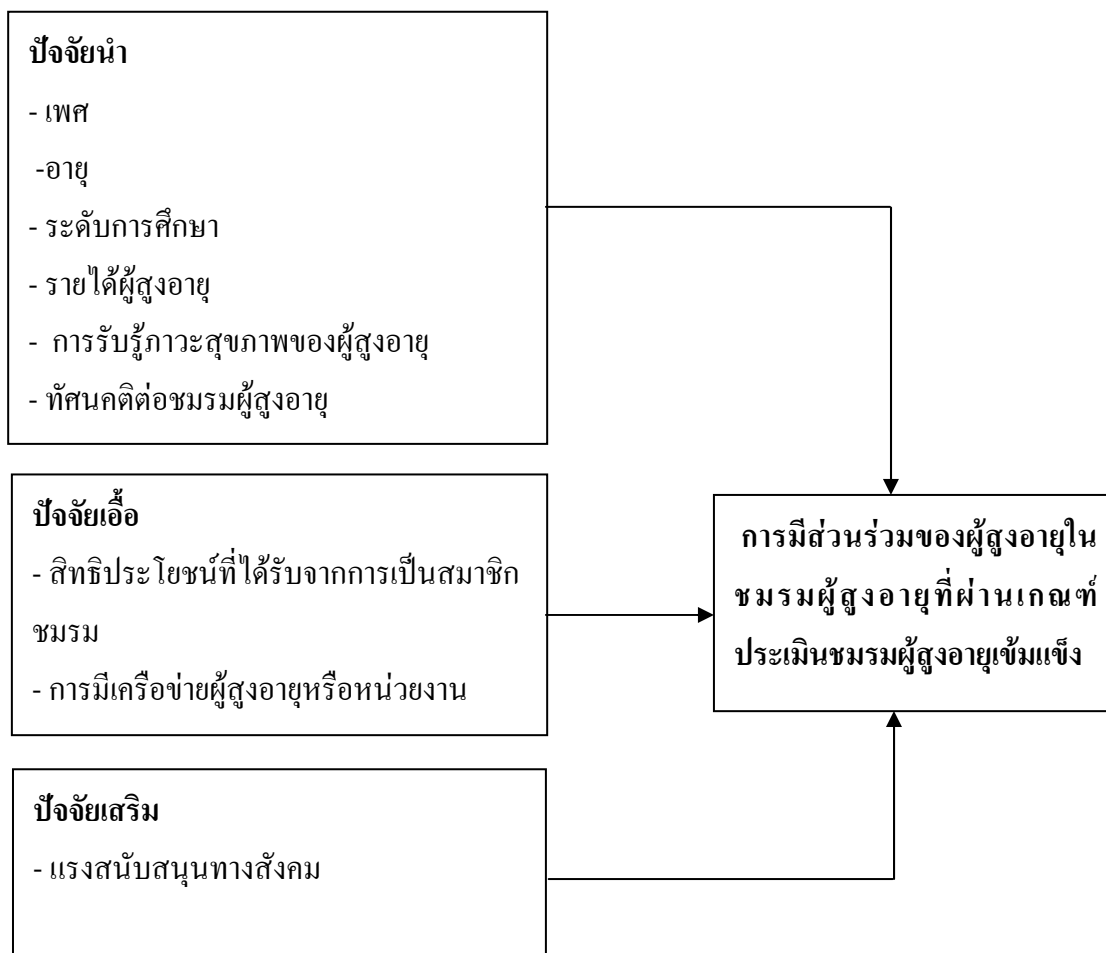
แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนที่ผู้สูงอายุได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอาศัยแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer (24) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นด้านอารมณ์ (การอยู่เป็นเพื่อน การปลอบใจ การช่วยให้คลายจากความทุกข์) ด้านทรัพยากร (การดูแลเรื่องการกินอยู่ การเจ็บป่วย การช่วยเหลือลดภาระต่างๆ) และด้านข้อมูลข่าวสาร (การให้ข้อมูลที่ถูกต้องการบอกแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ การรับรู้ข่าวสารทางด้านสุขภาพ) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2548 โดยประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิด

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ใช้แนวคิด PRECEDE PROCEED Model (25) เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุของ Cohen and Uphoff (26) โดยมีปัจจัยนำ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทักษะติดต่อชมรม ปัจจัยเสริม คือ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิก การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน และปัจจัยเสริมคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดในแผนภูมิ



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีแนวความคิดต่าง ๆ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบประกอบการกำหนดกรอบแนวคิดการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ
3. แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation Theory)
4. แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE PROCEED Model
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 นิยามผู้สูงอายุ

ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุโดยองค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ.2525 กำหนดเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกตกลงว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เรียกว่า ผู้สูงอายุ (27)

องค์การอนามัยโลก (28) ให้ความหมายของผู้สูงอายุโดยสรุปได้ว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรม หรือวัยสูงอายุเริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นกระบวนการต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเมื่อนับตามชีววิทยา

บรรลุ ศิริพานิช (29) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

Grandall (30) ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ว่าเป็นกระบวนการเจริญเติบโตไปสู่การมีวัยสูงขึ้น (The Process of Growing Older) ซึ่งปกติบุคคลจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงอายุ 25 – 30 ปีแรกของชีวิต หลังจากนั้นจะเป็นช่วงของการถดถอยลงไปเรื่อยๆ และถือว่าบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ การกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับความหมายของการเป็นผู้สูงอายุนั้น มีความ

แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ในงานวิจัยนี้นิยามโดยใช้ อายุ เป็นเกณฑ์ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุ

ทฤษฎีของการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆคือทฤษฎีว่าด้วยการสูงอายุชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา มีรายละเอียดดังนี้ (31)

1. ทฤษฎีว่าด้วยการสูงอายุชีววิทยา (Biological Theories of Aging) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการสูงอายุ กลไกการสูงอายุ และปรากฏการณ์ของการสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีย่อยได้แก่

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic Theories) เชื่อว่าการสูงอายุเป็นลักษณะที่ เกิดขึ้นตามพันธุกรรม

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theories) เชื่อว่าหลังจากการใช้ งานโครงสร้าง และการทำงานของร่างกายมีการเสื่อมสภาพ ถ้ามีการใช้งานมากจะทำให้เกิดการ สูงอายุเร็วขึ้น

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunity Theories) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้าง ภูมิคุ้มกัน ตามปกติน้อยลง พร้อม ๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้ กับเชื้อโรคไม่ดีเจ็บป่วยได้ง่าย

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theories) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสารที่เป็น ส่วนประกอบของคอลลาเจน และ โปรตีนจากเส้นใย (Fibrous Protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น เกิดการ จับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้น แข็ง นึกขาดง่าย

1.5 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) เชื่อว่าเกิดจากอนุมูลอิสระ ที่เกิดขึ้นใน ร่างกายจากการใช้ออกซิเจน การเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่น ๆ ซึ่งอนุมูลอิสระนี้ จะทำลายเซลล์เนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic mutation and error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง การแบ่งตัวผิดปกติ (mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็ว ขึ้น และทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนโครงสร้างของ DNA และถูก ส่งไปยัง RNA และ เอนไซม์ที่สังเคราะห์ใหม่ และเอนไซม์ที่ผิดปกติจะผลิตสารขึ้นภายในเซลล์ ทำ ให้กระบวนการเผาผลาญเสื่อม หรือสูญเสียสมรรถภาพ

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมบกพร่อง (Deprivation Theory) เนื่องจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ พลังเซลล์ของระบบต่างๆ ภายในร่างกายเป็นผลทำให้การดูดซึมหรือส่งผ่านออกซิเจน สารอาหาร ต่างๆ ไปสู่อวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ อวัยวะจึงเสื่อมลง

1.8 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) มีการสะสมของสารบางอย่างซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตในผู้สูงอายุ แต่ไม่พบในเด็ก

1.9 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญความเครียดบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

2. ทฤษฎีว่าด้วยการสูงอายุจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging) ได้มีการเชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยา และสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัส ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ซึ่งทฤษฎีจิตวิทยาเกี่ยวกับความสูงอายุมีดังนี้

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าเติบโตมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่น และทำงานร่วมกับคนอื่นได้อย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับบุตรหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่เคียดแค้น แต่หากเติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ผู้สูงอายุนั้นจะเป็นผู้ที่ไม่ค่อยมีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ เนื่องจากยังมีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ค้นคว้าและเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

3.ทฤษฎีว่าด้วยการสูงอายุสังคมวิทยา (Sociological Theories of Aging) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้ ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แนวคิดสังคมวิทยา ได้แก่

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุซึ่งเน้นถึงความสัมพันธ์ในทางบวก ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนสนใจได้

3.2 ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ได้อธิบายว่า การที่ผู้สูงอายุพยายามแยกตัวเองออกจากสังคมนั้น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตามความต้องการของ

ร่างกายและสังคม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้เป็นไปตามธรรมชาติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และเป็นสากลเนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย รวมทั้งวันสุดท้ายที่ค่อย ๆ มาถึง ทำให้ผู้สูงอายุถอนตัวจากสังคม เพื่อลดความตึงเครียดและเป็นการเปิดโอกาสให้แก่คนหนุ่มสาวได้เข้ามาแทนบทบาทของตน

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เชื่อว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคนที่ผ่านมา ผู้ที่มีบทบาทในสังคม ชอบเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ก็ต้องมีกิจกรรมต่อไป ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคม มาก่อนก็ย่อมที่จะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

3.4 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) เชื่อว่า บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องปรับบทบาทของตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เปลี่ยนบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์แบบวัยผู้ใหญ่เป็นบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์แบบคนสูงอายุ และละเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรสเนื่องจากการตายของคู่สมรส

สรุป การสูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีว่าด้วยการสูงอายุชีววิทยาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมของเซลล์ ที่เกิดขึ้นมาตามอายุที่มากขึ้น มีระยะเวลาการใช้งานของเซลล์มากขึ้น ทฤษฎีว่าด้วยการสูงอายุจิตวิทยาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึคนึกคิด และความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเองของผู้สูงอายุ ตลอดจนสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ซึ่งมีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ทฤษฎีว่าด้วยการสูงอายุสังคมวิทยา เป็นการปรับตัวของผู้สูงอายุในสังคมหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับผู้สูงอายุทางด้านชีววิทยา ทางด้านจิตวิทยาและทางด้านสังคมวิทยา มาประกอบในการอธิบายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

1.3 การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (Physical Aging) (32-34)

ร่างกายของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลงประมาณร้อยละ 7 ในทุกๆ ปี เนื้อเยื่อในร่างกายมีแนวโน้มแห้งลงทุกปี เนื้อหุ้มต่างๆ บางลง ผิวหนังมีความยืดหยุ่นลดลง เหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น ต่อมเหงื่อมีขนาดและจำนวนลดลง ผิวหนังแห้งคัน ขนและผมลดลง ร่วงและแห้งง่าย เนื่องมาจากฮอร์โมนเพศลดลง เซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ทำให้เคลื่อนไหวช้า การมองเห็น การได้กลิ่นเสื่อมลง ทำให้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก กล้ามเนื้อลีบ เล็กลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูก ทำให้กระดูกผุและหักง่าย มีข้อเสื่อมติดแข็งและมีอาการปวด หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง การไหลเวียนเลือดช้าลง หัวใจทำงานมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง คิดเชื่องช้า ปวด ง่วงและหลอดเลือด

ฝอยเสียความยืดหยุ่น การซึมซ่านของก๊าซออกซิเจนช้าลง เนื้อเยื่อใช้ออกซิเจนน้อยลง คิดเชื่อระบบทางเดินหายใจได้มากขึ้น ระบบทางเดินอาหาร กล่องรับรสหดตัว การดูดซึมอาหารลดลง ฟันหักเคี้ยวอาหารลำบาก ท้องอืดได้ง่าย ทำให้เบื่ออาหาร กระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลงทำให้ปัสสาวะบ่อย ผู้ชายต่อมลูกหมากโตขึ้นทำให้ปัสสาวะลำบาก ผู้หญิงกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้กระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือได้ไม่ดี ดับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ลดลงทำให้เป็นเบาหวานได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละบุคคล คนที่ดูแลรักษาตัวเองดีจะเกิดการเปลี่ยนแปลงช้ากว่าคนปกติ คนที่ไม่แข็งแรงเจ็บป่วยบ่อยก็จะเข้าสู่วัยชราเร็วขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Aging) (32-34)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมด้วยเพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และสภาพแวดล้อมต่างๆ จะมีผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจในวัยนี้ส่วนใหญ่เป็นไปในทางลบ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวจากบุตรหลานแยกย้ายไป ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตด้วย ถ้าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ชีวิตวัยต้นประสบผลสำเร็จ จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตัวเองให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุม จิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาวแต่ถ้าประสบความล้มเหลวในชีวิตวัยต้นจะมีชีวิตในทางตรงกันข้าม การเปลี่ยนแปลงต่างๆทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอารมณ์ไม่มั่นคง เมื่อผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้จะช่วยให้ความสุขุมเยือกเย็นจะมีมากขึ้นด้วยแต่การแสดงออกจะขึ้นอยู่กับ บุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Aging) (32-34)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่นการเกษียณอายุของผู้สูงอายุ การที่ต้องออกจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี การที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและยอมรับได้ต่อบทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัวและสังคมใหม่ รวมทั้งการยอมรับได้ต่อการกระทำของผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง การมีสัมพันธภาพต่อผู้อื่นและสังคมบางคนมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป เพื่อปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยคบเพื่อนน้อยลง มีการเลือกที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง และมีความต้องการที่จะแยกตัวอยู่ตามลำพังเพื่อไตร่ตรองพิจารณาเรื่องราวในชีวิตของตน (positive solitude) มากขึ้น โดยกลายมาเป็นผู้ที่รู้สึกเบื่อหน่ายกับการพบปะสังสรรค์กับบุคคล ชอบที่จะอยู่บ้านทำกิจกรรม ตามลำพัง ดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่ายตามความจำเป็นในชีวิต มีการเก็บสะสมทรัพย์สินสมบัติหรือวัตถุนิยมน้อยลง มีการพิจารณาร่างกายสังขารและเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุสอดคล้องกับทฤษฎีว่าด้วยการสูงอายุนานาชาติ ตั้งแต่ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจนทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย มีการใช้งานไปนานๆ เซลล์เสื่อมสภาพ ทฤษฎีอนุมูลอิสระที่ทำลายเซลล์และเนื้อเยื่อ ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน ที่ลดน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยได้ง่าย ทฤษฎีว่าด้วยการสะสมหรือแม้แต่ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัวก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดทางร่างกายแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นอีกมากทั้งด้านสังคม และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ที่มีอิทธิพลในการหล่อหลอมบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ โดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุจะมีบทบาทในสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมมากนักน้อยเพียงใดเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลง ยอมรับบทบาททางสังคมที่สูญเสีย มีการสร้างบทบาทขึ้นมาใหม่ ก็จะเข้ามา มีส่วนร่วมในกิจกรรมในสังคมได้อีก

1.4 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ (34-37)

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุพอที่จะรวบรวมปัญหาต่างๆในผู้สูงอายุได้ดังนี้

1. ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย และทางสมอง โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า ปัญหาที่เกิดจากการขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ไม่ดีและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ลูกหลานต้องประกอบอาชีพไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ

2. ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกเหงาอ้างว้าง และอาจจะมีอาการวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลาน และญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย

3. ปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงทางทางสังคม จากการสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม ทำให้การเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง ปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ที่เรียกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่น ระหว่าง พ่อ แม่ และลูกหลาน ในปัจจุบันครอบครัวคนไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล และคำนึงที่เปลี่ยนแปลง ลูกหลานมีความกตเวทิต่อพ่อแม่ น้อยลง บวกกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล ถูกทอดทิ้ง ต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มมากขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดเป็นปัญหากับผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาแล้ว จากการรวบรวมการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุต้องการ การ

บริการด้านสุขภาพ/การรักษาเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 42.1) ต้องการ การช่วยเหลือด้านการเงิน/เงินสงเคราะห์เป็นลำดับที่สอง (ร้อยละ 40.2) และความต้องการ การมีกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 11.2 ความต้องการการดูแล/ผู้ดูแล และงานด้านอาชีพร้อยละ 9.4และร้อยละ9 ตามลำดับ ส่วนความต้องการทางด้านจิตและสังคม ของผู้สูงอายุนั้นได้แก่ ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม ลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่างๆของครอบครัว ชุมชน สังคม ได้พบปะสังสรรค์กัน ปรึกษาหารือในการที่จะช่วยเหลือสังคมได้ด้วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง พึงพอใจในชีวิต อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเหมาะสม กล่าวคือเป็นทั้งผู้ให้ และผู้รับประโยชน์จากสังคมเสมอเหมือนสมาชิกอื่นๆ ในสังคม และช่วยให้ลดปัญหาด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

2.1 วิวัฒนาการของชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทย

แนวความคิดในเรื่องการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนให้มีการ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุนั้น เริ่มมีมาในประเทศไทยนานแล้ว จากการศึกษาของ พลดิพันธ์ เหลืองไพบูลย์ (11) ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิวัฒนาการของชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2505 ได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นเป็นครั้งแรก โดยการสนับสนุนจากมูลนิธิวิจิตรประสาทใช้ชื่อว่า “ชมรมผู้สูงอายุมูลนิธิวิจิตรประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์” โดยมีพระยาบริรักษ์เวชการ อดิตรีฐมนตรีก่อการกระทรวงสาธารณสุขและองคมนตรีในขณะนั้นเป็นประธาน มีคณะกรรมการประกอบด้วย หลวงพิณพาทย์พิทยาเวท และนายแพทย์ประสพ รัตนกร เป็นเลขานุการ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ ส่งเสริมด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลตัวเองได้ ให้ผู้สูงอายุทำประโยชน์อย่างน้อยในแง่เผยแพร่ความรู้ เรื่องสุขภาพและเป็นที่ชุมนุมสำหรับให้เกิดการพัฒนาทางสังคม จากนั้นใน วันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2508 มีการจัดตั้งสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ขึ้น ณ วัดเบญจมบพิตร กรุงเทพฯ อีกด้วย นอกจากนี้สมาคมมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ อีกส่วนใหญ่ มักตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาธรรมะและการประกอบศาสนกิจบางอย่าง มีพระเป็นแกนนำโดยใช้วัดเป็นสถานที่ดำเนินการซึ่งลักษณะการจัดบริการมักจะเพื่อประโยชน์ด้านพระพุทธศาสนามากกว่าที่จะตอบสนองในเรื่องของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ จึงทำให้ชมรมไม่เป็นที่รู้จักและแพร่หลายอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งในปี พ.ศ.2525 เป็นปีที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้เป็นปีสุขภาพผู้สูงอายุ (the

year of health care for the elderly) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการ “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” ขึ้นโดยมีนโยบายที่จะให้บริการทางการแพทย์และการ สาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อความสะดวกในการให้บริการและการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท จึงมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่ส่วนกลางคือชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้โรงพยาบาลสงฆ์เป็นสถานที่ตั้งและดำเนินงาน ชมรมนี้ได้จัดรูปแบบ เพื่อให้เป็นตัวอย่างในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุแห่งอื่นๆต่อไป จนกระทั่งปี พ.ศ.2539 บรรลุ ศิริพานิช (11)ได้ทำการสำรวจชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศพบว่ามีทั้งหมด 3,487 ชมรมมีเพียง 1,024 ชมรมเท่านั้น ที่มีการดำเนินการอยู่

2.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุของจังหวัดนครราชสีมา (38)

จังหวัดนครราชสีมามีการพัฒนางานผู้สูงอายุตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้มีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้จัดทำเป็นแผนงานประจำปีมีตัวชี้วัดแบบมุ่งเน้นผลงาน (Key Preferment Indicator) ดังนี้

- 1.ผู้สูงอายุต้องเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน (เกณฑ์ผ่านร้อยละ 50)
- 2.มีชมรมผู้สูงอายุระดับตำบลอย่างน้อยตำบลละ 1 ชมรม
 - ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างน้อยตำบลละ 50 คน
 - โรงพยาบาลต้องมีคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน

งานเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ ส่วนมากเจ้าหน้าที่ของรัฐจะดำเนินการร่วมกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้น ในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือเริ่มมีโครงการใหม่ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุเรียนรู้เข้าใจดีก็จะถอนตัวออก ให้ผู้สูงอายุดำเนินการเอง งานที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุได้แก่

1. สัมมนาสัญจร ระดับโซน จังหวัดนครราชสีมาได้แบ่งเขตพื้นที่การดูแลเป็น 9 โซน ๆ ละ 3-5 อำเภอ ตามความแตกต่างของลักษณะพื้นที่ ประชากร และเศรษฐกิจในการออกเยี่ยมตามโซนจะประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวกับงานผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุและคณะ โดยทุกโซนจะได้รับการเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง นอกเหนือจากนั้นเป็นการเยี่ยมตามการร้องขอของชมรม ในกิจกรรมการสัญจรได้แก่ รับฟังปัญหา ให้ข้อเสนอแนะ คู่มือกิจกรรมที่ทำสำเร็จ เยี่ยมชมศูนย์วัฒนธรรมในพื้นที่ เช่น ผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ วัดที่ปฏิบัติธรรมดี ผักปลอดสารพิษ

2. เครือข่ายผู้สูงอายุทั้งในระดับโซนและระดับจังหวัด ออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่วัดในวันพระ เพื่อดูแลและให้ความรู้ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ

3. งานระดับโซน ภายในแต่ละโซนจะมีคณะทำงานได้แก่ คณะกรรมการประสานงาน และ ทีมวิทยากรอาวุโสทำหน้าที่ประสานงานภายในโซน มีการหมุนเวียนไปเยี่ยมทุกชมรมในโซน ประสานงานภายในเครือข่ายของจังหวัด ให้ความรู้ในเรื่อง การดำเนินงานของชมรม กิจกรรมของชมรม การสร้างสุขภาพ ฝึกสอนการเขียนโครงการเพื่อขอแหล่งทุนต่างๆ

4. จัดให้ผู้สูงอายุเข้ารับการฝึกอบรมที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2548 ให้ผู้สูงอายุ 50 คน/อำเภอ/รุ่นๆละ 3 วัน เข้ารับการอบรม ในกิจกรรมประกอบด้วย การตรวจสุขภาพ คัดกรอง การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สาธิตการทำอาหารเพื่อสุขภาพ และ แบ่งกลุ่มทำกิจกรรมตามฐานต่างๆ

5. ส่งเสริมกระตุ้นให้ทุกชมรมจัดงานวันผู้สูงอายุ ในเดือนเมษายน ของทุกปีเพื่อกระตุ้นสร้างจิตสำนึกให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีคุณูปการต่อลูกหลาน

6. กระตุ้น ส่งเสริมให้ให้เกิดชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งอย่างน้อย 1 ชมรมใน 1 อำเภอโดยมีเครือข่ายผู้สูงอายุของจังหวัดคอยดูแล เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในแต่ละอำเภอเป็นที่เลื่องลือชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ อีกต่อไป

2.3 เกณฑ์ที่ใช้วัดชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งประยุกต์จากของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขดังนี้

ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ทำการประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยใช้เกณฑ์ชี้วัดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (22) เป็นแบบสอบถามจำนวน 50 ข้อ เกณฑ์ผ่าน ร้อยละ 80 ประกอบด้วย 5 ด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. ชมรมต้องมีอุดมการณ์ มีนโยบายหรือวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งที่ชัดเจน คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนเป็นเจ้าของ ดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีความยั่งยืน ต่อเนื่อง มีสมาชิกหลากหลายช่วงอายุ สมาชิกช่วยเหลือตนเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย มีสถานที่ มีสำนักงาน ที่ตั้งชมรม มีป้ายสำนักงานที่ผู้อื่นสามารถติดต่อชมรมได้สะดวก

2. ชมรมต้องมีประธานและคณะกรรมการตามระเบียบกำหนด มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ มีทะเบียน และจำนวนสมาชิกที่ชัดเจน มีการประชุมคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง และการประชุมใหญ่สามัญประจำปี ปีละ 1 ครั้ง หรืออาจจัดให้มีการประชุมวิสามัญด้วยก็ได้

3. ชมรมต้องมีระเบียบข้อบังคับ หรือกฎ กติกา ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งต้องระบุวัตถุประสงค์ หลักเกณฑ์ กรรมการ สมาชิก มีระเบียบการเงิน มีแผนงาน/โครงการจัดกิจกรรม/มีการประชุมใหญ่สมาชิกในรอบปี

4. ชมรมต้องมีการระดมทุน จัดตั้งกองทุนเพื่อจัดกิจกรรม เพื่อมวลสมาชิก

5. ชมรมต้องมีการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน มีกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพประจำปี เชื่อมสมาชิกที่ป่วย มีการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกที่พิการ ทุพพลภาพ มีกิจกรรมสำคัญของชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ กิจกรรมวัฒนธรรมประเพณี มีการพบปะ สังสรรค์ มีการนำสมาชิกไปศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับชมรม หรือหน่วยงานอื่นๆ

3. ทฤษฎีและแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation Theory)

3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (39) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ทั้งนี้ต้องเป็นการตัดสินใจของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เข้าร่วมด้วยตนเอง

โอชา จันทรสว่าง (40) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การเปิดโอกาสให้แต่ละคนได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ปฏิบัติการที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีผลต่อชีวิตเขา ต่อที่อยู่อาศัยของเขา ต่องานอาชีพของเขาต่อกลุ่มของเขา และต่อสังคมของเขา และการได้มีโอกาสเรียนรู้จากกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นการเพิ่มความสามารถและความชำนาญให้มากยิ่งขึ้น

Cotton(41) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของความร่วมมือเพื่อที่จะนำความสามารถที่บุคคลมีอยู่มาใช้ ซึ่งจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ การมีส่วนร่วมอาจเกิดจากการที่บุคคลได้มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพร่วมกัน การเป็นตัวแทนในรูปคณะกรรมการของหน่วยงานและคณะกรรมการบริหารหรืออื่นๆ

Cohen and Uphoff (26) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับเรื่องผลประโยชน์ และการประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนาของประชาชน โดยมี 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจว่า จะทำอะไร และทำด้วยวิธีการอย่างไร มีส่วนในการดำเนินโครงการ ตัดสินใจในการให้ทรัพยากร สนับสนุนโครงการและการร่วมมือขององค์กร หรือกลุ่มกิจกรรมเป็นการเฉพาะ มีส่วนในการแบ่งปันผลประโยชน์อันเกิดจากโครงการพัฒนา และมีส่วนในการประเมินผลโครงการ

3.2 ประเภทหรือรูปแบบการมีส่วนร่วม

Cohen and Uphoff (26) แบ่งประเภทรูปแบบการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participation in decision – making) การตัดสินใจนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนดและประเมินทางเลือก ตัดสินใจเลือกเปรียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางไปสู่การปฏิบัติ

1.1 การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น (initial decisions) เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการจากคนในท้องถิ่นและวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการสำคัญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะเลือกเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคนและมีความเป็นรูปธรรม โดยผ่านขบวนการตัดสินใจในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญของท้องถิ่น เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้นและเสนอกลยุทธ์เพื่อการแก้ไขปัญหา ซึ่งคนในท้องถิ่นสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโครงการทั้งในเรื่องการเงิน การจัดสรรบุคลากร ตลอดจนวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการที่จะนำเข้ามา

1.2 การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (ongoing decisions) คนในท้องถิ่นอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้น แต่ถูกขอร้องให้เข้ามาดำเนินการเมื่อโครงการเข้ามา ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการ วิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามาส่วนร่วม

1.3 การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (operational decisions) เป็นความเกี่ยวข้องในโครงการเมื่อเข้ามาหรือมีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามาสู่คนในท้องถิ่น มีการรวมตัวกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการเข้ามาสู่คนในท้องถิ่น มีการรวมตัวกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการ กรอบที่สมาชิกยึดถือประกอบด้วยการจัดประชุมเพื่อจัดทำนโยบาย การคัดเลือกผู้นำที่จะมาปฏิบัติพลต่อองค์กร

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (participation in implementation) คนท้องถิ่นสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติ แบ่งได้ 3 ด้าน ดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมในการสละหรือให้ทรัพยากร (resource contribution) สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และข้อมูลข่าวสารทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักที่สำคัญซึ่งมีอยู่ในท้องถิ่น นำมาใช้เพื่อพัฒนาโครงการ การส่งเสริมโดยใช้แรงงานในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี การบริจาคเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ แสดงให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอะไรโดยวิธีสมัครใจ การได้รับค่าตอบแทนหรือโดยการบีบบังคับ การสนับสนุนเรื่องทรัพยากร บ่อยครั้งที่พบว่ามีความเท่าเทียมกัน และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (project administration and co-ordination) คนในท้องถิ่นสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงานโดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิกทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการ เป็นสมาชิกอาสา ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการ มีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงาน วิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความเข้าใจให้กับคนในท้องถิ่นแล้ว ยังช่วยให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วย ทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายในและได้รับคำแนะนำ ซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่น ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

2.3 การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (enlistment) การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องการผลประโยชน์เสมอไป แต่พิจารณาจากข้อเท็จจริงว่า ผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมา ภายหลังจากการนำโครงการมาใช้และผลกระทบต่อคนในท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (participation in benefits) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจซึ่งไม่ควรมองข้าม บางครั้งการมีส่วนร่วมชนิดนี้มีความสำคัญต่อการยอมรับเอาโครงการที่สำคัญเข้ามาทั้งที่การตัดสินใจอาจไม่เกิดขึ้นหรือมีขีดจำกัด การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แบ่งได้ 3 ชนิด คือ

3.1 ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (material benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลสรุปได้ว่า มีการเพิ่มของสินค้าในการบริโภค มีรายได้ซึ่งเป็นผลกำไรที่หลีกเลี่ยงจากการขายผลิตภัณฑ์ และมีทรัพย์สินที่ถือครองเป็นกรรมสิทธิ์เพิ่มขึ้น ผลประโยชน์ด้านนี้เป็นผลกำไรที่หลีกเลี่ยงจากการขายผลิตภัณฑ์และมีทรัพย์สินที่ถือครองเป็นกรรมสิทธิ์เพิ่มขึ้น ผลประโยชน์ด้านนี้เป็นสิ่งสำคัญที่อาจทำให้การสนับสนุนข้อมูลล้มเหลวได้ จึงควรวิเคราะห์ให้ได้ว่า ใครคือผู้มีส่วนร่วม รวมทั้งกระบวนการที่เกิดขึ้น

3.2 ผลประโยชน์ด้านสังคม (social benefits) เป็นความต้องการพื้นฐานด้านสาธารณะ มักอยู่ในรูปของการบริการหรือความพึงพอใจที่ได้รับจากสาธารณูปโภคที่ดีขึ้นกว่าเดิม มีการเพิ่มโครงการพัฒนาชนบทเข้ามาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนยากจน จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องกำหนดการเข้ามามีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งในเรื่องของปริมาณการแบ่งปันผลประโยชน์ และคุณภาพบริการ ความพึงพอใจ

3.3 ผลประโยชน์ด้านบุคคล (personal benefits) มักเป็นสิ่งที่ต้องการอย่างมาก บ่อยครั้งที่ไม่ได้มาโดยลำพัง แต่มักมาจากการเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกให้เข้ามาตามความต้องการของสังคมและอำนาจทางการเมืองโดยผ่านทาง การให้ความร่วมมือในโครงการ ผลประโยชน์ด้านบุคคลมี 3 ชนิด คือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) มีพลังอำนาจทางการเมือง (political power) และความรู้สึกว่าตนมีประสิทธิภาพ (sense of efficacy)

การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วยเพราะถ้าอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกัน จะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางนโยบายหลังที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลที่ออกมาตรงกันข้ามกับโครงการเมื่อทราบแล้วว่าทำไมจะได้หาแนวทางแก้ไขที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (participation in evaluation) มีการรายงานเกี่ยวกับความสำเร็จในการประเมินผลไว้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เข้าใจยากกว่าจะมีส่วนร่วมในการประเมินผลอย่างไรจึงจะดีที่สุด ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์หรือวัดผลได้ต่อเมื่อทำกิจกรรมได้ 3 อย่างมาแล้ว การมีส่วนร่วมในการประเมินผลมี 2 รูปแบบ คือ การมีส่วนร่วมทางตรง (direct participation) และการมีส่วนร่วมทางอ้อม (indirect participation) ในการประเมินผลควรรู้ว่าใครบ้างที่มีส่วนร่วมและก่อให้เกิดความต่อเนื่องได้อย่างไร อะไรเป็นข้อเสนอแนะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอันจะก่อให้เกิดความสำเร็จได้ อาจเป็นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร เมื่อมีกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นพวกเขาจะเกิดการเรียนรู้ถึงนโยบายการเตรียมการประเมินผลทางอ้อมที่สำคัญของโครงการหรือเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่ทำงาน การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโดยตรงนั้นมีน้อย เป็นการมุ่งไปยังสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของสาธารณชนซึ่งหวังว่าจะได้รับสิ่งที่พึงปรารถนาหลายอย่างเกิดขึ้นจากความต้องการของโครงการ บ่อยครั้งที่มีการใช้สื่อ การส่งจดหมายถึงบรรณาธิการ เพื่อแสดงความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบ หรือการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงสิ่งนี้มีการแพร่ขยายออกไปและกำลังถูกจับตามองเนื่องจากเป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ดีกว่าการไม่มีส่วนร่วมเลย

เจมส์ คีร์ ปิ่นทอง (42) ได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ประเภท คือการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

โดยสรุป จะเห็นได้ว่านักทฤษฎีต่าง ๆ ได้แบ่งการมีส่วนร่วมไว้ต่าง ๆ กันมีทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ซึ่งแต่ละท่านได้นำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมรูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นประโยชน์ในการกำหนดเป็นรูปการของการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ สามารถนำมาสรุปเป็นแนวคิดเพื่อใช้ในการสร้างแบบสอบถาม โดยกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมตามการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ 4 รูปแบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

3.3 ปัจจัยส่งเสริม ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชน

Ho (43) ได้เสนอหลักการที่สำคัญเบื้องต้นของการมีส่วนร่วม ไว้ที่การจัดตั้งองค์การของประชาชนส่วนใหญ่ ซึ่งมีใช้ลักษณะการให้มีส่วนร่วมแบบบัญชาจากรัฐบาล แต่จะต้องเป็นองค์กรที่สามารถจะระบุความต้องการของชุมชน ตั้งเป้าหมายและมาตรฐานของการพัฒนาชุมชน รวบรวมข่าวสารข้อมูลและเข้าร่วมในการตัดสินใจนโยบายการดำเนินการด้วยตนเอง เพราะหากเราสามารถทำให้สิ่งเหล่านี้ได้ ก็นับได้ว่าเป็นการลดความไว้วางใจลงและองค์กรของประชาชนนี้ก็จะเป็แรงจูงใจในตัวประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาในเบื้องต้น การกระทำเหล่านี้จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากนักวิชาการ และรัฐบาลในการให้ความรู้และการฝึกอบรม โดยเฉพาะการเปลี่ยนทัศนคติ การพึ่งพารัฐบาลและองค์กรพัฒนาเอกชน นอกจากนั้น การให้การสนับสนุนทางการเงิน และความรู้ความชำนาญ ในการจัดการเป็นสิ่งที่ละเลยมิได้

ปกรณ ปรียากร(44) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนโดยสมัครใจย่อมทำให้โอกาสในการพึ่งพาตนเองมากขึ้น เพิ่มความมั่นใจในตนเองสูงขึ้น และมีศักยภาพสูงขึ้น และทำให้ประชาชนมีโอกาสได้รับบริการสาธารณะโดยตรง และได้รับปัจจัยการผลิตที่จำเป็นตรงตามที่ต้องการมากขึ้น

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (45) ได้สรุปปัญหาเกี่ยวกับตัวชาวบ้านชนบทที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมไว้ว่า

- ในอดีตสังคมไทยเป็นสังคมที่มั่นคง จึงไม่มีความจำเป็นในการเสริมสร้างการทำงานร่วมกันต่างคนต่างทำก็เพียงพอแก่การยังชีพ ชาวชนบทจึงขาดนิสัยการทำงานร่วมกันอย่างจริงจัง และถาวร จะมีแต่การร่วมกันทำงานเป็นครั้งคราว เช่น การลงแขกร่วมงานกันตามประเพณี เป็นต้น
- ชาวชนบทมีทัศนคติในแนวทางลัทธิปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งจะยอมรับความคิดริเริ่มหรือของแปลกและใหม่ ก็ต่อเมื่อเห็นว่าจะได้รับประโยชน์โดยตรงในระยะสั้น
- ชาวชนบทไม่ชอบแสดงตัวเป็นศัตรูกันซึ่งหน้า รวมทั้งไม่ชอบโต้เถียงกับคนภายนอก เขาจึงรับทุกอย่างโดยไม่ค้าน แต่ไม่เห็นด้วย แต่เมื่อถึงเวลาดำเนินการเขาจะไม่เข้าไปมีส่วนร่วมหรือเข้าไปตอนแรกแล้วขาดหายไป

ระบบราชการและเจ้าหน้าที่ เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

- นโยบายในระบบราชการมักมาจากเบื้องบน จนเป็นการยากลำบากที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในชนบท จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจดำเนินการเอง เมื่อระบบการบริหารงานถูกสั่งการมาจากเบื้องบน การประสานงานของเจ้าหน้าที่ระดับสนามของแต่ละกรม จึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก แนวทางการมีส่วนร่วมของชาวชนบทที่เจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายเข้าใจจึงแตกต่างกัน และการดำเนินงานก็แตกต่างกันตามไปด้วย

- เจ้าหน้าที่ราชการมีแนวโน้มที่คนชอบทำงานในสำนักงาน โดยเฉพาะงานด้านเอกสารที่จะนำเสนอผู้บังคับบัญชามากกว่างานสนาม อันเนื่องมาจากการที่ข้าราชการต้องปฏิบัติ หน้าที่ตอบสนองเบื้องบน และระบบการให้ความดีความชอบ ความเข้าใจของชาวชนบท ความเข้าใจข้อมูลของชุมชนอย่างแท้จริง จึงเกิดได้ยากทำให้การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนเป็นไปได้ยากยิ่ง

- บุคคลภายนอกและผู้เกี่ยวข้องกับเกษตรกรบางคน ยังไม่ต้องการให้ชาวชนบทร่วมมือกันและรวมตัวกันได้อย่างจริงจัง เพราะคิดถึงงานด้านการปกครองจะทำให้ชาวบ้านปกครองยากยิ่งขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นทัศนคติที่อยู่ในโครงสร้างสังคมของชนชั้นปกครองที่มองแต่เฉพาะผลประโยชน์ระยะสั้น (45)

สรุป การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นปัจจัยหนึ่งจากหลายๆ ปัจจัยที่จะทำให้เกิดการพัฒนาเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุส่วนมากเกิดขึ้นจากนโยบายของรัฐดังที่กล่าวมาแล้ว การที่จะทำให้ชมรมผู้สูงอายุมีการพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญ เพราะหลังจากที่มีนโยบายสั่งการให้ดำเนินการ ผู้ที่จะสานต่อก็คือประชาชนในชุมชน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในชมรม

4. แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE - PROCEED MODEL

จากการทบทวนทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีแนวคิดหนึ่งที่มีมักจะถูกอ้างอิงเสมอในการอธิบายความหมาย และการวางแผนงานด้วยการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะตำรา/งานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกา คือ PRECEDE - PROCEED MODEL ของ Lawrence W.Green และ Marshall W. Kreuter (25)

แบบจำลอง (Model) นี้ ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า **PRECEDE** (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational, Environmental Diagnosis and Evaluation)

ส่วนที่ 2 เป็นระยะเวลาของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน จึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก **PROCEED** (Policy Regulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development)

PRECEDE - PROCEED MODEL เพื่อการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (out puts) ซึ่งตาม Model คือ คุณภาพชีวิต/การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นต่างๆ โดยสรุปดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งสามารถทำได้โดยการศึกษาความต้องการ และความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งตัวชี้วัดของปัญหาสังคมอาจจะมีหลายตัวชี้วัด

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis)

ขั้นนี้เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม ข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ตัวอย่างของตัวชี้วัดที่สำคัญและลักษณะของตัวชี้วัด (Dimensions)

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environment Diagnosis)

ประกอบด้วยการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environment และ health - related Behavioral factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นที่ 2

ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Education and Organization Diagnosis)

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งให้เห็นว่ามียุทธศาสตร์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ในกลุ่มปัจจัยนำจะประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ ดังนั้นปัจจัยเอื้อนี้ กล่าวโดยสรุปก็คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบสุดท้ายคือ ปัจจัยเสริม หมายถึง รางวัลที่บุคคลได้รับ หรือข้อมูลป้อนกลับที่มาจากบุคคลอื่น หลังจากบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่งๆ แล้ว ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุน หรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไปปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ ความรู้สึก

มั่นใจ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทรัพยากรทางสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ กฎหมายข้อบังคับ การให้ความสำคัญและความตั้งใจจริงของชุมชน/รัฐ ทักษะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ครู นายจ้าง บุคลากรการแพทย์/สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้มีอำนาจตัดสินใจ การวิเคราะห์องค์ประกอบดังกล่าวทั้ง 4 ขั้นนี้ จะช่วยให้ผู้วางแผนได้จัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ และนำไปสู่การพิจารณาเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม (intervention) การตัดสินใจเลือกกิจกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับลำดับความสำคัญขององค์ประกอบและทรัพยากรที่มีอยู่ และที่จะทำให้เกิดขึ้นได้

ขั้นที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

ขั้นที่ 5 นี้เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรและด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน การดำเนินงาน และการประเมินผล จะถูกกำหนดใน Model อยู่ในขั้นที่ 6,7,8 และ 9 ตามลำดับ ในขั้นที่ 7,8,9 นั้น เกี่ยวข้องกับการประเมินผลระดับต่างๆ ตามความจำเป็นและความเหมาะสม ซึ่งที่จริงแล้ว การประเมินผลนั้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องและต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวางแผนของ Model RECEDE - PROCEED MODEL นี้ สร้างขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ 2) เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงมีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคม จำเป็นจะต้องใช้หลายๆ วิธีการ วิธีการต่างๆ เกิดขึ้นจากการผสมผสาน

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำ PRECEDE Framework มาใช้ในขั้นตอนที่ 4 คือการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม โดยปัจจัยนำในการศึกษาได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อชมรมผู้สูงอายุ เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุและในชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานมาระดับหนึ่งจนผ่านการประเมินชมรมเข้มแข็งแล้วตัวแปรดังกล่าวน่าจะมีผล ส่วนตัวแปรที่ไม่น่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งคือปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับชมรม ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิก การเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน เพราะในชมรมที่มีการดำเนินงานมาระยะหนึ่ง มีวัตถุประสงค์ มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมน่าจะเป็นปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และเครือข่ายผู้สูงอายุที่มีอยู่ในพื้นที่ก็เป็นแรงหนุนส่งอีกตัวแปรหนึ่งที่สำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริมใน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ และขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์หาแนวทาง ซึ่งนำมาใช้ร่วมกับขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ในปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม หรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ ก็จะได้ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

รัชดา พรพิไลสวัสดิ์(46) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ:ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน คือในด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ในด้านการวางแผนดำเนินงานกิจกรรม ด้านการลงทุนและปฏิบัติกิจกรรม และด้านการติดตามและประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณ์ ตรีราภิ (47) ศึกษาการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชนของกรุงเทพมหานคร จำนวน 385 คน ที่แบ่งการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเป็น 4 ด้านเช่นกัน พบว่า การมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ในด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม ในด้านการปฏิบัติงานและสนับสนุน การปฏิบัติงาน ตลอดทั้งในด้านการติดตามประเมินผล ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก และการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (48) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 384 คน แบ่งการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเป็น 4 ด้าน เช่นกัน พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำทั้ง 4 ด้าน เรียงลำดับการมีส่วนร่วมจากมากไปน้อยคือ การมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมการวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมรับประโยชน์จากกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมการประเมินผลกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนการศึกษาของ จันทรีทิพย์ สีนรุณยานนท์ (49) ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านหม้อ อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 300 คน แบ่งการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมด้านต่างๆ

พบว่า ผู้สูงอายุ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา และกิจกรรมทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ด้านสังคมและวัฒนธรรมผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ปล้องทอง (23) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชมรมผู้สูงอายุ:กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอกำแพงแสนจำนวน 384 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับน้อย โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาในระดับมาก ที่เหลือคือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมือง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการศึกษาและศิลปวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชนอยู่ในระดับน้อยทั้งหมดและการศึกษาของ พันธุ์ทิพย์ ศรีวรรณ (50) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 118 คน พบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า สมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยรวม ในระดับปานกลาง โดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสังคมและสมาชิกสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง ส่วนอีก 3 ด้านได้แก่ กิจกรรมด้านบริหารชมรม กิจกรรมด้านสุขภาพ และกิจกรรมด้านสวัสดิการ สมาชิกมีส่วนร่วมในระดับค่อนข้างต่ำ

จรินทร์ จินรัตน์ (13) ศึกษา การดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง ของชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุบ้านปากน้ำ ตำบลลูกตลาด อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุและกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องในชมรมผู้สูงอายุบ้านปากน้ำ ผลการวิจัยพบว่าชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งตามนโยบายของรัฐ เจ้าหน้าที่ของรัฐมีบทบาทสำคัญ ในการกำหนดทิศทาง การดำเนินงานในช่วงเริ่มต้น กิจกรรมของชมรม มีรูปแบบเดียวกันกับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุทั่วไป ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการกุศล และกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ รวมทั้งการประชุมประจำเดือนที่ให้บริการตรวจสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการรับประทานอาหารร่วมกัน ผลการดำเนินงาน ของชมรมผู้สูงอายุพบว่า ผู้นำชมรมมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ชมรมมีการดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง และต้องเป็นผู้ที่ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในกิจกรรมที่จัดขึ้นก็เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ชมรมเติบโตโดยเฉพาะกองทุนส่งเสริมอาชีพและกองทุนร้านค้า

ระวี แก้วสุกใส (51) ศึกษาความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุวัดคำใน อำเภอบุณยฆาต จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นการศึกษาเชิงพรรณากลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 178 คน พบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกนั้น สมาชิกชมรมร้อยละ 65.7 ได้เข้าร่วมประชุมเป็น

ประจำ เมื่อมีการจัดแผนงาน/โครงการและส่วนใหญ่ร้อยละ 57.9 ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของชมรมเป็นบางครั้ง สมาชิกชมรมได้รับทราบการชี้แจงบัญชีรายรับ-รายจ่ายจากทางชมรมเป็นประจำ ให้การสนับสนุนเงินหรือสิ่งของและเข้าร่วมกิจกรรมที่ชมรมจัดขึ้นเป็นประจำ ร้อยละ 60.7, 75.3 และ 56.7 ตามลำดับ

ทรงศักดิ์ มีชัย (53) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำและกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้านและประชาชน พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านพื้นฐานการเข้าร่วมของผู้สูงอายุในชมรมบ้านป่าขามจะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และเต็มใจ มีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมทุกครั้ง รูปแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมโดยตรงในการบริหารจัดการและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของชมรม และมีส่วนร่วมโดยอ้อมที่ทางการจัดขึ้น เช่น วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ และวันปิยะมหาราช การดำเนินงานของชมรมนั้นให้เกิดความอิสระในการดำเนินกิจกรรม และในการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในทุกขั้นตอนทำให้เกิดการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพของตนเองและกลุ่มอันเป็นแนวทางที่จะทำให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในระยะยาวมากขึ้น

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ คณะ (54) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการ และกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในเขตชานเมืองและเขตชนบทเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของชุมชนเป็นสัดส่วนที่ต่ำ แต่ยังพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ และยังพบว่ามากกว่าร้อยละ 70 ช่วยงานศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพราะต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยเดียวกัน และเชื่อว่างานส่วนรวมเอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชนและสังคมในทางที่ดี

สุนันต์ วงศ์กุญชร (55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 157 คนพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 54.8 เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

อุสา ศาสตร์ภักดี (56) ศึกษา การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเลย พบว่า สมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรมปานกลาง กิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือ การบริจาคเงิน มีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ การร่วมวางระเบียบกฎเกณฑ์ของชมรม

KAZUHIKO TRIRA et al (18) ศึกษา คุณภาพการนอนหลับและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 109 คน(ชาย 37 คน หญิง 72 คน อายุเฉลี่ย 79.5 ปี)ที่เมืองโอกินาวา

ประเทศญี่ปุ่น พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มากกว่าจะมีผลต่อการปรับพื้นอารมณ์ (emotional adaptability) ที่มากกว่า

Takahashi M. et al (56) ศึกษาลักษณะของกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จากผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 10,000 คนจาก 228 ชมรม พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับแต่ละบุคคลและกิจกรรมที่เป็นอาสาสมัครอยู่ในระดับที่สูงกว่ามาตรฐาน

Unger JB, Johnson CA.(57) ศึกษาสัมพันธภาพทางสังคมกับกิจกรรมทางกายภาพของสมาชิกชมรม พบว่า การพบปะกัน ชมรม การมีเพื่อนในชมรมและนอกชมรมจะมีส่งผลถึงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ความพึงพอใจและความถี่ในการออกกำลังกาย

สรุป การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยรวมจากงานวิจัยส่วนมากอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง การมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ แตกต่างกัน ส่วนมากจะนิยมแบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ การมีส่วนร่วมในด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล

5.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ

5.2.1 ปัจจัยนำ

เพศ โอกาสที่เพศหญิงและเพศชายจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมไทย เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทของคนในครอบครัว และสังคมในสังคมไทยผู้ชายมักจะเป็นผู้นำ ผู้หญิงมีบทบาทเป็นผู้ดูแล ความแตกต่างในเรื่องเพศอาจจะทำให้การมีส่วนร่วมแตกต่างกันเช่น การศึกษาที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุได้แก่ ลักษณะตัวชี้วัด(43) ศึกษาการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยเพศชายมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับ วนิดา ปลื้มทอง (23) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) พบว่าผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มที่จะรายงานกิจกรรมที่ผู้สูงอายุร่วมในรูปของชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงให้ความสำคัญต่อเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้สูงอายุชาย สดใส ศรีสอาด (59) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วน Takahashi M. et al (56) ศึกษา

กิจกรรมสำหรับแต่ละบุคคลและกิจกรรมที่เป็นอาสาสมัครในระดับที่สูงกว่าเพศชาย Tae wha Lee (60) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง ส่วนการศึกษาที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมได้แก่ รัชดาพรพิไลสวัสดิ์ (42) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่าเพศไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ จันทรทิพย์ สินธุวงษานนท์ (49) ปราณี อัมสมบัติ (47) พันธุ์ทิพ ศรีวรรณรณ (50) และ สุนันต์ วงศ์บุญชร (54) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในส่วนที่มีความสัมพันธ์ พบว่าผู้สูงอายุเพศชายจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากสังคมไทยยังคงให้เกียรติและยกย่องเพศชายมากกว่าในฐานะหัวหน้าครอบครัว มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า เพศหญิงส่วนใหญ่จะอยู่กับบ้าน รับผิดชอบงานบ้านซึ่งเป็นงานประจำที่ทำอย่างต่อเนื่องจนเคยชินจึงทำให้มีโอกาสมามีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุน้อยกว่าเพศชาย ส่วนงานวิจัยที่พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าเพศหญิงนอกจากจะทำงานเชิงเศรษฐกิจแล้วยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัว เมื่อเกษียณอายุ เป็นผู้สูงอายุการเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในชมรมสังคมเป็นสิ่งทดแทนการสูญเสียบทบาททางสังคมจึงทำให้ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

อายุ อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างของพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้ฐานะ หรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (61) มีการศึกษาหลายรายที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม เช่นการศึกษาของจันทรทิพย์ สินธุวงษานนท์ (49) ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านหม้อ อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรีพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุโดยอายุที่มากขึ้นจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง สอดคล้องกับ วนิกา ปลั่งทอง (23) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชมรมผู้สูงอายุ:กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และมาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการดำเนินกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นมากเท่าไร การรับรู้เกี่ยวกับการรวมกลุ่มผู้สูงอายุก็ยิ่งลดลงและพบอีกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยๆจะให้ความสนใจต่อกิจกรรมในเรื่องศาสนาและประเพณีในระดับที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย ในขณะที่ยุติธรรมที่มีอายุน้อยจะให้ความสำคัญต่อกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางด้านการพัฒนาชุมชนมากกว่า การศึกษาของสัมฤทธิ์ ต่อสดี (62) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขในเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา Takahashi M. et al (56) ศึกษาลักษณะของกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าเพศชายที่อายุต่ำกว่า 74 ปี จะมีส่วนร่วมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานในกิจกรรมที่เป็นอาสาสมัคร กิจกรรมการศึกษาอบรม และกิจกรรมเกี่ยวกับอาชีพและรายได้ Tae wha Lee (60) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ (63) ศึกษา ปัญหาและแนวทางพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ พบว่า การที่จะทำให้ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มากขึ้นนั้น จะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ ของการดำเนินงาน เป็นชมรมหลากหลายวัย ที่มีการจัดกิจกรรม ที่ครอบคลุมทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมโดยมองการส่งเสริมสุขภาพในองค์รวมที่เป็นผล จากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

มีบางการศึกษาที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น รัชดา พรพิไลสวัสดิ์ (46) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ:ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่าอายุไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ลักษณะ ตรีราภิ (47) ปราณี อัมสมบัติ (48) และพันธุ์ทิพ ศรีวรรณารด (50) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาส่วนมากพบว่าปัจจัยทางด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยจะเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก เนื่องจากอายุที่มากขึ้นร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น และยังเกี่ยวข้องไปถึงสภาพจิตใจทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่สังคมน้อยลง

การศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถ ทำให้คนเกิดความคิด ความรู้จักตนเอง รู้จักชีวิตเข้าใจสิ่งแวดล้อม เข้าใจสังคมที่ตนอาศัยอยู่ เป็นสิ่งที่ทำให้คนเปิดโลกทัศน์สู่ภายนอกการศึกษาที่สูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถาม ปัญหาตลอดทั้งการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า การศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ลักษณะศิริราถ (47) ศึกษาการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ปราณี อัมสมบัติ (48) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.0001$ สอดคล้องกับ วนิดา ปลั่งทอง (23) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชมรมผู้สูงอายุ:กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ พันธุ์ทิพ ศรีวรรณารถ (50) พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สดใส ศรีสอาด (59) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ มธุรส จันทรแสงศรี (64) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมแบบไม่เป็นทางการ Tae wha Lee (60) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต

ส่วนระดับการศึกษาที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมได้แก่งานวิจัยของ รัชดา พรพิไลสวัสดิ์ (46) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในการส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันต์ วงศ์บุญชร (54) ก็พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ ละมัย นิยมในธรรม (65) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดบริการผู้สูงอายุ และ อุสา ศาสตร์ภักดี (55) ศึกษา การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเลย พบว่าระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยทางด้านการศึกษามีทั้งความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม และไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาตัวแปรด้านการศึกษาของผู้สูงอายุและคาดว่าเป็นปัจจัยที่มีทั้งความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมเข้มแข็ง

รายได้ รายได้นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะรายได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ได้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาทางด้านการเงิน คือมีรายได้เท่าเดิมหรือลดลงกว่าตอนสมัยหนุ่มสาวแต่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของ ถิรารักษ์ (47) พบว่ารายได้ต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับ จันทรทิพย์ สันธวงษานนท์ (49) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านหม้อ อำเภอบางบาล จังหวัดสิงห์บุรีพบว่า รายได้ของครอบครัวส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ปราณี อัมสมบัติ (48) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.005$ เช่นเดียวกับ วนิดา ปลั่งทอง (23) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชมรมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียง สอดคล้องกับ อินทราพร พรหมปรการ (66) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทองพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ มธุรส จันทรแสงศรี (64) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมของ ผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมแบบไม่เป็นทางการ

ส่วนการศึกษาของ ศิริกันยา ปานพ่วงศรี (67) ศึกษาการจัดสวัสดิการของภาครัฐแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อความแตกต่างในเรื่องความต้องการของผู้สูงอายุในการได้รับบริการของภาครัฐ สมณัส วงศ์กฤษ (54) ก็พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุและอัญชลี พรประสาพผล (68) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความ

เข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีผลต่อความเข้มแข็งของชมรม

การศึกษาส่วนมากพบว่าปัจจัยทางด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่พอเพียงจะมีส่วนร่วมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียง หรือรายได้ปานกลางถึงมากจะมีส่วนร่วมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและรายได้ที่มากที่สุด ทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานได้ว่ารายได้จะมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับ การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี ก็มีความโน้มเอียงที่จะกระทำ กิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ บ่อยกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี(Pender) (69)

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพที่เสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นอันเป็นผลให้ความสามารถทางกายลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆและการเจ็บป่วยสูงขึ้น (Weak) (70) การเกิดภาวะเจ็บป่วย เป็นผลให้ความสามารถทางกายลดลง การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี มีโรคประจำตัวจะรู้สึกว่าคุณภาพต่ำทำให้กับครอบครัวและสังคมได้น้อยลง มีความรู้สึกเกรงใจ ลูกหลานที่ต้องเลี้ยงดู เกิดความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจมีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลาอาจมีผลต่อ ภาวะสุขภาพทางใจตามมา(Higuchi,1996)(71) ปราณี อัมสมบัติ (48) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พบว่า ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ สอดคล้องกับ วนิดา ปลั่งทอง (23) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชมรมผู้สูงอายุ:กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในอำเภอ กำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับจันทร์ทิพย์ สันธูรฆานนท์(49) ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านหม้อ อำเภอพรหมบุรี จังหวัด สิงห์บุรีพบว่า ภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของ ผู้สูงอายุ และอัญชลี พรประสาผล (68) ศึกษาปัจจัยก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุใน ชุมชนแออัด ของกรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะสุขภาพมีผลต่อความเข้มแข็งของชมรม

การศึกษาของมาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการรวมกลุ่ม ผู้สูงอายุเพื่อการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจะมีระดับของการรับรู้เกี่ยวกับการรวมกลุ่ม ของผู้สูงอายุลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี แต่เป็นที่น่าสนใจที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพ

อ่อนแอจะให้ความสำคัญต่อการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในส่วนที่เกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุส่วนหนึ่งคือ กิจกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการศึกษาของ สุนันต์ วงศ์บุญชร (54) ก็พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ มธุรส จันทรแสงศรี (64) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อย่างเป็นทางการของผู้สูงอายุ Tae wha Lee (56) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต

ส่วน พันธุ์ทิพย์ ศรีวรรณ (50) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบพบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาพ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ อุสา ศาสตร์ภักดี (55) ศึกษา การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเลย พบว่าสุขภาพร่างกายไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ

การศึกษาส่วนมากพบว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีส่วนร่วมมากกว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดีทำให้ตั้งสมมุติฐานได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทางเดียวกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ ปราณี อัมสมบัติ (48) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พบว่า ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ สอดคล้องกับ อัญชลี พรประสาผล (68) ศึกษาปัจจัยก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ของกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อชมรม มีผลต่อความเข้มแข็งของชมรม

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้สรุปหรือตั้งสมมุติฐานได้ว่าทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ

5.2.2 ปัจจัยเอื้อ

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ปราณ อิมสมบัติ (46) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พบว่า การเข้าถึงบริการของชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมน่าจะเป็นปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ

การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน การมีเครือข่ายผู้สูงอายุจะทำให้ชมรมผู้สูงอายุไม่โดดเดี่ยว ได้รับข่าวสารสนเทศไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุหรือเครือข่ายของจังหวัด ทำให้เกิดมิตรที่เอื้ออาทรทั่วประเทศช่วยทำให้ชมรมผู้สูงอายุมีพัฒนาการที่ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Markku and Juhani (72) ศึกษาการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพของชุมชนในเขตเมือง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันคือ องค์การอาสาสมัคร เครือข่ายกลุ่มเพื่อน กลุ่มปฏิบัติธรรมและกลุ่มกิจกรรมงานอดิเรก สอดคล้องกับ จรินทร์ จินรัตน์ (13) เรื่อง การดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง ของชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุบ้านปากน้ำ ตำบลลูกตลาด อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ปัจจัยภายนอกชมรมที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของชมรม คือ ความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุและองค์กรในชุมชน ซึ่งมีส่วนสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ทั้งด้านทุนและข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนารูปแบบของกิจกรรมของชมรมให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

แสวง ขาวแก้ว (73) ศึกษา การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดแพร่ พบว่า ด้านการสร้างเสริมความเข้มแข็งในชมรมนั้นพบว่าภายในชมรมมีการกำหนดโครงสร้างการบริการที่ชัดเจน มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสมาชิกให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุน มีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ

5.2.3 ปัจจัยเสริม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม Schaefer et al. (24) ได้แบ่งชนิดของพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดคือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การเอาใจใส่และการกระตุ้นเตือน 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เช่น การให้ความ

ช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา 3) การสนับสนุนด้านข่าวสาร (Informational support) เช่น การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาซึ่งสามารถนำไปแก้ไข ปรับปรุงสุขภาพอนามัยได้

Bowling A. (74) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในลอนดอน เมื่อปี ค.ศ. 1990 พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.158, p<.01$) โดยพบว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีการคุยกับญาติ เพื่อน เพื่อนบ้านทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ สุมันต วังศ์กุญชร(54) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ โสภิตา เมธาวิ(75) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 122 คน พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ พันธุ์ทิพย์ ศรีวรรณถ (50) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ พบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การสนับสนุนด้านครอบครัว มีผลต่อการมีส่วนร่วมทุกด้าน และ ศิริมา ลีละวงศ์ (76) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.5359$) สอดคล้องกับ มรุส จันทรแสงศรี (64) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 142 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อย่างเป็นทางการของผู้สูงอายุ มีเพียงการศึกษาของ อุสา ศาสตร์ภักดี (55) ที่ศึกษา การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเลย เท่านั้นที่พบว่าการสนับสนุนจากกลุ่มอิทธิพล เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ หรือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้ตั้งสมมุติฐานได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งได้ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ

ชมรม เป็น 4 ด้านคือการมีส่วนร่วมในด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในด้านการ ติดตามประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen and Uphoff เพราะการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของการดำเนินกิจกรรม เป็นแต่ละกิจกรรมๆ ไปการมีส่วนร่วมใน 4 ด้านดังกล่าวจึงน่าจะเหมาะสม และทฤษฎีที่นำมากำหนดกรอบแนวคิดคือ PRECEDE PROCEDE Model เพราะเป็นเรื่องของพฤติกรรม สุขภาพ ทำไมผู้สูงอายุจึงเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรม แล้วย้อนไปดูที่ต้นเหตุว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยน่าได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม และการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน ปัจจัยเสริมคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน สังคมและเจ้าหน้าที่ของรัฐ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งจังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งจังหวัดนครราชสีมา และการสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) กับคณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในชมรมผู้สูงอายุหรือมีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมในพื้นที่ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา โดยผ่านการสำรวจเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 27 ชมรม จาก 33 อำเภอ มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกจำนวน 21,874 คน ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประชากรไว้ดังนี้

- ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมได้ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุก่อนเดือนเมษายน พ.ศ.2548 ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในเอกสารยินยอมและได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มที่

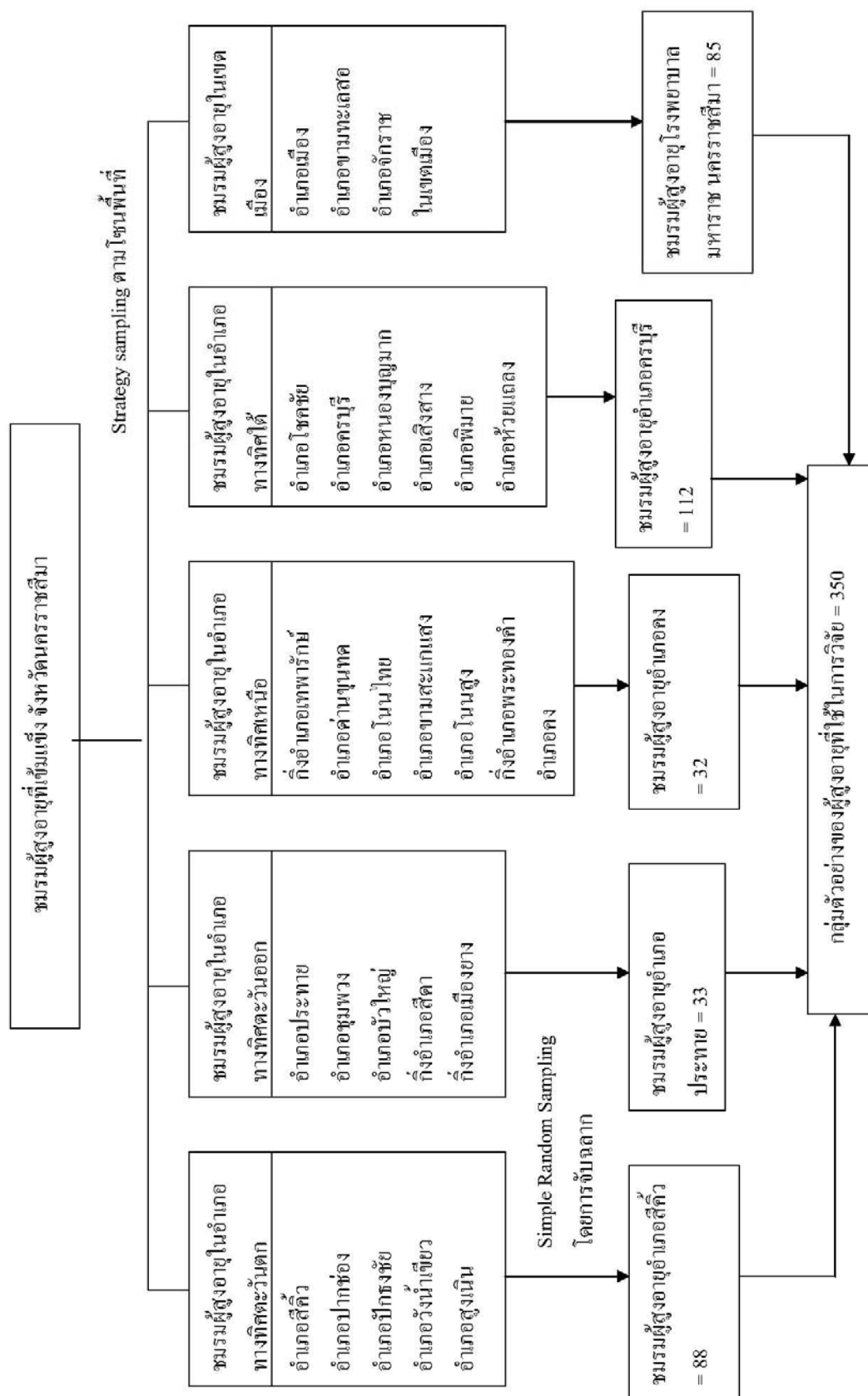
- มีอายุไม่เกิน 85 ปี
- สามารถอ่านออกเขียนได้หรือพูดรู้เรื่อง ไม่มีความพิการทางหู หรือทางสายตา
- ไม่อยู่ระหว่างภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุได้

ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อรุนแรง

ตารางที่ 1 แสดงชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งของจังหวัดนครราชสีมา

อำเภอ	ชื่อชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนสมาชิก
เมือง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ล้อม	200
ขามทะเลสอ	ชมรมผู้สูงอายุขามทะเลสอ	151
สูงเนิน	ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสูงเนิน	260
สีคิ้ว	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว	1,326
กิ่ง อ.พระทองคำ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านทำนบพัฒนา	50
กิ่ง อ.เทพารักษ์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านวังกะทะ	41
โนนไทย	ชมรมข้าราชการบำนาญและผู้สูงอายุโนนไทย-พระทองคำ	87
ด่านขุนทด	ชมรมผู้สูงอายุบ้านจันทน์สามัคคี	334
ปากช่อง	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองปากช่อง	1,315
ปักธงชัย	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอปักธงชัย	1,150
วังน้ำเขียว	ชมรมผู้สูงอายุตำบลไทยสามัคคี	90
หนองบุญมาก	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอหนองบุญมาก	379
ครบุรี	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอครบุรี	1,700
เสิงสาง	ชมรมผู้สูงอายุโนนสมบูรณ์สามัคคีธรรม	130
โชคชัย	ชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัยตำบลด่านเกวียน	92
จักราช	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอจักราช	4,154
พิมาย	ชมรมผู้สูงอายุตำบลชีวาน	125
ห้วยแถลง	ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลห้วยแถลง	199
กิ่ง อ.เมืองยาง	ชมรมผู้สูงอายุวัดสระบัวเมืองจาก	188
ประทาย	ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลประทาย	486
ชุมพวง	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอชุมพวง	6,258
กิ่ง อ.สีดา	ชมรมผู้สูงอายุสาธารณสุขสีดา	1,095
บัวใหญ่	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบัวใหญ่	34
คง	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอคง	484
โนนสูง	ชมรมผู้สูงอายุปรางทองตำบลพลสงคราม	93
ขามสะแกแสง	ชมรมข้าราชการบำนาญและผู้สูงอายุขามสะแกแสง	157
ในเขตเมือง	ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	1,296
	รวม	21,874

ที่มา:งานสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สิงหาคม 2548 (77)



2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากรของ Lamshow, Hosmer, Klar & Lwanga, 1990 (อ้างใน 78) โดยค่าความแปรปรวนของคะแนน การมีส่วนร่วมในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้มาจากการทดสอบแบบสัมภาษณ์ก่อนการนำไปใช้จริง ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าเท่ากับ 0.22

$$\text{จากสูตร } n = \frac{N Z^2 \alpha/2 \sigma^2}{d^2 (N-1) + Z^2 \alpha/2 \sigma^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง $N = 21,874$

$Z = 1.96$ เมื่อ $\alpha/2 = 0.05$

d = ข้อผิดพลาดที่ยอมรับได้ = 0.05

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนน การมีส่วนร่วมโดยการ Try out มีค่าเท่ากับ 0.22

$$\text{แทนค่า } n = \frac{21,874 (1.96)^2 0.22}{(0.05)^2 (21,874 - 1) + (1.96)^2 0.22} = 332.93$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 333 คน เพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ 350 คน

2.2 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ มีพื้นที่ค่อนข้างกว้าง วิธีการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของประชากรอาจแตกต่างกันตามพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multiple stage Sampling) ดังนี้ 1) Strategy by geographical area โดยแบ่งโซนพื้นที่ออกเป็นเขตปกครองตามพื้นที่ของมหาดไทย โดยใช้ที่ตั้งของตัวจังหวัดเป็นศูนย์กลาง ได้พื้นที่เป็นเขตอำเภอ ทางทิศเหนือ ทางทิศใต้ ทางทิศตะวันออก ทางทิศตะวันตก และเขตเมือง 2) Simple random Sampling ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุ 1 ชมรมจากแต่ละเขต จะได้ชมรมผู้สูงอายุ 5 ชมรม 3) Systemic Sampling ใช้วิธีสุ่มอย่างมีระบบจากทะเบียนรายชื่อสมาชิกของแต่ละชมรม วิธีการสุ่มจะเริ่มโดยกำหนดช่วงการสุ่มของแต่ละชมรม ซึ่งคำนวณจากจำนวนสมาชิกแต่ละชมรมหารด้วยจำนวนตัวอย่างของแต่ละชมรม จะได้ลำดับที่ของกลุ่มตัวอย่าง นำไปเทียบกับรายชื่อสมาชิกชมรม กรณีที่ไปแล้วไม่พบผู้สูงอายุตามรายชื่อ คุณสมบัติ ไม่ตรงตามที่กำหนด หรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยจะใช้ลำดับถัดไปเป็นกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive Sampling) โดยดูจากเกณฑ์ การเป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมเด่นๆ ได้รับรางวัลจากการประกวดชมรมผู้สูงอายุ มีสมาชิกมาร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมาก ฯลฯ จากอำเภอนอกเขตเมืองและในเขตเมือง ได้แก่ อำเภอครบุรี อำเภอสีคิ้ว และอำเภอเมือง ในแต่ละอำเภอกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ 6 ราย ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่น 3 ราย และบุคลากรด้านสาธารณสุข 3 ราย รวมทั้งหมด 12 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) แบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด โดยแบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประเภทของครอบครัว อาชีพและรายได้ ระยะเวลาและบทบาทการเป็นสมาชิกชมรม ความสะดวกในการเดินทางมาชมรม และการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ของวนิดา ปลื้มทอง (23) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 2 3 4 5 13 14 คำถามเชิงลบ 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 6 7 8 9 10 11 12 ลักษณะแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 3 ระดับคือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
เป็นจริงมาก	ให้ 3 คะแนน	เป็นจริงมาก	ให้ 1 คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	ให้ 2 คะแนน	เป็นจริงปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
เป็นจริงน้อย	ให้ 1 คะแนน	เป็นจริงน้อย	ให้ 3 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ออกเป็น 3 กลุ่มเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00- 1.67 (หรือคะแนนรวมต่ำกว่า 23 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.68- 2.34 (หรือคะแนนรวม 23-32 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.35- 3.00 (หรือคะแนนรวม 33-42 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 3 4 5 6 8 11 12 ข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 2 7 9 10 ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	เห็นด้วย	ให้ 0 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 1 คะแนน	ไม่แน่ใจ	ให้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 0 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน

การแปรผลคะแนนรวมทั้งหมด มีค่า 0- 24 คะแนน แบ่งทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อิงเกณฑ์ตามหลักการของ เสรี ราชโรจน์ (79) คือ

ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ

ร้อยละ 60 - 79 หมายถึง ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมี 10 ข้อ คำตอบของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งออกเป็น 4 ระดับคือได้รับมาก ปานกลาง น้อย และ ไม่ได้รับ กำหนดให้คะแนนเป็น 3 2 1 และ 0 ตามลำดับ

การแปรผล คะแนนรวมของสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน ตัดสินระดับของสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ระดับต่ำ คะแนนของสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ $< \bar{X} - S.D.$

ระดับปานกลางคะแนนของสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม $= \bar{X} \pm S.D.$

ระดับสูง คะแนนของสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ $> \bar{X} + S.D.$

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มี 10 ข้อ

คำตอบของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนเป็น 4 ระดับคือ ได้รับ มาก ปานกลาง น้อย และ ไม่ได้รับ กำหนดให้คะแนนเป็น 3 2 1 และ 0 ตามลำดับ

การแปรผล คะแนนรวมของการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน ตัดสินระดับของการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน โดยใช้ค่าเฉลี่ยของ คะแนนกลุ่มเป็นเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ระดับต่ำ คะแนนของการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน $< \bar{X} - S.D.$

ระดับปานกลาง คะแนนของการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน $= \bar{X} \pm S.D.$

ระดับสูง คะแนนของการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน $> \bar{X} + S.D.$

ส่วนที่ 6 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ประยุกต์จากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ ชรณี สุทธิพันธุ์ (80) โดยอาศัยแนวคิดแรง สนับสนุนทางสังคมของ Schaefer (24) ซึ่งแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านได้แก่

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-5 |
| 2. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 6-10 |
| 3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 11-15 |

คำตอบของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับคือ ได้รับมาก ปานกลาง น้อย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ได้รับมาก ให้ 3 คะแนน

ได้รับปานกลาง ให้ 2 คะแนน

ได้รับน้อย ให้ 1 คะแนน

การแปรผล คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจะอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน แบ่งระดับแรง สนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งคะแนนที่ได้จากการ ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้วิธีอิงเกณฑ์ ซึ่งคัดแปลงมาจากการประเมินผลการศึกษา ของ Bloom (อ้างใน (81) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับคือ

ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ

ร้อยละ 60 - 79 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่าน เกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของ

ปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในด้านการติดตามประเมินผล อย่างละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ ในด้านประเภทการมีส่วนร่วม ได้กำหนดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลาง และมีส่วนร่วมน้อย โดยแบ่งระดับการให้คะแนนตามแนวคิดดังนี้ (82) มีส่วนร่วมน้อยให้คะแนน 1 คะแนน มีส่วนร่วมปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน มีส่วนร่วมมาก ให้คะแนน 3 คะแนน

การแปรผล คะแนนรวมทั้งหมดมีค่า 20–60 คะแนน แบ่งการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่มของผู้สูงอายุ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งคะแนนที่ได้จากการประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีอิงเกณฑ์ตามหลักการของ Bloom 1968 (อ้างใน 81) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับคือ

- | | |
|------------------|---|
| ต่ำกว่าร้อยละ 60 | หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ |
| ร้อยละ 60 - 79 | หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง |
| ร้อยละ 80 ขึ้นไป | หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง |

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept Interview)

การสัมภาษณ์เชิงลึกนั้นผู้วิจัยตั้งประเด็นปัญหาซึ่งเป็นคำถามหลักในการวิจัย และคำถามย่อยประกอบอีกหลายข้อคำถามเพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สัมภาษณ์พร้อมการบันทึกเทป การสนทนาทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเพื่อให้ได้ภาพรวมทั้งหมด เพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหาในประเด็นการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กรอื่นๆต่อชมรมผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดแนวคำถามเพื่อครอบคลุมเนื้อหาในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

- ประวัติความเป็นมาของชมรมผู้สูงอายุ
- โครงสร้างของชมรมผู้สูงอายุและระเบียบการเข้าเป็นสมาชิกชมรม
- แหล่งทุนและการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการบริหารเงินทุน
- กิจกรรมหลัก และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม
- ประโยชน์ของชมรมผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุและสังคม
- บทบาทของผู้นำชุมชนในการสนับสนุนกิจกรรมหลักของชมรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)** โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยคิดแปลงและสร้างขึ้น ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาแก้ไขข้อคำถามและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผศ.มม.ดร.ฉัตรสุมน พงษ์ภิณูโย อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนางสัตว์ชัยชื่อ อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขและปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้

2. **ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability test)** โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ที่ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) จากการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

แบบสัมภาษณ์สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกของชมรม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

แบบสัมภาษณ์การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่คัดเลือกเพื่อชี้แจงขั้นตอนของกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบว่าในการศึกษาครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการจะตอบหรือต้องการจะออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลา จะ

ไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น โดยขอให้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่และขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลที่ได้ครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และยังได้รับการตรวจสอบและอนุมัติจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล No. MU 2006-095

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้เก็บข้อมูลประกอบด้วยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อขออนุมัติหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้
2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแต่ละข้อเพื่อให้เข้าใจตรงกัน ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อคำถาม ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคและขั้นตอนในการสัมภาษณ์ และวิธีการจดบันทึก
3. ติดต่อกับประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อดูรายชื่อสมาชิกและนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งไว้ รวบรวมข้อมูลเพื่อประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์นำมารวบรวม ตรวจสอบความถูกต้องและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นนำไปลงรหัสการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมุติฐานที่ตั้งไว้ดังรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำสุด/สูงสุด ของคะแนนการมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม ประโยชน์ที่จะได้รับการมีส่วนร่วม การบริหารงานของคณะกรรมการชมรม เครือข่ายผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้าได้แก่ อายุ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน และปัจจัยเสริมคือการได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's product moment correlation coefficient)

4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยใช้สถิติ t-test

5. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สุด ที่สามารถทำนายระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานสนับสนุน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างเก็บข้อมูลในภาคสนาม และภายหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จแล้ว เพื่อแยกประเภท จัดหมวดหมู่ เชื่อมโยง และหาความสัมพันธ์ของข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการอธิบายถึงความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ตามแนวประเด็นคำถาม ร่วมกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content Analysis) ภายใต้อบริบท(Context) ของชุมชน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 350 คน ดำเนินการระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2549 ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2549 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็นตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อชมรมผู้สูงอายุ

1.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน

1.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ด้านเพศ ด้านการศึกษากับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยใช้สถิติ t-test

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ด้านอายุ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อด้านสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิก การมีเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนาย การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ปัจจัยนำ

เพศ ผลการศึกษาพบว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงหรือคิดเป็นร้อยละ 65.1 ส่วนเพศชายร้อยละ 34.9

อายุ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอายุใกล้เคียงกันคือ กลุ่มอายุระหว่าง 70-74 ปีร้อยละ 28.3 อายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 25.1 กลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปีร้อยละ 24.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 74 ปีมีน้อยที่สุดคือร้อยละ 21.7 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 52 - 85 ปี อายุเฉลี่ย 69.15 ปี

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 78.3 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่สี่และต่ำกว่า ที่เหลือร้อยละ 21.7 สำเร็จการศึกษามากกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่สี่

รายได้ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 3,001 บาท คือร้อยละ 71.7 ที่เหลือมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 16.6 และ 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 11.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 3,838 บาท (SD = 5,599) รายได้สูงสุดเท่ากับ 40,000 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 100 บาท

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อทำการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดี ร้อยละ 68 ที่เหลือมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 28.6 และ 3.4 ตามลำดับ

ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง คือร้อยละ 89.4 มีเพียงส่วนน้อยที่มีทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุในระดับปานกลางและต่ำ ร้อยละ 9.1 และ 1.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มปัจจัยนำ

ปัจจัยนำ	จำนวน (n=350)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	228	65.1
ชาย	122	34.9
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 65	87	24.9
65-69	88	25.1
70-74	96	28.3
75 ขึ้นไป	76	21.7
$\bar{X} = 69.15$ $SD = 6.83$ $Min = 52$ $Max = 85$		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่สี่และต่ำกว่า	274	78.3
สูงกว่าประถมศึกษาปีที่สี่	76	21.7
รายได้		
ต่ำกว่า 3,001 บาท	251	71.7
3,001-6,000 บาท	41	11.7
6,001 บาทขึ้นไป	58	16.6
$\bar{X} = 3,838$ $S.D. = 5,599.06$ $Min = 100$ $Max = 40,000$		
การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ		
ระดับต่ำ (0-23 คะแนน)	12	3.4
ระดับปานกลาง (23-32 คะแนน)	100	28.6
ระดับสูง (33-42 คะแนน)	238	68
ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ		
ระดับต่ำ (0-14 คะแนน)	5	1.4
ระดับปานกลาง (14-18 คะแนน)	32	9.1
ระดับสูง (19-24 คะแนน)	313	89.4

1.3 ปัจจัยเอื้อ

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เมื่อทำการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนนสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมามีคะแนนสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในระดับต่ำและระดับสูง ร้อยละ 18 และ 12.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

การมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน เมื่อทำการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนน การมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานสนับสนุน สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน การมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานสนับสนุนในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.7 รองลงมามีคะแนนการมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานสนับสนุน ในระดับต่ำและระดับสูง ร้อยละ 20 และ 10.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน (n=350)	ร้อยละ
สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
ระดับต่ำ (0- 16 คะแนน)	63	18
ระดับปานกลาง (16-26 คะแนน)	242	69.1
ระดับสูง (26 –30 คะแนน)	45	12.9
การมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน		
ระดับต่ำ (0- 16 คะแนน)	70	20
ระดับปานกลาง (16- 28 คะแนน)	244	69.7
ระดับสูง (28 –30 คะแนน)	36	10.3

1.4 ปัจจัยเสริม

แรงสนับสนุนทางสังคม คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ปาน-กลาง และต่ำ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.4 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงและ ที่เหลือได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 18.6 ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม	จำนวน (n=350)	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคม		
ระดับปานกลาง (27-35 คะแนน)	65	18.6
ระดับสูง (36-45 คะแนน)	285	81.4

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 28.6 และร้อยละ 14.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

เมื่อแบ่งการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมด้านการติดตามและประเมินผล และด้านการดำเนินกิจกรรมสูงที่สุด พบในระดับที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 26.3 และร้อยละ 25.7 ตามลำดับ ส่วนด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม และด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาเป็นหน้าที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือร้อยละ 60.6 และร้อยละ 52.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (n=350)	ร้อยละ
มีส่วนร่วมต่ำ (20-35 คะแนน)	200	57.1
มีส่วนร่วมปานกลาง (36-47 คะแนน)	100	28.6
มีส่วนร่วมสูง (48-60 คะแนน)	50	14.3

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในชมรม ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน

การมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1. ด้านการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา	182 (52.0)	101 (28.9)	67 (19.1)
2. ด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม	212 (60.6)	64 (18.3)	74 (21.1)
3. ด้านการดำเนินกิจกรรม	141 (40.3)	119 (34.0)	90 (25.7)
4. ด้านการติดตามประเมินผล	150 (42.9)	108 (30.9)	92 (26.3)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามในแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา เรื่องที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ เข้าประชุมกับชมรมผู้สูงอายุเพื่อระดมค้นหาปัญหา ในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม มีค่าเฉลี่ย 1.98 รองลงมา คือได้ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาก่อนการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 1.71 และเรื่องที่สมาชิกมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ ได้ร่วมวิเคราะห์หาผลกระทบจากปัญหาและสาเหตุของปัญหา มีค่าเฉลี่ย 1.56

ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เรื่องที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และใช้เป็นแนวทาง ในการร่วมวางแผนดำเนินกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.75 รองลงมา คือมีส่วนร่วมในการริเริ่มนำเสนอแผนการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม มีค่าเฉลี่ย 1.71 และเรื่องที่สมาชิกมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน ตารางการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม มีค่าเฉลี่ย 1.58

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เรื่องที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมหลักที่ทางชมรมจัดขึ้นทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ย 2.52 รองลงมา คือ การมีส่วนในการประชาสัมพันธ์การดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม มีค่าเฉลี่ย 1.99 และเรื่องที่สมาชิกมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการแจกแจงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม มีค่าเฉลี่ย 1.61

ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล เรื่องที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ การได้มีการพูดคุย เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมในกลุ่มเพื่อนสมาชิกของชมรม มีค่าเฉลี่ย 2.03 รองลงมา คือ การได้ติดตามการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมว่าดำเนิน

ไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีค่าเฉลี่ย 1.92 และเรื่องที่สมาชิกมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ ได้ติดตามการใช้จ่ายเงิน รายรับ - รายจ่าย ในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมและ ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม มีค่าเฉลี่ย 1.73 เท่ากัน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุเป็นรายข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม (N=350)				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา					
1.ท่านเข้าประชุมกับชมรมผู้สูงอายุเพื่อระดมค้นหาปัญหาในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	29.7	42.6	27.7	1.98	0.759
2.ท่านได้ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของชุมชนของท่าน	45.7	41.7	12.6	1.67	0.689
3.ท่านได้ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาก่อนการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ	47.4	34.4	18.3	1.71	0.758
4.ท่านได้ร่วมวิเคราะห์หาผลกระทบจากปัญหาและสาเหตุของปัญหา	57.1	30.0	12.9	1.56	0.711
5.ท่านเสนอแนะแนวทางในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ	50.0	33.4	16.6	1.67	0.745
รวม	52.0	28.9	19.1	1.67	0.778
ด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม					
6.ท่านมีส่วนร่วมในการริเริ่มนำเสนอแผนการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	50.9	27.7	21.4	1.71	0.799
7.ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหลักที่ดำเนินการ	55.1	24.9	20.0	1.65	0.794

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุเป็นรายข้อคำถาม (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม (N=350)				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม					
8.ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนคัดเลือกกิจกรรมหลักหรือกลวิธีดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	56.3	25.7	18.0	1.62	0.773
9.ท่านให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และใช้เป็นแนวทางในการร่วมวางแผนดำเนินกิจกรรม	44.3	36.6	19.1	1.75	0.757
10.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน ตารางการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	58.6	24.6	16.9	1.58	0.763
รวม	60.6	18.3	21.1	1.61	0.815
ด้านการดำเนินกิจกรรม					
11.ท่านมีส่วนร่วมในการแจกแจงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	56.3	26.9	16.9	1.61	0.760
12.ท่านได้รับมอบหมายหรือมีหน้าที่รับผิดชอบในกิจกรรมหลักที่ท่านดำเนินการ	54.6	26.9	18.6	1.64	0.777
13.ท่านบริจาคเงินหรือวัสดุสิ่งของ เช่น อุปกรณ์การออกกำลังกาย ให้กับชมรม	41.1	36.0	22.3	1.81	0.777
14.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมหลักที่ทางชมรมจัดขึ้นทุกครั้ง	8.0	31.1	60.3	2.52	0.641
15.ท่านมีส่วนในการประชาสัมพันธ์การดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	28.6	44.3	27.1	1.99	0.747
รวม	40.3	34.0	25.7	1.86	0.816

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุเป็นรายข้อคำถาม (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม (N=350)				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการติดตามประเมินผล					
16.ท่านได้ติดตามการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมว่าดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	30.0	48.3	21.7	1.92	0.715
17.ท่านได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมในกลุ่มเพื่อนสมาชิกของชมรม	27.7	42.0	30.3	2.03	0.762
18.ท่านได้ติดตามการใช้จ่ายเงิน รายรับ - รายจ่าย ในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	49.1	28.3	22.6	1.73	0.805
19.ท่านทราบถึงปัญหาการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	40.6	35.4	24.0	1.83	0.787
20.ท่านได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม	48.0	31.4	20.6	1.73	0.782
รวม	42.9	30.9	26.3	1.84	0.816

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

1. เพศ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วม แล้วพบว่าความแตกต่างทางเพศทำให้ระดับการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าระดับ 0.05 โดยเพศชายจะมีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างเพศ กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

เพศ	N	Mean	Std.Deviation	t	df	P-value
ชาย	122	37.7623	11.61	2.616	348	<0.05
หญิง	228	34.5658	10.49			

2. ระดับการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วม แล้วพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้ระดับการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าระดับ 0.05 โดย โดยกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จะมีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาดำรงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างระดับการศึกษา กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	N	Mean	Std.Deviation	t	df	P-value
ป.4 และต่ำกว่า	274	34.0328	10.17	-5.103	107.81	<0.05
สูงกว่า ป.4	76	41.6184	11.80			

3. อายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.007) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ โดยพิจารณาจากค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.144 (ตารางที่ 10)

4. รายได้ผู้สูงอายุ

การหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ผู้สูงอายุ กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า รายได้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ โดยพิจารณาจากค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.292 (ตารางที่ 10)

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงจะมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ โดยพิจารณาจากค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.266 (ตารางที่ 10)

6. ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีทักษะเชิงบวกต่อชมรมผู้สูงอายุสูงจะมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีทักษะเชิงลบ แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำโดยพิจารณาจากค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.144 (ตารางที่ 10)

7. สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นั่นคือผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรมสูงจะมีส่วนร่วมในชมรม ผู้สูงอายุ มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรมต่ำ และเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลางโดยพิจารณาจากค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.439 (ตารางที่ 10)

8. การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า การมีเครือข่าย

ผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าชมรมผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนสูง จะมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุสูงกว่าชมรมผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนน้อยกว่า แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำโดยพิจารณาจากค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.317 (ตารางที่ 10)

9. แรงสนับสนุนทางสังคม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุที่สูงกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำโดยพิจารณาจากค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.331 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยวิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	p-value
อายุ	-0.144	0.007
รายได้	0.292	<0.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.266	<0.001
ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ	0.144	0.007
สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิก	0.439	<0.001
การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน	0.317	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.331	<0.001

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรตาม (Y) กับตัวแปรอิสระ (X) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05 ได้แก่ เพศ (X_1) ระดับการศึกษา (X_3) รายได้ (X_4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X_5) ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ (X_6) สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิก (X_7) การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน (X_8) แรงสนับสนุนทางสังคม (X_9) ($r = 0.139, 0.285, 0.292, 0.266, 0.144, 0.439, 0.317, 0.331$) และมีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับอายุ (X_2) ($r = -0.144$) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่ศึกษา

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่ศึกษา								
Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9
Y (การมีส่วนร่วม)	1.000	-0.139*	0.285*	0.292*	0.266*	0.144*	0.439*	0.317*	0.331*
X1 (เพศ)		1.000	-0.144*	-0.175*	-0.030	0.055	0.064	0.119*	-0.023
X2 (อายุ)			1.000	-0.092	-0.91	0.021	-0.075	-0.134*	0.002
X3 (การศึกษา)				1.000	0.620*	0.120*	-0.040	-0.007	0.043
X4 (รายได้)					1.000	0.251	0.021	-0.020	0.060
X5 (การรับรู้ภาวะสุขภาพ)						1.000	0.110*	0.159*	0.150*
X6 (ทัศนคติต่อชมรม)							1.000	0.253*	0.178*
X7 (สิทธิประโยชน์)								1.000	0.464*
X8 (การมีเครือข่าย)									1.000
X9 (แรงสนับสนุนทางสังคม)									
									1.000

หมายเหตุ *P<0.05

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและความสามารถในการคาดการณ์การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 9 ตัวแปร ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคือ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ($B=0.373$) รองลงมาคือระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ($B= 0.252$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ($B= 0.163$) อายุ($B= 0.121$) แรงสนับสนุนทางสังคม($B= 0.121$) และตัวแปรอันดับสุดท้ายคือเพศ ($B=0.101$) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.0 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)
ระหว่างตัวทำนายและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ตัวทำนาย	สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ		
	B	Beta	p-value
สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิก(X_1)	0.844	0.373	<0.001
ระดับการศึกษา(สูงกว่าประถมศึกษา 4)(X_2)	6.713	0.252	<0.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X_3)	0.391	0.163	<0.001
อายุ (X_4)	-0.195	-0.121	0.006
แรงสนับสนุนทางสังคม (X_5)	0.255	0.121	0.015
เพศ(ชาย)(X_6)	-2 .328	-0.101	0.027

$$B_0 = 10.258, R^2 = 0.35, \text{ Adj } R^2 = 0.339$$

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอย (B) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ คือ สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิก ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถม 4 การรับรู้

ภาวะสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และเพศ ตามลำดับ และค่าคงที่จากการวิเคราะห์นี้ได้เส้นสมการถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งเท่ากับ 10.258 ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อใช้ทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ได้ดังนี้

$$y = 10.258 + .844 X_1 + 6.713x X_2 + .391 X_3 - .195 X_4 + .255 X_5 - 2.328 X_6$$

ตารางที่ 13 สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย	p- value	ผลการทดสอบสมมุติฐาน
1. ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุประกอบด้วย		
1.1 เพศ	0.042	ยอมรับ
1.2 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า 4	<0.001	ยอมรับ
1.3 สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา 4	<0.001	ยอมรับ
1.4 อายุ	0.007	ยอมรับ
1.5 รายได้	<0.001	ยอมรับ
1.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ	<0.001	ยอมรับ
1.7 ทศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ	0.007	ยอมรับ
2 ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุประกอบด้วย		
2.1 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิก	<0.001	ยอมรับ
2.2 เครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	<0.001	ยอมรับ
3. ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุประกอบด้วย		
3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม	<0.001	ยอมรับ
4. ปัจจัยที่ร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ		
4.1 เพศ	0.027	ร่วมทำนาย
4.2 อายุ	0.015	ร่วมทำนาย
4.3 การศึกษาสูงกว่าชั้นประถม 4	<0.001	ร่วมทำนาย
4.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ	<0.001	ร่วมทำนาย

ตารางที่ 13 สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย (ต่อ)

สมมุติฐานการวิจัย	p- value	ผลการทดสอบสมมุติฐาน
4.5 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิก	<0.001	ร่วมทำนาย
4.6 แรงสนับสนุนทางสังคม	0.015	ร่วมทำนาย
4.7 รายได้		ไม่ร่วมทำนาย
4.8 เครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน		ไม่ร่วมทำนาย
4.9 ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ		ไม่ร่วมทำนาย

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง/ลักษณะชมรม

ผู้นำชมรมที่ให้สัมภาษณ์มี จำนวน 12 คน มาจากตัวแทนของชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน ได้แก่ ประธานชมรมผู้สูงอายุ 3 คน รองประธานชมรม 1 คน เลขานุการ 2 คน จากตัวแทนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน จากเทศบาล 2 คน และตัวแทนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาลจากเวชกรรมสังคม 1 คน จากสถานีอนามัย 2 คน ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 9 คน เพศหญิง 3 คน ครึ่งหนึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์ มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่เหลืออยู่ระหว่าง 35-55 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ที่เหลือเป็นมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.67 ของผู้ให้สัมภาษณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมานาน มากกว่า 5 ปี และที่เหลือมากกว่า 1 ปี

ที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุ เป็นชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอทั้ง 3 ชมรมและมีที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอทั้ง 3 แห่ง มีอาคารหรือสถานที่ตั้งชมรมถาวรแยกเฉพาะออกมาจากหน่วยงานอื่น แต่อยู่ในบริเวณเดียวกับโรงพยาบาล 1 แห่งอีก 2 แห่ง ไม่มีอาคารที่ตั้งถาวร ใช้ที่ทำการชมรม ที่จัดประชุมร่วมกับโรงพยาบาลประจำอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลักษณะของชมรมเป็นชมรมของผู้สูงอายุทั่วไปที่อาศัยอยู่ในอำเภอและรับสมาชิกที่อาศัยอยู่ในอำเภอนั้นๆ

ประวัติความเป็นมาของชมรมผู้สูงอายุ

ความเป็นมาของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทั้ง 3 แห่งใกล้เคียงกันคือ ครั้งแรกเกิดจากการรวมตัว ของผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อพบปะพูดคุยกัน มีกิจกรรมที่สนใจทำร่วมกัน เช่น มี

บางกลุ่มสนใจเรื่องของสุขภาพ ก็จะมาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในโรคที่ตัวเองเป็นโรคที่เคยเป็นหรือเรื่องที่สนใจ และมีการทำกิจกรรมร่วมกันเช่นการออกกำลังกาย ตัวอย่างเช่นในกรณีของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เกิดจากกลุ่มคนไข้โรคเรื้อรังที่ต้องมาพบแพทย์ประจำเมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ ร่วมกับการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมกลุ่มแล้วผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผลดีต่อตัวเองจึงมีการมารวมกลุ่มพบปะกันเรื่อยๆ ในอีก 2 ชมรมเกิดจากผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นในหมู่บ้านและตำบล มีการรวมกลุ่มคนตามความสนใจของแต่ละบุคคลเช่นกลุ่มผู้สูงอายุที่ชอบเข้าวัดฟังธรรม กลุ่มที่ต้องการสานต่อประเพณีวัฒนธรรม บางกลุ่มสนใจเรื่องอาชีพเสริม แต่ยังไม่เป็นรูปแบบชมรมอย่างเป็นทางการ จนกระทั่งมีนโยบายจากราชการจึงมีการจัดตั้ง เป็นรูปแบบชมรมผู้สูงอายุขึ้น ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีการจดทะเบียนอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2531 ชมรมผู้สูงอายุอำเภอครบุรีจัดตั้งในปี พ.ศ.2537 และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสีกวจัดตั้งในปี พ.ศ.2543 ทั้ง 3 ชมรมก็เป็นสมาชิกสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในกระบวนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเจ้าหน้าที่และหน่วยงานของรัฐเป็นแกนนำในการจัดตั้ง และมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือภาระหนึ่งจนกระทั่งผู้สูงอายุในชมรมหรือคณะกรรมการ สามารถดูแลและบริหารชมรมได้ จึงทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา คอยดูแลเรื่องวิทยาการมาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือเมื่อชมรมต้องการ

“กลุ่มคนไข้ที่มาพบแพทย์เป็นประจำ มีการรวมกลุ่มกันเพื่อพูดคุยในเรื่องโรคที่ตนเองเป็นอยู่สอดคล้องกับช่วงที่สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณมีพระราชดำริให้มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นนโยบายของกรมประชาสัมพันธ์ จึงเกิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นมา” (ประธานชมรมผู้สูงอายุแห่งที่ 1)

“จากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงมีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเองตามความสนใจ เช่น กลุ่มที่เข้าวัดฟังธรรม กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มหารายได้พิเศษจากอาชีพเสริม ฯลฯ จนกระทั่งโรงพยาบาลได้มีการนัดหมาย และดำเนินการให้เกิดเป็นชมรมขึ้น” (ประธานชมรมผู้สูงอายุแห่งที่ 3)

โครงสร้างของชมรมผู้สูงอายุ ระเบียบการเข้าเป็นสมาชิกชมรมและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิก

โครงสร้างของทั้ง 3 ชมรมมีลักษณะคล้ายกันคือ คณะกรรมการบริหารชมรมแต่ละชมรมมีประมาณ 8- 15 คน ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ เหรัญญิก นายทะเบียน และตำแหน่งอื่นๆ ตามแต่ละชมรมจะเห็นสมควร การได้มาของประธานชมรม ได้มาจากการเลือกตั้งของสมาชิก ซึ่งประธานชมรมมีหน้าที่จัดประชุมกรรมการและสมาชิก เพื่อกำหนดแนวนโยบายการดำเนินงานในชมรม คณะกรรมการแต่ละชุดมีวาระชุดละ 2 ปี เมื่อครบจะมีการเลือกตั้งใหม่

คณะกรรมการชุดเก่าอาจได้รับเลือกอีกได้ นอกจากนี้ในบางชมรมยังมีคณะกรรมการที่ปรึกษาหรืออุปถัมภ์ชมรมอีกซึ่งในคณะกรรมการที่ปรึกษาอาจจะประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือสาธารณสุขที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือผู้ที่มีประสบการณ์สามารถให้คำปรึกษาแก่ชมรมได้

ในการรับสมาชิกทั้ง 3 ชมรมมีแนวนโยบายที่เหมือนกันคือ รับสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอนั้นๆ และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่แต่ละชมรมกำหนด ประเภทของสมาชิกมี 2 ประเภทคือ สมาชิกสามัญคือผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีขึ้นไป และ สมาชิกสมทบคือบุคคลที่มีอายุยังไม่ถึง 60 ปีแต่ต้องการสมัครเป็นสมาชิกชมรม ระเบียบการเข้าเป็นสมาชิกชมรมต้องมีคุณสมบัติตามที่ชมรมกำหนด ยื่นใบสมัครและเสียค่าสมัคร สำหรับชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชค่าสมัครตลอดชีพ 300 บาท หรือสมัครรายปีๆละ 100 บาท ครบ 3 ปีได้เป็นสมาชิกตลอดชีพ และการรับสมาชิกเมื่อก่อนไม่ได้กำหนดว่าจะต้องมีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอเมืองทำให้ผู้สูงอายุที่อื่นๆ มาสมัครกันมาก เพราะหวังจะได้รับสิทธิด้านการรักษา ทำให้มีจำนวนสมาชิกเป็นจำนวนมาก ภาระยะหลังจึงต้องจำกัดเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ส่วนอีก 2 ชมรมค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพ 100 บาท สมาชิกมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี สมาชิกส่วนมากจะสมัครเข้าชมรมเพื่อจะได้เข้ากองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และสิทธิด้านการรักษา แต่ตามระเบียบชมรมแล้วสมาชิกมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากชมรม เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม เข้าร่วมประชุม มีสิทธิในการเลือกตั้ง หรือรับเลือกตั้งอย่างเท่าเทียมกัน และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับชมรม กฎระเบียบข้อบังคับชมรมนั้นคณะกรรมการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กำหนด

“ชมรมมีคณะกรรมการบริหาร 8 คน มีวาระชุดละ 2 ปี บางคนอาจได้รับเลือกใหม่ได้ พวกผมเป็นวาระที่ 2 แล้ว ประธานคนปัจจุบันก็มาจากรองประธานเมื่อวาระที่แล้ว” (รองประธานชมรมผู้สูงอายุแห่งที่ 2)

“เมื่อก่อนไม่ได้กำหนดว่าสมาชิกจะต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมืองทำให้ผู้สูงอายุที่อื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนไข้มารสมัครกันมาก ภาระยะหลังจึงต้องจำกัดเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง” (เลขานุการชมรมผู้สูงอายุแห่งที่ 1)

แหล่งทุน และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการบริหารเงินทุน

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้นำชมรมทั้ง 6 คนให้ข้อมูลว่า รายได้หลักของทั้ง 3 ชมรม มาจากค่าสมัครสมาชิก และเงินบริจาค จะใช้จ่ายในกรณีที่ช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย/ตายและค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมส่วนการจัดกิจกรรมต่างๆจะเป็นการขอสนับสนุนเงินทุนจากภาครัฐ/เอกชนเป็น

กิจกรรมแต่ละครั้งไป เช่น ชมรมมีโครงการงานวันผู้สูงอายุ เวทีคนเฒ่าเล่าความหลัง ก็จะขอสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆเป็นแต่ละโครงการ แหล่งทุนที่สนับสนุนด้านงบประมาณให้กับชมรมผู้สูงอายุ เมื่อชมรมผู้สูงอายุ ต้องการจัดกิจกรรมต่างๆ ขึ้นมาโดยในเบื้องต้น จะขอสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีงบประมาณด้านผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจัดสรรไว้ให้ทุกปีอยู่แล้ว นอกจากนั้นจะเป็นการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นบ้าง สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)บ้าง หรือหน่วยงานอื่นๆ แล้วแต่ว่าชมรมผู้สูงอายุ จะขอสนับสนุนไป

“ทางจังหวัดจะมีเงินสนับสนุนสำหรับกิจกรรมที่จัดเป็นประจำทุกปีอยู่แล้ว บางกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมใหม่ก็จะหาแหล่งสนับสนุนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนมากไม่มีปัญหาขอเพียงตั้งใจทำจริงก็จะมีคนสนับสนุน” (เลขานุการชมรมผู้สูงอายุแห่งที่ 3)

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า ส่วนมากคณะกรรมการชมรมมีหน้าที่หาแหล่งทุนเอง แต่ไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับคณะกรรมการเพราะการจัดกิจกรรมของชมรมมีทุกปีเป็นประจำ ทำให้รู้ว่าในปีหนึ่งๆจะมีเงินสนับสนุนจากที่ใดบ้าง กิจกรรมชมรมมีอะไรบ้าง จะจัดสรรอย่างไร แต่ก็มีบางที่ หรือบางหน่วยงานที่ประสบปัญหา เมื่อติดต่อประสานงานไปไม่ได้รับความร่วมมือเลยทั้งๆที่หน่วยงานนั้นมีส่วนในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุ ส่วนทางด้านชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช จะแตกต่างจาก 2 ชมรมคือ จะมีเงินบริจาคเยอะกว่าชมรมอื่น ซึ่งชมรมจะนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม เช่น การประชุมสมาชิก ประจำเดือนการร่วมกิจกรรมวันสำคัญของชาติ ศาสนา การทำบุญทอดกฐิน หรือบางกิจกรรมสมาชิกยินดีที่จะจ่ายเอง

ส่วนการมีส่วนร่วมในด้านการบริหารเงินทุน ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมบริหารจัดการเกือบทุกคน ยกตัวอย่างเช่น เมื่อมีงบประมาณมากก้อนหนึ่ง ในคณะกรรมการต้องคุยกันว่า จะใช้อย่างไร เท่าไหร่ ใครรับผิดชอบตรงจุดไหน เมื่อเสร็จสิ้นโครงการจะมีการประชุมสรุป ประเมินผลอีกครั้งหนึ่ง

“ในการประชุมสมาชิกประจำเดือนทุกเดือนจะมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายแต่ละครั้งประมาณ 1,500 บาท ส่วนมากสมาชิกหรือผู้สูงอายุอื่นจะเป็นผู้บริจาค มาจบกินกันไว้ล่วงหน้าหลายๆเดือนเลย แทบจะไม่ต้องใช้เงินชมรมเลย” (เลขานุการชมรมผู้สูงอายุแห่งที่ 1)

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลว่า เรื่องของเงินทุนหรืองบประมาณนี้แทบจะไม่ได้มีส่วนร่วมเลย เว้นแต่ว่าชมรมต้องการที่จะให้ช่วยจัดการจึงจะได้เข้าไปมีส่วนร่วมด้วย เช่น จะมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำการหาแหล่งทุน และช่วยเหลือในเรื่องการติดต่อ

ประสานงาน บางชมรมก็ช่วยเหลือเรื่องของหนังสือเอกสาร การเขียนโครงการ รวมถึงช่วยเหลือเรื่องการจัดสรรและบริหารเงินทุนที่ได้มาด้วย

ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นตัวแทนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ให้ข้อมูลว่ามีส่วนในการให้งบประมาณสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนการบริหารจัดการจะมีส่วนร่วมน้อยที่ได้รับผิดชอบเพียงแค่ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรม มีเพียงเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนเทศบาล 1 แห่งที่ไม่ได้มีส่วนในการสนับสนุนเงินหรืองบประมาณในการดำเนินกิจกรรมของชมรมเลย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทุกแห่งจะรับผิดชอบเงินช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เป็นงบประมาณมาโดยตรง ให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้คัดเลือกผู้สูงอายุที่สมควรจะได้รับ คนละ 300 บาทต่อเดือน “ทางเทศบาลเรา จัดงบประมาณส่วนนี้ไว้ให้กับผู้สูงอายุอยู่แล้วทุกปีเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเมื่อทางชมรมขอเข้ามา จะจัดสรรให้และมีงบอีกส่วนที่เป็นเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุเดือนละ 300 บาท จะได้อยู่ทั้งหมด 10 เปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุทั้งหมด” (องค์การบริหารเทศบาลแห่งที่ 2)

กิจกรรมหลัก และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม

จุดมุ่งหมายในการจัดตั้งเป็นชมรม ทั้ง 3 ชมรมผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้นำชุมชนให้ข้อมูลว่าเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตและทางด้านสังคม การช่วยเหลือกันด้านสุขภาพ การสังสรรค์สมาคม และกิจกรรมทางศาสนา เพราะฉะนั้นทั้ง 3 ชมรมมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การตรวจสุขภาพ อย่างน้อยสมาชิกต้องได้รับการปีละ 1 ครั้ง และการออกกำลังกาย สำหรับกิจกรรมออกกำลังกาย เมื่อได้รับความรู้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายจากชมรม ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันหรือใกล้เคียงกันจะรวมตัวกันออกกำลังกายทุกวันหรือในวันที่สะดวกกับทุกคนช่วงเวลา อาจจะเป็นเช้าหรือเย็น ชนิดของการออกกำลังกายแล้วแต่ความสะดวกของกลุ่ม แต่มีข้อจำกัดว่ากิจกรรมออกกำลังกายได้ทำเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่สนใจและมีสถานที่ๆ เอื้อต่อการออกกำลังกาย อีกกิจกรรมคือการประชุมพบปะสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสีคิ้วและชมรมผู้สูงอายุอำเภอครบุรีมีการประชุมสามัญประจำปีสมาชิกทั้งหมด ปีละ 2 ครั้ง เพื่อแจ้งแผนการดำเนินงานประจำปีและสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และประชุมกรรมการและอนุกรรมการ 2 เดือน/ครั้ง ส่วนชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนิการประชุมกรรมการทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน ประชุมสมาชิกทุกวันพุธต้นเดือน

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นตัวแทนของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ จะมีส่วนร่วมเกือบทุกขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และประเมินผล ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ จะเสนอเรื่องที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ หรือเรื่องที่คุณสูงอายุส่วน

ใหญ่สนใจ หรือน่าจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากที่สุด กิจกรรมการออกกำลังกาย จะมี ส่วนในการติดต่อ หาสถานที่ ติดต่อวิทยากรหรือผู้นำในการออกกำลังกาย ชักชวนผู้สูงอายุอื่นๆ มาร่วมออกกำลังกาย กิจกรรมเกี่ยวกับวันสำคัญทางศาสนาหรือประเพณีวัฒนธรรมก็จะมาร่วมและ ชักชวนผู้สูงอายุในชมรมมาร่วมด้วย

“ทุกเดือนสมาชิกจะมาเข้าร่วมประชุมประมาณ 80-100 คน มีการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ หรือบางเดือนก็ฟังเทศน์ มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน และร่วมรับประทานอาหารกลางวัน ด้วยกัน” (เลขานุการชมรมผู้สูงอายุแห่งที่ 1)

ทางด้านเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจะมีบทบาทในเรื่องของการเป็นผู้ดูแลและให้คำแนะนำ หา วิทยากรช่วยและบทบาทในการให้กำลังใจ มีปัญหาอะไร ขาดเหลืออะไร ต้องการให้ช่วยเหลือที่ช่วย ได้ก็จะช่วย ถ้าไม่ได้ก็จะหาวิธีให้ แนะนำให้ หาทางออกให้ ทุกครั้งที่มีการประชุมหรือจัดกิจกรรม ก็เข้าไปร่วมโดยการ สังเกตการณ์ดูแลพูดคุย และให้กำลังใจ จะให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเอง เกือบทั้งหมด “เราจะปล่อยให้ผู้สูงอายุดูแลกันเอง บริหารจัดการกันเอง แต่จะคอยอยู่ห่างๆ มี ปัญหาอะไร ขาดเหลืออะไร ที่ช่วยได้ก็จะช่วย ถ้าช่วยไม่ได้ก็จะหาวิธีให้ หาทางออกให้ ทุกครั้งที่มีการประชุมหรือจัดกิจกรรม ก็เข้าไปนั่งฟัง ไปให้ท่านเห็นหน้า ถ้าหายไปนานๆ ท่านน้อยใจนะ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแห่งที่ 2)

ส่วนทางด้านตัวแทนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะได้มาร่วมก็เฉพาะกิจกรรมที่จัดขึ้น ในระดับตำบลหรืออำเภอ เช่นงานวันผู้สูงอายุ การทัศนศึกษา

ประโยชน์ของชมรมผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุและต่อสังคม

ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดให้ข้อมูลในลักษณะเดียวกันว่า ผู้สูงอายุได้ประโยชน์จากการเป็น สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประโยชน์ที่ได้้นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ที่ชมรมจัดให้ในเรื่องต่างๆ แล้ว ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้นำชมรมทั้งหมดมีความเห็นว่าตนเองได้รับประโยชน์จากการเปิดคณะกรรมการ ชมรม คือการได้ช่วยเหลือสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ได้ สมาคมสังสรรค์ รู้จักคนมากขึ้น และได้รับบริการสุขภาพเป็นกรณีพิเศษจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

“พวกผมคนวัยนี้แล้ว ไม่รู้ว่าจะแสวงหาอะไรอีก เมื่อได้มาทำตรงนี้แล้วรู้สึกภาคภูมิใจ และ รู้สึกว่าตัวเองยังมีค่า มีประโยชน์อยู่” (เลขานุการชมรมผู้สูงอายุแห่งที่ 3)

ทางด้านผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นสอดคล้องกันว่าชมรมสูงอายุ ได้ให้ประโยชน์กับผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และทางสังคม การที่ผู้สูงอายุได้มา รวมกลุ่มกัน ได้พบปะพูดคุยกับคนในวัยเดียวกัน มีความเข้าใจกันและกัน ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อน ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของชมรมก็จะมีความรู้สึกดีขึ้น ไม่เหงา ในผู้สูงอายุ

ที่เป็นโรคเรื้อรังก็มีแนวโน้มดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่ เช่นในผู้ป่วยเบาหวาน ก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็มีระดับความดันโลหิตที่ลดลง ได้ยาน้อยลง เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการทำกลุ่ม ในชมรมผู้สูงอายุจะพยายามดึงให้ผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในชมรม ให้มีหน้าที่รับผิดชอบ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอยากทำงานเพื่อสังคมมากขึ้น

“ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มดีขึ้นทุกราย จะไม่ขาดนัดเลย ลุงจอนนะ อัมพาตเดินได้ ไปดูได้เลย เป็นอะไรที่เป็นรูปธรรม มะเร็งระยะที่ 3 เพิ่งถอดเข็มมาก็มี Case อยากจะกินยาตายก็มี ดึงมาเป็นผู้นำกลุ่ม ตอนนี้แสบปี่มาก เห็นแล้วเป็นกำลังใจอยากให้เราทำต่อ” (เจ้าหน้าที่พยาบาลแห่งที่ 1)

“ครอบครัวและญาติก็ตอบรับดี ให้การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมชมรม มีกับข้าว ผัก ผลไม้ก็จะนำมารวมกันในวันที่มีการจัดกิจกรรม” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แห่งที่ 3)

บทบาทของผู้นำชุมชนในการสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุจาก 5 คนใน 6 คน ให้ข้อมูลว่าในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุคณะกรรมการชมรมมีส่วนร่วมและผลักดันให้เกิดขึ้นและดำเนิน กิจกรรมไปจนเสร็จสิ้นกิจกรรมนั้นๆ เช่นกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิคิ้ว เกิดขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุในชมรมมีความเห็นว่าน่าจะจัดให้มีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในระแวกนั้นได้มาพบปะกันได้ ออกกำลังกาย คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุจึงได้ประสานไปทางเทศบาล เพื่อขอใช้พื้นที่บริเวณสวนสาธารณะ ใช้ไฟฟ้าในการเปิดเครื่องขยายเสียง และดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรม หาผู้นำในการออกกำลังกายโดยได้จากกลุ่มผู้สูงอายุเอง บางครั้งก็จะเป็นวิทยากรมาจากที่อื่น

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้ง 3 ชมรมให้สัมภาษณ์ในลักษณะที่คล้ายกันว่า ในกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ ทางเจ้าหน้าที่จะมีส่วนร่วมน้อย เพราะทางคณะกรรมการและสมาชิกชมรมร่วมจัดการกิจกรรมของชมรมได้เอง ส่วนมากจะได้มีส่วนร่วมเรื่องการดูแลผู้ป่วย ที่เป็นโรคเรื้อรัง กระตุ้นและส่งเสริมให้เข้าชมรม ให้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่น ถ้าเป็นหน่วยงานในระดับสาธารณสุขจังหวัดจะมีการสนับสนุนเป็นโครงการนโยบายหรือแผนงานประจำปี ให้หน่วยงานระดับย่อย เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยได้เข้ามาติดตามและสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุจะเป็นแบบแผน มีแนวทางนโยบายที่เหมือนกัน เช่น มีการประชุมชี้แจงเรื่องราวแก่สมาชิกทราบ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ และกิจกรรมทางศาสนา วันสำคัญของ

ชาติ วันผู้สูงอายุ นอกเหนือจากนั้นจะเป็นการ อบรมสัมมนา ในปีนี้มีการให้ผู้สูงอายุทุกคนมาเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชนที่อำเภอวังน้ำเขียว การจัดอบรมจะจัดเป็นรุ่นๆ จนกระทั่งผู้สูงอายุทุกคนเข้าครบ ในการจัดกิจกรรมส่วนมากแล้วผู้สูงอายุจะเป็นผู้ดำเนินการเอง เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในเรื่องของวิทยากร การตรวจสอบภาพและเรื่องงบประมาณ หน่วยงานสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม การจัดตั้งและบริหารงาน การสนับสนุนงบประมาณ มีหลายหน่วยงานได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดการสนับสนุนงบประมาณ การดำเนินกิจกรรม โดยมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ สนับสนุนวิทยากร เปิดเวทีให้ผู้สูงอายุได้มา ร่วมงานจัดประชุมอบรมให้กับผู้สูงอายุ ส่วนโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะดูแลเกี่ยวกับสถานที่ตั้งชมรม สถานที่ ที่ใช้ประชุม จัดวิทยากรไปให้ความรู้ และคอยให้คำปรึกษา โดยจะเห็นได้จากคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ กิจกรรมหลักๆ ของชมรมจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ สุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ การออกกำลังกาย และกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา ทางเจ้าหน้าที่เราจะส่งเสริมโดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือและให้คำแนะนำบ้าง กรรมการชมรมมีความสามารถพอที่จะพาสมาชิกชมรมสู่ความสำเร็จได้” (เจ้าหน้าที่พยาบาล แห่งที่ 3)

“สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้ารับการอบรมที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อำเภอวังน้ำเขียว ผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเข้ารับการอบรม เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิต พัฒนาชมรม ชุมชนด้วย” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แห่งที่ 2)

ส่วนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่งจะต้องรับผิดชอบเรื่องของเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นงบที่จัดสรรมาตั้งแต่จังหวัด เรามีหน้าที่คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติที่ควรจะได้รับเงินสงเคราะห์นี้จะได้คนละ 300 บาท/เดือน ในส่วนของงบประมาณสนับสนุน แล้วแต่ที่ไหนจะจัดสรรไว้หรือไม่ มากน้อยแค่ไหนต่างกัน อย่างของเทศบาลเราจะกันไว้ส่วนหนึ่ง มากน้อยก็ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้ในปีนั้น

“ในส่วนที่หน่วยงานเราเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยจะเป็นเรื่องของเงินสงเคราะห์ ผู้สูงอายุ เพราะมีชมรมผู้สูงอายุทำโครงการขอสนับสนุนทุกปี บางปีก็หลายโครงการ แต่ที่ขาดไม่ได้เลยเห็นจะเป็นการจัดงานวันผู้สูงอายุช่วงสงกรานต์” (องค์การบริหารเทศบาลแห่งที่ 2)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะเห็นได้ว่า ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมเข้มแข็ง ในช่วงที่เริ่มก่อตั้งมีลักษณะคล้ายกันคือ เริ่มจากผู้สูงอายุและมีหน่วยงานอื่นมาช่วยบริหารจัดการประสานงาน มีคณะกรรมการชมรมมาช่วยดำเนินงาน มีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นๆดูแลช่วยเหลือ หลังจากนั้นเมื่อทุกอย่างเข้าที่ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นก็จะดูแล ให้คำแนะนำอยู่ห่างๆ การดำเนินกิจกรรมของชมรมอย่างแท้จริงและต่อเนื่องจะเป็นการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและผู้สูงอายุ

เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ในขณะที่ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ สูงอายุส่วนมากมีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมต่ำ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบเหตุผลว่า ที่ผู้สูงอายุมาสมัครเป็นสมาชิกชมรม เพราะต้องการได้สิทธิด้านการรักษาพยาบาล มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิกฌาปนกิจศพ และสิทธิประโยชน์อื่นๆที่จะได้รับจากชมรม แต่ไม่ได้หวังที่จะมาร่วมกิจกรรมชมรม พอชมรมมีกิจกรรมจะมาร่วมบ้าง บางกิจกรรมเท่านั้น จึงเป็นที่สังเกตว่า ผู้สูงอายุนิยมสมัครเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ แต่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมยังอยู่ในระดับต่ำ

บทที่ 5

อภิปรายผล

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งจังหวัดนครราชสีมา การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) เป็นการวิจัยระยะสั้นในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทาง ในการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยแบบสำรวจแบบภาคตัดขวาง ซึ่งรูปแบบการวิจัยนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการวิจัยเชิงสำรวจ เป็นวิธีการศึกษาที่ครอบคลุมหลายลักษณะ คือ เพื่อหาข้อมูลเบื้องต้น สามารถบรรยายส่วนประกอบ รายละเอียดของลักษณะด้านต่างๆของประชากร บอกความแตกต่าง ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและประหยัด ใช้เวลาในการศึกษาไม่นาน แต่ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่งๆ เท่านั้นยังไม่ละเอียดแน่นอนเพียงพอ เพราะบางครั้งกลุ่มตัวอย่างอาจมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุแตกต่างจากข้อมูลที่ได้ก็ได้อาจมีตัวแปรบางตัวเปลี่ยนแปลงไปแต่การศึกษานี้ไม่สามารถตอบได้ แต่อย่างไรก็ตาม ก็ได้มีการใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์บางประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลลึกซึ้งยิ่งขึ้น

2. **กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา จากจำนวน 27 ชมรม ทำการแบ่งเขตพื้นที่ (zone) ตามทิศหลักต่างๆ ทั้ง 4 ทิศ ที่มีลักษณะทางภูมิภาคใกล้เคียงกันเป็น 5 เขต สุ่มเลือกตัวแทนแต่ละเขตโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างมา 5 ชมรม จากนั้นทำการสุ่มแบบมีระบบจากรายชื่อสมาชิกชมรมจนได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

ศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 350 คน ดังนั้นผลการวิจัยที่ได้จึงเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วย 7 ส่วนคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อชมรมผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน แรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์จำนวน 3 ท่านและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนพบว่าแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 แบบวัดทักษะคิดต่อชมรมผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แบบวัดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 แบบวัดการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 แบบวัดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 จึงกล่าวได้ว่าแบบสัมภาษณ์มีความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงในระดับที่เชื่อถือได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดของเครื่องมือบางประการดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุพบว่า ข้อคำถามที่เป็นรายได้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะประเมินรายได้ไม่ค่อยได้อาจเป็นเพราะในผู้สูงอายุ ไม่ได้ทำงานแล้ว มีรายได้ไม่แน่นอน ส่วนมากอยู่กินกับลูกหลาน ลูกหลานให้ใช้เท่าที่จำเป็น แต่ครั้งก็ไม่เท่ากัน ผู้วิจัยต้องอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้สูงอายุคิดค่าเฉลี่ยออกมา

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพและทักษะคิดต่อชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นข้อคำถามเชิงลบก่อให้เกิดความสับสนในผู้สูงอายุ ต้องพูดซ้ำๆ ซักๆ ต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์มากขึ้น และบางครั้งผู้วิจัยต้องอธิบายเพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เครื่องบันทึกเสียง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทีละคนตามประเด็นคำถามที่ตั้งไว้

4. วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการวิจัย เนื่องจากผู้ถูกสัมภาษณ์มีโอกาสได้รับการอธิบายในข้อคำถามที่ไม่เข้าใจ และผู้วิจัยสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือขอความคิดเห็นในบางประเด็นที่สนใจทำให้ข้อมูลที่ได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เองและมีผู้ช่วยวิจัยเป็นนักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 1 คน ซึ่งได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน เนื้อหาและฝึกใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนปฏิบัติจริง วิธีการเก็บข้อมูลประธานชมรมผู้สูงอายุจะนัดกลุ่มตัวอย่างตาม

รายชื่อสมาชิกที่สุ่มเลือกได้ไว้ล่วงหน้า มีบางรายที่ติดภารกิจมาไม่ได้ก็จะไปเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุ ข้อดีคือ สะดวกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และมีความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมจึงรู้สึกผ่อนคลาย ขณะถูกสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สังเกตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างรู้สึกดีที่มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมจึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ในผู้สูงอายุที่เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนที่อยู่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยการถามคำถามปลายเปิดเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจะพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ จากนั้นจึงจะสัมภาษณ์ตามหัวข้อที่เตรียมไว้ และมีการสนทนาที่นอกเหนือจากที่กำหนดแต่อยู่ในขอบเขตของชมรมผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ความเป็นจริงและถูกต้องที่สุดของข้อมูล

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานเพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตามใช้สถิติสหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) จะบอกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยสามารถบอกขนาด และทิศทางของความสัมพันธ์ได้ สำหรับตัวแปรเพศและระดับการศึกษา จะใช้สถิติ t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนการมีส่วนร่วม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อมูลให้ตรงกับข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติก่อน โดยการสร้างตัวแปรหุ่นในกรณีที่ ข้อมูลมีสเกลการวัดไม่เป็นแบบช่วงมาตรา สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) จะให้ผลลัพธ์เป็นสมการที่ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรอิสระที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง ที่สามารถสร้างสมการถดถอย เพื่อทำนายตัวแปรตาม ดังนั้นสถิติดังกล่าวจึงเหมาะสมที่จะใช้หาความสัมพันธ์ ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม สามารถตอบวัตถุประสงค์สมมติฐานการวิจัยได้

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากคำถามปลายเปิด ในประเด็นที่ต้องการจะศึกษา และเชื่อมโยงกับการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาจะอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษาพบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 28.6 และร้อยละ 14.3 ตามลำดับ พิจารณาเป็นรายด้าน 4 ด้านโดยเรียงลำดับการมีส่วนร่วมในระดับสูงมากไปหาน้อยคือ การมีส่วน

ร่วม ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการดำเนินกิจกรรม ด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม และการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา อธิบายได้ว่าเนื่องจาก สัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่สุ่มเลือกมาได้ มีความแตกต่างจากสัดส่วนของประชากรของประเทศหรือของจังหวัดคือ ได้ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย มีจำนวนเท่ากับผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย ซึ่งสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุของประเทศที่มีจำนวนลดลงเรื่อยๆเมื่ออายุมากขึ้น จึงเป็นผลทำให้ระดับการมีส่วนร่วมต่ำลงด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะเข้ามามีส่วนร่วมน้อย และอีกประเด็นในเรื่องของสัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายเกือบ 3 เท่าจึงทำให้ระดับการมีส่วนร่วมต่ำเพราะผู้สูงอายุเพศหญิงมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุต่ำกว่าเพศชาย และในเรื่องของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและส่วนมากอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท จึงน่าจะเป็นปัจจัยซึ่งทำให้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อาจจะมีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีปัญหาจากความพร้อมของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ปัญหาจากการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรัง ทำให้ต้องเสียเวลากับการเข้า-ออกโรงพยาบาล เมื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมก็มาได้ไม่ต่อเนื่อง เพราะนอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการมารับ มาส่ง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม ไม่อยากสร้างภาระให้กับผู้อื่น และปัญหาอื่นๆ ของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากบุคคลวัยอื่น เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุที่ต่ำ และจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกในคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุทั้ง 6 คนพบว่ามีส่วนร่วมในระดับสูง อธิบายได้ว่า คณะกรรมการชมรมที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งเกิดจากการดำเนินกิจกรรมทุกด้านอย่างมีประสิทธิภาพมีการดำเนินของกิจกรรมไปได้นั้น ส่วนมากเกิดจากการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุบางคนเท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (48) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ปลื้มทอง (23) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับน้อย โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาในระดับมาก ที่เหลือคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมือง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการศึกษาและศิลปวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชนอยู่ในระดับน้อยทั้งหมด มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ คณะ (53) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในเขตชานเมืองและเขตชนบทเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของชุมชนเป็นสัดส่วนที่ต่ำ สุนันต์ วงศ์กฤษ (54) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 54.8 เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แตกต่างจากการศึกษาของ Takahashi M. et al (56) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับแต่ละบุคคล และกิจกรรมที่เป็นอาสาสมัครอยู่ในระดับที่สูงกว่ามาตรฐาน

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ สถิติ t-test

2.1 เพศ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยเพศชายมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายในวัยสูงอายุไม่มีหน้าที่การทำงานหรืองานประจำเหมือนแต่ก่อน และยังไม่ต้องทำหน้าทำงานบ้านเช่น เพศหญิง และผู้สูงอายุเพศชายมีลักษณะชอบคิดค้น วางแผนดำเนินกิจกรรมต่างๆอย่างเป็นระบบ และยังมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมภายนอกบ้านมากกว่าเพศหญิง Cohen and Uphoff (26) กล่าวว่าเพศเป็นปัจจัยตัวแปรที่บ่งบอกถึงลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้วย ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพศชายมีโอกาสได้เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมากกว่าเพศหญิง จึงเป็นโอกาสที่ทำให้ผู้สูงอายุเพศชายมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมากกว่าเพศหญิง เพราะจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จะเป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะา ตรีราภิ (47) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยเพศชายมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนมากกว่าเพศหญิง และ วนิดา ปลั่งทอง (23) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าเพศหญิง และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) พบว่าผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มที่จะรายงานกิจกรรมที่ผู้สูงอายุร่วมในรูปของชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุหญิง แตกต่างจาก Takahashi M.et al (56) ศึกษาลักษณะของกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้หญิงจะมีส่วนร่วมกิจกรรมสำหรับแต่ละบุคคลและกิจกรรมที่เป็นอาสาสมัครในระดับที่สูงกว่าเพศชาย

2.2 อายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ($r = -0.144$, $p\text{-value} = 0.007$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย แม้จะมีความเสื่อมถอยของร่างกายตามกระบวนการสูงอายุ แต่ก็ไม่ใช่อุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุมาก สภาพร่างกายจะมีความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ขาดความคล่องแคล่วกระฉับกระเฉง (31) จะมีระดับการพึ่งพาสูงมีโอกาสในการร่วม กิจกรรมของชมรมลดลง สอดคล้องกับ จันทรทิพย์ ลินธุวงษานนท์ (49) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยอายุที่มากขึ้นจะเข้าร่วมกิจกรรม

ทางสังคมลดลง และ วนิดา ปลื้มทอง (23) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และมาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นมากเท่าไร การรับรู้เกี่ยวกับการรวมกลุ่มผู้สูงอายุก็ยิ่งลดลง การศึกษาของ สัมฤทธิ์ ต่อสติ (62) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขในเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.3 ระดับการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษากับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุพบว่า ระดับศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า การศึกษาทำให้คนเกิดความรู้ เกิดความคิดมีมุมมอง มีเหตุผลและแยกแยะได้ การศึกษามีส่วนในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและวิถีการดำรงชีวิต (23) และส่งผลถึงการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ลักษณะ ตรีราภิ (47) ปราณี อัมสมบัตติ (48) วนิดา ปลื้มทอง (23) และ พันธุ์ทิพ ศรีวรรณารถ (50) ที่พบว่าระดับศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 รายได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างรายได้กับการมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.292$, $p\text{-value} < 0.001$) เพราะผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีความพร้อมทั้งกำลังทรัพย์และโอกาสร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการร่วมบริจาค ร่วมแรงและมีเวลาอุทิศให้แก่กิจกรรมของส่วนรวม เนื่องจากไม่ต้องไปประกอบอาชีพเสริมเพื่อหารายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ ตรีราภิ (47) พบว่ารายได้ต่อเดือนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จันทร์ทิพย์ สิ้นธุฆยานนท์ (49) รายได้ของครอบครัวส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และ ปราณี อัมสมบัตติ (48) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.005$ เช่นเดียวกับ วนิดา ปลื้มทอง (23) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียง

2.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.266$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์

(69) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่และความตั้งใจจริงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันจึงทำให้การมีส่วนร่วม ในชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกัน และจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า ชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นครั้งแรกจากการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพ คือกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้องการปรึกษาปัญหาสุขภาพ ต้องการใกล้ชิด พุดคุย กับแพทย์ และเจ้าหน้าที่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จึงมารวมตัวกันทั้งนี้ กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ส่งเสริมให้มีความตั้งใจ เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุที่เข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ จึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญของสุขภาพ สอดคล้องกับ ปราณี อัมสมบัติ (48) วนิดา ปล้องทอง (23) จันทร์ทิพย์ สินธุวงษานนท์(49) มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) และสุนันต์ วงศ์บุญชร (54) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

2.6 ทศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.144$, $p\text{-value} = 0.007$) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การที่ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมชมรมทำให้รู้สึกว่ามีค่าได้เพื่อน ไม่เหงา จึงรู้สึกดีต่อชมรมและเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึก ว่า ชมรมผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้เกิดความสุขและถ้าชมรมขอความร่วมมือก็ยินดีที่จะให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ มากที่สุด อธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ การที่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมความคิดเห็นที่มีต่อชมรมจึงเป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีต่อชมรมก็จะมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นผลสนับสนุนให้ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสอดคล้องกับ ปราณี อัมสมบัติ (48) พบว่า ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

2.7 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.439$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรม

ส่วนมาก เป็นสมาชิกมานาน(มากกว่า 2 ปี ร้อยละ 93.7) และแต่ละชมรมจัดตั้งมานานเกิน 5 ปี ทำให้สมาชิกทราบถึง สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกเป็นอย่างดี และ จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับต่อตัวผู้สูงอายุคือได้ช่วยเหลือสังคม เกิดความรู้สึกรักภาคภูมิใจ ในตนเองได้สมาคมสังสรรค์ รู้จักคนมากขึ้น ได้รับบริการเป็นกรณีพิเศษจากเจ้าหน้าที่ ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มผู้สูงอายุ พบปะพูดคุยกับคนวัยเดียวกัน มีคนเข้าใจรู้สึกดี ไม่เหงา ที่เป็นโรคเรื้อรังก็มีแนวโน้มดีขึ้น จึงน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (48) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

2.8 การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการมีเครือข่ายผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ ($r = 0.266$, $p\text{-value} < 0.001$) จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าวัตถุประสงค์ของการตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากความจำกัดทางด้านสภาพ ร่างกาย ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ สุขภาพที่มีแต่จะร่วงโรย การที่มีหน่วยงานสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆ การมีเครือข่ายมาดูแล ทำให้ข้อจำกัดบางประการหรือปัญหาเบาบางหรือหมดลงได้ ทำให้งานหรือกิจกรรมสามารถดำเนินต่อไปได้ ในอีกด้านหนึ่ง เมื่อมีหน่วยงานอื่นให้ความสำคัญกับชมรมมาดูแลช่วยเหลือชมรม เป็นเหตุทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก ในชมรมนั้นก็ให้ความสำคัญกับชมรม เช่นกัน เช่นนี้จึงน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้การมีเครือข่ายผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ของจริณู จินรัตน์ (13) พบว่าปัจจัยภายนอกชมรมที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของชมรม คือ ความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุและองค์กรในชุมชน และ แสง ขาวแก้ว (73) พบว่าการมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุเป็นปัจจัยด้านการสร้างความเข้มแข็งในชมรม

2.9 แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.266$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบาย

ได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา การที่มีผู้ดูแล มีลูกหลานเอาใจใส่ มีคนช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง และให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีกำลังใจ มีคุณค่า อยากทำงานเพื่อสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า สังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเป็นสังคมชนบท ผู้สูงอายุ ยังเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลานเป็นผู้มีพระคุณที่ลูกหลานจะต้องตอบแทนบุญคุณแรงสนับสนุน ทางด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ที่ได้รับจากครอบครัวจึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ Bowling A (74) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t=3.15, p<.01$) โดยพบว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีการคุยกับญาติ เพื่อน เพื่อนบ้านทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ สุนันต วงศ์กุญชร (54) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ โสภิตา เมธาวิ (75) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ พันธุ์ทิพย์ ศรีวรรณ (50) พบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การสนับสนุนด้านครอบครัว มีผลต่อการมีส่วนร่วมทุกด้าน สอดคล้องกับ มธุรส จันทร์แสงศรี (64) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อย่างเป็นทางการของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ปัจจัยนำเข้าได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน และปัจจัยเสริมคือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ คือ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถม 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และเพศ สำหรับตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ รายได้ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน ปรากฏว่าไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เพราะมีความสัมพันธ์ที่น้อยกว่าปัจจัยอื่น

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถม 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และเพศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมากกว่าตัวแปรอื่นๆ

โดยเฉพาะ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม เนื่องจาก การดำเนินงานในชมรม ผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง คือหลังจากที่ผู้สูงอายุสมัครเป็นสมาชิกชมรม สิ่งแรกที่ผู้สูงอายุจะได้รับ และเห็นได้ชัด คือ สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรม ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการตรวจร่างกาย การออกกำลังกาย ได้เพื่อน ได้บำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม ฯลฯ เพราะฉะนั้นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมจึงเป็นปัจจัยแรกที่สามารถการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

ขณะเดียวกันปัจจัยระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถม 4 ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เพราะในปัจจุบัน การศึกษามีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับสิ่งอื่นๆ อีกมากมายไม่ว่าจะเป็น การประกอบอาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ฯลฯ การศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพก็เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่สามารถร่วมทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เพราะในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากกว่าวัยอื่นๆ ปัญหาทางสุขภาพจึงมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีผลต่อ การมีส่วนร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุด้วย

อีกทั้งปัจจัยทางด้านอายุก็เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่สามารถร่วมทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ ดังที่กล่าวมาแล้วว่า วัยผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม และถอยร่นอย่างเห็นได้ชัดกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ จึงมีผลให้อายุของผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง ตอนปลาย ต่อการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกันจนเป็นปัจจัยที่ทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมได้

และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ เพราะผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายเข้าสู่วัยสูงอายุ และผลแทรกซ้อนของความเจ็บป่วย ในช่วงชีวิตก่อนหน้านี้ ทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงการบริการและการดูแลจากผู้อื่น(10)การที่มีคนใกล้ชิดคิดให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ บอกให้รับรู้ข่าวสารจึงเป็นสิ่งที่มิผลทำให้เป็นปัจจัยทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านเพศ ก็เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ เพราะ ในวัยผู้สูงอายุส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย จึงมีเวลาและความต้องการที่จะมีกิจกรรมนอกบ้าน เป็นการสื่อสารกับสังคม แตกต่างจากผู้สูงอายุเพศหญิงที่ส่วนมาก จะอยู่บ้าน ทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เลี้ยงหลาน จึงเป็นผลทำให้ปัจจัยทางด้านเพศร่วมทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ร่วมทำนายมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุได้แก่ รายได้ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน เพราะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในวัยผู้สูงอายุ รายได้ ไม่ได้เป็นเรื่องหลักที่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงเพราะค่านิยมของสังคมไทย ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลาน มีลูกหลานคอยดูแล ไม่ต้องกังวลเรื่องปากเรื่องท้องมาก ทำให้ปัจจัยด้านรายได้ มีความสัมพันธ์ยังไม่มากพอ ทางด้าน ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุนั้นอาจเป็นเพราะ ในวัยผู้สูงอายุที่ผ่านร้อนผ่านหนาว ผ่านประสบการณ์การทำงานต่างๆ มากมาย มีทัศนคติมุมมองต่อชมรมแต่ไม่ได้เอามาตั้งแง่กับการที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และอีกปัจจัยคือการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน ที่ไม่ร่วมทำนายเพราะว่า การที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับรู้และตระหนักถึงการที่มีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานมาสนับสนุนหรือมีหน่วยงาน หรือเครือข่ายมาดูแลจริงแต่ไม่ได้ออกมาเป็นรูปธรรมชัดเจนจึงทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นความสำคัญ สิ่งเหล่านี้จึงเป็นเหตุผลว่าทำไมทั้ง 3 ปัจจัยจึงไม่สามารถร่วมทำนายมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 350 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi Stage Sampling Simple จนได้ชมรมผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนในแต่ละเขต 5 ชมรม และสุ่มรายชื่อสมาชิกแบบสุ่มอย่างมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ดำเนินการระหว่างวันที่ 15 มิ.ย.- 15 ส.ค. 49 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1.ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านปัจจัยนำ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 70-74 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.3 อายุเฉลี่ย 69.15 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.1) มากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 คิดเป็นร้อยละ 61.4 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3001 บาท ร้อยละ 71.7 มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดี (ร้อยละ 68) และ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.4

2.ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านปัจจัยเอื้อ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1 และ คะแนนการมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.7 เช่นกัน

3. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านปัจจัยเสริม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.4 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงและรองลงมา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 18.6 ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

4. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.1 รองลงมา มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.6 และระดับสูงร้อยละ 14.3 เมื่อแบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมจากมากไปหาน้อยคือ การมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรมและการมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกในคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุทั้ง 3 ชมรม ส่วนมากพบว่าคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในระดับมาก และผู้นำส่วนอื่นๆจะมีส่วนร่วมมากในระยะแรกของการก่อตั้งชมรม จนชมรมสามารถดำเนินกิจกรรมเองได้ การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นจึงลดลง ยังคงมีส่วนร่วมในเรื่องของการสนับสนุนด้านงบประมาณ และการให้คำปรึกษาการแก้ไขปัญหาต่างๆของชมรม

5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายได้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทักษะคิดต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

6. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ตัวแปรที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 การรับรู้ภาวะ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และ เพศ ปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.0

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาค้นคว้าพบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถมศึกษา 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และเพศ แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้มากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุควรมีการประชาสัมพันธ์ ถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับให้ทราบอย่างทั่วถึง และมีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นที่พึงพอใจของสมาชิก เพื่อจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของสมาชิกมากขึ้น

2. ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับการมีส่วนร่วมในชมรมต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นจึงเสนอให้ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งควรมีการวางแผนนโยบายหรือประชาสัมพันธ์ที่ดึงดูดให้ผู้สูงอายุเพศหญิงเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมากขึ้นโดยการมีกิจกรรมที่สามารถรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงเช่นกิจกรรมเสริมรายได้ และให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่กลุ่มผู้หญิงมากขึ้นสร้างความเข้มแข็ง ความมั่นใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

3. จากการศึกษาพบว่าชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งขึ้นแม้จะมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในระดับต่ำ แต่ยังเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุในกลุ่มที่เห็นความสำคัญ และเป็นช่องทางที่ดีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง ภาครัฐ กับผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดชมรมผู้สูงอายุและมีการดำเนินกิจกรรมทุกพื้นที่ และเน้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะกรมอนามัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องหาวิธีการให้ผู้สูงอายุหรือสมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยการพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม เช่น การดึงคนในชุมชนอาจจะเป็นเยาวชนหรือคนวัยทำงานเข้าร่วมสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุ มี

การจัดทำแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน แสวงหาแหล่งทุน ผู้อุปถัมภ์จากภาครัฐ เอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากขึ้น

2. สำนักงานสาธารณสุขส่วนที่รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุ ที่ต้องการยกระดับเป็นชมรมที่เข้มแข็ง ควรตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุให้ร่วมมือกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะส่งเสริมคณะกรรมการชมรมเข้มแข็งก่อน เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งทั่วประเทศเพื่อนำผลที่ได้มาปรับกลยุทธ์ใช้ พัฒนาชมรมผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของ ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งทุกระดับ คือ ตัวผู้สูงอายุ กรรมการชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเสริม เพื่อให้เห็นภาพการมีส่วนร่วมครบทุกมิติ

3. จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรต้นที่ศึกษาสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35 ควรได้มีการศึกษาถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมอื่นที่ผู้วิจัยยังไม่ได้นำมาศึกษา และคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจหรือทัศนคติของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยอื่นๆที่น่าจะมีอิทธิพลต่อ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง
จังหวัดนครราชสีมา

ศิริพร เกษณัง 4737570 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุธรรม นันทมงคลชัย ปช.ค.(ประชากรศาสตร์),กนิษฐา จำรูญ
สวัสดิ์ สค.ค.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข), วิรัช กิตติพิชัย วท.ค.(การวิจัยพฤติกรรม
ศาสตร์ประยุกต์)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุของโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากปีพ.ศ.2493 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 8 อีก ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และคาดว่าจะอีก 50 ปีข้างหน้าคือปี พ.ศ.2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 21 (1) สำหรับประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุเช่นเดียวกันคือ ในปี พ.ศ. 2503 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 4.6 เพิ่มขึ้นร้อยละ 9 และ 10 ในปี พ.ศ.2543และพ.ศ. 2548 (2) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21ในปี พ.ศ. 2563 (3) การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของผู้สูงอายุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆของประเทศอย่างมาก ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงทางวัฒนธรรม ดังจะเห็นได้จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2545 (4) ด้านภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 39.9 มีสุขภาพดี ร้อยละ 30.0 มีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 22.1 มีสุขภาพไม่ดี โรคหรืออาการของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกันมาก 5 อันดับ ได้แก่ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ร้อยละ 75.1 ข้อเสื่อมร้อยละ 47.5 นอนไม่หลับร้อยละ 38.7 เวียนศีรษะร้อยละ 36.8 และโรคที่เกี่ยวกับตาร้อยละ 33.2 ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย รวมถึงผู้สูงอายุเป็นวัยที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ซึ่งรัฐบาลก็ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ขึ้น เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เหมาะสม โดยในปี พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ 3 เรื่องใหญ่ๆ ได้แก่ 1) การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) การจัดเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่พิการ เดินไม่ได้ และ 3) สนับสนุนให้ตั้งชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ (6) เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิต ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมร่วมกัน เพิ่มคุณค่าในชีวิต ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุที่เปิดดำเนินการไปแล้ว 5,000 ชมรม สมาชิกกว่า 3 ล้านคน และกำหนดให้มีชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยตำบลละ 1 ชมรม ภายในปี พ.ศ. 2549 แนวคิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม เพราะที่ผ่านมาผู้สูงอายุมักจะถูกมองว่าเป็นภาระ เป็นผู้ “รับ” จากสังคมเท่านั้น โดยมองข้ามไปว่าผู้สูงอายุก็สามารถที่จะเป็นผู้ “ให้” กับสังคมได้ด้วย เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เพียบพร้อมประสบการณ์ เป็นผู้ถึงพร้อมทั้งคุณวุฒิและวัยวุฒิ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่า โดยเฉพาะความรู้ด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี คุณธรรมและจริยธรรม

จากการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช (12) ทำการสำรวจชมรม ผู้สูงอายุทั่วประเทศพบว่ามีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นชมรมที่ประสบผลสำเร็จ และยังกล่าวอีกว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จอยู่ที่ตัวผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกในชมรมนั่นเอง ส่วนปัจจัยอื่นๆ เป็นเรื่องรองลงมา จะเห็นได้ว่ารัฐบาลทำหน้าที่เพียงแค่ผลักดันให้เกิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นมาเท่านั้น แต่การดำเนินการของชมรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต้องมาจากกลไกการดำเนินงานของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก แกนนำของชมรมเองเป็นหลัก เพราะชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรประชาชนที่ควรมีการบริหารจัดการด้วยตัวเอง (Bottom up) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้ครบถ้วน และสมาชิกเองควรจะมีความรู้สึกว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นของพวกเขาทุกคน หน่วยงานของภาครัฐเป็นเพียงผู้คอยให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรม เพื่อให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

จังหวัดนครราชสีมามีการประเมินศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 5 ด้าน ได้แก่ การจัดตั้งชมรม การเลือกตั้งคณะกรรมการ การกำหนดระเบียบข้อบังคับ การระดมทุน และการเข้าร่วมกิจกรรม มีชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเรียกว่าเป็นชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งทั้งหมด 27 ชมรม มีสมาชิกรวม 21,874 คน (21) เพื่อเป็นการผลักดันการแก้ปัญหาผู้สูงอายุผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการติดตามและประเมินผล เพื่อที่จะได้นำไปพัฒนาชมรมผู้สูงอายุต่อไป รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในชมรมสูงอายุและชมรม

สร้างสุขภาพอื่นๆได้ อันจะนำไปสู่ความเข้มแข็งของการพัฒนางานด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำเข้าได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ ต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อคือ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่าย ผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน ต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริมคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา
5. เพื่อหาปัจจัยคัดค้านายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา
6. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งจังหวัดนครราชสีมา และการสัมภาษณ์เชิงลึก กับคณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในชมรมผู้สูงอายุในช่วงวันที่ 15 มิถุนายนพ.ศ. 2549 -15 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา โดยผ่านการสำรวจเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 27 ชมรม จาก 33 อำเภอ มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกจำนวน 21,874 คน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่

สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมได้ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุก่อนเดือนเมษายน พ.ศ. 2548 ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในเอกสารยินยอมและได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ มีอายุไม่เกิน 85 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้หรือพูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีความพิการทางหู หรือทางสายตาไม่อยู่ระหว่างภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุได้ ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อรุนแรง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากรคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 350 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนโดยแบ่งพื้นที่ออกเป็นเขตได้ 5 เขต ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุ 1 ชมรมจากแต่ละเขต จะได้ชมรมผู้สูงอายุ 5 แล้วสุ่มอย่างมีระบบจากทะเบียนรายชื่อสมาชิกของแต่ละชมรมการสัมภาษณ์เชิงลึก เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จากอำเภอนอกเขตเมืองและในเขตเมือง ในแต่ละอำเภอกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ 6 ราย ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่น 3 ราย และบุคลากรด้านสาธารณสุข 3 ราย รวมทั้งหมด 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุดโดยแบ่งเป็น 7 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองสร้างขึ้นจากการประยุกต์แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองของวนิดา ปลื้มทอง (23) มีจำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวนมีจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งประยุกต์จากแบบสอบถามของ ชรินทร์ สิทธิบุญ (80) อาศัยแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer(24) มีจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง สร้างจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (26) ที่แบ่งเป็น 4 ด้านมีจำนวน 20 ข้อ และแบบการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงให้มีความถูกต้อง ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือ ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาเมื่อไรก็ได้ และให้ลงลายมือชื่อยินยอมคนให้ทำการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า แก่อายุ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติ

ต่อชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน และปัจจัยเสริมคือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยใช้สถิติ t-test หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน ระหว่างตัวแปรอิสระ กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง หาปัจจัยคาดการณ์การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมีอายุใกล้เคียงกันทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่สี่และต่ำกว่าร้อยละ 78.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 3,001 บาท ร้อยละ 71.7 มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดี ร้อยละ 68 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง คือร้อยละ 89.4 สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1 สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.4 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 28.6 และร้อยละ 14.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (n=350)	ร้อยละ
มีส่วนร่วมต่ำ (20-35 คะแนน)	200	57.1
มีส่วนร่วมปานกลาง (36-47 คะแนน)	100	28.6
มีส่วนร่วมสูง (48-60 คะแนน)	50	14.3

สำหรับการมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผลในระดับสูงมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการดำเนินกิจกรรม ส่วนด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรมมีส่วนร่วมในระดับต่ำมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า อายุ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยวิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
อายุ	-0.144	0.007
รายได้	0.292	<0.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.266	<0.001
ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ	0.144	0.007
สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิก	0.439	<0.001
การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน	0.317	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.331	<0.001

ส่วนปัจจัยทางด้านเพศ และระดับการศึกษา ใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test พบว่า เพศ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้ระดับการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถในการคาดทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยใช้ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ดีที่สุด 6 ตัว ได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ($B=0.373$) ระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ($B= 0.252$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ($B= 0.163$) อายุ($B= 0.121$) แรงสนับสนุนทางสังคม($B= 0.121$) และตัวแปรอันดับสุดท้ายคือเพศ ($B=0.101$) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถรวมกันทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ระหว่างตัวทำนายและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ตัวทำนาย	สัมประสิทธิ์การถดถอย		
	B	Beta	p-value
สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิก	0.844	0.373	<0.001
ระดับการศึกษา(สูงกว่าประถมศึกษา 4)	6.713	0.252	<0.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.391	0.163	<0.001
อายุ	-0.195	-0.121	0.006
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.255	0.121	0.015
เพศ(ชาย)	-2 .328	-0.101	0.027

$$B_0 = 10.258, R^2 = 0.35, \text{ Adj } R^2 = 0.339$$

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้นำชุมชนจำนวน 12 คน สรุปลักษณะที่สำคัญได้ดังต่อไปนี้ ชุมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ชุมรมเข้มแข็งในช่วงที่เริ่มก่อตั้งมีลักษณะคล้ายกันคือ เริ่มจากผู้สูงอายุและมีหน่วยงานอื่นมาช่วย บริหารจัดการ ประสานงาน มีคณะกรรมการชมรมมาช่วยดำเนินงาน มีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นๆ คูแ่ช่วยเหลือหลังจากนั้นเมื่อทุกอย่างเข้าที่ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นก็จะดูแล ให้คำแนะนำอยู่ ห่างๆ การดำเนินกิจกรรมของชมรมอย่างแท้จริงและต่อเนื่องจะเป็นการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการและผู้สูงอายุเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ในขณะที่ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ สูงอายุ ส่วนมากมีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมต่ำ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบเหตุผลว่า ที่ ผู้สูงอายุมาสัมผัสเป็นสมาชิกชมรมเพราะต้องการได้สิทธิด้านการรักษาพยาบาล มีสิทธิสัมผัสเป็น สมาชิกฅาปนกิจศพ และสิทธิประโยชน์อื่นๆที่จะได้รับจากชมรม แต่ไม่ได้หวังที่จะมาร่วมกิจกรรม ชมรม พอชมรมมีกิจกรรมจะมาร่วมบ้าง บางกิจกรรมเท่านั้น จึงเป็นที่สังเกตว่า ผู้สูงอายุนิยมสัมผัส เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ แต่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมยังอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มที่มีส่วนร่วมสูง และต่อเนื่องจึงเป็นคณะกรรมการชมรมและผู้สูงอายุบางส่วนที่เห็นความสำคัญ และประโยชน์ที่ได้ จากการมีส่วนร่วมเท่านั้น

ข้อสรุปและการอภิปรายผล

1. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า มากกว่า ครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับปาน กลางและระดับสูง ร้อยละ 28.6 และร้อยละ 14.3 ตามลำดับ พิจารณาเป็นรายด้าน 4 ด้านโดย เรียงลำดับการมีส่วนร่วมในระดับสูงมากไปหาน้อยคือ การมีส่วนร่วม ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการดำเนินกิจกรรม ด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม และการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา เนื่องจาก สัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่สุ่มเลือกมาได้ มีความแตกต่างจากสัดส่วน ของประชากรของประเทศหรือของจังหวัดคือ ได้ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีจำนวนเท่ากับผู้สูงอายุที่มี อายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะเข้ามามีส่วนร่วมน้อย และสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงมากกว่า ผู้สูงอายุชายเกือบ 3 เท่า และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและส่วนมากอาศัยอยู่ ในพื้นที่ชนบท จึงน่าจะเป็นปัจจัยซึ่งทำให้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (48) วนิดา ปล้องทอง (23) มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ คณะ (53) สุนันต์ วงศ์บุญชร (54) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 54.8 เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน และ สถิติ t-test

เพศ เพศชายมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมากกว่าเพศหญิง Cohen and Uphoff (26) กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยตัวแปรที่บ่งบอกถึงลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้วย ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพศชายมีโอกาได้เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมากกว่าเพศหญิง จึงเป็นโอกาสที่ทำให้ผู้สูงอายุเพศชายมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมากกว่าเพศหญิง เพราะจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จะเป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ ตรีราภิ(47) มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าเพศหญิง

อายุ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมาก สภาพร่างกายจะมีความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ขาดความคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง (31) จะมีระดับการพึ่งพาสูงมีโอกาในการร่วม กิจกรรมของชมรมลดลง สอดคล้องกับ จันทรทิพย์ ลินธุวงษานนท์ (49) วนิดา ปล้องทอง (23) มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) สัมฤทธิ์ ต่อสติ (62) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยอายุที่มากขึ้นจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า การศึกษาทำให้คนเกิดความรู้ เกิดความคิดมีมุมมอง มีเหตุผลและแยกแยะได้ การศึกษามีส่วนในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและวิถีการดำรงชีวิต (23) และส่งผลถึงการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ลักษณะตรีราภิ (47) ปราณิ อิ่มสมบัติ (48) วนิดา ปล้องทอง (23) และ พันธุ์ทิพ ศิริวรรณารถ (50) ที่พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีความพร้อมทั้งกำลังทรัพย์และโอกาสร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการร่วมบริจาค ร่วมแรงและมีเวลาอุทิศให้แก่กิจกรรมของส่วนรวม เนื่องจากไม่ต้องไปประกอบอาชีพเสริมเพื่อหารายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ ตรีราภิ (47) ปราณิ อิ่มสมบัติ (48) วนิดา ปล้องทอง(23) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เพนเดอร์ (69) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับความดีและความตั้งใจจริงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันจึงทำให้การมีส่วนร่วม ในชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกัน และจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า ชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นครั้งแรกจากการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพ คือกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้องการปรึกษาปัญหาสุขภาพ ต้องการใกล้ชิด พุดคุย กับแพทย์ และเจ้าหน้าที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จึงมารวมตัวกันทั้งนี้ กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ส่งเสริมให้มีกำลังใจ เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุที่เข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญของสุขภาพ สอดคล้องกับ ปรานี อัมสมบัติ (48) วนิดา ปลั่งทอง (23) จันทร์ทิพย์ สินธุวงษานนท์(49) มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ (58) และสุนันต วงศ์บุญชร (54) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การที่ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมชมรม ทำให้รู้สึกตัวเองมีค่า ได้เพื่อน ไม่เหงา จึงรู้สึกดีต่อชมรมสอดคล้องกับ ปรานี อัมสมบัติ (48) พบว่า ทัศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับต่อตัวผู้สูงอายุคือ ได้ช่วยเหลือสังคม เกิดความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองได้สมาคมสังสรรค์ รู้จักคนมากขึ้น ได้รับบริการเป็นกรณีพิเศษจากเจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มผู้สูงอายุ พบปะพูดคุยกับคนวัยเดียวกัน มีคนเข้าใจรู้สึกดี ไม่เหงา ที่เป็นโรคเรื้อรังก็มีแนวโน้มดีขึ้นจึงน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของ ปรานี อัมสมบัติ (48) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การมีเครือข่ายมาดูแล ทำให้ข้อจำกัดบางประการหรือปัญหาบางอย่างหรือหมดลงได้ ทำให้งานหรือกิจกรรมสามารถดำเนินต่อไปได้ ในอีกด้านหนึ่ง เมื่อมีหน่วยงานอื่นให้ความสำคัญกับชมรมมาดูแลช่วยเหลือชมรม เป็นเหตุทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก ในชมรมนั้นๆก็จะ

ให้ความสำคัญกับชมรม สอดคล้องกับการศึกษา ของจิรัช จินรัตน์ (13) แสง ขาวแก้ว (73) พบว่าการมีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุเป็นปัจจัยด้านการสร้างความเข้มแข็งในชมรม

แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา การที่มีผู้ดูแล มีลูกหลานเอาใจใส่ มีคนช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง และให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีกำลังใจ มีคุณค่า อยากทำงานเพื่อสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า สังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเป็นสังคมชนบท ผู้สูงอายุยังเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลานเป็นผู้มีพระคุณที่ลูกหลานจะต้องตอบแทนบุญคุณแรงสนับสนุน ทางด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ที่ได้รับจากครอบครัวจึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ Bowling A (74) สุนันต์ วงศ์บุญชร (54) โสภิตา เมธาวิ (75) พันธิพิย ศรีวรรณถ (50) มธุรส จันทรแสงศรี (64)

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ได้แก่ คือสถิติประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และเพศ สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ร่วมทำนายมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุได้แก่ รายได้ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน เพราะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในวัยผู้สูงอายุรายได้ ไม่ได้เป็นเรื่องหลักที่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงเพราะผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลาน มีลูกหลานคอยดูแล ทางด้านทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุนั้นอาจเป็นเพราะ ในวัยผู้สูงอายุที่ผ่านร้อนผ่านหนาว ผ่านประสบการณ์การทำงานต่างๆ มามากมาย มีทักษะติดมมมองต่อชมรมแต่ไม่ได้เอาจริงเอาจังกับการที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน เพราะว่า การที่มีเครือข่ายมาดูแลจริงแต่ไม่ได้ออกมาเป็นรูปธรรมชัดเจนจึงทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นความสำคัญ สิ่งเหล่านี้จึงเป็นเหตุผลว่าทำไมทั้ง 3 ปัจจัยจึงไม่สามารถร่วมทำนายมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

การศึกษารังนี้พบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ สถิติประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถมศึกษา 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และเพศ แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้มากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุควรมีการประชาสัมพันธ์ถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับให้ทราบอย่างทั่วถึงและมีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นที่พึงพอใจของสมาชิก เพื่อจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของสมาชิกมากขึ้น

2. ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับการมีส่วนร่วมในชมรมต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นจึงเสนอให้ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งควรมีการวางแผนนโยบายหรือประชาสัมพันธ์ที่ดึงดูดให้ผู้สูงอายุเพศหญิงเข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการมีกิจกรรมที่สามารถรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงเช่นกิจกรรมเสริมรายได้ และให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่กลุ่มผู้หญิงมากขึ้นสร้างความเข้มแข็ง ความมั่นใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

3. จากการศึกษาพบว่าชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งขึ้นแม้จะมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในระดับต่ำ แต่ยังเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุในกลุ่มที่เห็นความสำคัญ และเป็นช่องทางที่ดีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง ภาครัฐ กับผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดชมรมผู้สูงอายุและมีการดำเนินกิจกรรมทุกพื้นที่ และเน้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ

4. กระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะกรมอนามัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องหาวิธีการให้ผู้สูงอายุหรือสมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยการพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม เช่น การดึงคนในชุมชนอาจะเป็นเยาวชนหรือคนวัยทำงานเข้ามาร่วมสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีการจัดทำแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน แสวงหาแหล่งทุน ผู้อุปถัมภ์จากรัฐ เอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากขึ้น

5. สำนักงานสาธารณสุขส่วนที่รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุ ที่ต้องการยกระดับเป็นชมรมที่เข้มแข็ง ควรตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุให้ร่วมมือกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะส่งเสริมคณะกรรมการชมรมเข้มแข็งก่อน เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้น

AGING PARTICIPATION IN ELDERLY CLUB WHOSE PASSED THE
EVALUATION CRITERIA ON STRENGTHEN ELDERLY CLUB,
NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

SIRIPORN KETTHANANG 4737570 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH), MAJOR IN FAMILY HEALTH

THESIS ADVISOR: SUTHAM NANTHAMONGKOLCHAI Ph.D., (Demography),
KANITHA CHAMROONSAWAS Ph.D.(Medical and Health Social Science),
WIRIN KITTIPICHAI, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Rationale of the Study

The ratio of aging populations in the world has been changing rapidly since 1950 when the amount of elderly people totaled 8% and it became 10% in 2000. It was expected that in next 50 years or 2050, the amount of this group would be 21% (1). In Thailand, the ratio of aging people has been changing rapidly as well from 4.6% in 1960 to 9% and 10% in 2000 and 2005 respectively (2) and it would be 21% in 2020 (3). Such changing ratio of aging people has greatly taken impact to national economic, society, medicine and public health as well as culture. This is obvious in the population census report regarding aging people done in 2002 (4) that, in part of health condition, 39.9% of aging people had good health, 30% had quite good health, 22.1% had weak health. The top 5 diseases or symptoms of those aging people included the muscle stress and back pain (75.1%), degenerative joint disease (47.5%), sleeplessness (38.7%), dizziness (36.85) and optical diseases (33.2%). Illness of those aging people, partly, comes from the functional decline of health or health aging; meanwhile, aging people desire more reliance. The Government has, certainly, been aware of these problems; so it has established various policies and measures to solve them and appropriately serve aging people' needs. In 2005, the Ministry of Public Health placed a policy of developing the care system of aging people in 3 main issues: 1) setting up

the elderly clinic in hospitals under the supervision of the Ministry of Public Health; 2) allocating health officers to take care of deformed aging people who cannot walk; and 3) supporting the establishment of elderly clubs around the country (6) to promote both physical and mental health, doing activities together and add the value of life. At present, there are 5,000 aging clubs with over 3 million members around the country. The Government also determines that there should be at least one elderly club in each sub-district (Tambon) by the year 2006. These elderly clubs are established to allow aging people in communities to have quality living and benefit other persons and society because, in the past, aging people have been seen as burden or “receiver” of the society only. General people overlook that these aging people may be the “contributor” to the society since they are full of experience, have seniority and qualification and stand as invaluable resources, especially cultural, traditional, moral and ethical knowledge.

According to the study of Siripanich B. (12) surveying the elderly clubs around the country, he found that only 30% those clubs have performed activities constantly or they were successful clubs. He also stated that factor to the achievement of those clubs was aging people who were club members while other factors were less important. This is evident that the Government took part in driving until elderly clubs were established, but their constant and sustainable operation came from the operating mechanism of aging people who were club members and club leaders since the elderly club was a public organization to be administered by its members (Bottom up) so that all needs of members were served. In the meantime, the members should recognize that elderly clubs were their property; the government bodies will act as supporters to the club to attain established objectives only.

Nakhon Ratchasima Province has evaluated the potential of elderly clubs based on the elderly club evaluation criteria set up by the Department of Health, Ministry of Public Health. Such evaluation criteria consisted of 5 aspects: club establishment, committee election, rules and regulation setting, capital gathering and activity participation. Elderly club that pass the evaluation criteria will be called strengthen elderly club; there are now 27 strengthen elderly club with 21,874 members (21). In order to alert solutions of aging people’ problems, the researcher was interested in studying the participation of aging people in elderly club passed strengthen elderly

club evaluation criteria and other related factors. The study included the participation of aging people in club operation, problem seeking and problem causes, planning for doing activities, doing activities, and follow-up and evaluation so that the results of this study will be implemented to develop elderly club and applied for elderly clubs and other health clubs, which will lead to the strength of developing public health missions and the community and social strength eventually.

General Objectives

To study the participation of aging in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province.

Specific Objectives

1. To study the level of participation of aging in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province.
2. To examine the correlation between predisposing factors, namely age, gender, education, income, perception of elderly people's health condition, attitude to elderly club and participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province.
3. To find out the correlation between reinforcing factors, namely elderly club membership interests and establishment of aging people network or supporting agencies, and participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province.
4. To examine the correlation between enabling factor or social supports and participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province.
5. To find out factors predicting the participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province.
6. To study the participation of community leaders, local administrative organizations and health officers in elderly clubs that passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province.

Methodology

The present study was the survey and cross-sectional research. The data was collected by interviewing aging people in strengthen elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province. There was also an in-depth interview of elderly club boards and public health officers who were responsible for elderly clubs. Such data collection has been done from 15 June 2006 to 15 August 2006.

The populations in this study covered aging people in strengthen elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province. From the survey in August 2005, 27 elderly clubs from 33 districts with 21,874 members have passed such criteria. The sample groups had to be elderly club members who were able to participate in the elderly club activities, have been members since April 2005 and were willing to participate in this study. All sample groups also signed in the consent letter willingly had ages not more than 85, literate, no auricular or optical deformity, were not in any severe illness until they might fail to participate in elderly club activities, and had no chronic diseases or severe infected diseases. For the size of sample groups in this study, it was calculated by the formula of average population estimate and, finally, the sample groups consisted of 350 persons. The sample groups were selected by the multiple sampling. All areas in the Province were divided into 5; the simple sampling was used for each area by drawing lots one elderly club in each area. Some elderly clubs were also selected by the systematic sampling of registered member list for the in-depth interview. From outer districts and city districts, the sample groups in each district comprised 6 elderly club board members, 3 local administrative organizations and 3 public health staffs or 12 persons in total. The instruments of this study included the interview form and in-depth interview guideline. For the interview form, it consisted of 7 parts: Part 1, 16 questions regarding general information and personal factors, Part 2, 14 questions regarding the perception of health as constructed by Plongthong V. Part 3, 12 questions about attitude toward the elderly club as constructed by the researcher, Part 4, 10 questions about elderly club membership interests as constructed by the researcher, Part 5, 10 questions about elderly club network or supporting agencies as constructed by the researcher, Part 6, 10 questions about social supports as applied from the questionnaire of Sithinoon K.

(80) subject to the concept of Schaefer concerning social supports (24), and Part 7, 20 questions divided into 4 aspects about the participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club as constructed from the concept of Cohen JM. and Uphoff T.(26) For the in-depth interview, its correctness had to be checked; so its content correctness was first checked by qualified experts and then revised to contain the relevant content. Concerning the instrument validity, it was tested in 30 sample groups whose qualifications were similar to those of the sample group in this study. The right of sample groups was protected; they were explained about objectives and expected benefits of this study, their right to exit from this study anytime, and the sample groups put signatures consenting for the study. The data was analyzed by means of frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. The correlation coefficient between predisposing factors, e.g. age, income, aging people's perception of health and attitude to the elderly club, enabling factors, e.g. elderly club membership interests and elderly club network or supporting agencies, and reinforcing factor or social supports, and the participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club by mean of Pearson's product moment correlation coefficient. The correlation between gender, level of education and the participation of aging people in strengthen elderly club was calculated by t-test. Moreover, the stepwise multiple Regression was used to find out the correlation between independent variables and the participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, and to find out factors predicting the participation of aging people.

Results of the Study

Part 1: General information of the sample groups – It was found that two thirds of sample groups were female aging. Each group in sample groups had similar ages. Most sample groups (78.3%) completed Prathomsuksa 4 or lower. About 71.7% had income less than 3,001 Baht per month. More than half of sample groups (68%) had good perception of their health. About 89.4% of sample groups had good attitude toward the elderly club at a high level. About 69.1% of two thirds of sample groups had scores in elderly club membership interests at the medium level. About 69.7% of two thirds of sample groups had scores in elderly club network or supporting agencies

at the medium level. In addition, most sample groups or 81.4% received high social supports.

Part 2: participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club – It was found that more than half of sample groups or 57.1% had participation at the low level whereas 28.6% and 14.3% had participation at the medium level and low level respectively (Table 1).

Table 1 Number and percentage of sample groups classified by the level of participation in elderly club

Level of participation	Number (n = 350)	Percentage
Low (20-35 scores)	200	57.1
Medium (36-47 scores)	100	28.6
High (48-60 scores)	50	14.3

Regarding the participation in each aspect, it was found that strengthen elderly club had the highest participation in part of follow-up and evaluation and doing activities. The lowest participation was the planning in doing activities and seeking for problems and cause of problems respectively.

Part 3: Correlation between predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors, and participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club – according to the analysis of correlation between predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors, and participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club evaluation criteria by mean of Pearson's product moment correlation coefficient, it was found that age, income, perception of health condition, attitude toward the elderly club, club membership interest, establishment of elderly people network or supporting agencies and social supports had correlation with the participation of aging people in strengthen elderly club significantly at a statistic test level (p-value <0.05) (Table 2).

Table 2 Correlation coefficient between predisposing factors, reinforcing factors and enabling factors, and participation of aging people in strengthen elderly club as calculated by Pearson's product moment correlation coefficient

Independent Variables	Correlation Coefficient	p-value
Age	-0.144	0.007
Income	0.292	<0.001
Perception of health condition	0.266	<0.001
Attitude towards the elderly club	0.144	<0.007
Club membership interests	0.439	<0.001
Establishment of aging people network or supporting agencies	0.317	<0.001
Social supports	0.331	<0.001

The factors in term of gender and level of education were compared for their mean values by using t-test. It was found that different gender and level of education led to the different level of participation significantly (p-value < 0.05)

Part 4: Factors influencing and predicting the participation of aging people in strengthen elderly club evaluation criteria –When analyzing factors influencing and predicting the participation of aging people in strengthen elderly club evaluation criteria by using variables in predisposing factors (gender, age, level of education, income, perception of health condition, attitude toward the aging club), enabling factors (club membership interests, establishment of aging people network or supporting agencies) and reinforcing factors (social supports) based on the Stepwise Multiple Regression, it was found that the best 6 variables influencing and predicting the involvement of aging people in elderly clubs were the club membership interests (Beta = 0.373), level of education that was higher than Prathomseksa 4 (Beta = 0.252), perception of health condition (Beta = 0.163), age (Beta = 0.121), social supports (Beta = 0.121) and gender (Beta = 0.101). All six variables could jointly predict the participation of aging people in strengthen elderly club at 35.0% (Table 3).

Table 3 Stepwise multiple regression analysis between predictors and participation of elderly people in strengthen elderly club

Predictors	Stepwise multiple regression		
	B	Beta	p-value
Club membership interests	0.844	0.373	<0.001
Level of education (higher than Prathom 4)	6.713	0.252	<0.001
Perception of health condition	0.391	0.163	<0.001
Age	-0.195	-0.121	0.006
Social supports	0.255	0.121	0.015
Gender (male)	-2.328	-0.101	0.027

$B_0 = 10.258$, $R^2 = 0.35$, $\text{Adj } R^2 = 0.339$

Part 5: Qualitative data about the participation of community leaders gained by the in-depth interview of 12 community leaders – main characteristics could be summarized as follows: elderly clubs whose passed strengthen elderly club evaluation criteria had similar characteristics at the initial stage, that is, those clubs have been supported by aging people and other agencies in part of management and coordination. The club administration has also been undertaken by club committees and officers of other agencies. After everything was set on its place, officers from other agencies would give less care and advice. Therefore, the actual and constant operation of those clubs came from the participation of club committees and aging people. According to the data obtained from the interview, most aging people had low participation in club activities. From the in-depth interview, it showed the reason that most aging people applied for club membership since they wanted the medical privilege, the right to be members of cremation and other interests. These aging people did not expect to participate in club activities, so they participated in some activities only. It was obvious that aging people preferred applying for the elderly club, but they have been involved in club activities lowly. The group of aging people with high participation, so, was club committees and some who have recognized the importance and interest from the participation.

Conclusion and Discussion

1. Participation in elderly club whose passed the evaluation on strengthen elderly club, Nakhonratchasima Province. – The results of the study showed that over a half of sample groups had low participation or 57.1%; meanwhile, 28.6% and 14.3% had medium and high participation respectively. If considering by each aspect, all 4 aspects might be sorted from high to low participation as participation, follow-up and evaluation, doing activities, planning for activities, and seeking for problems and cause of problems. Since the population ratio in the sample groups selected by the sampling of this study was different from the national and provincial population ration, that is, the number of very old aging people was the same to old aging people because very old aging people had low participation and the ratio of female aging people was higher than masculine ones almost 3 times, and aging people who were the sample groups were the income-income group and most have lived in rural areas, which should be factors making the participation of aging people stand in a low level. This result was consistent with the study of Imsombat P. (48), Plongthong V.(23), Wongsith M.et al. (53), and Wongkulchorn S.(54) that about 54.8% of aging people have been involved in elderly clubs or their participation was low.

2. Predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors, and participation of aging people in strengthen elderly club according to the statistic test by mean of pearson's product correlation coefficient and t-test

Gender: Masculine aging people had been involved in the elderly clubs more than female ones. Cohen JM.and Uphoff T. (26) stated that gender was a variable indicating personal characteristics; gender was one of personal factors. In the sample group of this study, masculine aging people had better opportunities than female aging people to be elderly club committees; so masculine aging people's participation was higher. In accordance with in-depth interview, it was found that elderly club committees in strengthen elderly club became a group being involved in all steps of club operation more than other groups of aging people. This result was consistent with studies of Trirapee L.(47), Wongsith M. and Siriboon S.(58) that show that the gender of elderly had correlation with the participation of elderly club.

Age: Age has negative correlation with the participation of very old aging people. Aging people had natural physical decline and were no more active (31); so

they had a high level of reliance and had less opportunities to be involved in club activities. This result was consistent with studies of Sindhuvongsanon Ch. (49), Plongthong V.(23), Vongsith M., Siriboon S.(58) and Torsati S.(62) that found that the age of elderly had correlation with the participation of elderly club.

Level of education: The level of education had positive correlation with the participation of aging people. This could be explained that education allowed people to have knowledge, insight, views and reasons. It took part in changing attitude and way of life (23), and resulted to the participation in the elderly club. This result was consistent with Trirapee L.(47), Imsombat P.(48), Plongthong V. (23) and Sriwanarot P.(50) that found that the level of education had associate with participation in the elderly club.

Income: Income has positive correlation with the participation of aging people in the elderly club since high-income aging people had both money and opportunities to be involved in activities, donations, pool efforts. They also had enough time contributed to social activities since they needed not to do any sideline jobs for additional income. This result was consistent with studies of Trirapee L.(47), Imsombat P.(48) and Plongthong V.(23) that found that the income had correlation with participation in elderly club.

Perception of health condition: The perception of health condition had positive correlation with the participation of aging people in the elderly club. Pender (69) stated that the perception of health condition was one factor relating to the frequency and intent to have health promotion behavior. The different health condition could differentiate the participation of aging people in the elderly club. In accordance with the in-depth interview, elderly clubs were established at the first time from the formation of aging people who recognized the importance of health or aging people who wanted to consult health problems, to talk to doctors and health officers, share experience in the group; therefore, activities in elderly clubs dealt with health promotion and spiritual relation, and aging people being involved in elderly clubs were ones recognizing the importance of health. This result was consistent with Imsombat P.(48), Plongthong V.(23), Sindhuvongsanon Ch.(49), Vongsith M.and Siriboon S.(58) and Vongkulchorn S.(54)) that show that the Perception of health condition had correlation with participation in elderly club.

Attitude toward the Elderly Club: The attitude toward the elderly club had positive correlation with the participation of aging people in the elderly club. From the in-depth interview, aging people have been involved in elderly club activities since those activities made them recognize their self-value, have friends, and feel lonely. Imsombat P.(48) found that the attitude to the elderly club had positive and significant correlation with the participation of members in activities of elderly clubs) that show that Attitude toward the Elderly Club had correlation with participation in elderly club.

Elderly club membership interests: The interests gained from the club membership had positive correlation with the participation of aging people in the elderly club. From the in-depth interview, the interests gained by aging people included the social assistance, self-esteem, more recognition of people, special service to be provided by officers. The participation in activities of aging people made elderly participants be able to talk to people at the same age, have someone understanding their feeling, not feel lonely, and improve their chronic diseases. These reasons were membership interests that had positive correlation with the participation of aging people in the elderly club, which was different from the result of study conducted by Imsombat P.(48) that show that elderly club membership interests had correlation with participation in elderly club.

Establishment of elderly network or supportive agencies: The establishment of elderly network or supportive agencies had positive correlation with the participation of aging people in the elderly club. According to the in-depth interview, the care provided by the network could lessen or wipe out some restrictions and make activities proceed. In other words, when other agencies paid attention to care and help elderly clubs, this also encouraged aging members in those clubs to give emphasis to the clubs. This was consistent with studies of Jinarat J.(13) and Kaokhaew S.(73). that show that Establishment of elderly network or supportive agencies had correlation with participation in elderly club.

Social supports: The social supports had positive correlation with the participation of aging people in the elderly club. This could be explained that the aging people desired reliance; when they were cared by their children, given some money support and information, those aging people would have mental power and self-

appreciation, desire to work for the society, and be involved in club activities. From the in-depth interview, the communities of most sample groups were rural where aging people have been respected by children; so they were highly returned in form of emotional supports and materials by the family. This result was consistent with the studies of Bowlling A. (74), Vongkulchorn S.(54), Methawee S. (75), Sirvoranat P.(50), and Chansaengsri M.(64) that found that social supports had correlation with participation in elderly club.

3. Factors influency and predicting the participation of aging people in the elderly club by mean of stepwise multiple regression consisted of club membership interests, level of education that was higher than Prathomseksa 4, perception of health condition, age, social supports and gender. However, other factors that were unable to predict the participation of aging people were income, attitude toward the elderly club, and establishment of aging people network or supportive agencies since these factors had so low correlation. The reason might be that the income was not a main concern of aging people because they have lived with their children. Regarding the attitude toward the elderly club, because aging people had a great amount of experience and working, they had their own attitude toward the club and did not have much concern about participation or no participation in the elderly club. In part of aging people network or supportive agencies, the network, in fact, might have actual care but it has not given concrete care; so aging people did not recognize the importance of such network. As a result, all three factors were unable to explain the participation of aging people in the strengthen elderly club.

Recommendation

In the study, Factors predicting the participation of aging people in the strengthen elderly club consisted of club membership interests, level of education perception of health condition, age, social supports and gender. The suggestions of the study, therefore, were listed below:

1. From results of the study, club membership interests was the variable best predicting the participation of aging people in the strengthen elderly club. Therefore, agencies in charge of the operation strengthen elderly club should carry on the universal publicity regarding available interests to all aging people. The practice

standard should be also clear and satisfy members to encourage them to be more involved.

2. The result of the study showed that female aging people had lower participation than masculine ones. Therefore, the researcher proposed that the strengthen elderly club should place the policy or publicity attracting more female aging people to be involved in elderly clubs by arranging activities attracting those female aging people such as income-addition activities, and giving them more information to form strength and confidence among them.

3. The study found that although many elderly clubs have been established, few aging people have been involved. However, these clubs are still important for aging people who recognize the importance of this club as a channel of sharing and learning between the government sector and aging people. Therefore, the elderly clubs should be further promoted and supported in every area while all related parties are informed of the importance of this club.

4. The Ministry of Public Health, especially the Department of Health or related bodies, should find out ways encouraging more aging people to be involved in club activities by developing the involvement strategy; for example, attracting community people, who may be youths or working-age people, to support activities of aging people, preparing the clear working plan, and seeking for the capital sources and sponsors from the government and private sectors so that more aging people are involved in these clubs.

5. The public health offices in charge of elderly clubs, which desire to upgrade them to be strengthen elderly club, should persuade aging club committees to coordinate with related agencies before persuading general members to the strengthen elderly club.

รายการอ้างอิง

1. Unite State Census Bureau. World Population Information from
<http://www.census.gov/ipc/www/world.html> [Accessed 2006 Feb ,14]
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล.ประชากรสูงอายุในสังคมไทย วารสารพัฒนาประชากร 2548; 25(5):2-3
3. สถิติผู้สูงอายุ. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล 2543;9(2):6
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม from [http://www. Anemia.moph.go.th /songwai_files/](http://www.Anemia.moph.go.th/songwai_files/topic006.htm)
topic006.htm. load [Accessed 2005 Nov 11]
5. เกื้อ วงศ์บุญสิน. สังคม สว.(ผู้สูงวัย). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2549.21
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545
กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชวนพิมพ์;2546.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สถานภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:มปท;2544.
8. มาลีณี วงษ์สิทธิ ,ศิริวรรณ ศิริบุญ,อัจฉรา เอ็นซ์.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล
ให้บริการและกิจกรรมต่างๆแก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:สถาบันประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2541.
9. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ from
<http://www.thaihealth.or.th/content.phpSystemModuleKey=a9&id=3972>
load [Accessed 2005 May 21]
10. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.นโยบายสาธารณะ:เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ บทบาทท้องถิ่น
ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.กรุงเทพมหานคร;2549.15,7
11. พลตินันท์ เหลืองไพบูลย์. การจัดบริการสวัสดิการสังคมในชมรมผู้สูงอายุ:ศึกษาเฉพาะกรณี
การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญา
สังคม สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2530.
12. บรรลุ ศิริพานิชและคณะ.รายงานการวิจัยเรื่องชมรมผู้สูงอายุ:การศึกษารูปแบบและการดำเนินงาน
ที่เหมาะสม. กรุงเทพมหานคร:วิญญานการพิมพ์; 2539.
13. จรินทร์ จินรัตน์ .การดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง ของชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ :

- [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล;2546.
14. ศรีทับทิม (รัตนโกศล) พานิชพันธ์.บริการสังคมกับผู้สูงอายุ กรุปรทัศน์สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มปท; 2525.27-32
15. นวพรรษ วุฒิชธรรม.การสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในกลุ่มของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านลาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี [ภาคินพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์,2543.
16. ศุภวรินทร์ หันกิติกุล.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ;2539.
17. James R, Emily K.The 2030 Problem: Caring for Aging Baby Boomer. Health Service Research, Vol37 Issue 4 August 2002. 849-84
18. Kazuhiko T, Hideki T, Masashi A, Naoki N, Miyoko U, Shuichiro S.Sleep health and lifestyle of elderpeople in Ogimi,a village of longevity.Psychiatry and Clinical Neuroscience [Online] 2002 June 56(3).243 —4 Abstract from: Blackwell Synergy.Available from :Blackwell Synergy Clinical Neurosciences [Accessed 2005 May 22]
19. สำนักทะเบียนราษฎรนครราชสีมา กระทรวงมหาดไทย เอกสารอัดสำเนา
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชนจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา:โชคเจริญมาเก็ตติ้ง จำกัด; 2548.
21. งานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา .เอกสารอัดสำเนา. 2548.
22. ดัชนีชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุไทย.ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .แผ่นบันทึกข้อมูล
23. วนิดา ปล้องทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2546.
24. Schaefer C,Coyne Z,Lazarus R.The health related function of social support.J behav med 1981;381-406.

25. Lawrence W, Marshall W. Health promotion planning an Education and Environmental approach. Mayfield Publishing Company, 2000:22-31
26. Cohen JM, Uphoff T. Participation's Place in Rural Development: Seeking Charity Through Specificity .World Development. 1980;8(5):213-35.
27. บุญยมาศ สันธูประภา. สังคมวิทยาความสูงอายุ. กรุงเทพฯ: สมพรการพิมพ์; 2539.1
28. WHO. Expert Committee. Health of the Elderly. WHO. Technical Report Series, No. 779: 1989.
29. บรรณ สุริยาพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2533.42
30. Grandall C. Gerontology. A Behaviored Scien Approach. Massachusette: Adelisor Wesley. 1980.9
31. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2542.
32. รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มปท ; 2545.
33. Leslie M. and Suzanne K. Aging: The social context. United States of America. 2001. 10-3
34. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.
35. คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. มปท; 2534.
36. กชกร สังขชาติ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2536.1
37. สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534. 108-109
38. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. แผนปฏิบัติงานประจำปี 2548. เอกสารอัดสำเนา.
39. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล; 2527. 153-165
40. โอชาจันทร์สว่าง. การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นทำฉันใด. วารสารพัฒนาชุมชน, ฉบับที่ 28, 258.
41. Cotton JL. Dose Employee Involvement Work .Yes, Sometimes. Journal of Nursing Care Quality 1997;12(2):33-45.
42. เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. การบริหารการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์; 2526. 272-3

43. Ho H. Strategies and Measures to Secure People Participation in Development at the Grassroots Level, Professional Paper of ICSW, Western Pacific Regional Conference. 1983.
44. ปกรณ์ ปรียากร. ทฤษฎีแนวคิดและกลยุทธ์เกี่ยวกับการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2520. 11-20
45. เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สักดิ์เสนารพิมพ์; 2529.
46. รัชดา พรพิไลสวัสดิ์. การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.
47. ลักษณะ ตรีรภา. การมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2547.
48. ปราณ อัมสมบัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขานิติศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2546.
49. จันทร์ทิพย์ สันธูฆานนท์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านหม้อ อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2547.
50. พันธุ์ทิพย์ ศรีวรรณารณ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ [ภาคินพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2543.
51. ระวี แก้วสุกใส. ความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุวัดคำโน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน [การค้นคว้าแบบอิสระสาขานิติศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
52. ทรงศักดิ์ มีชัย. กระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุนบ้านป่าขาม อำเภอป่า จังหวัดแม่ฮ่องสอน [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.

53. มาลินี วงษ์สิทธิ และคณะ.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการและกิจกรรมต่าง แก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2541.
54. สุนันต์ วงศ์บุญชร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
55. อุสา ศาสตร์ภักดี.การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเลย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2536.
56. Takahashi M, Shibasaki S, Nagai M. Characteristics of social activity of the elderly who belong To senior citizens Nippon Koshu Eisei Zasshi. 2003 Oct;50(10):970-9.53.
57. Unger JB, Johnson CA. Social relationships and physical activity in health club members. Am J Health Promot .1995 May – Jun;9(5):340-3.
58. มาลินี วงษ์สิทธิ และศิริวรรณ ศิริบุญ.ศักยภาพของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม.ประชากรศาสตร์ 2537;10(1):
59. สดใส ศรีสอาด. ปัจจัยที่มีผลต่อการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
60. Tae Wha SK, Kyung JL. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey International Journal of Nursing Studies. Vol. 6 No. 9 2005.
61. Orem, D. Nursing: concepts of practice. 4 ed. St. Louis Mosby Year Book Co., 1991. 238-241
62. สัมฤทธิ์ ต่อสติ.การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข เขตเมือง กรณีศึกษา: ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
63. ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ. ปัญหาและแนวทางพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.

64. มรุส จันทรแสงศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
65. ลมัย นิยมในธรรม.การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 38 “จืด-ทองคำ บำเพ็ญ” [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537.
- 66.อินทราพร พรหมปรการ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
67. สิริกันยา ปานพวงศรี. การจัดสวัสดิการของภาครัฐแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา]. คณะรัฐศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
68. อัญชลี พรประสาพผล.ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2543.
69. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice.edition.Norwalk,Connecticut:Appleton and Lange;1987.396
70. Weak R. Population Growth and Aging.Population An introduction to Concepts. 6 ed. Belmont, CA:Wadsworth.1996.
71. Higuchi,Keiko.Woman in an Aging Society. Added Years of Life in Asia Current Situation and Future Challenges. Asian Population Studies Service No.141.United Nations. 1996.
72. Markku T ,Juhan M.Social participation and health in a community rich in stock of social capital. Health Education Research, 2003 ;18 (6):770-9.
73. แสง ขาวแก้ว. การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดแพร่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

74. Bowling A. Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London.Sci. Med. 1990;31;1003-11.
75. สกิดา เมธาวิ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535.
76. ศิริมา ลีละวงศ์.ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.2541.
77. งานสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา .เอกสารอัดสำเนา. 2548
78. กัลยา วาณิชย์บัญชา.การวิเคราะห์สถิติ:สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย.พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร:สำนัก พิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
- 79.เสรี ราชโรจน์.สภาพการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน(หน่วยที่ 3).การบริหารและการจัดการวัดและประเมินผลการศึกษา(หน่วยที่ 1-7).ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;2537.65-8
80. ขรณี สิทธิโนน พัฒนกิจการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรกจังหวัดสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว] .กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
81. อำนาจ เจริญกุล.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขศึกษาของบุคลากรมาลาเรียระดับสนามกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
82. บุญชม ศรีสะอาด . วิธีทางสถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:สุวีริยาสาส์นจัดพิมพ์;2541.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. ชื่อ – สกุล รองศาสตราจารย์นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล
ตำแหน่ง คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ชื่อ – สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มม.ดร.นัทรสุมณ พฤทธิบุญโณ
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ชื่อ – สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางค์ชัยชื้อ
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลอง
ในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล



No. MU 2006-095

Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok

Title of Project. Aging Participation in Elderly Club Whose Passed the Evaluation Criteria on
Strengthen Elderly Club, Nakhonratchasima Province
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Mrs. Siriporn Ketthanang

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman.

(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute.

(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. 29 MAY 2006

Date of Expiration. 28 MAY 2007

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ชุดที่.....

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งของจังหวัดนครราชสีมา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิกของชมรม การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน แรงสนับสนุนทางสังคม และ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ

ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ หากมีข้อสงสัยให้ถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ และเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส ☐ 1) คู่ ☐ 2) โสด ☐ 3) หม้าย
☐ 4) หย่า แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2) ต่ำกว่าชั้นประถม4 ☐ 3) จบชั้นประถม4
☐ 4) มัธยม ☐ 5) ปริญญาตรี และสูงกว่า ☐ 6) อื่นๆระบุ.....

5. ลักษณะครอบครัวและบุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย

☐ 1) อยู่คนเดียว ☐ 2)สามีหรือภรรยา ☐ 3) บุตรโสด
☐ 4) ครอบครัวของบุตร ☐ 5) หลาน ☐ 6)ญาติพี่น้อง
☐ 7) เพื่อน ☐ 8) อื่นๆ

6. รายได้ที่ได้รับโดยเฉลี่ย.....บาท/เดือน

7. แหล่งที่มาของรายได้หลัก

☐ 1) ค่าจ้าง ☐ 4) เงินช่วยเหลือสงเคราะห์

☐ 2) เงินบำเหน็จบำนาญ ☐ 5) อื่นๆ(ระบุ).....

☐ 3) เงินจากลูกหลาน,สามี ภรรยา,ญาติให้

8. ความพอเพียงของรายได้แต่ละเดือน

☐ 1) พอใช้ มีเหลือเก็บ

☐ 2) พอใช้ ไม่เหลือเก็บ

☐ 3) พอใช้ แต่มีหนี้สิน

☐ 4) ไม่พอใช้ เป็นหนี้

☐ 5) อื่นๆ(ระบุ).....

9.อาชีพที่ประกอบในปัจจุบัน

☐ 1) ทำนา

☐ 5) ธุรกิจส่วนตัว

☐ 2) ทำสวน ทำไร่

☐ 6) ข้าราชการบำนาญ

☐ 3) รับจ้างรายวัน

☐ 7) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐ 4) ลูกจ้างรายเดือน

☐ 8) อื่นๆ(ระบุ).....

10.บทบาทหน้าที่ในครอบครัวที่รับผิดชอบในปัจจุบัน

☐ 1) หัวหน้าครอบครัว

☐ 2) รับผิดชอบงานบ้าน

☐ 3) เลี้ยงบุตรหลาน

☐ 4) ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบใดๆ

☐ 5) อื่นๆ(ระบุ).....

11. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

☐ 1) ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว

☐ 2) ชมรมผู้สูงอายุอำเภอประทาย

☐ 3) ชมรมผู้สูงอายุอำเภอกง

☐ 4) ชมรมผู้สูงอายุอำเภอครบุรี

☐ 5) ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช

12. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนี้นาน.....ปี เดือน

13. บทบาทของท่านในชมรมผู้สูงอายุ

☐ เป็นสมาชิก

☐ เป็นคณะกรรมการชมรมตำแหน่ง.....

☐ เคยเป็นคณะกรรมการ ตำแหน่ง.....

14. ระยะทางจากบ้านถึงที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุประมาณกิโลเมตร

15. ความสะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

☐ 1) สะดวก เพราะ.....

☐ 2) ไม่สะดวก เพราะ.....

16. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องรับยาประจำ คือ

☐ 1) ไม่มีโรคประจำตัว

☐ 2) เบาหวาน

☐ 3) ความดันโลหิตสูง

☐ 4) เบาหวานและความดันโลหิตสูง

☐ 5) โรคหัวใจ

☐ 6) โรคปวดข้อและกล้ามเนื้อ

☐ 7) อื่นๆ(ระบุ).....

17.ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- ☐ 1) ไม่ป่วยด้วยโรคใดๆ ☐ 2) เจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ได้รับประทานยา
☐ 3) เจ็บป่วยเล็กน้อยรับประทานยาแล้วหาย ☐ 4) เจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลโรค.....

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อ และตอบตามความจริงมากที่สุด ซึ่งคำตอบมีให้เลือก 3 ระดับ

เป็นจริงมาก = > 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นจริงปานกลาง = 2-3 ครั้ง/เดือน

เป็นจริงน้อย = < 1-2 ครั้ง/เดือนหรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ที่	ข้อความ	เป็นจริง		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ท่านทำงานบ้านเล็กน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน รดน้ำต้นไม้			
2	ท่านได้ออกกำลังกายด้วยวิธีเดินรอบๆ บ้าน เดินแอโรบิกส์ รำไม้พลอง ฯลฯ			
3	ท่านออกไปทำธุระ ไปวัด ไปหาเพื่อนได้ตามลำพังคนเดียว			
4	ท่านไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน			
5	ฟันของท่านสามารถรับประทานอาหารได้ดี			
6	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กระปริดกระปรอยเป็นประจำ			
7	ท่านมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ท้องเสีย ท้องผูก			
8	ท่านมีอาการปวดตามข้อ กล้ามเนื้อ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการเดิน ยืน นั่ง หยิบจับสิ่งของ			
9	ขณะที่ท่านอยู่เฉยๆ ท่านมีอาการใจสั่นหัวใจเต้นแรง			
10	ท่านมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก ตื่นบ่อย			
11	ท่านมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถท่าทางอย่างรวดเร็ว			
12	ท่านมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย			
13	ความจำของท่านยังใช้ได้ดี ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน			
14	สุขภาพของท่านไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			

ส่วนที่ 3 ทักษะติดต่อชมรมผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติของท่านต่อชมรมผู้สูงอายุ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อ และตอบตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	ชมรมผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อท่าน			
2	ท่านคิดว่า กฎระเบียบของชมรมเคร่งครัดมากเกินไป ไม่ยืดหยุ่น			
3	คณะกรรมการชมรมรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก			
4	ท่านพอใจการบริหารจัดการชมรมของคณะกรรมการชมรม			
5	คณะกรรมการชมรม บริหารการเงินได้อย่างโปร่งใส			
6	ถ้าทางชมรมขอความร่วมมือจากท่าน ท่านพร้อมที่จะร่วมมืออย่างเต็มที่			
7	ท่านรู้สึกว่าชมรมผู้สูงอายุของท่านมีปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอยู่			
8	การเสียด่าสมาชิกชมรม คຸ້ມຄ່າและ ยุติธรรม			
9	ท่านรู้สึกยุ่งยากใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			
10	กิจกรรมของชมรมทำให้ท่านสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย			
11	การร่วมกิจกรรมของชมรมทำให้ท่านมีความสุข			
12	ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากชมรมได้เมื่อท่านมีปัญหาส่วนตัว			

ส่วนที่ 4 ลิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกของชมรม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ ต้องการสอบถามสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกของชมรม ในช่วงเวลา 1-2 ปีที่ท่านเป็นสมาชิกชมรมท่านได้รับสิ่งต่างๆต่อไปนี้ มาก ปานกลาง น้อย หรือไม่ได้รับโปรดตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้
1	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับสุขภาพ				
2	ท่านได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีฟรี ทุกปี				
3	ชมรมมีอุปกรณ์ในการออกกำลังกายให้สมาชิกใช้				
4	ท่านได้ร่วมออกกำลังกายร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ				
5	ท่านมีโอกาสดำเนินกิจกรรม ร่วมทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา ร่วมกับชมรม				
6	ท่านได้รับการเยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วย				
7	สมาชิกที่เสียชีวิตได้รับเงินฌาปนกิจ				
8	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมงานวันผู้สูงอายุ				
9	ท่านเคยผ่านการประชุม อบรมที่ทางชมรมจัดให้				
10	ท่านได้ไปทัศนศึกษา ดูงาน ที่ทางชมรมจัดขึ้น				

ส่วนที่ 5 การมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุน

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการรวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับการมีเครือข่ายผู้สูงอายุหรือหน่วยงานสนับสนุนภายในระยะเวลา 1-2 ปีที่ท่านเป็นสมาชิกชมรม ท่านคิดว่าชมรมได้รับการสนับสนุนต่างๆ ต่อไปนี้ในระดับ มาก ปานกลาง น้อย หรือไม่ได้รับ ขอให้พิจารณาข้อความแต่ละข้อ และตอบตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ
1	ชมรมได้รับการเยี่ยมเยียนจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน				
2	ชมรมได้รับการสนับสนุนให้สมาชิกได้ออกกำลังกาย				
3	ชมรมของท่านได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน				
4	ชมรมของท่านได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน				
5	ชมรมได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรหรือวิทยากรจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน				
6	ชมรมได้รับการสนับสนุนให้เข้าประชุมอบรมจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน				
7	ชมรมได้รับการสนับสนุนการไปทัศนศึกษาจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน				
8	ชมรมได้รับการสนับสนุนให้มีการฝึกอาชีพเสริมจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน				
9	ชมรมได้รับการสนับสนุนการจัดงานวันผู้สูงอายุหรือวันสำคัญแห่งชาติอื่นๆ				
10	ชมรมได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ สิ่งของเงินทองจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน				

ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการสำรวจการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ

ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ให้ตอบตามความจริงมากที่สุด ซึ่งคำตอบมีให้เลือก 3 ระดับ

คือ มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อยหรือไม่ตรงเลย

ข้อ	แรงสนับสนุนทางสังคม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ท่านมีบุคคลที่แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีเรื่องก্লุ้มใจหรือมีความทุกข์			
2	ท่านมีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้			
3	ท่านมีบุคคลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านมีความทุกข์			
4	ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัย			
5	ท่านได้รับความไว้วางใจและความเชื่อถือจากคนใกล้ชิด			
6	ท่านมีคนดูแลบ้านหรือรับภาระที่ต้องจัดการแทนท่านในช่วงที่ท่านมาร่วมกิจกรรมของชมรม			
7	สมาชิกในครอบครัวอำนวยความสะดวกในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมของชมรม			
8	ท่านมีคนคอยดูแลท่านด้านการใช้ชีวิตประจำวัน			
9	มีคนให้สิ่งของเครื่องใช้ หรือเงินทองแก่ท่าน			
10	ท่านได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น ได้รับเงินสงเคราะห์			
11	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม			
12	ท่านได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ หรือการเข้าร่วมกิจกรรม			
13	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ หรือการเข้าร่วมกิจกรรม			
14	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรม			
15	ท่านได้รับการช่วยเหลือเมื่อท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการคำแนะนำกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ หรือการเข้าร่วมกิจกรรม			

ส่วนที่ 7 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์นี้มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหลักของผู้สูงอายุ ถ้ามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ ให้ตอบแบบสัมภาษณ์ต่อในส่วนที่ 2 ต่อถ้าไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ จะสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มต้นในการค้นหาปัญหาจนถึงกระบวนการประเมินผลของกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุหรือไม่

☐ 1) มีส่วนร่วม (กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ต่อในส่วนที่ 2)

☐ 2) ไม่มีส่วนร่วม (สิ้นสุดการตอบแบบสัมภาษณ์)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์นี้เป็นการสำรวจระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมและประเมินผลการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ให้ตอบตามความรู้สึของท่านมากที่สุด ซึ่งคำตอบมีให้เลือก 3 ระดับ คือมีส่วนร่วมมาก ปานกลาง น้อย

ข้อความ		ระดับการมีส่วนร่วม		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา				
1	ท่านเข้าประชุมกับชมรมผู้สูงอายุเพื่อระดมค้นหาปัญหาในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ			
2	ท่านได้ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของชุมชนของท่าน			
3	ท่านได้ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาก่อนการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ			
4	ท่านได้ร่วมวิเคราะห์หาผลกระทบจากปัญหาและสาเหตุของปัญหา			
5	ท่านเสนอแนะแนวทางในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ			
ด้านการวางแผนดำเนินกิจกรรม				
6	ท่านมีส่วนร่วมในการริเริ่มนำเสนอแผนการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			

ข้อความ		ระดับการมีส่วนร่วม		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
7	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหลักที่ดำเนินการในชมรม			
8	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนคัดเลือกกิจกรรมหลักหรือกลวิธีดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			
9	ท่านให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และใช้เป็นแนวทางในการร่วมวางแผนดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			
10	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน ตารางการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			
ด้านการดำเนินกิจกรรม				
11	ท่านมีส่วนร่วมในการแจกแจงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			
12	ท่านได้รับมอบหมายหรือมีหน้าที่รับผิดชอบในกิจกรรมหลักที่ดำเนินการ			
13	ท่านบริจาคเงินหรือวัสดุสิ่งของ เช่น อุปกรณ์การออกกำลังกาย ให้กับชมรมในการทำกิจกรรมหลักของชมรม			
14	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมหลักที่ทางชมรมจัดขึ้นทุกครั้ง			
15	ท่านมีส่วนในการประชาสัมพันธ์การดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			
ด้านการติดตามประเมินผล				
16	ท่านได้ติดตามการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมว่าดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ว่าสำเร็จ หรือ ล้มเหลว			
17	ท่านได้มีการพูดคุย เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมในกลุ่มเพื่อนสมาชิกของชมรม			
18	ท่านได้ติดตามการใช้จ่ายเงิน รายรับ - รายจ่าย ในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			
19	ท่านทราบถึงปัญหาการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			
20	ท่านได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม			

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประวัติความเป็นมาของชมรมผู้สูงอายุ

1. ก่อนการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร
2. ชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้อย่างไร
3. ชมรมผู้สูงอายุก่อตั้งขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ใด
4. ใครเป็นแกนนำในการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ
5. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างไร

โครงสร้างของชมรมผู้สูงอายุและระเบียบการเข้าเป็นสมาชิกชมรม

1. โครงสร้างและระเบียบการของชมรมผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเป็นสมาชิกชมรม
3. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกชมรมของผู้สูงอายุอย่างไร

แหล่งทุนและการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการบริหารเงินทุน

1. ชมรมผู้สูงอายุมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง
2. มีการบริหารจัดการเงินทุนภายในชมรมอย่างไร คณะกรรมการชมรมมีส่วนร่วมอย่างไร
3. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการหาแหล่งทุนหรือบริหารเงินทุนของชมรมอย่างไร

กิจกรรมหลักและการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม

1. กิจกรรมหลักของชมรมมีกิจกรรมอะไรบ้าง
2. สมาชิกของชมรมมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมหลักของชมรมหรือไม่ อย่างไร
3. กิจกรรมหลักของชมรมมีความสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกหรือไม่ อย่างไร
4. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมอย่างไร

5. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ

คณะกรรมการในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรมอย่างไร

6. มีปัญหาใดบ้างที่เกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรมหลักของชมรม

ประโยชน์ของชมรมผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุและสังคม

1. ผู้สูงอายุได้สิทธิประโยชน์ใดบ้างจากการสมัครเป็นสมาชิกชมรม
2. ชมรมผู้สูงอายุให้ประโยชน์ใดบ้างต่อผู้สูงอายุและสังคม
3. สมาชิกมีความพึงพอใจต่อชมรมผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด

บทบาทของผู้นำชมรมในการสนับสนุนกิจกรรมหลักของชมรม

1. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนช่วยเหลือชมรมตั้งแต่เริ่มก่อตั้งชมรมอย่างไร
2. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรมระดับใด
3. ความสัมพันธ์ระหว่างชมรมผู้สูงอายุกับกลุ่ม/องค์กรผู้นำชุมชนมีลักษณะอย่างไร

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรต้นเป็นรายข้อ

ตารางที่ 14 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.ท่านทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน ถ้างาน รดน้ำต้นไม้	4.9	17.7	77.4
2.ท่านได้ออกกำลังกายด้วยวิธีเดินรอบๆ บ้าน เดินแอโรบิกส์ รำไม้พลอง ฯลฯ	14.3	32.6	53.1
3.ท่านออกไปทำธุระ ไปวัด ไปหาเพื่อนได้ตามลำพังคนเดียว	3.4	15.4	81.1
4.ท่านไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน	6.0	23.7	70.3
5.ฟันของท่านสามารถใช้บดเคี้ยวอาหารได้ดี	19.4	33.1	47.4
6.ท่านมีปัญหาลักษณะการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กระปริดกระปรอยเป็นประจำ	11.1	23.7	65.1
7.ท่านมีปัญหาลักษณะการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ท้องเสีย ท้องผูก	12.0	21.1	66.9
8.ท่านมีอาการปวดตามข้อ กล้ามเนื้อ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการเดิน ยืน นั่ง หยิบจับสิ่งของ	27.4	35.4	37.1
9.ขณะที่ท่านอยู่เฉยๆ ท่านมีอาการใจสั่นหัวใจเต้นแรง	5.4	18.6	76.0
10.ท่านมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก ตื่นบ่อย	16.3	24.9	58.9
11.ท่านมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถทางอย่างรวดเร็ว	15.1	27.7	57.1
12.ท่านมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย	15.1	27.7	57.1
13.ความจำของท่านยังใช้ได้ดี ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน	6.6	39.1	54.3
14.สุขภาพของท่านไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม	3.4	27.4	69.1

ตารางที่ 15 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติต่อชมรม
ผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	mean	S.D
1.ชมรมผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อท่าน	98.3	1.1	0.6	1.98	0.184
2.ท่านคิดว่า กฎระเบียบของชมรมเคร่งครัด มากเกินไป ไม่ยืดหยุ่น	81.1	15.7	2.6	1.79	0.466
3.คณะกรรมการชมรมรับฟังความคิดเห็นของ สมาชิก	94.0	5.1	0.9	1.93	0.285
4.ท่านพอใจการบริหารจัดการชมรมของ คณะกรรมการชมรม	95.7	3.7	0.6	1.95	0.240
5.คณะกรรมการชมรม บริหารการเงินได้อย่าง โปร่งใส	91.1	8.3	0.6	1.91	0.312
6.ถ้าทางชมรมขอความร่วมมือจากท่าน ท่าน พร้อมที่จะร่วมมืออย่างเต็มที่	96.3	3.1	0.6	1.96	0.229
7.ท่านรู้สึกว่าการชมรมผู้สูงอายุของท่านมีปัญหา ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอยู่	60.0	36.3	3.7	1.56	0.567
8.การเสียค่าสมาชิกชมรม ค่าเช่าและ ยุติธรรม	93.1	5.1	1.7	1.91	0.336
9.ท่านรู้สึกยุ่งยากใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของ ชมรม	82.9	12.6	4.6	1.78	0.512
10.กิจกรรมของชมรมทำให้ท่านสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย	87.4	8.9	3.7	1.84	0.460
11.การร่วมกิจกรรมของชมรมทำให้ท่านมี ความสุข	96.0	3.7	0.3	1.96	0.216
12.ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากชมรม ได้เมื่อท่านมีปัญหาส่วนตัว	73.7	24.0	2.3	1.71	0.501

ตารางที่ 16 ร้อยละร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ	mean	S.D.
1.ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับสุขภาพ	42.0	53.7	0	4.3	1.49	0.580
2.ท่านได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีฟรี ทุกปี	7.1	26.0	56.9	10.0	2.30	0.977
3.ชมรมมีอุปกรณ์ในการออกกำลังกายให้สมาชิกใช้	21.1	29.1	27.7	22.0	1.63	1.110
4.ท่านได้ร่วมออกกำลังกายร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ	22.3	33.1	34.6	10.0	1.92	0.983
5.ท่านมีโอกาสได้ปฏิบัติธรรม ร่วมทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา ร่วมกับชมรม	3.7	27.1	67.7	1.4	2.61	0.631
6.ท่านได้รับการเยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วย	13.7	27.1	50.6	8.6	2.20	0.974
7.สมาชิกที่เสียชีวิตได้รับเงินฌาปนกิจ	5.7	16.9	62.3	15.1	2.26	1.105
8.ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมงานวันผู้สูงอายุ	4.3	21.4	71.1	3.1	2.61	0.717
9.ท่านเคยผ่านการประชุม อบรมที่ทางชมรมจัดให้	10.9	28.3	53.7	7.1	2.29	0.923
10.ท่านได้ไปทัศนศึกษา ดูงาน ที่ทางชมรมจัดขึ้น	20.3	14.9	32.0	32.9	1.46	1.245

ตารางที่ 17 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ
1.ชมรมได้รับการเยี่ยมชมจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	8.9	43.4	45.4	2.3
2.ชมรมได้รับการสนับสนุนให้สมาชิกได้ออกกำลังกาย	10.3	36.0	51.4	2.3
3.ชมรมของท่านได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	7.4	36.6	56.0	0
4.ชมรมของท่านได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	15.1	39.1	43.7	2.0
5.ชมรมได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรหรือวิทยากรจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	11.7	41.1	45.7	1.4
6.ชมรมได้รับการสนับสนุนให้เข้าประชุมอบรมจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	8.0	39.4	49.4	3.1
7.ชมรมได้รับการสนับสนุนการไปทัศนศึกษาจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	19.1	29.4	39.4	12.0
8.ชมรมได้รับการสนับสนุนให้มีการฝึกอาชีพเสริมจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	29.4	20.9	19.1	30.6
9.ชมรมได้รับการสนับสนุนการจัดงานวันผู้สูงอายุหรือวันสำคัญแห่งชาติอื่นๆ	10.0	33.1	55.7	1.1
10.ชมรมได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทองจากเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุน	20.0	41.7	28.6	9.7

ตารางที่ 18 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.ท่านมีบุคคลที่แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีเรื่อง กลุ้มใจหรือมีความทุกข์	14.6	48.6	36.9
2.ท่านมีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหา ต่าง ๆ ได้	7.1	47.7	45.1
3.ท่านมีบุคคลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านมี ความทุกข์	14.0	43.4	42.6
4.ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัย	6.3	31.1	62.6
5.ท่านได้รับความไว้วางใจและความเชื่อถือจากคน ใกล้ชิด	3.7	33.1	63.1
6.ท่านมีคนดูแลบ้านหรือรับภาระที่ต้องจัดการแทนท่าน ในช่วงที่ท่านมาร่วมกิจกรรมของชมรม	20.6	32.0	47.4
7.สมาชิกในครอบครัวอำนวยความสะดวกในการ เดินทางมาร่วมกิจกรรมของชมรม	8.6	31.4	60.0
8.ท่านมีคนคอยดูแลท่านด้านการใช้ชีวิตประจำวัน	14.6	36.3	49.1
9.มีคนให้สิ่งของเครื่องใช้ หรือเงินทองแก่ท่าน	23.1	48.9	28.0
10.ท่านได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น ได้รับเงิน สงเคราะห์	80.3	9.1	10.6
11.ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หรือการ เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม	6.6	45.4	48.0
12.ท่านได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ หรือการเข้าร่วมกิจกรรม	6.9	53.1	40.0
13.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของ ผู้สูงอายุ หรือการเข้าร่วมกิจกรรม	6.3	46.3	47.4
14.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรม	10.9	43.1	46.0
15.ท่านได้รับการช่วยเหลือเมื่อท่านมีข้อสงสัยหรือ ต้องการคำแนะนำกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ หรือ การเข้าร่วมกิจกรรม	12.0	48.9	39.1

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางศิริพร เกษธนัง
วัน เดือน ปี เกิด	3 มีนาคม 2515
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
สถาบันการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, พ.ศ.2534-2538 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2547-2549 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์)
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
ที่อยู่	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ต.โคกกรวด อ. เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทร.044-465010-4
ทุนการวิจัย	มูลนิธิศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ