



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การศึกษาสภาวะการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะกาย จิต สังคม และ
ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ชมรมผู้สูงอายุแห่ง
ประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

โดย

อาจารย์ ดร.ศรัล ขุนวิทยา และคณะ

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว

มหาวิทยาลัยมหิดล

ธันวาคม พ.ศ. 2562

สัญญาเลขที่ RDG6140037

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การศึกษาสภาวะการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพกาย จิต สังคมและความสามารถ
การคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยใน
พระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

A study of situation and factors effecting the health, mind, social and
executive function in the elderly of the elderly club of Thailand
under the Royal Patronage of Her Majesty the King Rama IX's Mother

คณะผู้วิจัย

1. อาจารย์ ดร.ศรัล ขุนวิทยา

2. อาจารย์ ดร.อิวิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล

3. อาจารย์ ดร.นุชนาถ รักษี

สังกัด

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและ
ครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและ
ครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและ
ครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กิตติกรรมประกาศ

โครงการสภาวะการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะกาย จิต สังคมและความสามารถในการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุ: ชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบพระคุณผู้มีอุปการะทุกท่านได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ผู้บริหารมหาวิทยาลัยมหิดล บุคลากรสำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหิดล ประธานชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นผลให้โครงการวิจัยสามารถดำเนินงานวิจัยสำเร็จตามเป้าประสงค์ และท้ายสุดโครงการวิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยประจำปี พ.ศ. 2561

บทสรุปผู้บริหาร

การวิจัยทำการศึกษาศาถานการณและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถของการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอาย กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายจากชมรมผู้สูงอายแกนนำเข้มแข็งสังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยแบ่งออกเป็ภาคเหนือ ภาคกลาง/กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำนวน 20 ชมรม

ผู้สูงอายเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 643 ราย แบ่งเป็นผู้สูงเพศชายจำนวน 166 คน (ร้อยละ 25.8) และผู้สูงอายเพศหญิงจำนวน 477 คน (ร้อยละ 74.2) กลุ่มผู้สูงอาย 61-70 ปี มีจำนวนร้อยละ 66.8 กลุ่มผู้สูงอาย 71-80 ปี มีจำนวนร้อยละ 28.6 และกลุ่มผู้สูงอาย 81-90 ปี จำนวนร้อยละ 4.6 เมื่อวิเคราะห์ห้อตราส่วนระหว่างเพศพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า และมีแนวโน้มอายุนกว่าเพศชาย อีกทั้งการวิจัยพบข้อมูลค้ญคือ ผู้สูงอายยังคงทำงานร้อยละ 86.4 และไม่ได้ทำงานร้อยละ 15.6 แสดงถึงโดยส่วนใหญ่อุ่มผู้สูงอายจากชมรมผู้สูงอายมึศักยภาพในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองหรือครอบครัวได้

ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำในอุ่มผู้สูงอายพบว่า อุ่มผู้สูงอายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 98.9 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลร้อยละการทำงานในอุ่มผู้สูงอาย แสดงถึงผู้สูงอายอุ่มนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้และยังคงทำงานประกอบอาชีพได้ สิ่งที่น่าสนใจคือ อุ่มผู้สูงอายตอนปลาย (อายุ 81-90 ปี) จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.8) จากจำนวนทั้งหมด 29 ราย สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ตามปกติ ซึ่งการวิจัยพบปัจจัยที่ส่งเสริมคือ ผู้สูงอายตอนปลายมีความพยายามทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ผู้สูงอายออกกำลังกาย ผู้สูงอายเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การมีผู้ดูแล (ญาติ) การเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือนโดยเพื่อนสมาชิกและผู้นำชมรม อีกทั้งการมีการตรวจสุขภาพและเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายรู้สึกอบอุ่น รู้สึกถึงการมีตัวตน และการมีคุณค่าของตนเอง

ภาวะโภชนาการในอุ่มผู้สูงอายพบว่า มีอุ่มผู้สูงอายภาวะโภชนาการผอมร้อยละ 4.7 ภาวะโภชนาการอยู่เกณฑ์ปกติร้อยละ 33.5 น้ำหนักเกินร้อยละ 25.3 และอ้วนร้อยละ 36.5 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ อุ่มผู้สูงอายมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 61.8 ที่สำคัญผู้สูงอายเพศหญิงมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า

ความสามารถในการมองเห็นในอุ่มผู้สูงอายพบว่า ผู้สูงอายมองเห็นชัดเจนร้อยละ 57.0 และเห็นไม่ชัดเจนร้อยละ 43.0 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ สัดส่วนของความสามารถในการมองเห็นปกติต่อไม่ปกติอยู่ที่ 1.3:1 ส่วนความสามารถในการได้ยินปกติร้อยละ 80.1 และไม่ปกติร้อยละ 19.9 สัดส่วนของความสามารถในการได้ยินปกติต่อไม่ปกติอยู่ที่ 4:1 ส่วนข้อมูลด้านการเจ็บป่วยพบว่า ผู้สูงอายมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 17.7 เป็นโรคหัวใจร้อยละ 6.7 และเป็นโรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบร้อยละ 4.5 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นโรคที่พบอันดับหนึ่งในอุ่มผู้สูงอาย

ผู้สูงอายออกกำลังกายสม่ำเสมอร้อยละ 43.4 ออกกำลังกายเป็นบางครั้งร้อยละ 49.6 และไม่ออกกำลังกายร้อยละ 7.0 กิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายต่างๆ ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในภาพรวมพบว่า ประธานหรือกรรมการบริหารชมรมเป็นผู้นำในการ

เลือกทำออกกำลังกายและระยะเวลาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุออกกำลังกายรวมร้อยละ 93 ซึ่งเป็นผลดีต่อการมีสุขภาพที่แข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้

การทำงานอดิเรกในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกสม่ำเสมอร้อยละ 47.3 ทำงานอดิเรกบางครั้งร้อยละ 40.5 และไม่ทำงานอดิเรกร้อยละ 12.3 กิจกรรมการทำงานอดิเรกของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ทั้งใน ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในภาพรวมพบว่าการทำงานอดิเรกในผู้สูงอายุจะคำนึงถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่สามารถทำได้ เช่น ถักทอเครื่องนุ่งห่ม งานสาน วาดรูป จัดดอกไม้ และแปรรูปอาหาร โดยส่วนใหญ่เป็นการทำงานเพื่อสร้างรายได้ สิ่งที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจทำงานอดิเรกที่ก่อเกิดรายได้ และต้องการเรียนรู้สิ่งใหม่ ซึ่งข้อมูลสำรวจพบผู้สูงอายุทำงานอดิเรกร้อยละ 87.8 ซึ่งเป็นผลดีต่อการมีสุขภาพที่แข็งแรงและเป็นการสร้างรายได้

ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 91.1 ผู้สูงอายุสูบบุหรี่บางครั้งร้อยละ 6.1 และสูบบุหรี่สม่ำเสมอร้อยละ 2.8 สิ่งที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ 13.1) ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันคือ “ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ได้ระยะแรก แต่นานๆไปก็กลับมาสูบบุหรี่เหมือนเดิม เลิกไม่ได้จริงๆ” ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ การวิจัยพบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์สมควรได้รับการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรม

ผู้สูงอายุไม่ดื่มสุราร้อยละ 83.8 ดื่มสุราบางครั้งร้อยละ 14.5 และดื่มสุราสม่ำเสมอร้อยละ 1.7 สิ่งที่น่าสนใจคือ กลุ่มที่ไม่ดื่มสุราเมื่อทำการวัดความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรม มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ดีปกติร้อยละ 76.3 แสดงถึงผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มสุราจะมีพฤติกรรมความยับยั้งชั่งใจต่อสิ่งที่เป็นอันตรายกับสุขภาพได้เป็นผลดี

การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน สังคม ในพื้นที่ของผู้สูงอายุพบว่าทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 64.6 ทำได้บางครั้งร้อยละ 26.4 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 9.0 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุได้รับแหล่งสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัวร้อยละ 25.2 และได้รับจากรัฐบาลหรือชุมชนร้อยละ 58.5 การได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและการมีแหล่งการเงินที่มั่นคงส่งผลต่อการมีสุขภาพกาย จิต และสังคมที่ดีได้

การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน สังคม ในพื้นที่ของผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับข้อมูลสภาพจิตของผู้สูงอายุการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตปกติร้อยละ 94.8 มีความเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 4.2 และมีความเศร้าปานกลางร้อยละ 1.0 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ เมื่อสอบถามผู้สูงอายุถึงการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่ได้รับคำตอบในทิศทางเดียวกันคือ มีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมและได้พบปะเพื่อนสมาชิกอยู่เสมอ ทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว อีกทั้งโรงเรียนผู้สูงอายุมีการสอนการทำอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้ ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่พึ่งของครอบครัวได้อีกทางหนึ่ง

เมื่อทำการประเมินความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 2.4 อยู่เกณฑ์ปกติร้อยละ 64.4 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.2 และเมื่อประเมินองค์ประกอบด้านต่างๆ การวิจัยพบข้อมูลที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานร้อยละ 48.7 ด้านการปรับเปลี่ยน (ความยืดหยุ่นทางความคิด) ร้อยละ 45.6 และการวางแผนร้อยละ 33.3 (3 ลำดับแรกที่ควรให้การส่งเสริมในผู้สูงอายุ)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายเพศ ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุตอนต้น (60-70 ปี) และตอนกลาง (71-80ปี) มีทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองดีกว่าผู้สูงอายุตอน

ปลาย (80 ปีขึ้นไป) การมีสถานภาพสมรส สุขภาพจิตปกติ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารและผักผลไม้เพียงพอ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ และการมีแหล่งสนับสนุนการเงินมากกว่า 1 ช่องทาง จะส่งผลดีต่อทักษะความสามารถ การคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

ส่วนปัจจัยเงื่อนไขการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง สามารถสรุปได้ดังนี้

1. วิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุ การวิจัยพบว่าการกำหนดวิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุนั้นโดยส่วนใหญ่ได้รับการปลูกฝังมาจากแนวคิด Active Aging ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ให้แนวคิดของ Active aging ไว้ว่าการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลังและศักยภาพอยู่ในภาวะพลุดพลังนั้น จะมีองค์ประกอบ 3 ประการได้แก่

- 1.1 การพึ่งพาตนเองได้หรือคงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดของตนเองในแต่ละช่วงชีวิตให้ได้
- 1.2 การมีส่วนร่วมกับสังคมให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 1.3 การสร้างหลักประกันและความมั่นคงให้ตนเองตามอัตภาพ

โดยองค์ประกอบการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพลุดพลังนั้นควรจะเป็นกระบวนการที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่สุขภาพดี การมีส่วนร่วมในสังคม และการมีหลักประกันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ ดังนั้นชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงกำหนดวิสัยทัศน์เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้ตอบโจทย์ “ผู้สูงอายุภาวะพลุดพลัง” ซึ่งวิสัยทัศน์ดังกล่าวจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

2. แผนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่วางเป้าหมายการทำงาน 6 ด้านสำคัญ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและพัฒนาศักยภาพสมาชิก การส่งเสริมกิจกรรมด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิก การส่งเสริมกิจกรรมด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน การมีแผนงานทั้งระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนการกำหนดตัวชี้วัดของแต่ละชมรมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

3. คณะทำงานของชมรมผู้สูงอายุ การวิจัยพบว่าประธานและผู้บริหารชมรมมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดวิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุ แผนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การตอบโจทยสมาชิก การเลือกตั้งชี้วัด การหาแหล่งสนับสนุนทางการเงิน การหาพันธมิตรการทำงาน และการทบทวนผลการทำงานชมรมผู้สูงอายุ การมีประธานและผู้บริหารชมรมที่เข้มแข็งและกว้างขวางมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

4. การให้ความสำคัญกับลักษณะวัฒนธรรมและความสนใจของสมาชิกในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตามเป้าหมายการทำงานทั้ง 6 ด้าน เป็นสิ่งที่เอื้อต่อการเกิดความสำเร็จต่อการทำงาน เพราะผู้สูงอายุในชมรมมีส่วนร่วมในการคิดออกแบบ มีสิทธิ์ในการเสนอความคิดเห็น และตกลงร่วมกันในการดำเนินงาน โดยยึดหลักให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติจริง การให้ความสำคัญกับลักษณะวัฒนธรรมและความสนใจของสมาชิกจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

5. การค้นหาต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดีในแต่ละท้องถิ่นจะเป็นตัวอย่างอันดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้สูงอายุ โดยสามารถจับต้องได้และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง แนวทางการการค้นหาต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดีจะช่วยให้การผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคมดี อีกทั้งจะส่งผลทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในด้านความจำขณะทำงานที่โดดเด่นด้วย

6. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ ชมรมส่วนใหญ่มีการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมนันทนาการตามตัวชี้วัด จากการทำกิจกรรมกลุ่ม การวิจัยพบว่าปัจจัยสำคัญอย่าง

หนึ่งที่ส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุคือ กิจกรรมทางศาสนา ทุกชมรมผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทางศาสนา เป็นแหล่งศูนย์รวมจิตใจและสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีจะส่งผลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารด้านการควบคุมอารมณ์

7. กิจกรรมทางสังคมและพัฒนาศักยภาพสมาชิก ชมรมทั้งหมดได้สนับสนุนให้สมาชิกรวมทั้งครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาลหรือ ในวันสำคัญต่างๆ อย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นไปตามตัวชี้วัด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรม ยกเว้น ผู้ที่ติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ด้านการพัฒนาศักยภาพสมาชิกของชมรมรวมทั้งด้านการศึกษา ชมรมส่วนใหญ่มีการส่งเสริมการเรียนรู้ของสมาชิกในด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ตามความต้องการของสมาชิก โดยเน้นกิจกรรมสร้างรายได้ตามกฎหมาย ปัญหาท้องถิ่น โดยวิทยากรจะมาจากทั้งแหล่งภายนอกและจากสมาชิกชมรม อีกทั้งชมรมแต่ละแห่งมีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยแนวทางหลักสูตรจะตอบสนองความต้องการของสมาชิกเป็นหลัก แนวทางดังกล่าวส่งเสริมสุขภาพสังคมและทักษะการคิดเชิงบริหารด้านความจำขณะทำงานและการวางแผนอีกด้วย

8. กิจกรรมด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิก ชมรมทั้งหมดมีการจัดสวัสดิการและมีการเกื้อกูลสมาชิกตามตัวชี้วัดที่กำหนด ได้แก่ การช่วยเหลือและเยี่ยมเยียนเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย และการช่วยเหลือครอบครัวเมื่อสมาชิกเสียชีวิตและ มีการช่วยเหลือเมื่อสมาชิกเดือดร้อน โดยส่วนใหญ่จะมีสวัสดิการและกองทุนฌาปนกิจ ส่วนกิจกรรมการออมนั้น ชมรมได้สนับสนุนให้สมาชิกมีการออมเงินโดยเข้าร่วมกับกองทุนเงินออมที่ดำเนินการในแต่ละหมู่บ้าน แนวทางดังกล่าวส่งเสริมสุขภาพจิต และสังคมในผู้สูงอายุ

9. กิจกรรมด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ชมรมส่วนใหญ่มีการระดมทุนทั้งจากสมาชิกและจากเครือข่ายหรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานของชมรมโดยเฉพาะจากทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำจังหวัด ซึ่งต้องทำในรูปของโครงการ และมีแผนกิจกรรมและตัวชี้วัด โดยแนวดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

10. แหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานของชมรม ชมรมทั้งหมดจะมีหน่วยงานซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ โดยหน่วยงานหลัก ได้แก่ อบต. หรือเทศบาล จะให้การสนับสนุนด้านงบประมาณตามโครงการที่ชมรมขอรับการสนับสนุนและสนับสนุนบุคลากร รพ.สต. ดูแลด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละชมรม สิ่งที่น่าสนใจและเป็นรากเหง้าของคนไทยนั่นคือ วัดเป็นแหล่งศูนย์รวมจิตใจ นอกจากวัดจะส่งเสริมด้านจิตใจแล้ว ยังเป็นแหล่งสนับสนุนด้านสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมต่างๆ ในหลายๆ ชมรม นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ เป็นแหล่งสนับสนุนอีกด้วยขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละชมรมผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

การศึกษาสภาวะการณและปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะกาย จิต สังคมและความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

การวิจัยศึกษาสภาวะการณและปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะกาย จิต สังคม และความสามารถของการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุที่เป็นชมรมแกนนำเข้มแข็งของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย แบ่งเป็นผู้สูงเพศชายจำนวน 166 คน (ร้อยละ 25.8) และผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 477 คน (ร้อยละ 74.2) กลุ่มผู้สูงอายุ 61-70 ปี มีจำนวนร้อยละ 66.8 กลุ่มผู้สูงอายุ 71-80 ปี มีจำนวนร้อยละ 28.6 และกลุ่มผู้สูงอายุ 81-90 ปี จำนวนร้อยละ 4.6 เมื่อวิเคราะห์อัตราส่วนระหว่างเพศพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า

กลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการผอมร้อยละ 4.7 ภาวะโภชนาการอยู่เกณฑ์ปกติร้อยละ 33.5 น้ำหนักเกินร้อยละ 25.3 และอ้วนร้อยละ 36.5 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ กลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 61.8 ที่สำคัญผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า ส่วนข้อมูลด้านการเจ็บป่วยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 17.7 เป็นโรคหัวใจร้อยละ 6.7 และเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 6.7 และโรคหอบหืดร้อยละ 4.5 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นโรคที่พบอันดับหนึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 64.6 ทำได้บางครั้งร้อยละ 26.4 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 9.0 นอกจากนี้การวิจัยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุได้รับแหล่งสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัวร้อยละ 25.2 และได้รับจากรัฐบาลหรือชุมชนร้อยละ 58.5 การได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและการมีแหล่งการเงินที่มั่นคงส่งผลดีต่อการมีสุขภาพกาย จิต และสังคม

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 2.4 อยู่เกณฑ์ปกติร้อยละ 64.4 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.2 และเมื่อประเมินองค์ประกอบด้านต่างๆ ของความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมอง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองใน 3 ด้านสำคัญคือ ความจำขณะทำงาน การปรับเปลี่ยนความคิด และการวางแผน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านเพศ (เพศหญิง) ช่วงอายุ (ผู้สูงอายุตอนต้น 60-70 ปี) การมีสถานภาพสมรส สุขภาพกายปกติ สุขภาพจิตปกติ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ และการมีแหล่งสนับสนุนการเงินมากกว่าหนึ่งช่องจะช่วยส่งเสริมศักยภาพที่ดีของความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ ความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมอง ผู้สูงอายุ

Abstract

A study of situation and factors effecting the health, mind, social and executive function in the elderly of the elderly club of Thailand under the Royal Patronage of Her Majesty the King Rama IX's Mother

This study aimed to explore the situation and factors effecting the health, mind, social and brain executive function (EF) in the elderly of the elderly club of Thailand under the Royal Patronage of Her Majesty the King Rama IX's Mother. There were 643 elderly people enrolled in this study. The subject had 166 elderly men (25.8 percent) and 477 female elderly (74.2 percent). There were 66.8 % of aged 61-70 years, 28.6% of aged 71-80 years and 4.6% of aged 81-90 years. It was found that the number of elderly women was 3 times higher than males. The elderly were 4.7% of skinny, 33.5% of normal weight, 25.3% of overweight and 36.5% of obesity. The study found that elderly female were 3 times more overweight and obese than males. As for the illness information, it was found that 43.7% of the elderly had high blood pressure, 17.7% had diabetes, 6.7% had heart disease, and bronchitis, emphysema, asthma, pneumonia 4.5%. Hypertension was also the number one disease among the elderly. The elderly were able to participate in community activities regularly, 64.6% could do it, sometimes 26.4% and not able to do 9.0%. In addition, The elderly had 25.2% of the financial support from their families and 58.5% from the government or community. The activities with the community and having a stable financial source have a positive effect on physical, mental and social health. Moreover, the study found 2.4% of the elderly had a good level of executive function (EF), 64.4 % had a normal level and 33.2% should be supported. When evaluating a components of EF, the result found 3 important areas, namely working memory, shifting and plan or organize should be promote for the elderly. Moreover, factors that enhance EF in elderly people were gender (elderly female), age group (60-70 years), marital status, normal physical health, normal mental health, exercise, community participation and having more than 1 financial support source will benefit for EF.

Key words: Brain Executive Function, Aging

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	3
บทสรุปผู้บริหาร	4
บทคัดย่อภาษาไทย	8
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	9
บทที่ 1 บทนำ	14
หลักการและเหตุผล หรือ ความสำคัญของปัญหา	14
วัตถุประสงค์	17
ขอบเขตของการวิจัย	17
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	20
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย	20
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุและภาวะสูงอายุ	33
แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพดพลง	33
ปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาประชากรผู้สูงอายุ	35
แนวทางจัดการกระบวนการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ	39
การวิจัยไทยที่สอดคล้องกับโครงการวิจัย	40
กรอบแนวคิดการวิจัย	43
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	45
การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 1	45
การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 2	47
การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 3	48
การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 4	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ผลการดำเนินงานวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 1	50
ผลการดำเนินงานวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 2	96
ผลการดำเนินงานวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 3	136
ผลการดำเนินงานวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 4	140
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย	143
ภาคผนวก	151

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
ภาพที่ 1 การสำรวจการทำงานของประชากร 2557	15
ภาพที่ 2 สำนะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2513 และ พ.ศ.2553	20
ภาพที่ 3 อายุไขคนไทยเฉลี่ยในปี พ.ศ.2558	21
ภาพที่ 4 สถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไทย	21
ภาพที่ 5 ร้อยละการประเมินสถานะสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ	22
ภาพที่ 6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน	23
ภาพที่ 7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังสามารถมองเห็น ได้ยิน และรับประทานอาหารได้	24
ภาพที่ 8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	25
ภาพที่ 9 อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ	26
ภาพที่ 10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่	26
ภาพที่ 11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์	27
ภาพที่ 12 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย	27
ภาพที่ 13 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย	28
ภาพที่ 14 ร้อยละการทำงานของผู้สูงอายุ	28
ภาพที่ 15 ร้อยละแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ	29
ภาพที่ 16 ร้อยละจำนวนผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ	29
ภาพที่ 17 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงครัวเรือนของผู้สูงอายุ	30
ภาพที่ 18 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ	31
ภาพที่ 19 จำนวนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ	31
ภาพที่ 20 มโนทัศน์ของพลุดพลัง	34
ภาพที่ 21 กรอบแนวคิดของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ	34
ภาพที่ 22 การพัฒนาความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง	37
ภาพที่ 23 กิจกรรมการลงพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลยุหว่า จ.เชียงใหม่	50
ภาพที่ 24 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมรักสุขภาพวัดโคกการาม จ.กาฬสินธุ์	51
ภาพที่ 25 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุวัดป่าทรงคุณ จ.ปราจีนบุรี	52
ภาพที่ 26 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุ ต.โพตลาดแก้ว จ.ลพบุรี	53
ภาพที่ 27 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลพรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช	54
ภาพที่ 28 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุวัดมาตุคุนาราม จ.สงขลา	55
ภาพที่ 29 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุวัดมาตุคุนาราม จ.พังงา	56
ภาพที่ 30 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาหัวควาย จ.สุราษฎร์ธานี	57
ภาพที่ 31 ร้อยละจำนวนผู้สูงอายุแบ่งตามช่วงอายุ	58
ภาพที่ 32 ร้อยละของความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำในกลุ่มผู้สูงอายุ	59
ภาพที่ 33 ร้อยละการประกอบอาชีพในกลุ่มผู้สูงอายุ	60
ภาพที่ 34 ร้อยละข้อมูลโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ	61
ภาพที่ 35 ร้อยละความสามารถการมองเห็นในกลุ่มผู้สูงอายุ	62

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพ	หน้า
ภาพที่ 36 ร้อยละความสามารถในการได้ยินในกลุ่มผู้สูงอายุ	63
ภาพที่ 37 ร้อยละการใช้อุปกรณ์การแพทย์ในผู้สูงอายุ	64
ภาพที่ 38 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	65
ภาพที่ 39 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคข้อเสื่อม เก้าอี้ รุมตอยดีในผู้สูงอายุ	65
ภาพที่ 40 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ	66
ภาพที่ 41 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ	66
ภาพที่ 42 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคความจำเสื่อมในผู้สูงอายุ	67
ภาพที่ 43 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคกระเพาะอาหารในผู้สูงอายุ	67
ภาพที่ 44 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคต่อหินในผู้สูงอายุ	68
ภาพที่ 45 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคหัวใจในผู้สูงอายุ	68
ภาพที่ 46 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคไตในผู้สูงอายุ	69
ภาพที่ 47 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ	69
ภาพที่ 48 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ	70
ภาพที่ 49 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุ	70
ภาพที่ 50 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ	71
ภาพที่ 51 ร้อยละการเจ็บป่วยโรคแผลกดทับในผู้สูงอายุ	71
ภาพที่ 52 ร้อยละจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยจำนวนโรคในภาพรวม	72
ภาพที่ 53 ร้อยละการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ	73
ภาพที่ 54 ร้อยละการทำงานอดิเรกในกลุ่มผู้สูงอายุ	74
ภาพที่ 55 ร้อยละการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูงอายุ	75
ภาพที่ 56 ร้อยละการดื่มสุราในกลุ่มผู้สูงอายุ	76
ภาพที่ 57 ร้อยละการรับประทานอาหาร เนื้อสัตว์ แป้ง และไขมัน	77
ภาพที่ 58 ร้อยละรับประทานอาหารเสริม (สมุนไพร วิตามิน หรือ แร่ธาตุ)	78
ภาพที่ 59 ร้อยละการรับประทานผักและผลไม้	79
ภาพที่ 60 ร้อยละการรับการตรวจสุขภาพประจำปีกับชมรมผู้สูงอายุ	80
ภาพที่ 61 ร้อยละการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน สังคม ในพื้นที่	81
ภาพที่ 62 ร้อยละการได้รับแหล่งสนับสนุนด้านการเงินในกลุ่มผู้สูงอายุ	82
ภาพที่ 63 ร้อยละสถานการณ์สุขภาพจิต (TGDS) ในกลุ่มผู้สูงอายุ	83
ภาพที่ 64 ร้อยละสถานการณ์สุขภาพสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ	84
ภาพที่ 65 ร้อยละความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ	85
ภาพที่ 66 ร้อยละความสามารถการคิดเชิงบริหารด้านพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ	86
ภาพที่ 67 ร้อยละความสามารถด้านการยับยั้งพฤติกรรมในผู้สูงอายุ	87
ภาพที่ 68 ร้อยละความสามารถด้านการปรับเปลี่ยนในผู้สูงอายุ	88
ภาพที่ 69 ร้อยละความสามารถด้านควบคุมอารมณ์ในผู้สูงอายุ	89
ภาพที่ 70 ร้อยละความสามารถด้านการตรวจสอบตนเองในผู้สูงอายุ	90

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพ	หน้า
ภาพที่ 71 ร้อยละความสามารถด้านกำกับพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ	91
ภาพที่ 72 ร้อยละความสามารถด้านความคิดริเริ่มกลุ่มผู้สูงอายุ	92
ภาพที่ 73 ร้อยละความสามารถด้านความจำขณะทำงานในกลุ่มผู้สูงอายุ	93
ภาพที่ 74 ร้อยละความสามารถด้านการวางแผนและจัดการในกลุ่มผู้สูงอายุ	94
ภาพที่ 75 ร้อยละความสามารถด้านการจัดระเบียบวัสดุอุปกรณ์ในผู้สูงอายุ	95
ภาพที่ 76 ร้อยละความสามารถด้านการตรวจสอบงานในกลุ่มผู้สูงอายุ	96

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของ สมองในผู้สูงอายุ (ภาพรวมทั้งประเทศ)	97
ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของ สมองในผู้สูงอายุในภาคเหนือ	106
ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของ สมองในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	113
ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของ สมองในผู้สูงอายุในภาคกลาง	120
ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของ สมองในผู้สูงอายุในภาคใต้	125
ตารางที่ 6. Content of the Cognitive Training	132

บทที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล หรือ ความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยในระยะปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป กล่าวได้ว่าเป็น สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุทั่วโลก ได้เพิ่มจำนวนขึ้นทั้งเชิงปริมาณและสัดส่วน โดยองค์การสหประชาชาติรายงานว่า ใน พ.ศ. 2552 ผู้สูงอายุทั่วโลกมีประมาณ 737 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรโลกทั้งหมด และคาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,963 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 22 ใน พ.ศ. 2593 แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นยังเพิ่มขึ้น อีกทั้ง 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุในโลกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย (United Nations, 2009)

การรายงานของสหประชาชาติ (United Nations, 2009) มีความสอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ได้รายงานในปี 2558 ว่าประเทศไทยมีประชากร 65.1 ล้านคน (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านอีกประมาณ 3 ล้านคน) ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัย ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 10.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรไทยทั้งหมดประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยผู้ชาย 4.6 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคน คิดเป็นอัตราส่วนเพศของประชากรสูงอายุเท่ากับผู้สูงอายุชาย 80 คนต่อผู้สูงอายุหญิง 100 คน

การที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นเกินกว่าร้อยละ 10 ทำให้เป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์ที่มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 12 (องค์การแรงงานระหว่างประเทศ, 2553) ซึ่งเป็นผลให้โครงสร้างของประชากรไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอาจนำไปสู่ภาระพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ (Dependency) ซึ่งเกิดจากประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยประเด็นดังกล่าวเป็นสิ่งที่นักวิชาการวิตกว่าจะมีผลต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ และผลจากการศึกษาอัตราการเป็นภาระของผู้สูงอายุของประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ พบว่ามีอัตราการเป็นภาระของผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 16.1 และร้อยละ 16.3 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเป็นภาระของผู้สูงอายุของประเทศไทยลาว ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศกัมพูชา นั้นยังคงเท่ากับร้อยละ 9.0 ร้อยละ 10.7 และร้อยละ 8.9 ตามลำดับเท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2553)

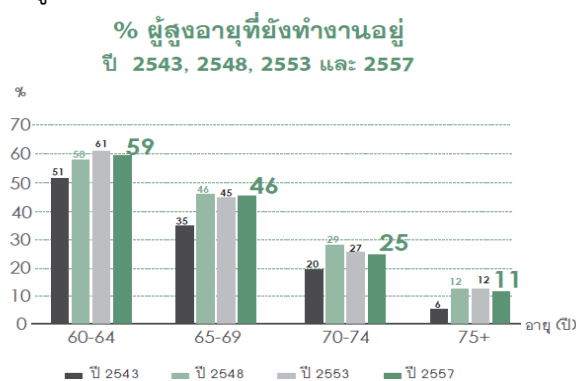
นอกจากนี้การรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าสถานการณ์สำคัญที่เกิดกับกลุ่มผู้สูงอายุคือ (1) สุขภาพ (2) ที่อยู่อาศัย และ (3) ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

ในปี 2557 ประชากรไทยเป็นผู้หญิง (33.3 ล้านคน) มากกว่าผู้ชาย (31.5 ล้านคน) อัตราส่วนเพศเท่ากับ 94.6 คือมีประชากรชาย 94.6 คน ต่อประชากรหญิง 100 คน ในกลุ่มประชากรสูงอายุ อัตราส่วนเพศจะยิ่งลดลง ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีอัตราส่วนเพศเท่ากับ 81.1 คือ มีผู้สูงอายุชาย 81.1 คน ต่อผู้สูงอายุหญิง 100 คน จากความจริงที่ว่าผู้หญิงมีอายุยืนกว่าผู้ชาย เราจึงเห็นภาพในอนาคตได้ชัดเจนว่า จะยังมีประชากรหญิงมากกว่าประชากรชาย ในปี 2583 ประมาณว่าประเทศไทยจะมีอัตราส่วนเพศอยู่ที่ 91.6 คือมีผู้ชาย 91.6 คน ต่อผู้หญิง 100 คน ในกลุ่มประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในปี 2583 อัตราส่วนเพศจะอยู่ที่ประมาณ 76.2 คือมีผู้สูงอายุชาย 76.2 คน ต่อผู้หญิง 100 คน ในปี 2583 ดังนั้นกลไกของรัฐบาลและสังคมในการรองรับจำนวนสูงวัยเพศหญิงมากกว่าเพศชายจึงเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง

ในระหว่างปี 2256-2558 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ได้การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายได้สำรวจความยากลำบากในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 10 ด้าน ดังนี้ (1) อาบน้ำเองไม่ได้ล้างหน้า (2) หวีผมแปรงฟันเองไม่ได้ (3) สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ (4) ใช้ห้องน้ำเองไม่ได้ (5) ลูกนั่งจากเตียงไม่ได้ (6) รับประทานอาหารเองไม่ได้ (7) เคลื่อนไหวภายในห้องไม่ได้ (8) ขึ้นลงบันไดเอง 1 ชั้นไม่ได้ (9) กลืนอาหารไม่ได้ และ (10) กลืนปัสสาวะไม่ได้ การสำรวจพบว่าผู้สูงอายุหญิงไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ในแต่ละกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุชาย การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายยังพบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต

ในปี 2557 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) รายงานรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในลักษณะการอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่สูงขึ้น พบว่าผู้สูงอายุโดยเฉพาะในเขตเมืองหรือเขตเทศบาลจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคิดเป็นร้อยละ 9.5 ส่วนนอกเขตเทศบาลคิดเป็นร้อยละ 8.2 และพบว่าผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสในเขตเมืองหรือเขตเทศบาลคิดเป็นร้อยละ 16.3 ส่วนนอกเขตเทศบาลคิดเป็นร้อยละ 19.9 หากสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นไปอีกในอนาคต ย่อมจะมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุปี 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) หนึ่งในสามมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน และพบว่าแหล่งรายได้หลักที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรลดลงอย่างมาก ในขณะที่รายได้จากการทำงาน มีแนวโน้มสูงขึ้น



แหล่งข้อมูล: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2543, 2548, 2553 และ 2557, สสช.

ภาพที่ 1 การสำรวจการทำงานของประชากร 2557

จะเห็นได้ว่าสังคมสูงวัยกำลังเผชิญสถานการณ์สำคัญๆ ในหลายด้าน ซึ่งนโยบายในระดับชาติและนานาชาติได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน และเมื่อทบทวนนโยบายในระดับนานาชาติและระดับชาติที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ยกตัวอย่างเช่น แนวคิดการพัฒนาภาวะพลัมพลังขององค์การอนามัยโลก (Active Aging : A Policy Framework) (World Health Organization: WHO, 2002) ตลอดจนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2550) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงการพัฒนาสังคม

และความมั่นคงของมนุษย์, 2550) และปัญญาผู้สูงอายุไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2542) ซึ่งเป็นนโยบายในระดับนานาชาติและระดับชาติ ในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่านโยบายเหล่านี้มุ่งเน้นการสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและการเพิ่มคุณค่าการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ และลดปัญหาภาระพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการทบทวนจะพบว่า ส่วนใหญ่จะมีความสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาภาวะพลัมพลิงขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณค่าทางสังคมรวมทั้งการเสริมความรู้ให้กับสังคม และได้กำหนดเป็นแนวคิดสากลที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุใน 3 ด้านหลักคือ (1) การมีสุขภาพดี (2) การมีส่วนร่วมในสังคม และ (3) การสร้างหลักประกันและความมั่นคงให้ตนเอง

จากสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน รวมทั้งปัญหาภาระพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ จนนำมาซึ่งแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุผ่านนโยบายต่างๆ ขององค์การภาครัฐและเอกชน อีกทั้งนโยบายต่างๆ นั้นมีความสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณค่าทางสังคมและมีศักยภาพหลักใน 3 ด้าน ด้วยข้อมูลของสถานการณ์และข้อมูลทางวิชาการเหล่านี้ทำให้คณะวิจัยมีแนวคิดสำรวจสถานการณ์ วิเคราะห์ ถอดบทเรียน และส่งเสริม สุขภาวะกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง ในผู้สูงอายุไทย ซึ่งการที่จะมีศักยภาพดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวให้พร้อมในด้านสำคัญดังนี้ การมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งต้องรู้ว่าตัวเองมีประโยชน์มีความหมายกับคนอื่นเพื่อความภูมิใจ การเข้าไปมีส่วนร่วมกับสังคมในบทบาทต่างๆ ตามความสามารถ การเตรียมพร้อมกับการเรียนรู้และการรู้คิดโดยเฉพาะความสามารถการคิดเชิงบริหาร ซึ่งในกรณีนี้ผู้สูงอายุควรรักษาให้คงอยู่หรือพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยควรฝึกฝนเป็นประจำจากกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการรู้คิดและจากแบบฝึกหัดต่างๆ เพื่อให้ตนเองมีสติ มีสมาธิ มีความยับยั้งชั่งใจ มีความเพียร โดยจะพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางการรู้คิดดีโดยเฉพาะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองนั้นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วยเพราะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองเป็นการทำงานผสานของสมองระดับสูงกับสมองหลายๆ ส่วน อีกทั้งมีการเชื่อมโยงกับจิตใจของตนเองเพื่อแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลหนึ่งๆ โดยพบว่า ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองช่วยให้ควบคุมอารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ และการกระทำ ส่งผลให้ลงมือทำงาน และมุ่งมั่นทำงาน จนงานนั้นสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Goal Directed Behavior) (Anderson 2002) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุยังคงมีระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีหรือได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความคิดยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีสถานการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับความคิดและพฤติกรรมให้เข้ากับบริบทของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ นอกจากนี้ยังส่งผลถึงการควบคุมอารมณ์ ควบคุมพฤติกรรมให้แสดงออกอย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของสังคม รู้จักคาดการณ์ผลของการกระทำว่าทำไปแล้วจะเกิดสิ่งใดตามมา รู้จักเลือกที่จะทำหรือไม่ทำสิ่งใดเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำงาน นอกจากนี้เมื่อเตรียมร่างกาย จิตใจ และสมองดีแล้ว ผู้สูงอายุควรนำพาตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนสังคมในบทบาทที่ตนเองถนัด และหากมีครอบครัวให้การสนับสนุนจะดียิ่งขึ้น จากข้อมูลดังกล่าวหากผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของครอบครัวและสังคม มีการเตรียมพร้อมที่ดีจากบริบทปัจจัยเหล่านี้ ก็จะส่งผลถึงการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะกาย จิต สังคม และมีศักยภาพของความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองได้ (Campanholo KR 2017, Demnitz N 20016, Ge S 2017, Huei-Ling Chiu 2017, Thow ME 2017)

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ ถอดบทเรียน และการส่งเสริมผู้สูงอายุไทยให้ มีสุขภาวะกาย จิต สังคม และมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์

ความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลถึงการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพดังกล่าว อีกทั้งมีการถอดบทเรียน และศึกษาแนวทางปฏิบัติที่ดีสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพทั้งในระดับพื้นที่และในภาพรวม โดยแนวทางปฏิบัติที่ดีจะเข้าสู่กระบวนการจัดการความรู้ได้เป็นเครื่องมือหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย จิต สังคม และมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาพทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ
- 2.3 เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติที่ดีของชมรมผู้สูงอายุฯ ในการส่งเสริมสุขภาพและ ความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ
- 2.4 เพื่อสังเคราะห์และเผยแพร่องค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตของการวิจัย

3.1 กลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี และเป็นกลุ่มเฉพาะเจาะจง โดยเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวสามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยให้สัมฤทธิ์ผลและข้อมูลที่ได้จากการการวิจัยจะนำไปสู่การขยายผลความรู้ให้กับชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายของชมรมที่เป็นแกนนำ 20 ชมรม จาก 20 จังหวัดต่อไป (แหล่งข้อมูล: รายงานประจำปีชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งและรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2560)

3.1.2 ชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็ง คือ ชมรมผู้สูงอายุที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยที่ชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งมีตัวชี้วัดเป็นไปตามเกณฑ์ของโครงการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งสู่ภาวะพหุศักยภาพ Active Aging สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งแบ่งเป็นภาคเหนือ ภาคกลาง/กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำนวน 20 ชมรม (ชมรมแกนนำเข้มแข็งในแต่ละภูมิภาคจะมีชมรมเครือข่ายเพื่อใช้ในการขยายผลองค์ความรู้การวิจัยรวมประมาณ 80 ชมรม)

3.2 สถานที่วิจัย ชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

3.3 ระยะเวลา 1 ปี

3.4 นิยามศัพท์

3.4.1 สุขภาพทางกาย คือ สภาวะของร่างกายที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรง สมวัย ระบบต่างๆ ของร่างกายสามารถทำงานได้เป็นปกติและมีประสิทธิภาพ ร่างกายมีความต้านทานโรคได้ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและความทุพพลภาพ ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพกายที่ดี มีดังนี้

- มีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายที่สมวัย มีน้ำหนัก และส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์อายุ
- มีระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตที่ดี (ชีพจรและความดันโลหิตปกติ)
- มีความอยากรับประทานอาหาร ไม่เบื่ออาหาร
- มีร่างกายแข็งแรงมีภูมิต้านทานโรคดี และไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่พิการ หรือผิดปกติอื่นๆ
- มีความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ

อ้างอิงจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Elderly Health Profile) กระทรวงสาธารณสุข

3.4.2 สุขภาพจิต คือ จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น โดยอ้างอิงจากแบบประเมินสุขภาพจิต (Thai Mental State Examination: TMSE) กระทรวงสาธารณสุข โดยที่การประเมินสุขภาพจิตจะแปลผลดังนี้

- สุขภาพจิตปกติ
- มีความเศร้าเล็กน้อย
- มีความเศร้าปานกลาง
- มีความเศร้ารุนแรง

3.4.3 ความสามารถเชิงปฏิบัติ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น ทานอาหาร อาบน้ำ และแต่งตัว เป็นต้น โดยอ้างอิงจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Elderly Health Profile) กระทรวงสาธารณสุข และ Barthel ADL Index (BAI) โดยที่การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติจะแปลผลดังนี้

- สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

3.4.4 สุขภาพสังคม คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี มีแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน มีแหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล มีแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม เป็นต้น โดยอ้างอิงจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Elderly Health Profile)

3.4.5 ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง คือ ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองขั้นสูงที่ช่วยให้มนุษย์ควบคุมอารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ และการกระทำ ส่งผลให้มุ่งมั่นทำงาน จนงานนั้นสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Goal Directed Behavior) ประกอบไปด้วย 9 ด้านสำคัญคือ

- การยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit)
- การปรับเปลี่ยน (Shifting)
- การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)
- การตรวจสอบตนเอง (Self-Monitor)
- ความคิดริเริ่ม (Initiate)
- ความจำขณะทำงาน (Working Memory)
- การวางแผนและการจัดการ (Plan/Organize)
- การตรวจสอบงาน (Task Monitoring)
- การจัดระเบียบวัสดุอุปกรณ์ (Organization of Materials)

โดยประเมินจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันในสภาพแวดล้อมจริง อ้างอิงจากแบบประเมิน Behavior Rating Inventory of Executive Function- Adult Version (BRIEF-A) โดยที่การประเมินความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปลผลดังนี้

- ความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองดี (Excellence)
- ความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองปกติ (Normal)
- สมควรได้รับการส่งเสริม (Should Be Support)

3.4.6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะในผู้สูงอายุ

3.4.6.1 ปัจจัยภายใน คือ ลักษณะพันธุกรรม เชื้อชาติ เพศ อายุ ความสามารถในการรู้คิด โรคภัยและการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และภาวะเครียด ซึมเศร้า เป็นต้น

3.4.6.2 ปัจจัยภายนอก คือ สัมพันธภาพครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ระบบการศึกษา โครงสร้างระบบสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ วิทยาการเทคโนโลยี และปัจจัยทางการเมือง เป็นต้น

3.4.7 แนวทางปฏิบัติที่ดี คือ วิธีปฏิบัติหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ส่งผลให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาวะหรือส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองให้กับผู้สูงอายุ โดยมีการสรุปวิธีปฏิบัติ หรือขั้นตอนการปฏิบัติ ตลอดจนความรู้และประสบการณ์ ที่ได้บันทึกเป็นเอกสาร หรือข้อมูลสารสนเทศ อีกทั้งเผยแพร่ให้กลุ่มผู้สูงอายุหรือหน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (เกณฑ์ประเมินแสดงในภาคผนวก)

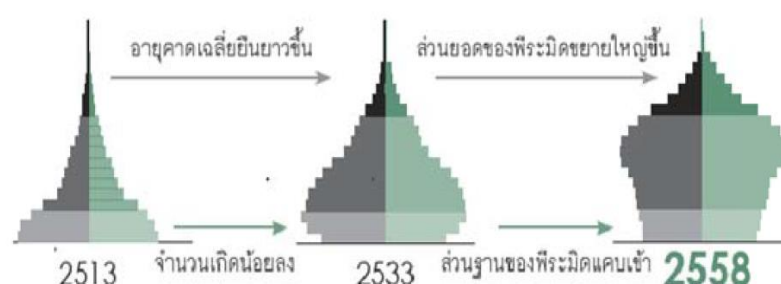
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรกำลังเป็นปรากฏการณ์ที่อยู่ในกระแสความสนใจของในแต่ละประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก นั้นเป็นเพราะจะต้องนำข้อมูลทางวิชาการไปวางแผน กำหนดแนวทางเพื่อลดผลกระทบและกำหนดยุทธศาสตร์และวิธีปฏิบัติรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรในทุกมิติ ขณะนี้หลายประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว บางประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และมีข้อมูลคาดการณ์ว่าประเทศนั้น ๆ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้ การเข้าสู่สังคมสูงวัยของแต่ละประเทศจะวิเคราะห์จากสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอยู่ในสังคมหรือประเทศนั้น ๆ โดยสังคมสูงวัยสามารถแบ่งสถานการณ์ออกได้เป็น 3 ระดับดังนี้

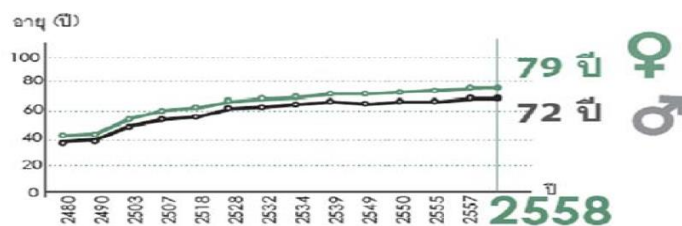
1. สังคมสูงวัย หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด
2. สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด
3. สังคมสูงวัยระดับสุดยอด หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด

ในระยะเวลากว่า 30 ปี ที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรไทยเข้าสู่การสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเกิดที่ลดลงทำให้ประชากรวัยเด็กหรือฐานพีระมิดประชากรมีขนาดที่แคบเข้า อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยยาวขึ้น ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุหรือสัดส่วนยอดพีระมิดขยายใหญ่ขึ้น



ที่มา สำนวนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513 และ 2533, สสช. การคาดประมาณประชากรไทย พ.ศ. 2553-2583, สสช.

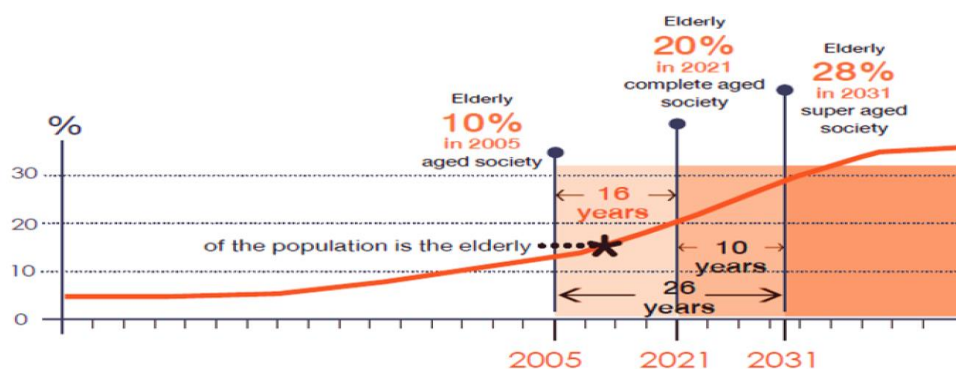
ภาพที่ 2 สำนวนประชากรและเคหะ พ.ศ.2513 และ 2533 และการคาดการณ์ พ.ศ. 2558



ที่มา ทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ภาพที่ 3 อายุไขคนไทยเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2558

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นว่าจำนวนเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาจากในช่วงปี พ.ศ. 2513-2558 โดยในปี พ.ศ.2558 มีจำนวนเด็กเกิดทั้งสิ้นประมาณ 700,000 คนเท่านั้น นอกจากนี้อายุเฉลี่ยคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2508 คนไทยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 59 ปี และได้เพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2558 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยได้เพิ่มขึ้นเป็น 75 ปี



Source: Situation of the Thai Elderly 2014

ภาพที่ 4 สถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไทย

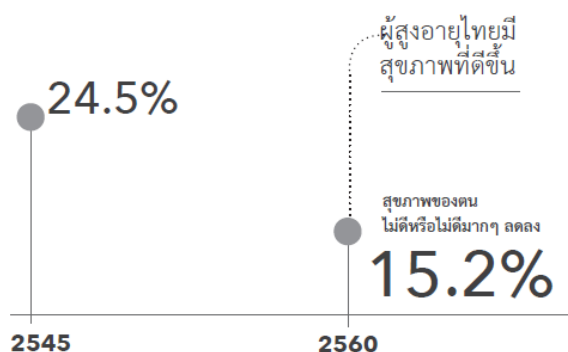
จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ภายในปี พ.ศ.2564 (ค.ศ.2021) โดยทุกๆ 1 ใน 5 ปี ของประชากรไทยจะเป็นประชากรผู้สูงอายุและจะเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2574 (ค.ศ.2031) ดังนั้นอัตราเร่งของการสูงวัยของประเทศไทยกำลังเป็นความท้าทายการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

นอกจากนี้จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี 2560 จัดทำโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่าการรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยที่น่าสนใจดังนี้

1.1 สุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุ

ในทางวิชาการเป็นที่ยอมรับกันว่าสุขภาพของคนจะถดถอยไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น การประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ จัดทำโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่าผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่ดีหรือไม่ดีมาก ๆ มีแนวโน้มลดลงโดยตลอด 15 ปีที่ผ่านมา ผลการประเมินนี้แสดงว่าผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น

ร้อยละการประเมินสถานะสุขภาพตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมาก
จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2545 – 2560



พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2545	19.7	29.6	40.0	24.5
2550	18.5	30.0	41.4	24.4
2554	11.3	19.7	29.9	15.9
2560	9.5	18.4	32.1	15.2

ภาพที่ 5 ร้อยละการประเมินสถานะสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ

แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

กิจวัตรพื้นฐานและใกล้ตัวผู้สูงอายุมีอยู่ 3 เรื่องสำคัญคือ การกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า (แต่งตัว) อาบน้ำ/ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเองแม้เพียงกิจวัตรใดกิจวัตรหนึ่งย่อมเป็นภาระต่อบุคคลผู้อยู่ใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และนั่นหมายถึงว่าผู้สูงอายุท่านนั้นจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ และจากรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 80 ปีกว่าร้อยละ 95 ยังสามารถกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า (แต่งตัว) อาบน้ำ/ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ได้โดยไม่ต้องมีการช่วยเหลือ แต่เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไปแล้ว ประมาณ 2 ใน 10 ของผู้สูงอายุวัยกลุ่มอายุนี้นี้ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง สรุปโดยรวมการสำรวจในปี พ.ศ.2560 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95 ยังสามารถทำกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้ตัวได้ด้วยตนเอง และมีผู้สูงอายุร้อยละ 5 ที่ต้องการ “การดูแล”

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้เคียงตัว
จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2545 – 2560

พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2545	98.7	96.9	88.1	97.2
2550	98.2	96.0	85.2	96.3
2554	98.6	96.9	85.9	96.8
2560	97.8	95.2	81.3	94.8

ภาพที่ 6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน
แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550
พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.3 แนวโน้มสุขภาพฟัน หู ช่องปากและฟัน

ความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน และเคี้ยวอาหาร นับเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ความสามารถเหล่านี้ก็มักถดถอยไปตามอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ ในช่วงปีพ.ศ. 2545-2560 พบแนวโน้มที่ต่ำลงในเรื่องการมองเห็นโดยเริ่มตั้งแต่ปี 2550 แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในเรื่องของการได้ยิน เป็นที่น่าสังเกตว่า ความเสื่อมถอยทางด้านสายตาเกิดขึ้นก่อนการได้ยินอย่างมาก สำหรับเรื่องของความสามารถในการเคี้ยวอาหารนั้น การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีการสอบถามเรื่องนี้ไว้แตกต่างกันกล่าวคือ การสำรวจเมื่อปี 2545 แบบประเมินถามว่า “ท่านสามารถเคี้ยวอาหารได้ดีหรือไม่” โดยมีตัวเลือกของคำตอบอยู่ 4 แบบ คือ เคี้ยวได้ดีโดยไม่ต้องใส่ฟันปลอม เคี้ยวได้ดีแต่ต้องใส่ฟันปลอม เคี้ยวได้ไม่ค่อยดีและเคี้ยวไม่ได้เลย ในขณะที่การสำรวจครั้งถัดมาปี 2550 แบบประเมินถามว่ามีฟันทั้งหมดกี่ซี่ ถ้ามีน้อยกว่า 20 ซี่ จึงจะถามต่อว่าใส่ฟันปลอมหรือไม่ ส่วนการสำรวจหลังจากนั้น ถามเพียงว่าใส่ฟันปลอมหรือไม่ การประเมินความสามารถในการเคี้ยวอาหารจึงทำไม่ได้ ทำได้แต่เพียงประเมินว่าในช่วงปี 2550-2560 มีผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใดที่ใส่หรือไม่ใส่ฟันปลอม จากการรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุ และโดยรวมในปี พ.ศ.2560 จะพบว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ใส่ฟันปลอม

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มองเห็นได้ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น
จำแนกตามอายุ ปี 2545-2560

พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2545	48.1	35.4	25.0	42.4
2550	60.7	46.8	33.6	53.7
2554	59.0	46.4	35.9	52.6
2560	58.3	45.1	34.6	51.2

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้ยินชัดเจนโดยไม่ต้องใส่หูฟัง
จำแนกตามอายุ ปี 2545-2560

พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2545	88.5	74.1	47.1	80.7
2550	91.7	79.1	57.1	84.4
2554	92.7	80.8	58.5	85.4
2560	92.9	80.7	58.4	84.7

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม
จำแนกตามอายุ ปี 2550-2560

พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2550*	39.0	35.5	28.6	36.0
2554	20.5	27.8	29.0	23.7
2560	19.9	26.9	28.0	23.0

ภาพที่ 7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังสามารถมองเห็น ได้ยิน และทานอาหารได้
แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550
พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.4 ปัญหาสุขภาพจากโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ในปีช่วงปี พ.ศ. 2545-2560 ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจากโรคเบาหวาน และความดันเลือดสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยจากรายงานของรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นราว 2 เท่าเมื่อเทียบกับปี 2545 ในขณะที่ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความดันเลือดสูงเมื่อปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเกือบ 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2545

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพด้วยโรคเบาหวาน
จำแนกตามอายุ ปี 2545-2560

พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2545	8.8	8.0	6.0	8.3
2550	13.5	13.9	10.5	13.3
2554	14.7	16.0	13.8	15.0
2560	15.2	19.3	16.3	16.5

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพด้วยโรคความดันเลือดสูง
จำแนกตามอายุ ปี 2545 – 2560

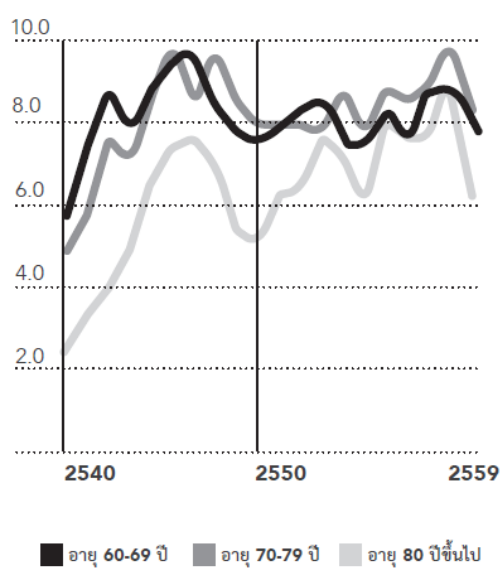
พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2545	18.9	22.0	21.1	20.0
2550	28.9	36.0	34.6	31.7
2554	30.0	39.3	36.7	33.7
2560	29.1	39.6	40.2	33.6

ภาพที่ 8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550
พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.5 แนวโน้มการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

สุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ในสภาพเศรษฐกิจสังคมที่บีบคั้น รวมทั้งการอยู่โดยลำพังระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเองมากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ เมื่อนำสถิติที่เผยแพร่โดยกรมสุขภาพจิตบนเว็บไซต์ <https://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp> มาวิเคราะห์เป็นอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุช่วงปี พ.ศ. 2540-2551 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุวัย 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีค่าใกล้เคียงกัน แต่มีค่าสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไปอย่างชัดเจนในช่วงปี พ.ศ. 2540-2551 แต่หลังจากนั้นพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของทั้งสามกลุ่มวัยมีพอๆ กัน

อัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ (ต่อประชากรแสนคน)
จำแนกตามอายุ ปี 2540-2559



ภาพที่ 9 อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิงมีแนวโน้มของการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในช่วง ปี พ.ศ.2554 ถึง ปี พ.ศ. 2560

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังคงสูบบุหรี่เป็นประจำ
จำแนกตามอายุและเพศ ปี 2554 และ ปี 2560

	พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
ชาย	2554	19.6	13.4	8.5	16.8
	2560	18.2	11.9	7.5	15.1
หญิง	2554	2.2	1.3	0.8	1.7
	2560	1.2	0.7	0.5	0.9

ภาพที่ 10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ
จำแนกตามอายุและเพศ ปี 2554 และ ปี 2560

	พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
ชาย	2554	7.1	4.0	2.6	5.8
	2560	5.0	2.7	1.8	4.0
หญิง	2554	1.9	0.8	0.8	1.4
	2560	1.1	0.6	0.5	0.9

ภาพที่ 11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์
แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550
พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.7 พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ในขณะที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มที่ลดลง แต่พฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ กลับมีแนวโน้มที่ลดลงในทุกกลุ่มอายุ

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
จำแนกตามอายุ ปี 2545-2560

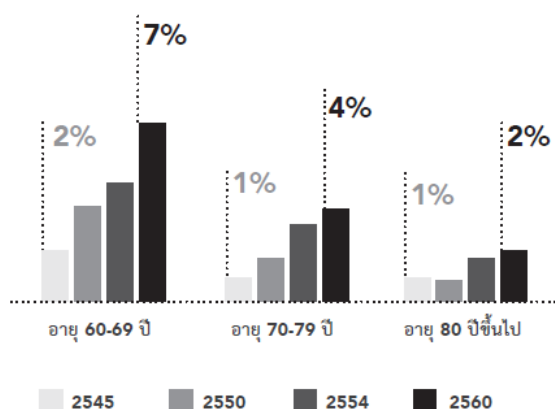
พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2545	16.9	16.1	9.7	16.0
2550	47.0	36.1	22.8	41.2
2554	43.9	32.9	18.9	37.8
2560	31.8	21.6	13.4	26.3

ภาพที่ 12 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย
แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550
พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.8 ผู้สูงอายุกับการศึกษา

ตัวชี้วัดเชิงเศรษฐกิจและสังคมตัวหนึ่งคือการศึกษา โดยจากรายงานวิชาการพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง ส่วนใหญ่จะสามารถประกอบอาชีพที่มีรายได้สูง ซึ่งจะตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จากการรายงานของ รายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีจำนวนของผู้ที่ไม่มีการศึกษาลดลงจากร้อยละ 16 ในปี 2545 เหลือร้อยละ 7 ในปี 2560 ขณะเดียวกัน ร้อยละของผู้ที่มีการศึกษาในกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 22 ในปี 2545 เหลือร้อยละ 13 ในปี 2560 เช่นเดียวกับร้อยละของผู้ที่ไม่มีการศึกษาในผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 51 เหลือร้อยละ 22 ในช่วงเวลาเดียวกัน

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย
จำแนกตามอายุ ปี 2545-2560



ภาพที่ 13 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย
แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550
พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย พบว่ามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นตลอดช่วงปี พ.ศ. 2545-2560 โดยเพิ่มจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 7 สำหรับผู้ที่อายุ 60-69 ปี เพิ่มจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 4 สำหรับผู้ที่อายุ 70-79 ปี และเพิ่มจากร้อยละ 1 เป็น ร้อยละ 2 สำหรับผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป

1.9 ผู้สูงอายุกับการทำงาน

ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2554 ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่ทำงานอยู่ในสัดส่วนที่สูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุช่วง 60-69 ปี 70-79 ปี หรือ 80 ปีขึ้นไป แนวโน้มที่เคยสูงขึ้นนี้ ได้ลดลงเล็กน้อยในช่วงปี พ.ศ.2560 สถานการณ์การทำงานของผู้สูงอายุที่ลดลงในปี พ.ศ. 2560 นั้น ควรที่จะต้องเฝ้าระวังต่อไป

ร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามอายุ ปี 2545-2560

พ.ศ.	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
2545	42.8	17.5	4.5	32.2
2550	47.6	22.3	7.4	35.7
2554	53.1	22.1	5.7	38.3
2560	51.4	18.9	4.0	35.5

ภาพที่ 14 ร้อยละการทำงานของผู้สูงอายุ
แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550
พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.10 แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ในเรื่องแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ พบว่าแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ 3 ลำดับแรกในปี 2550 มาจากบุตร (ร้อยละ 52) จากการทำงาน (ร้อยละ 29) และจากคู่สมรส (ร้อยละ 6) ในปี 2554 และ ปี 2560 แหล่งรายได้หลัก 2 ลำดับแรกยังคงเป็นเช่นเดิม คือ จากบุตร และจากการทำงาน แต่มีแนวโน้มที่ลดลง ในขณะที่แหล่งรายได้ลำดับที่สาม ได้เปลี่ยนจากคู่สมรสมาเป็นจากเบี้ยยังชีพ/สวัสดิการแทน และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

ร้อยละแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ 3 ลำดับแรก และจากเงินออม
ปี 2550-2560

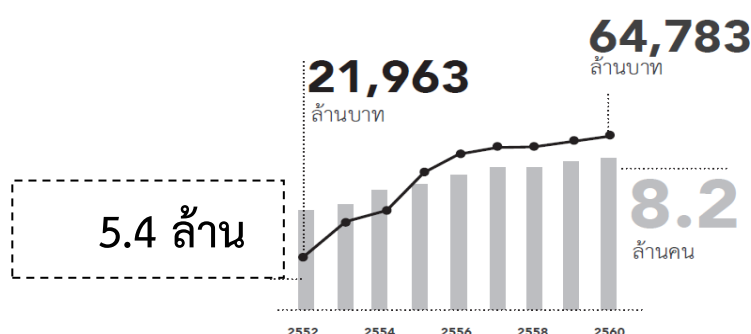
แหล่งรายได้หลัก	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2560
จากบุตร	52.3	40.1	34.9
จากการทำงาน	28.9	35.1	30.9
จากคู่สมรส	6.1	11.4	19.9
จากเงินออม	2.9	2.6	2.3

ภาพที่ 15 ร้อยละแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ

แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร

1.11 เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ

การได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงมีพึงได้ตามกฎหมาย จากข้อมูลตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. ปี 2552-2560 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพและจำนวนเงินเบี้ยยังชีพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในปี พ.ศ.2560 จำนวน 8.2 ล้านคน ซึ่งสูงขึ้น 1.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2552 ส่วนจำนวนเงินเบี้ยยังชีพนั้น รัฐบาลอนุมัติเงินงบประมาณเพิ่มสูงขึ้น จาก 21,963,075,000 บาท ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 64,783,645,200 บาท (สูงขึ้น 3 เท่า) ในปี พ.ศ.2560



ภาพที่ 16 ร้อยละจำนวนผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ

แหล่งข้อมูล: ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552-2558 จำนวนและงบประมาณเบี้ยยังชีพ เป็นข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. และเทศบาลเมืองพัทยา

1.12 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงครัวเรือนของผู้สูงอายุ

เมื่อนำข้อมูลการสำรวจตัวอย่างของสำนักงานสถิติแห่งชาติมาวิเคราะห์ในระดับครัวเรือน โดยให้คำจำกัดความ “ครัวเรือนผู้สูงอายุ” คือ ครัวเรือนที่สมาชิกในครัวเรือนอย่างน้อย 1 คนมีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ส่วนครัวเรือนที่ไม่มีสมาชิกคนใดอายุถึง 60 ปี “ไม่ใช่ครัวเรือนผู้สูงอายุ” ตามนิยาม เช่นนี้พบว่าครัวเรือนผู้สูงอายุในปี 2539 (หรือราว 20 ปีก่อน) มีอยู่ร้อยละ 29 แล้วเพิ่มเป็นร้อยละ 34 ในอีก 10 ปีถัดมา ส่วนในปี พ.ศ.2560 ประเทศไทยมีครัวเรือนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 41 ของครัวเรือนทั้งหมด

ประเภทครัวเรือน	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2560
ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ ลำพังคนเดียว	2.3	3.6	6.1
ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ กับผู้สูงอายุเท่านั้น	2.1	3.2	5.4
รวมครัวเรือนที่มีเฉพาะ ผู้สูงอายุ	4.4	6.8	11.5

ภาพที่ 17 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงครัวเรือนของผู้สูงอายุ

แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 พ.ศ. 2549 และการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ที่มีการถ่วงน้ำหนักครัวเรือน

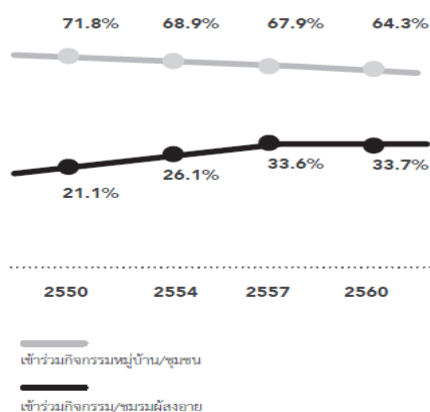
1.13 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ

การมีกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญในการสูงวัยอย่างมีพลังและนำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตที่สูงขึ้น ทั้งหมดนี้จะช่วยชะลอกระบวนการการสูงวัย กล่าวคือ สามารถรักษากายภาพและสุขภาพที่ดีของจิตใจได้นานขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์กับสังคมจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องส่งเสริมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยที่ผ่านมาได้มีโครงการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้สมาชิกได้มาพบปะสังสรรค์และดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย รักใคร่ มีความสามัคคี ความเบิกบาน คลายเหงา และเกิดความสุข

โดยในปี พ.ศ.2560 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสังคมประมาณ 7 ล้านคน (ร้อยละ 64) แต่แนวโน้มการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านและชุมชนมีแนวโน้มลดลงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมากระหว่างเขตการอยู่อาศัยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีแนวโน้มในการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนในวันสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลอย่างเห็นได้ชัดที่ร้อยละ 52 และ 73 ตามลำดับ ความแตกต่างนี้เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในหลายๆ ด้าน ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองและชนบท

การเป็นสมาชิกกลุ่ม
หรือชมรมของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)



ในปี 2560 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตาม
การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/
ชุมชนในวันสำคัญ

66.6%

อายุ 60-69 ปี

66.5%

อายุ 70-79 ปี

49.8%

อายุ 80 ปีขึ้นไป

ภาพที่ 18 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ
แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

1.14 โรงเรียนผู้สูงอายุ

การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุจะช่วยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ตามอัธยาศัยและได้มีส่วนร่วมกับชุมชน เพื่อพัฒนาทักษะต่างๆ ที่สำคัญอย่างรอบด้าน เช่น การดูแลสุขภาพ การสร้างอาชีพ การวางแผนการเงิน ความรู้ด้านกฎหมาย รวมถึงการเรียนรู้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีจำนวนโรงเรียนผู้สูงอายุที่เกิดจากการขับเคลื่อนของกรมกิจการผู้สูงอายุทั้งสิ้น 1,163 แห่ง และมีจำนวนนักเรียนสูงอายุมากกว่า 64,000 คน ทำให้ผู้สูงอายุได้การพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีสังคม มีกลุ่มเพื่อน มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เป็นการส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

ภาค	ก่อนกันยายน 2559	กันยายน 2559 ถึง กันยายน 2560	ตุลาคม 2560 ถึง ธันวาคม 2560	รวม (โรงเรียน)	จำนวน นักเรียน
กลาง	59	148	0	207	9,537
เหนือ	217	205	5	427	24,628
ตะวันออกเฉียงเหนือ	201	217	0	418	25,062
ใต้	11	88	0	99	4,923
กรุงเทพมหานคร	0	12	0	12	160
รวม	488	670	5	1,163	64,310

ภาพที่ 19 จำนวนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ
แหล่งข้อมูล : ข้อมูลการสำรวจการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ณ 31 ธันวาคม 2560 กรมกิจการผู้สูงอายุ

จากข้อมูลทางวิชาการ ในช่วงระยะเวลาปี พ.ศ. 2554-2560 พบสถานการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ด้านคือ (1) สุขภาพ (2) ที่อยู่อาศัย และ (3) ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยจะพบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพศชายต่อผู้สูงอายุหญิงที่ 81.1 ต่อ 100 ดังนั้นจึงคาดการณ์ได้ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย อัตราส่วนเพศจะอยู่ที่ประมาณ 76.2 คือ มีผู้สูงอายุเพศชาย 76.2 คน ต่อเพศหญิง 100 คน ดังนั้นกลไกของรัฐบาลและสังคมในการรองรับจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงที่สูงกว่าเพศชายจึงเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง

สุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุไทยสุขภาพดีขึ้น โดยข้อมูลความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การกินอาหาร การแต่งตัวใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ และการใช้ห้องน้ำ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 95 สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 5 ที่ต้องการผู้ดูแล แสดงถึงระบบสาธารณสุขพื้นฐานของประเทศไทย ตลอดจนการดูแลโดยครอบครัวและสังคม ส่งผลให้สุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพในผู้สูงอายุตลอดระยะกว่าหลายสิบปี

ในระยะ 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2554-2560) พฤติกรรมการที่มีผลต่อสุขภาพได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงทั้งผู้สูงอายุเพศชายและหญิง อันเนื่องจากการรณรงค์จากภาครัฐและเอกชน ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมโดยชมรมผู้สูงอายุแต่ละที่ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ลดลงในทุกกลุ่มผู้สูงอายุ โดยสถานการณ์ดังกล่าว จึงควรมีการศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในแง่มุมต่างๆ เช่น การตระหนักรู้ การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพสมวัย การใช้สื่อและเทคโนโลยีส่งเสริมการออกกำลังกาย และการค้นคืนวัฒนธรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เป็นต้น

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุไทยสูงขึ้น โดยจะพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยสูงขึ้นร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 7 ในระยะ 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2554-2560) นอกจากนี้ในปัจจุบันมีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องและช่องทางหนึ่งในการสร้างรายได้ให้กับตนเอง โดยข้อมูลทางวิชาการพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการทำงานอยู่ในสัดส่วนที่สูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุทำงานคือ การสร้างแหล่งรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว ซึ่งแหล่งรายได้สำคัญในผู้สูงอายุไทยมาจาก 3 แหล่งสำคัญคือ (1) บุตรและครอบครัว (2) การทำงาน และ (3) เบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุกับกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการสูงวัยอย่างมีพลังและนำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นโครงการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจึงเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุพัฒนาศักยภาพของตนเองและดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

ในปี พ.ศ.2560 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสังคมประมาณ 7 ล้านคน (ร้อยละ 64) แต่อย่างไรก็ตามแนวโน้มการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านและชุมชนมีแนวโน้มลดลงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ดังนั้นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุไทยคือ “ชมรมผู้สูงอายุ” นั่นเป็นเพราะชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งมาเพื่อผู้สูงอายุ

จากข้อมูลทางวิชาการและสถานการณ์สำคัญของผู้สูงอายุไทย จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสังคมไทยและเป็นที่ที่จะต้องร่วมกันสร้างกลไกเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในบริบทที่ต่างกัน ทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองและชนบท

2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุและภาวะสูงอายุ

ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นตามอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤติการณ์อย่างมากมาย อันเริ่มมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งโดยมากเป็นไปในทางลบ (ศิริรงค์ ทับสายทอง 2533) ดังนั้น ความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจความสามารถทางร่างกายลดลง ความสามารถในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ลดลง โดย สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะด้วยกัน คือ (สุรกุล เจนอบรม 2534)

1.1. ความชราภาพแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความชราภาพที่เกิดขึ้นกับทุกคนตามธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กล่าวคือเมื่ออวัยวะต่างๆ เซลล์ต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ถูกใช้งานมานาน ก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามช่วงอายุของการใช้งาน ซึ่งการเสื่อมโทรมของเซลล์ในร่างกายนี้ ส่งผลให้เห็นเด่นชัดทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวเหี่ยว สายตายาว พละกำลังเริ่มถดถอย เป็นต้น

1.2. ความชราภาพแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) เป็นความชราภาพที่มนุษย์เราสามารถหลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้ เกิดจากการปล่อยปละละเลย ไม่รักษาสุขภาพร่างกาย การใช้ร่างกายทำงานหนักจนเกินกำลัง การรับประทานอาหารมากเกินไปจนควรดื่มสุรา สูบบุหรี่ พักผ่อนไม่เพียงพอ ในบางกรณีเกิดจากโรคภัยมาเบียดเบียน ก่อให้เกิดความชราภาพแบบทุติยภูมิได้

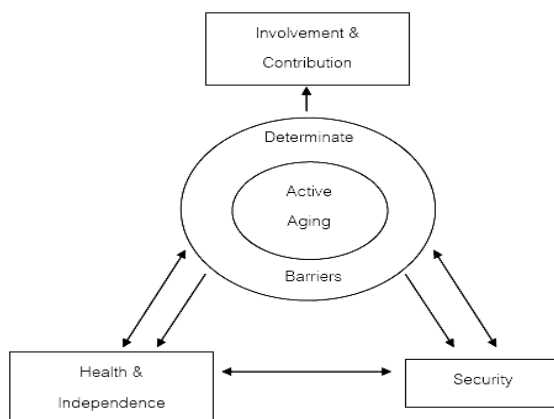
ความสูงอายุหรือความชราภาพ จึงเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนและน่าสนใจ มนุษย์ทุกคนต้องประสบภาวะนี้ ที่กล่าวว่าสลับซับซ้อนเนื่องจาก กระบวนการของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ทางอารมณ์ การเรียนรู้สติปัญญา เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นกระบวนการเกี่ยวกับความชราภาพจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพราะความสูงอายุมีผลกระทบอย่างรวดเร็วในสังคม

3. แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลัง (Active Aging)

องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวคิดของ Active Aging ไว้ว่าการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลังและศักยภาพ อยู่ในภาวะพหุพลังนั้น จะมีองค์ประกอบ 3 ประการได้แก่

- 1) การพึ่งพาตนเองได้หรือคงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดของตนเองในแต่ละช่วงชีวิตให้ได้
- 2) การมีส่วนร่วมกับสังคมให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 3) การสร้างหลักประกันและความมั่นคงให้ตนเองตามอัตภาพโดยรัฐบาลมีส่วนช่วยในการสร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุ

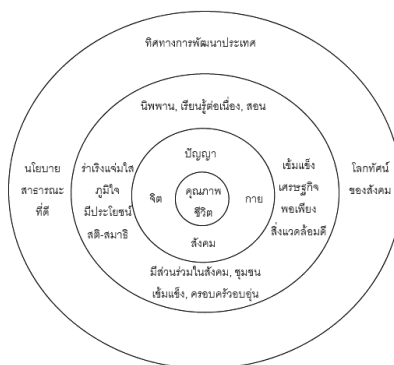
โดยองค์ประกอบการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลังนั้นควรจะเป็นกระบวนการที่ดีที่สุด (Optimization) เพื่อนำไปสู่สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และหลักประกัน (Security) ในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (To Enhance Quality of Life) เมื่อสูงวัยดังแสดงในแผนภาพที่ 1 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล 2544)



ภาพที่ 20 มโนทัศน์ของพหุพลัง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล 2544)
โดยที่กระบวนการของพหุพลังมีขั้นตอนหรือเงื่อนไขสำคัญ ดังนี้

- 1) ตระหนักและตั้งใจที่จะทำ (Realization and Mmake Commitment)
- 2) พึ่งพาตนเอง (Self-reliance)
- 3) ทุกคนทำและทำเพื่อทุกคน (Everyone Does and Does for Everyone)
- 4) ทำอย่างต่อเนื่อง (Do Continuously)

กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี (2542) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องประกอบไปด้วยเรื่องของสุขภาพหรือสุขภาวะ (Wellbeing) ซึ่งแยกเป็น 4 เรื่อง คือ กาย จิต สังคม และปัญญา ดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 21 กรอบแนวคิดของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ (ประเวศ วะสี, 2542)

ศ.นพ.ประเวศ วะสี (2542) อธิบายถึงองค์ประกอบการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จะต้องเตรียมตัวด้านสุขภาพกายให้พร้อมแต่วัยหนุ่มสาว จิตใจต้องร่าเริงแจ่มใส ต้องรู้ว่าตัวเองมีประโยชน์มีความหมายกับคนอื่นจะได้ภูมิใจ ส่วนเรื่องสติสมาธินั้น ถ้าสามารถเจริญสติสมาธิได้คุณภาพชีวิตก็จะสูง มีภูมิคุ้มกันมากขึ้น ด้านสังคมควรให้ความสำคัญกับครอบครัว ครอบครัวอบอุ่นเป็นเรื่องสำคัญ และการมีส่วนร่วมในชุมชน ประการสุดท้ายผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาทางด้านกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการศึกษาตลอดชีวิตร่วมด้วย

4. ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาประชากรสูงอายุ

4.1 ปัจจัยตัดขวาง (Cross-cutting Determinants) เป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงเป็นภาพใหญ่ก่อน ได้แก่ เพศและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 เพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพทางสังคม ลักษณะการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การทำงาน การบริโภคและภาวะโภชนาการ ในบางสังคมเด็กและผู้หญิงมีสถานภาพในสังคมต่ำ โอกาสในการเข้าถึงอาหาร การศึกษา การทำงานและบริการสุขภาพมีน้อย รวมทั้งค่านิยมแต่ดั้งเดิมที่ผู้หญิงมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งอาจทำให้ต้องละทิ้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและทำให้เกิดความยากจนในผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยชรา

4.1.2 วัฒนธรรม ได้แก่ ค่านิยมทางวัฒนธรรม (Culture Value) และประเพณีนิยม (Tradition) ของแต่ละสังคมเป็นตัวกำหนดกว้างๆ ว่าสังคมมองและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุและกระบวนการสูงอายุอย่างไร เพื่อเป็นบรรทัดฐานให้แก่คนรุ่นใหม่ในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุซึ่งจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ พฤติกรรมตลอดจนสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.2 ตัวกำหนด (Determinants) การเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

4.2.1 ตัวกำหนดทางพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่ประกอบกันเป็นปัจจัยทางพฤติกรรมได้แก่

4.2.1.1 กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ช่วยชะลอการเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดระยะเวลาของการเกิดโรคเรื้อรังผู้สูงอายุที่ยังคงความกระตือรือร้น (Active) ได้ต้องมีสุขภาพจิตที่ดี มีการติดต่อกับสังคม การเป็นผู้สูงอายุที่ยังกระตือรือร้นช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ พึ่งพาตนเองได้ยาวนานมากขึ้น ลดภาวะเสี่ยงการหกล้มและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

4.2.1.2 การรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย (Healthy Eating) ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ มี 2 ประเภท คือ ภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหาร สูญเสียฟัน มีปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ ขาดความรู้ในเรื่องภาวะโภชนาการและเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่ำ มีโรคและการใช้ยา แยกตัวจากสังคม ภาวะทุพโภชนาการทางร่างกายและสติปัญญาเป็นอุปสรรคในการซื้อและเตรียมอาหาร ส่วนภาวะโภชนาการเกินมีสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย โรคเรื้อรังและภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ การขาดแคลเซียมและวิตามินดีทำให้มีการสูญเสียความหนาแน่นของมวลกระดูก ส่งผลให้กระดูกหักง่าย มักพบมากในผู้สูงอายุหญิง อุบัติการณ์ของกระดูกหักนั้นสามารถลดลงได้โดยการรับประทานแคลเซียมและวิตามินดี

4.2.1.3 สุขภาพปาก (Oral Health) ปัญหาสุขภาพช่องปากเช่นโรคฟันผุ โรคที่เกี่ยวกับเยื่อหุ้มฟัน สูญเสียฟันและมะเร็งช่องปาก สร้างภาระทางเศรษฐกิจ ลดความรู้สึกรับผิดชอบตนเอง ลดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและแผนงานที่สนับสนุนประชาชนให้รักษาสุขภาพฟันด้วยตนเอง ต้องเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็กและต่อเนื่องจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต

4.2.1.4 การสูบบุหรี่ (Tobacco Use) การสูบบุหรี่เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่น มะเร็งปอด การสูญเสียสมรรถนะในการทำหน้าที่ของร่างกายเนื่องจากการสูบบุหรี่ เร่งให้อัตราการลดลงของ

มวลกระดูกเร็วขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทำหน้าที่เกี่ยวกับการหายใจลดลง เป็นสาเหตุหลักของการตายก่อนวัยอันควรซึ่งสามารถป้องกันได้

4.2.1.5 แอลกอฮอล์ (Alcohol) การบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุมีน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว โรคที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ โรคตับ แผลในกระเพาะอาหาร ตับอ่อน เสี่ยงต่อการหกล้มและการได้รับบาดเจ็บ มีแนวโน้มที่จะมีอันตรายเพิ่มขึ้นหากใช้ร่วมกับยา การแก้ปัญหาการดื่มสุรา ควรที่จะทำควบคู่กันทั้งในวัยสูงอายุและวัยหนุ่มสาว

4.2.1.6 การใช้ยา (Medication) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องใช้ยามากกว่าวัยอื่นๆ ปัญหาการใช้ยาที่พบในผู้สูงอายุ คือ การซื้อยามารับประทานเองในผู้สูงอายุในชนบท ส่วนในเมืองจะใช้จ่ายเกี่ยวกับยามากเกินไปและมีการใช้ยาโดยไม่มีใบสั่งยา (โดยเฉพาะเพศหญิง)

4.2.1.7 การปฏิบัติตาม/การให้ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) นอกจากการได้รับยาอย่างเพียงพอในการดูแลรักษาในระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังแล้ว ยังต้องประกอบด้วยการร่วมกันที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (เช่น อาหารที่ถูกสุขลักษณะ กิจกรรมทางกาย ไม่สูบบุหรี่)

4.2.2 ตัวกำหนดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

4.2.2.1 ชีววิทยาและพันธุกรรม (Biology and Genetics) การสูงอายุถูกกำหนดขึ้นโดยกระบวนการทางชีววิทยาซึ่งมีพันธุกรรมเป็นตัวกำหนด ซึ่งความยืนยาวของชีวิต ภาวะสุขภาพและการเกิดโรคเป็นผลจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต อาหาร และโอกาสของบุคคล อิทธิพลทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัลไซเมอร์ และมะเร็ง ซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาทางพันธุกรรม

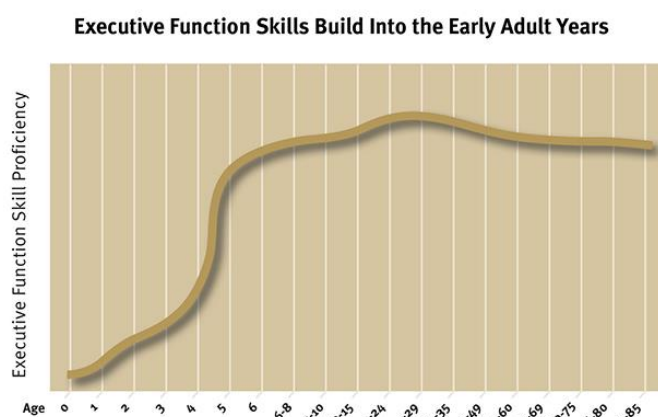
4.2.2.2 ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง (Brain Executive Function: EF) ปัจจัยทางด้านความสามารถทางสติปัญญา ความสามารถในการคิด ความสามารถในการแก้ปัญหาและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าสู่ภาวะพลพลงและการมีอายุยืนยาวในผู้สูงอายุนั้น แนวโน้มของความสามารถในการเรียนรู้ ความจำ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการแก้ปัญหาและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจะลดลงตามอายุ ซึ่งความสามารถดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) โดยสมองส่วนนี้ถือว่าเป็นนายสมอง ทำหน้าที่ควบคุมความคิดและการตัดสินใจที่ส่งผลทำให้เกิดการกระทำจนสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Goal Directed Behavior) ประกอบไปด้วย 9 ด้านสำคัญคือ

- การยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit)
- การปรับเปลี่ยน (Shifting)
- การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)
- การตรวจสอบตนเอง (Self-Monitor)
- ความคิดริเริ่ม (Initiate)
- ความจำขณะทำงาน (Working Memory)
- การวางแผนและการจัดการ (Plan/Organize)
- การตรวจสอบงาน (Task Monitoring)
- การจัดระเบียบวัสดุอุปกรณ์ (Organization of Materials)

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะถูกนำไปใช้เมื่อเผชิญปัญหาที่ไม่เคยพบมาก่อน มนุษย์จะต้องมีทักษะในด้านการคิดแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล สมองจะต้องประมวลข้อมูลเก่ากับข้อมูลใหม่

เพื่อเปรียบเทียบหาความเชื่อมโยงและวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นในการหาทางแก้ไขปัญหานี้ นอกจากนั้นจะต้องมีทักษะในการควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองให้จดจ่อกับสิ่งที่ทำจนงานสำเร็จบรรลุเป้าหมาย ต้องมีความคิดที่ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ จะเห็นได้ว่าทักษะที่กล่าวมาข้างต้นนั้นล้วนเกี่ยวข้องกับการคิดเชิงบริหารของสมอง Brain Executive Functions (EF) (Zelazo 2004, Gilbert & Burgess 2008)

ในผู้สูงอายุนั้น แนวโน้มของความสามารถในการเรียนรู้ ความจำ ความสามารถทางการคิดเชิงบริหารของสมองจะลดลงตามอายุ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรักษาและส่งเสริมความสามารถนี้ไว้ นั่นเป็นเพราะทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของสมองจะพัฒนาอย่างมากในช่วงเด็กปฐมวัยต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น วัยรุ่น วัยทำงาน และจะมีแนวโน้มลดลงในช่วงสูงวัย (Age-related Reduction in Executive Function) ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 22 การพัฒนาความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง

www.developingchild.harvard.edu

ความรู้ทางวิชาการและวิจัยทางด้านสมองพบว่ากระบวนการสมองหดตัว (Brain shrinks) หรือมีปริมาตรสมองลดลงจะเกิดขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ส่วนใหญ่จะเริ่มเกิดขึ้นกับสมองส่วนหน้าซึ่งควบคุมการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ (Fronto Lobe) ส่วนฮิปโปแคมปัสควบคุมการเรียนรู้และความจำ (Hippocampal Regions) และส่วนกลีบท้ายทอยที่ด้านหลัง (Occipital Lobe) จะควบคุมการมองเห็น และนี่เป็นเหตุผลว่าผู้สูงอายุจะเริ่มคิดช้าลง มีการหลงลืม มีสายตาเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวไม่คล่องแคล่วเหมือนคนหนุ่มสาว ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นไปตามธรรมชาติและพันธุกรรม แต่อย่างไรก็ตาม กลไกของธรรมชาติจะต้องมีกระบวนการรักษาไว้ซึ่งความสมดุล ข้อมูลทางวิชาการพบว่าสมองส่วนกลีบข้าง (Parietal Lobe) จะถูกเปิดใช้งานเพิ่มขึ้นเพื่อเผชิญกับภาวะกับการหดตัวของสมองและที่สำคัญเพื่อรักษาไว้ซึ่งการดำรงชีวิตในประจำวันของผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อกระบวนการสมองหดตัวหรือมีปริมาตรสมองลดลงจนส่งผลต่อความสามารถด้านการคิด การตัดสินใจ ความจำ และการเคลื่อนไหว แต่พบว่ามีแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดในศักยภาพดังกล่าวของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบว่ามีการปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องและมีผลต่อสุขภาพสมองผู้สูงอายุ ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ พฤติกรรมการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อม สวัสดิการ การส่งเสริมการเรียนรู้ ความมั่นคง การได้รับการดูแล เป็นต้น

4.2.3 ตัวกำหนดทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อภาวะพึ่งพาและไม่พึ่งพาในผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยหรือพื้นที่จำกัดมีสิ่งกีด

ขวางที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีแนวโน้มที่จะแยกตัว ซึมเศร้า และมีปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ตัวกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพควรต้องคำนึงถึงดังต่อไปนี้

4.2.3.1 ที่อยู่อาศัยอันปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ สถานที่ตั้งรวมถึงการที่ได้อยู่ใกล้กับสมาชิกในครอบครัว สถานบริการ และการขนส่ง เหล่านี้ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ดีหรือแยกตัว

4.2.3.2 การหกล้ม ผู้สูงอายุหกล้มทำให้เกิดการบาดเจ็บ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและเป็นสาเหตุการตาย ผลของการบาดเจ็บมักรุนแรงในผู้สูงอายุนำไปสู่ภาวะพิการ อยู่โรงพยาบาลนาน ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพยาวนาน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพึ่งพาและเสี่ยงต่อการตาย สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงในการหกล้ม ได้แก่ การมีแสงสว่างไม่พอเพียง พื้นทีลื่นหรือพื้นดินที่ไม่สม่ำเสมอในการเดิน และขาดราวสำหรับจับ การหกล้มส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในบ้านและสามารถป้องกันได้

4.2.3.3 น้ำสะอาด อากาศบริสุทธิ์ และอาหารปลอดภัย การได้รับปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ซึ่งได้แก่ น้ำสะอาด อากาศบริสุทธิ์และการได้รับอาหารปลอดภัยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ ตลอดจนบุคคลซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง

4.2.4 ตัวกำหนดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมการสนับสนุนทางสังคม โอกาสทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ความสงบสุขและการปกป้องความรุนแรง การทารุณกรรม เป็นตัวกำหนดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุก้าวเข้าสู่ภาวะพลพลง

4.2.4.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางอารมณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียสมาชิกครอบครัวและเพื่อนมากกว่าวัยอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกตัวจากสังคมได้ง่าย ดังนั้นการเสริมสร้างให้เกิดเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ การมีอาสาสมัคร การช่วยเหลือของเพื่อนบ้าน การเป็นที่ปรึกษาและการเยี่ยมเยียนครอบครัวผู้ดูแล จะส่งผลต่อการเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้

4.2.4.2 ความรุนแรงและการทารุณกรรม (Violence and Abuse) ผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในสภาพที่อ่อนแอหรืออยู่เพียงลำพังเสี่ยงต่อการเกิดอาชญากรรม เช่น การลักทรัพย์และทำร้ายร่างกาย

4.2.4.3 การศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ (Education and Literacy) การได้รับการศึกษาในวัยเด็ก รวมทั้งโอกาสสำหรับการเรียนรู้ตลอดชีวิต จะช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาทักษะและความมั่นใจในการปรับตัวกับสังคมและโลกที่เปลี่ยนไป สามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งในประเทศไทย รัฐได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มีสาระสำคัญที่ให้ความสำคัญของการศึกษาตลอดชีวิต ซึ่งเป็นการศึกษาที่ผสมกันทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แม้ว่าผู้สูงอายุจะผ่านโลกมามากมีประสบการณ์ในการทำงานและการดำรงชีวิต ก็ยังคงต้องเรียนรู้ตลอดเวลาเพื่อพัฒนาตนเองให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ เท้าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและประเทศในโลกยุคใหม่ โดยเชื่อว่าหากผู้สูงอายุได้รับการศึกษาหรือการเรียนรู้ตลอดชีวิต จะทำให้มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ตามความต้องการของตน ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาตนเองและสังคมให้เจริญก้าวหน้าต่อไป

4.2.5 ตัวกำหนดทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ การทำงาน และการปกป้องทางสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.5.1 รายได้ ประชาชนที่ยากจนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะเจ็บป่วยและเกิดภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุไม่มีทรัพย์สิน หรือมีน้อย หรือไม่มีการเก็บออม ไม่ได้รับเบี้ยบำนาญหรือเงินประกันสังคม ผู้

ซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำหรือไม่แน่นอน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานหรือสมาชิกครอบครัวที่จะพึ่งพาในอนาคต จะมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่มีที่พักอาศัยและอยู่ในสภาพที่ขาดแคลน

4.2.5.2 การทำงาน หากผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการที่ดีในการทำงาน เช่น ได้รับการปกป้องอันตรายจากการทำงาน ก็จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุยังมีส่วนร่วมเป็นกำลังแรงงานของประเทศมากขึ้น ดังนั้นควรสนับสนุนให้ทุกประเทศตระหนักถึงการนำผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมาเป็นทรัพยากรสำคัญในบทบาทของการเป็นอาสาสมัครในโรงเรียน ชุมชน สถาบันทางศาสนา ทางธุรกิจ องค์กรทางสุขภาพ องค์กรทางการเมือง บทบาทเหล่านี้ทำให้มีโอกาสติดต่อกับสังคมซึ่งส่งผลดีต่อความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุและยังเป็นการช่วยเหลือชุมชนและประเทศชาติ

4.2.5.3 การปกป้องทางสังคม ทุกประเทศทั่วโลกจัดให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้

5. แนวทางจัดการกระบวนการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์การศึกษาของ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) และ Council of Europe เป็นแนวคิดที่ต้องการให้บุคคลเรียนรู้ตลอดเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่และได้รับโอกาสทางการศึกษาในทุกช่วงวัย การศึกษาตลอดชีวิตจึงครอบคลุมการเรียนรู้ทุกรูปแบบและเกิดขึ้นได้หลายวิธี นอกเหนือจากหลักสูตรการเรียนรู้ที่เป็นทางการในระบบการศึกษาแบบเป็นทางการ (Formal Learning) โดยเป็นการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ที่ไม่เป็นทางการ (Non-formal, In-formal, and Workplace Learning Experience) ที่สามารถลดต้นทุนการเรียนรู้ ลดระยะเวลาการศึกษา และเพิ่มผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ รวมถึงมีมาตรฐานและผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่ชัดเจน และสามารถประเมินผลการเรียนรู้ได้โดยมีหลักการสำคัญคือ

- 1) เป็นการเรียนเพื่อรู้ โดยบุคคลจะผสมผสานความรู้ทั่วไปที่กว้างขวางจากการเรียนรู้ทุกรูปแบบเพื่อพัฒนาตนเองเป็นสำคัญอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต
- 2) เป็นการเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง หรือเป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะหรือความเชี่ยวชาญให้สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในการดำเนินชีวิตหรือการทำงาน
- 3) เป็นการเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกัน โดยมุ่งส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจผู้อื่นและตระหนักถึงการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การสร้างความร่วมมือและการแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งต่างๆ
- 4) เป็นการเรียนรู้เพื่อชีวิตหรือเป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือความเจริญก้าวหน้าของบุคคล

ดังนั้นการศึกษาตลอดชีวิตจึงเป็นการเรียนรู้อย่างอิสระที่บุคคลสามารถจะกระทำได้และเป็นสิ่งที่ควรจะต้องเกิดขึ้นตลอดในทุกช่วงชีวิตของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุนั้น แนวทางการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุจะมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุนำไปปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น โดยให้เป็นผู้ที่มีความสุขได้ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีศีลธรรม มีคุณธรรม เพื่อใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและช่วยถ่ายทอดมรดกของแต่ละสังคมไปสู่ชนรุ่นหลังต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่า แนวทางในการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุจะต้องจัดการศึกษาให้ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ อันผสมกลมกลืนกับทฤษฎีต่างๆ ของผู้สูงอายุ อันเป็นการศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

แนวทางการจัดการศึกษาในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะแบ่งออกเป็น การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอิทธิพลสำคัญมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้สูงอายุต้องยึดหลักการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในวัยของตนได้เป็นอย่างดี อีกทั้งควรตอบสนองปรัชญาการศึกษาตลอดชีวิตซึ่งอธิบายว่า บุคคลต้องเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา (สุรกุล เจนอบรม 2537, สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย 2551) โดยกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 1) กิจกรรมการศึกษาด้านความรู้พื้นฐาน เพื่อให้เกิดความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
- 2) กิจกรรมด้านการฝึกทักษะ เพื่อให้ความรู้และทักษะอาชีพสร้างรายได้ก่อให้เกิดการพึ่งตนเอง
- 3) กิจกรรมด้านข่าวสารข้อมูล ซึ่งเป็นการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6. การวิจัยที่สอดคล้องกับโครงการวิจัย

การวิจัยด้านสังคมผู้สูงอายุไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2551-2560) มีความน่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งจากการทบทวนบทความวิชาการพบว่า หัวข้อการวิจัยมีในมิติต่างๆ เช่น การนิยามศัพท์ผู้สูงอายุ นโยบายการขยายอายุการทำงาน การออมเงินในผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยด้านการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการวิจัยประเมินแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นต้น ซึ่งในประเทศไทยมีตัวอย่างการวิจัยที่น่าสนใจดังนี้

6.1 มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ (รศรินทร์ เกรย์ 2556, มหาวิทยาลัยมหิดล) โครงการวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อค้นหาความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน อนาคต ในมุมมองเชิงจิตวิทยาและสังคมสุขภาพ วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการจัดสนทนากลุ่มกับประชากรเป้าหมาย 45 กลุ่ม ที่อาศัยอยู่ทั้งในเขตเมืองและชนบทของกรุงเทพฯและจังหวัดใน 4 ภาคของประเทศไทย (เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา และนครปฐม) และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาวิจัยพบความหลากหลายของการให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” การจะเรียกบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุมีแนวทางพิจารณาจาก 1) เกณฑ์อายุตามปฏิทิน คือ คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ของทางราชการ 2) ดูจากลักษณะภายนอก เช่น หน้าตาที่ดูมีอายุ หรือแก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก 3) สุขภาพและความจำไม่ดีเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น 4) ความสามารถในการทำงานลดลง หรือไม่สามารถทำงานได้แล้ว 5) พฤติกรรมและอารมณ์ เช่น จุกจิก ขี้บ่น ย้ำคดีย้ำทำ 6) การเปลี่ยนแปลงสถานภาพเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด ซึ่งข้อเสนอแนะจากโครงการวิจัยมีดังนี้

- นิยามผู้สูงอายุควรใช้เป็นตัวเลขที่ 65 ปี เนื่องจากเป็นความเห็นส่วนใหญ่จากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก รวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ของตัวเลขทางด้านประชากรศาสตร์ที่ว่า คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น และการกำหนดด้วยอายุเป็นมาตรฐานเดียวกัน จะทำให้สามารถบริหารจัดการกำลังคนได้
- นอกเหนือจากการเปลี่ยนนิยามผู้สูงอายุแล้ว ควรมีการเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุให้เป็นเชิงบวกมากขึ้น

- การเชื่อมโยงนิยามผู้สูงอายุใหม่กับอายุการทำงาน หรือขยายอายุเกษียณในภาคราชการและเอกชนนั้นต้องได้รับการศึกษาอย่างรอบด้านในเรื่องผลกระทบที่จะเกิดขึ้น
- ควรต้องมีการศึกษาถึงผลกระทบด้านงบประมาณของรัฐที่จะเป็นค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุในสังคมไทยที่กำลังสูงวัยขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหากไม่มีการปรับเปลี่ยนนิยามผู้สูงอายุ
- การเปลี่ยนแปลงนิยามผู้สูงอายุนั้น ควรมีการสื่อสารและชี้แจงล่วงหน้าแก่สังคม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอายุของประชากรที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
- มโนทัศน์ใหม่ของนิยามของผู้สูงอายุ ควรใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของประชากรให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณค่า

6.2 โครงการวิจัยผลกระทบด้านมหภาคและจุลภาคของการขยายอายุเกษียณ (วรเวศม์ สุวรรณระดา 2556, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) โครงการวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อ ศึกษาและคาดประมาณผลกระทบของการเพิ่มระยะเวลาการทำงานหรือการขยายอายุเกษียณต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับจุลภาค (ลูกจ้าง) และตัวแปรทางเศรษฐกิจมหภาคที่สำคัญ ผลการศึกษามีดังนี้

- ในปีแรกของการดำเนินนโยบาย ในกลุ่มนายจ้างภาคเอกชน การเลื่อนอายุเกษียณจากการทำงานเป็น 60 ปี จะมีต้นทุนส่วนเพิ่มคงที่อยู่ที่ปีละประมาณ 32,592 ล้านบาท เมื่อดำเนินนโยบายตั้งแต่ปีที่ 10 เป็นต้นไป ในส่วนของภาระการคลังภาครัฐ พบว่าหากมีการดำเนินนโยบายภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว รัฐบาลจะมีภาระการคลังที่สำคัญใน 2 ส่วน คือ 1) ค่าจ้างของลูกจ้างภาครัฐส่วนเพิ่ม และ 2) ต้นทุนสวัสดิการที่ภาครัฐจ่ายสมทบให้กับลูกจ้างเหล่านี้ ที่น่าสนใจคือ แม้ว่ารัฐจะมีรายจ่ายในส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้น แต่เมื่อวิเคราะห์ถึงภาระทางการคลังสุทธิของรัฐบาล พบว่า รายจ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากรัฐบาลสามารถมีรายได้จากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของแรงงานที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่เป็​นลูกจ้างภาคเอกชน เพื่อเป็นส่วนทดแทนกับรายจ่ายทั้ง 2 ส่วนข้างต้น
- ผลกระทบต่อเศรษฐกิจระดับมหภาค หากมีการขยายอายุเกษียณการทำงาน พบว่า การดำเนินนโยบายดังกล่าวนี้ จะสามารถช่วยบรรเทาผลจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยที่จะทำให้เกิดการขาดแคลนประชากรวัยแรงงาน ส่งผลโดยตรงต่อการชะลอตัวลงของระบบเศรษฐกิจไทยได้ส่วนหนึ่ง แต่ก็ยังไม่มากพอกับระดับความรุนแรงของภาวะการขาดแคลนแรงงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สิ่งที่ภาครัฐควรเร่งให้ความสำคัญในการผลักดันเพื่อบรรเทาผลกระทบจากการชะลอตัวของเศรษฐกิจที่คาดว่าจะช่วยได้อย่างมีนัยสำคัญในระยะยาว คือ การส่งเสริมการออมและการพัฒนาเทคโนโลยีในกระบวนการผลิต

6.3 โครงการวิจัยการออม ความมั่นคง และบำนาญผู้สูงอายุของครัวเรือนไทย (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และ สุวิมล เสงพัฒนา 2557, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ) โครงการวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการออมของครัวเรือนไทย การสะสมทรัพย์สินหรือความมั่งคั่ง การมีหลักประกันทางสังคม (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีบำนาญผู้สูงอายุ) โดยคำนึงถึงความแตกต่างและหลากหลายตามสถานะรายได้ อาชีพ/ชนชั้นและระดับการศึกษา ผลการศึกษามีดังนี้

- อัตราการออมของครัวเรือนไทยซึ่งมีความผันผวนปีต่อปีมีแนวโน้มลดลงการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้คาดว่ามาจากหลายสาเหตุ อาทิ วัฒนธรรมบริโภคนิยมตามกระแสโลกาภิวัตน์ ความต้องการผลิตภัณฑ์ใหม่ด้านสื่อสารคมนาคม และการขยายตัวของสินเชื่อผู้บริโภค
- ร้อยละ 26 ของครัวเรือนไทยมี “การออมติดลบ”
- ร้อยละ 28 ของครัวเรือนไทยมี “การออมไม่เพียงพอ” ซึ่งหมายถึง มีการออมแต่ออมได้น้อยกว่าค่าที่ควรจะเป็น (มีการออมเพียงร้อยละ 0-20 ของรายได้)
- พฤติกรรมกลุ่ม คือ การจัดตั้งกองทุนออมทรัพย์/กองทุนฌาปนกิจ ซึ่งดำเนินการภายในหมู่บ้านโดยผู้นำชุมชนมีบทบาทในการโน้มน้าวให้ครัวเรือนออมเพิ่มขึ้นเพื่อหวังจะได้สิทธิประโยชน์

6.4 โครงการวิจัยการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย (นริศรา พิงโพธิ์สภ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ 2559, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ) โครงการนี้มีเป้าหมายเพื่อรวบรวมและประมวลผลงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนค้นหาปัจจัยเชิงเหตุ ด้านจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยมีดังนี้

- งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้ทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ WHO งานวิจัยเกือบทั้งหมดแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นรายด้านได้แก่ สุขภาพร่างกาย สภาพทางสังคม สุขภาวะทางจิตใจ และสภาพทางเศรษฐกิจ
- งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF)
- งานวิจัยนี้แสดงถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) โปรแกรมการแนะแนวกลุ่ม (2) ความสามารถของตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (4) รายได้ของผู้สูงอายุ และ (5) ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค

6.5 โครงการวิจัยการถอดบทเรียนตัวอย่างที่ดีของโรงเรียนผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ภาวนา พัฒนศรี และ ธนิกันต์ ศักดาพร 2559, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) โครงการนี้มีเป้าหมายศึกษาคุณลักษณะโครงสร้างการบริหารของโรงเรียนผู้สูงอายุและถอดบทเรียนหลักสูตรการพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผลการวิจัยมีดังนี้

- โรงเรียนผู้สูงอายุดำเนินงานในลักษณะชุมชนจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุผ่านการถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นระบบ ในบรรยากาศการเรียนรู้แบบสนุกสนานและรื่นเริง
- นักเรียนผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษในหลักสูตร มีศักยภาพในด้านการดูแลตนเอง ควบคุมตนเอง การพึ่งตนเองดีขึ้นมากภายหลังเข้ารับการอบรม
- หลักสูตรที่เหมาะสมสำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เนื้อหาความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ ร้อยละ 50 ควรรู้ร้อยละ 30 และอยากรู้ ร้อยละ 20 ภายใต้วงเวลาเรียนไม่น้อยกว่า 96 ชั่วโมง

จากตัวอย่างการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยจะพบว่ามีหัวข้อการวิจัยในมิติต่างๆ เช่น นิยามศัพท์ผู้สูงอายุ สุขภาพกายผู้สูงอายุ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ สุขภาพสังคมผู้สูงอายุ การทำงาน

ในผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การออมเงินในผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยหัวข้อการวิจัยเหล่านี้เป็นการศึกษาปัจจัยอันส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ตลอดจนศึกษาเครื่องมือประเมินหรือส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพตามหลักของ WHO โดยข้อมูลการวิจัยดังกล่าว ถูกลำมาเป็นข้อมูลกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากข้อมูลทางวิชาการและการวิจัยพบว่า การบรรลุผลของการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) การมีสุขภาพดี (2) การมีส่วนร่วมในสังคม และ (3) การสร้างหลักประกันและความมั่นคงให้ตนเอง จำเป็นต้องอาศัยกลไกของภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ซึ่งจากการทบทวนรายงานทางวิชาการและการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าการวิจัยในประเทศไทยจะมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยในด้านการจัดการระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ระบบสวัสดิการสังคม การจัดการกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ การจ้างงานในผู้สูงอายุ การวิจัยการออมเงิน และการสร้างนวัตกรรม เพื่อผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการวิจัยดังกล่าวมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพเมื่อนำไปปฏิบัติจริงทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ แต่เมื่อวิเคราะห์ที่คุณลักษณะเฉพาะตัวของผู้สูงอายุแล้ว กลับมีคำถามว่า “ผู้สูงอายุไทยสามารถรู้และปรับตัวให้พร้อมไปกับสิ่งต่างๆ ที่จะเข้ามาในชีวิตได้หรือไม่” สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ท้าทายและน่าสนใจ นั่นเป็นเพราะมนุษย์มีความสามารถในการรู้คิดที่ต่างกัน และในองค์ประกอบของความสามารถของการรู้คิดนั้น ความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมอง (Brain Executive Function) เป็นส่วนสำคัญที่สุดเพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์จะต้องใช้ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองกับสถานการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย เช่น เปลี่ยนงาน เปลี่ยนสถานที่ เมื่อต้องทำในสิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน เมื่อสิ่งที่กำลังทำไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เมื่อต้องอดทนต่อสิ่งยั่วและต้องเลือกทำสิ่งที่สำคัญกว่า เมื่อต้องเลือกทำในสิ่งที่ถูกต้องเป็นที่ยอมรับของสังคม ในบริบทเหล่านี้ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง จะช่วยให้มนุษย์บริหารการทำงานจนสำเร็จ (Gilbert & Burgess, 2008) ดังนั้นการที่จะพัฒนาผู้สูงอายุไทยให้มีคุณภาพ จึงควรพัฒนาคุณสมบัติภายในของผู้สูงอายุด้วย โดยเฉพาะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองอันเป็นรากฐานสำคัญอันหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุไทยมีความสามารถในการรู้คิด และสามารถปรับตัวกับสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต ณ ปัจจุบันได้

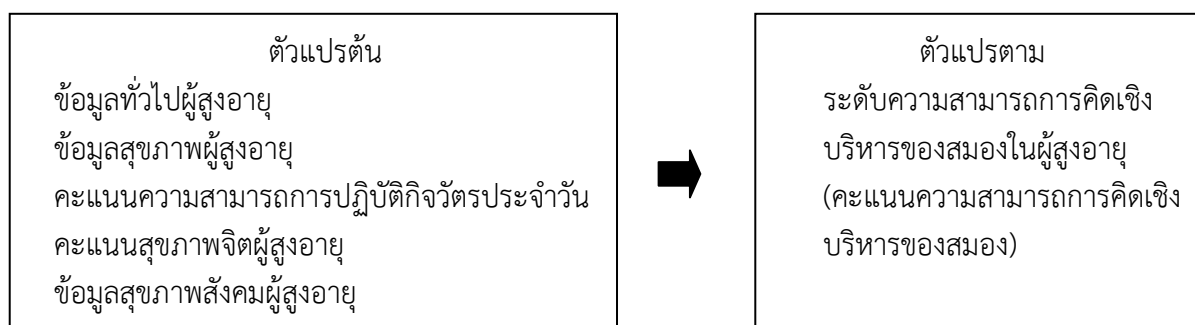
โครงการวิจัยมีแนวคิดที่ทำการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ และถอดบทเรียนการส่งเสริม สุขภาวะกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลถึงการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในด้านดังกล่าว อีกทั้งมีการศึกษาแนวทางปฏิบัติที่ดีของชมรมผู้สูงอายุ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ทั้งในระดับพื้นที่และในภาพรวม โดยแนวทางปฏิบัติที่ดีจะเข้าสู่กระบวนการจัดการความรู้ได้เป็นเครื่องมือหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุมีสุขภาวะกาย จิต สังคม และมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีต่อไป

ขั้นตอนที่ 1 สถานการณ์สุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

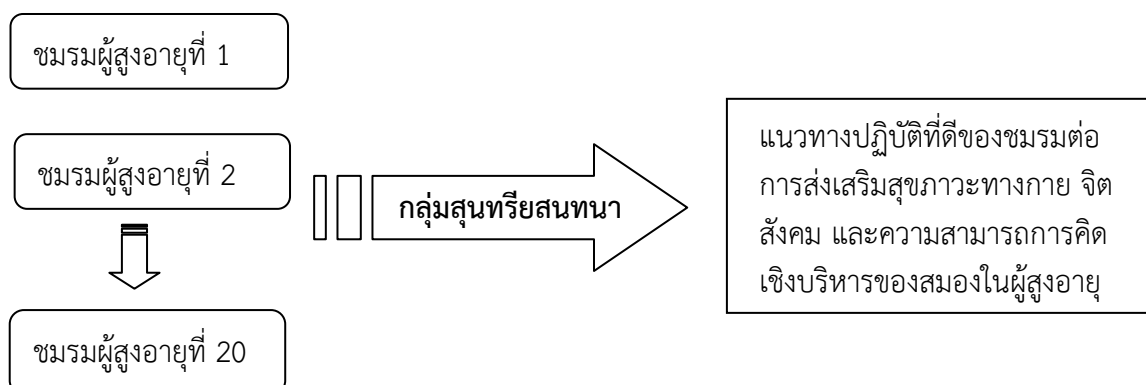
- ประเมินสุขภาพกาย
- ประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ประเมินสุขภาพจิต
- ประเมินสุขภาพสังคม
- ประเมินความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง
- สัมภาษณ์ประธานและคณะทำงานในเรื่องการดำเนินงานของชมรมและการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุ

สถานการณ์สุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ



ขั้นตอนที่ 3 แนวทางปฏิบัติที่ดีของชมรมต่อการส่งเสริมสุขภาพะทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ



บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

1) การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 1 (เพื่อสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ)

1.1 วิธีการเก็บข้อมูล

1.1.1 ข้อมูลปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (อายุระหว่าง 60-80 ปี)

การคำนวณประชากรตัวอย่างตามวิธีของ ยามาเน่ (Taro Yamane)

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ N คือ ขนาดประชากร

e คือ คลาดคลาตเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง เช่น

ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

ระดับความเชื่อมั่น 99% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.01

วิธีการคำนวณขนาดประชากร (N) = 9,934,309 คน (แหล่งข้อมูล: จำนวนผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2559)

ระดับความเชื่อมั่น 95% (e) = 0.05

$$n = \frac{9,934,309}{1 + 9,934,309 \times 0.05^2}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n) = 400 คน

เพื่อข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ 10% (n) = 440 คน

โครงการวิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นสมาชิกในชมรมแกนนำเข้มแข็งของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งในแต่ละชมรมจะมีฐานข้อมูลของสมาชิกและรหัสประจำตัวของผู้สูงอายุแต่ละคน

การสุ่มทำโดยเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละชมรม จำนวนชมรมละประมาณ 22 คนจาก 20 ชมรม รวมเป็น 440 คน วิธีการสุ่มจะทำโดยสุ่มตามหมายเลขสมาชิกของผู้สูงอายุในแต่ละชมรมจนครบตามจำนวนที่กำหนด

ชมรมผู้สูงอายุแต่ละแห่งจะมีการแบ่งกลุ่มสมาชิกเป็น 3 กลุ่มหลักคือ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งพบว่าในแต่ละชมรมจะมีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเฉลี่ยร้อยละ 97 และมีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง รวมกันเฉลี่ยร้อยละ 3 (แหล่งข้อมูล: รายงานประจำปีชมรมผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

โครงการวิจัยคัดเลือกชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งสุ่มตามภาคดังนี้ ภาคเหนือ ภาคกลาง/กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉยเหนือ และภาคใต้ จำนวน 20 ชมรม โดยที่ชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งในแต่ละภูมิภาคจะมีชมรมเครือข่ายเพื่อใช้ในการขยายผลองค์ความรู้การวิจัย

1.1.2 เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหรืออยู่ระหว่างการรักษาใดๆ ก็ตามที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ ให้ยุติการวิจัย หรือผู้สูงอายุได้รับการประเมินไม่น่าเชื่อถือตามกระบวนการวิจัย

1.1.3 เกณฑ์การถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ผู้สูงอายุยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.1.4 เกณฑ์การคัดเลือกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำเข้มแข็ง (Node) คือ ชมรมผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำระดับจังหวัดและมีชมรมขยายผล โดยได้รับการรับรองจากสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยแบ่งออกเป็นภาคเหนือ ภาคกลาง/กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ซึ่งจะมีจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำเข้มแข็ง 20 ชมรม

1.2 เครื่องมือ

1.2.1 แบบสอบถามสุขภาวะทางกาย จิต สังคม

เครื่องมือประเมินสุขภาวะทางกาย จิต สังคม ในผู้สูงอายุ จะประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) สุขภาพกายของผู้สูงอายุ 3) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 4) ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ และ 5) สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ โดยอ้างอิงจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Elderly Health Profile) และ แบบประเมินสุขภาพจิต TMSE (Thai Mental State Examination) กระทรวงสาธารณสุข โดยแบบสอบถามดังกล่าวที่ถูกพัฒนาขึ้นจะนำมาตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบเครื่องมือและนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่ม ตัวอย่างเพื่อพิจารณาคุณภาพของแบบสอบถามก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

1.2.2 แบบประเมินความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง

การวิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์จากความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้ใหญ่ (Behavior Rating Inventory of Executive Function- Adult Version: BRIEF-A) โดยทำการประเมินพฤติกรรม 5 ด้านคือ ความจำขณะทำงาน (Working Memory) การควบคุมการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit) การเปลี่ยนความคิดเมื่อเงื่อนไขเปลี่ยนไป (Shifting) การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง (Emotional Control) และการวางแผนและการจัดการอย่างเป็นระบบ (Plan/Organize) โดยประเมินจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ในสภาพแวดล้อมจริง

Behavior Rating Inventory of Executive Function- Adult Version เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์และสามารถจัดซื้อได้ในการทำวิจัย โดยแบบสอบถามดังกล่าวจะถูกแปลเป็นภาษาไทยและนำตรวจสอบความคุณภาพความเที่ยงตรงของเนื้อหาและถูกหลักไวยากรณ์ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบเครื่องมือและนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาคุณภาพของแบบประเมินก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

1.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการวิจัยจะส่งหนังสือถึงสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการลงเก็บข้อมูลในระดับพื้นที่ต่างๆ ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุและลักษณะชมรมผู้สูงอายุ โดยจะทำการประสานไปยังชมรมที่เป็นแกนนำระดับจังหวัดเพื่อชักชวนความเข้าใจของวัตถุประสงค์การวิจัย การรับสมัครผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการวิจัย การกำหนดผู้ประสานงาน

โครงการวิจัยระดับพื้นที่ (ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ) การตอบแบบสอบถาม การได้รับการประเมินระดับบุคคล การทำกิจกรรมกลุ่ม การประชุม การค้นหาผู้สูงอายุต้นแบบ และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยกระบวนการต่างๆ ทีมวิจัยและผู้ช่วยโครงการวิจัยจะดำเนินการร่วมกับผู้ประสานงานโครงการวิจัยระดับพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่สุ่มจากชมรมผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มหลักคือ (1) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และ (2) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) สุขภาพกายของผู้สูงอายุ 3) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 4) ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ 5) สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ 6) ความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองของผู้สูงอายุ และ 7) ข้อมูลการสัมภาษณ์และการทำกิจกรรมกลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จะบ่งชี้ถึงสถานการณ์ด้านสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและเป็นข้อมูลที่จะใช้เพื่อตอบโจทย์วิจัยในวัตถุประสงค์ที่ 2 คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

2. การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 2 (เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ)

2.1 วิธีการเก็บข้อมูล

ข้อมูลจากผลลัพธ์ในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) ข้อมูลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ 3) ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 4) ข้อมูลความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ 5) ข้อมูลสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ 6) ข้อมูลความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองของผู้สูงอายุ และ 7) ข้อมูลการสัมภาษณ์และการทำกิจกรรมกลุ่ม) นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2.2 เครื่องมือ

โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติและโปรแกรมการวิเคราะห์เหมืองข้อมูล

2.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากวัตถุประสงค์ที่ (1) นำมาจัดกลุ่มเป็นตัวแปรต้นและตัวแปรตามเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรและสร้างตัวแบบพยากรณ์ในอนาคตของการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางกาย จิต สังคมและความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมอง ดังนี้

2.3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่คาดว่าจะส่งผลต่อสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ มีดังนี้

ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การทำงาน ระดับการศึกษา องค์ประกอบของความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมอง 5 ด้าน (ผลประเมินความจำขณะทำงาน การยับยั้งพฤติกรรม การเปลี่ยนความคิดเมื่อเงื่อนไขเปลี่ยนไป การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง และการวางแผนและการจัดการอย่างเป็นระบบ) โรคและการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และภาวะเครียด ซึมเศร้า เป็นต้น

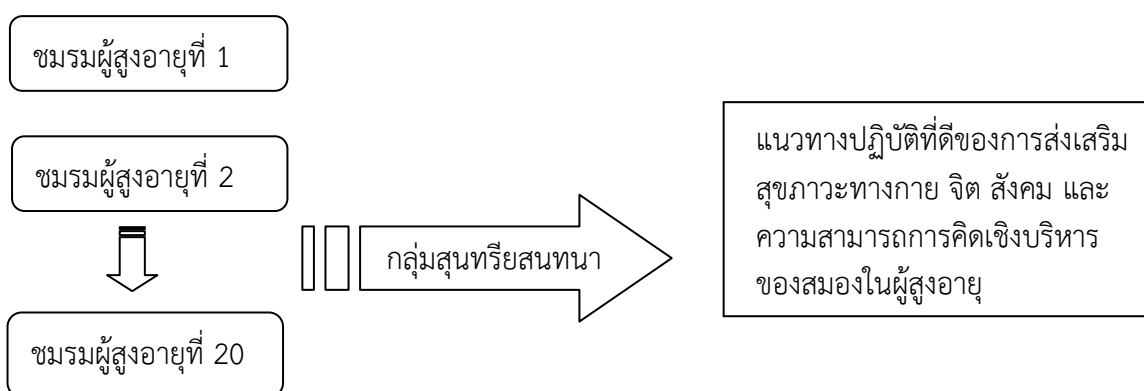
ปัจจัยภายนอก คือ สัมพันธภาพครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ระบบสาธารณสุข ระบบการศึกษาตลอดชีวิต การประกอบอาชีพ วิทยาการเทคโนโลยี และปัจจัยทางการเมือง เป็นต้น

2.3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาวะกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

ข้อมูลดังกล่าวจะเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรและสร้างตัวแบบพยากรณ์ในอนาคตของการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง

การวิเคราะห์ทางสถิติทำการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบเป็นฟังก์ชัน โดยการวิจัยเลือกใช้สมการถดถอยเชิงเส้นในรูปแบบต่างๆ เช่น Multiple Linear Regression, Logistic Regression หรือ Generalized Linear Model

3. การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติที่ดีของชมรมผู้สูงอายุฯ ในการส่งเสริมสุขภาวะและความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ



3.1 วิธีการเก็บข้อมูล

ทำการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ คัดเลือกจากชมรมผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำระดับจังหวัดและมีชมรมขยายผล โดยได้รับการรับรองจากสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยแบ่งออกเป็นภาคเหนือ ภาคกลาง/กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ซึ่งจะมีจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำเข้มแข็ง 20 ชมรม

3.2 เครื่องมือ

เครื่องมือการจัดการความรู้ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมระดมสมองและชุมชนนักปฏิบัติในชมรมผู้สูงอายุ และใช้เครื่องมือประเมินแนวทางปฏิบัติที่ดี (เกณฑ์ประเมินแสดงในภาคผนวก)

3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ชมรมผู้สูงอายุที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดี คือ วิธีปฏิบัติหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ส่งผลให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาวะหรือส่งเสริมความสามารถการคิด

เชิงบริหารของสมองให้กับผู้สูงอายุ โดยมีการสรุปวิธีปฏิบัติ หรือขั้นตอนการปฏิบัติ ตลอดจนความรู้ และประสบการณ์ ที่ได้บันทึกเป็นเอกสารหรือข้อมูลสารสนเทศ อีกทั้งเผยแพร่ให้กลุ่มผู้สูงอายุหรือหน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (เกณฑ์ประเมินแสดงในภาคผนวก)

4. การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อสังเคราะห์และเผยแพร่องค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

4.1 วิธีการเก็บข้อมูล

นำข้อมูลจากวัตถุประสงค์ที่ 1-3 มาสังเคราะห์และจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารในผู้สูงอายุ

4.2 เครื่องมือ

4.2.1 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชมรมผู้สูงอายุ

4.2.2 สื่อสิ่งพิมพ์และข้อมูลสารสนเทศ

4.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากวัตถุประสงค์ที่ 1-3 มาสังเคราะห์เพื่อสร้างองค์ความรู้และนำไปขยายผลผ่านสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ผ่านการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต สังคมและความสามารถในการคิดเชิงบริหารในผู้สูงอายุ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

1. การดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ



ภาพที่ 23 กิจกรรมการลงพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลยุหว่า จ.เชียงใหม่

โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยโครงการวิจัยส่งหนังสือถึงสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการลงเก็บข้อมูลในระดับพื้นที่ต่างๆ โดยทำการประสานไปยังชมรมที่เป็นแกนนำระดับจังหวัดเพื่อชักชวนความเข้าใจของวัตถุประสงค์การวิจัย การรับสมัครผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการวิจัย การกำหนดผู้ประสานงานโครงการวิจัยระดับพื้นที่ (ประธานชมรมผู้สูงอายุ) การออกแบบสอบถาม การได้รับการประเมินระดับบุคคล และการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยทำการลงพื้นที่เก็บข้อมูลครบทั้ง 20 ชมรม ซึ่งครั้งแรกได้กำหนดที่โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ โดยเป็นชมรมแกนนำเข้มแข็งและได้รับการตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี



ภาพที่ 24 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมรักษาสภาพวัดอโศการาม จ.กาฬสินธุ์



ภาพที่ 25 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุวัดป่าทรงคุณ จ.ปราจีนบุรี



ภาพที่ 26 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุ ต.โพตลาดแก้ว จ.ลพบุรี



ภาพที่ 27 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลพรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช



ภาพที่ 28 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุ ต.ท่าช้าง จ.สงขลา



ภาพที่ 29 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุวัดมาตุคนาราม จ.พังงา



ภาพที่ 30 กิจกรรมการลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาหัวควาย จ.สุราษฎร์ธานี

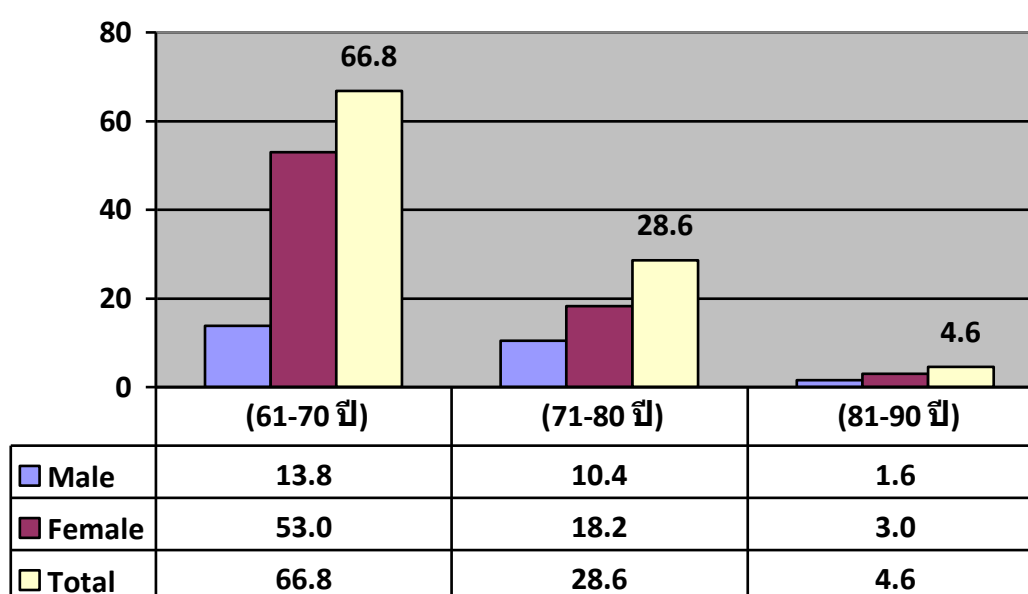
โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่เก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินสุขภาพกาย ประเมินความสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินสุขภาพจิต ประเมินสุขภาพสังคม ประเมินความสามารถคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ฉบับวิจัย) และแบบประเมิน ประเมินความสามารถคิดเชิงบริหารของสมอง (ตามภาคผนวก) วิธีการเก็บข้อมูลทำโดย อบรมการใช้ แบบประเมินให้กับประธานและคณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ (ประธานและคณะทำงานรวม 5 คน) โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นพี่เลี้ยงกลุ่มเมื่อมีกิจกรรมการประเมิน การฝึกอบรมให้ฝึกปฏิบัติจริงด้วยการ ประเมินตนเอง ส่วนการแปลผลนั้นคณะวิจัยเป็นผู้แปลผลการประเมินทั้งหมด

โครงการวิจัยนัดหมายกับประธานชมรมผู้สูงเพื่อกำหนดวันลงพื้นที่วิจัยและจัดกิจกรรมกลุ่มถอด บทเรียนการดำเนินงาน โดยที่คณะวิจัยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มละประมาณ 10-15 คน จำนวน 4 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มมีคณะวิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากรกระบวนการ ส่วนประธานชมรมและคณะกรรมการบริหาร ชมรมผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกลุ่มในการทำแบบประเมิน การเก็บข้อมูลทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ส่วนการสัมภาษณ์และถอดบทเรียนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยที่ผลการวิจัย ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2562 โครงการวิจัยดำเนินงานลงพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุทั้งสิ้นจำนวน 20 ชมรม จากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

1. ผลการดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 1 (เพื่อสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ)

1.1 ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์สุขภาวะทางกายของกลุ่มผู้สูงอายุ โครงการวิจัยดำเนินการ ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้และพบว่ามีผู้สูงอายุความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจจำนวน 643 คน จาก 20 ชมรมทั่วประเทศ ข้อมูลสถานการณ์สุขภาวะทางกายของกลุ่มผู้สูงอายุมีดังนี้

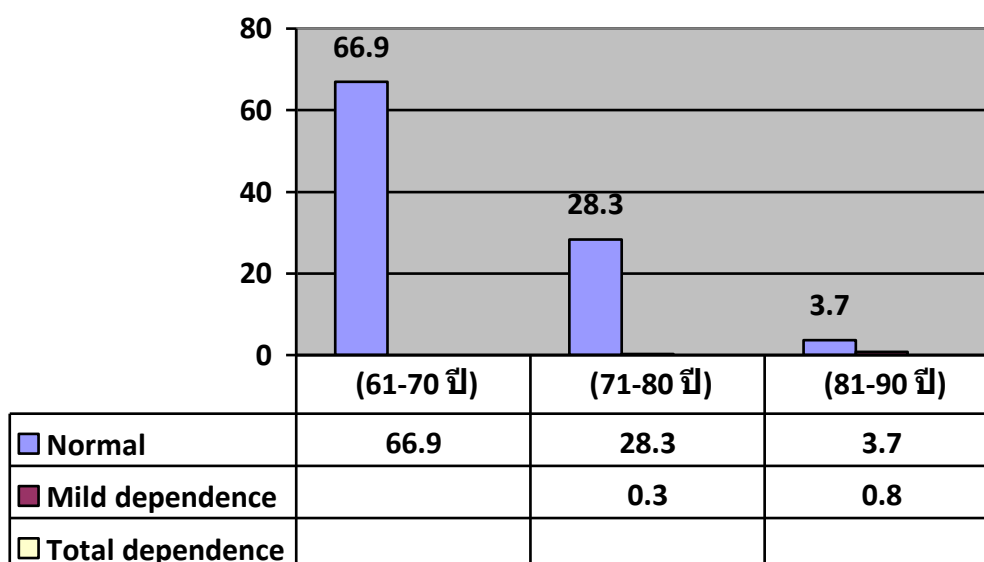
ภาพที่ 31 แสดงข้อมูลร้อยละของช่วงอายุในของกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี แบ่งเป็นผู้สูงเพศชายจำนวน 166 คน (ร้อยละ 25.8) และผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 477 คน (ร้อยละ 74.2) เมื่อวิเคราะห์ตามช่วงอายุพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 61-70 ปี มีจำนวนร้อยละ 66.8 กลุ่มผู้สูงอายุ 71-80 ปี มีจำนวนร้อยละ 28.6 และกลุ่มผู้สูงอายุ 81-90 ปี จำนวนร้อยละ 4.6

หมายเหตุ ข้อมูลที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า และมีแนวโน้มอายุยืนกว่าเพศชาย ดังภาพที่ 31

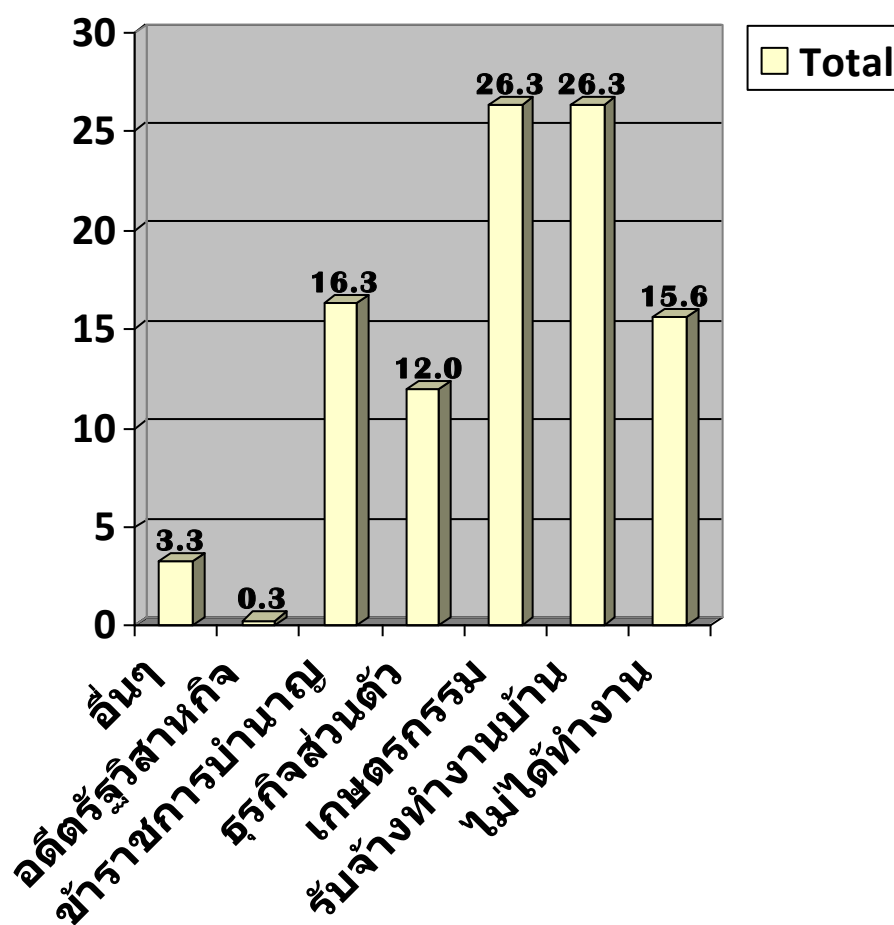
ภาพที่ 32 แสดงข้อมูลร้อยละของความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย พบว่าเมื่อทำการประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มผู้สูงอายุมีข้อมูลที่น่าสนใจคือ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 98.9

หมายเหตุ โครงการวิจัยดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุพร้อมกับประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและพบสิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 81-90 ปี จากจำนวนทั้งหมด 29 ราย พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.8) สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (เช่น รับประทานอาหารด้วยตนเอง อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน ใช้ห้องสุขา สวมใส่เสื้อผ้า เดินในบ้าน นอกบ้าน กลั้นปัสสาวะ กลั้นอุจจาระ) ได้ตามปกติ โดยปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ตามปกติ มาจากผู้สูงอายุมีความพยายามทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง (ข้อมูลการสัมภาษณ์/เยี่ยมบ้าน) ผู้สูงอายุพยายามออกกำลังกาย ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การมีผู้ดูแล (ญาติ) การเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือนโดยเพื่อนสมาชิกและคณะบริหารชมรมผู้สูงอายุ อีกทั้งการมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือนโดยนอกจากจะช่วยดูแลด้านสุขภาพแล้วยังเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง

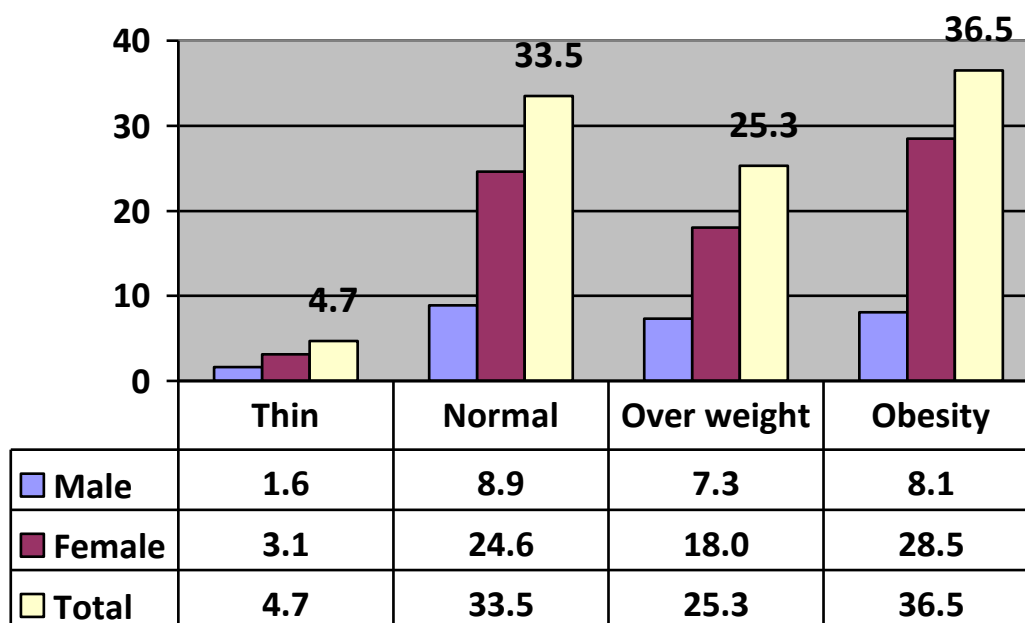
ภาพที่ 33 แสดงข้อมูลร้อยละการประกอบอาชีพในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี มีข้อมูลด้านอาชีพของผู้สูงอายุพบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 26.3 รับจ้างทำงานบ้านร้อยละ 26.3 เป็นข้าราชการบำนาญร้อยละ 16.3 ประกอบอาชีพนักธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 12.0 อดิษฐ์วิสาหกิจร้อยละ 0.3 และไม่ได้ทำงานร้อยละ 15.6

หมายเหตุ ข้อมูลที่น่าสนใจคือ เมื่อสัมภาษณ์ประธานและคณะทำงานบริหารชมรมผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 80 เป็นข้าราชการบำนาญและร้อยละ 20 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว แต่ในส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทำงานบ้านซึ่งมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน จากข้อมูลการวิจัยแสดงถึงผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างวิจัย (สมาชิกชมรมผู้สูงอายุฯ) ยังสามารถประกอบอาชีพ ณ ปัจจุบัน แสดงดังภาพที่ 33

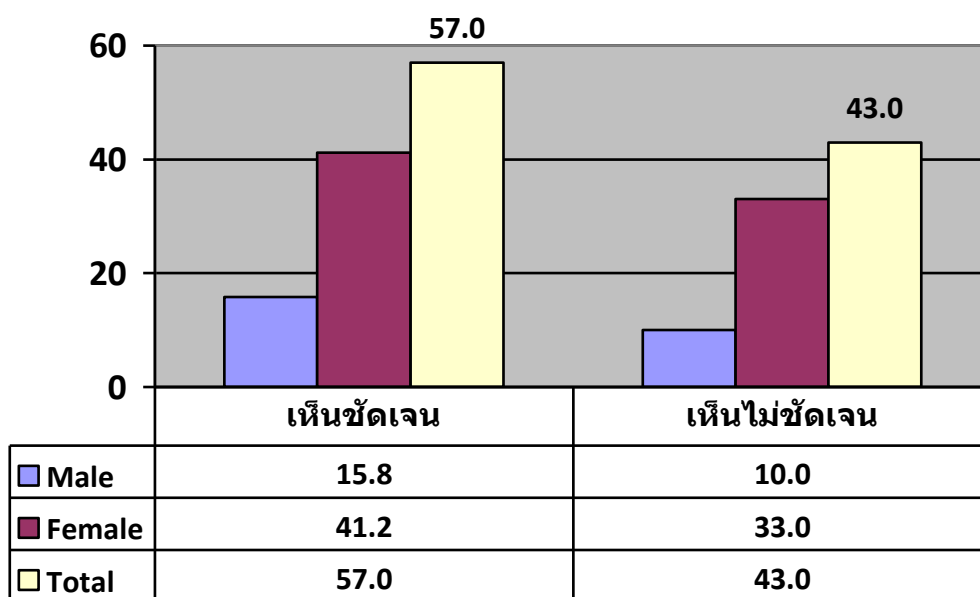
ภาพที่ 34 แสดงข้อมูลร้อยละภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 33.5 น้ำหนักเกินร้อยละ 25.3 อ้วนร้อยละ 36.5 และผอมร้อยละ 4.7

หมายเหตุ ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึง กลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 61.8 และผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า ดังภาพที่ 34

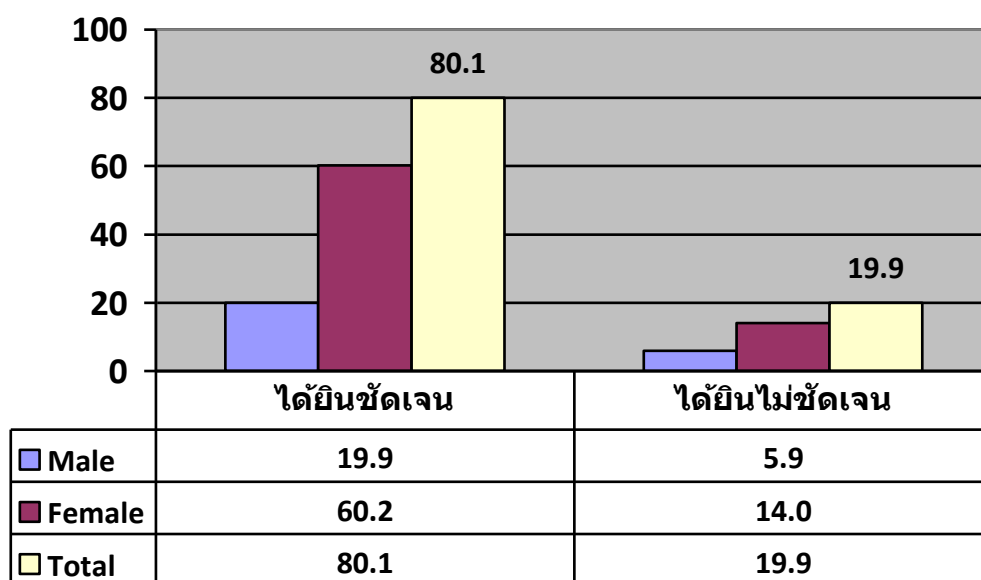
ภาพที่ 35 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถในการมองเห็นในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความสามารถในการมองเห็นชัดเจนร้อยละ 57.0 และเห็นไม่ชัดเจนร้อยละ 43.0

หมายเหตุ ข้อมูลที่น่าสนใจคือ สัดส่วนของความสามารถในการมองเห็นปกติต่อไม่ปกติอยู่ที่ 1.3:1 ดังภาพที่ 35

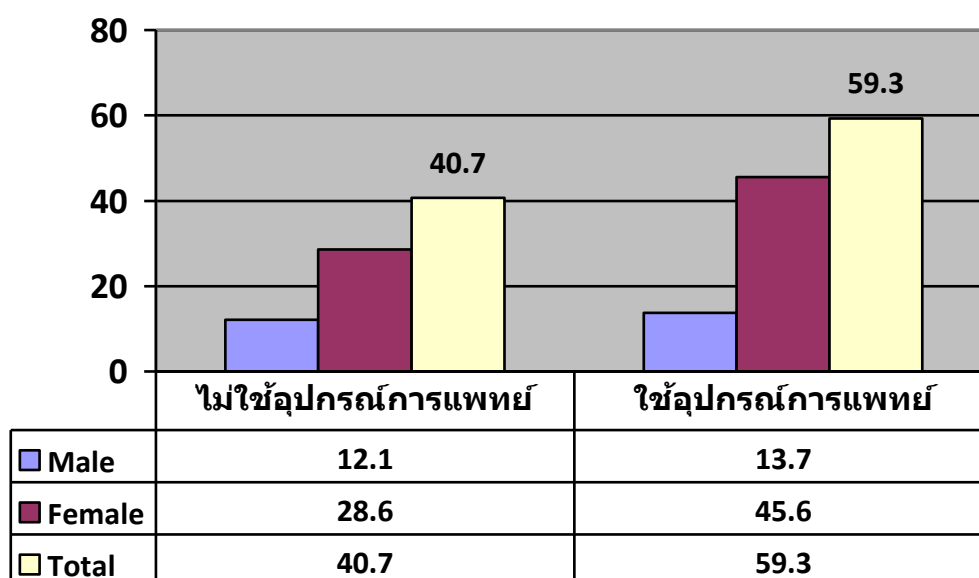
ภาพที่ 36 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถในการได้ยิน ในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความสามารถในการได้ยินปกติร้อยละ 80.1 ละไม่ปกติร้อยละ 19.9

หมายเหตุ ข้อมูลที่น่าสนใจคือ สัดส่วนของความสามารถในการได้ยินปกติต่อไม่ปกติอยู่ที่ 4:1 ดังภาพที่ 36

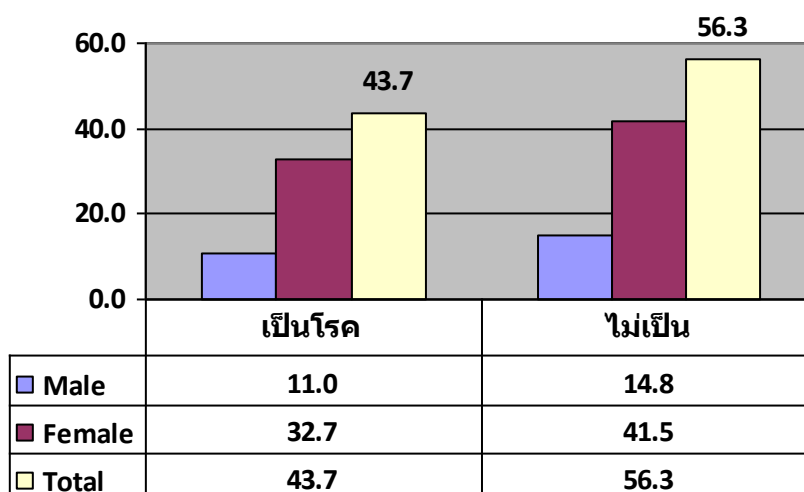
ภาพที่ 37 แสดงข้อมูลร้อยละของการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ร้อยละ 40.7 และไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ร้อยละ 59.3

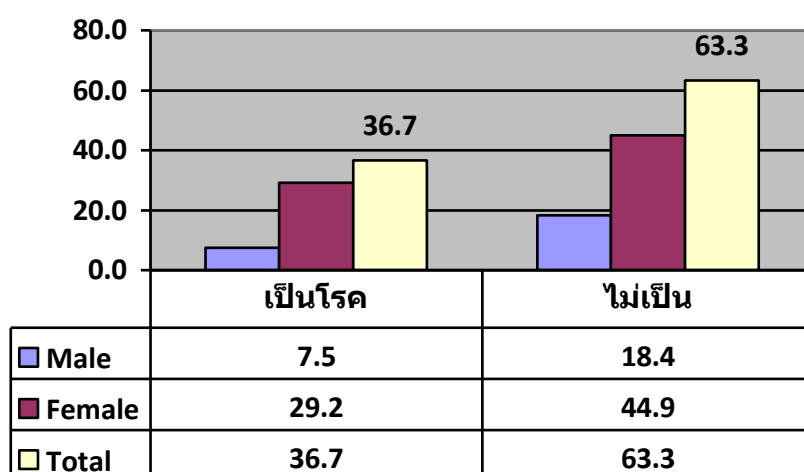
หมายเหตุ ข้อมูลที่น่าสนใจคือ สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์กับไม่ใช้อยู่ประมาณ 1:1.5 ดังภาพที่ 37

ภาพที่ 38 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



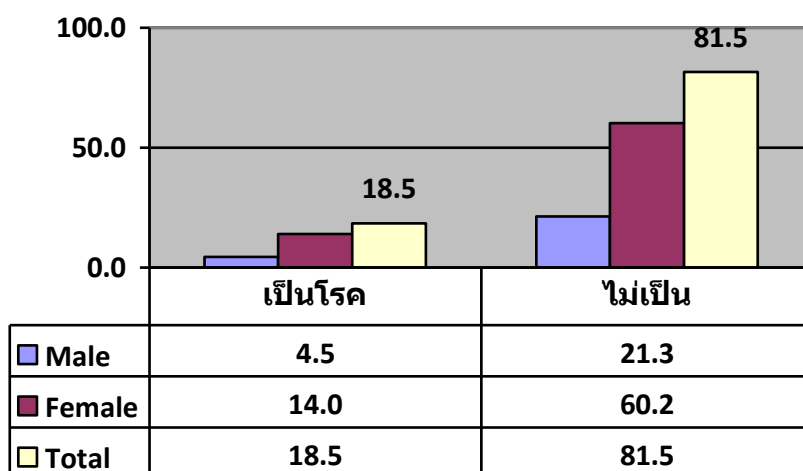
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.7 ไม่เป็นโรคร้อยละ 56.3 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นโรคที่พบอันดับที่ 1 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 38

ภาพที่ 39 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคข้อเสื่อม เก้าอี้ รุมตอยด์ ในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



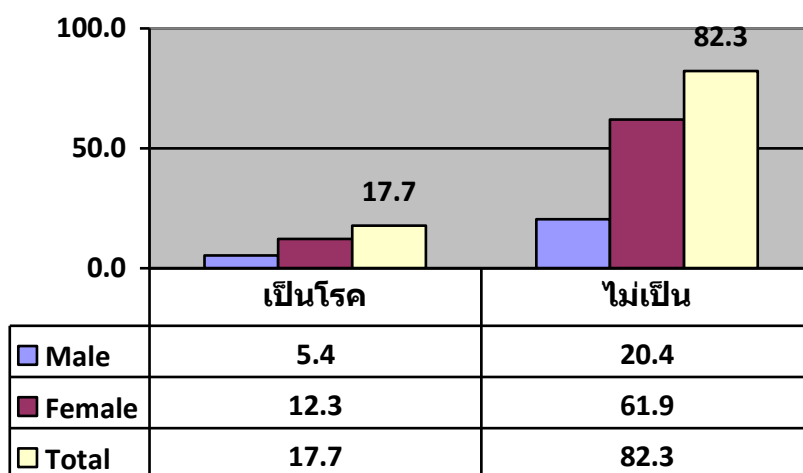
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเสื่อม เก้าอี้ รุมตอยด์ ร้อยละ 36.7 ไม่เป็นโรคร้อยละ 63.3 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคข้อเสื่อม เก้าอี้ รุมตอยด์ เป็นโรคที่พบอันดับที่ 2 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 39

ภาพที่ 40 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคต่อกระดูกในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



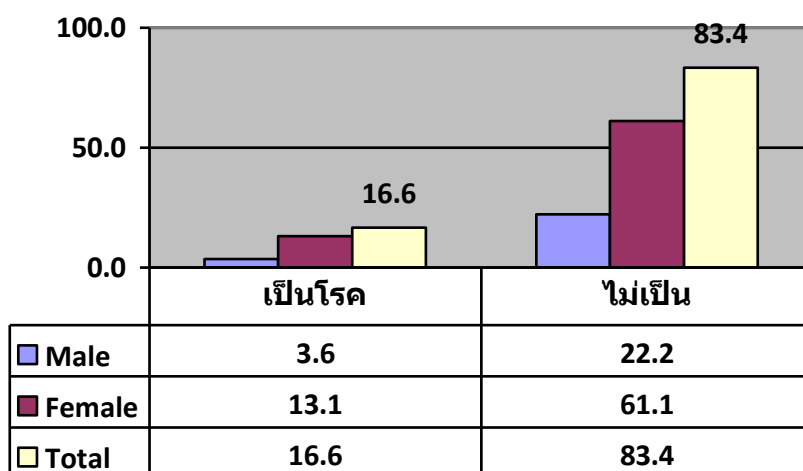
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคต่อกระดูกร้อยละ 18.5 ไม่เป็นโรคร้อยละ 81.5 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคต่อกระดูกเป็นโรคที่พบอันดับที่ 3 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 40

ภาพที่ 41 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



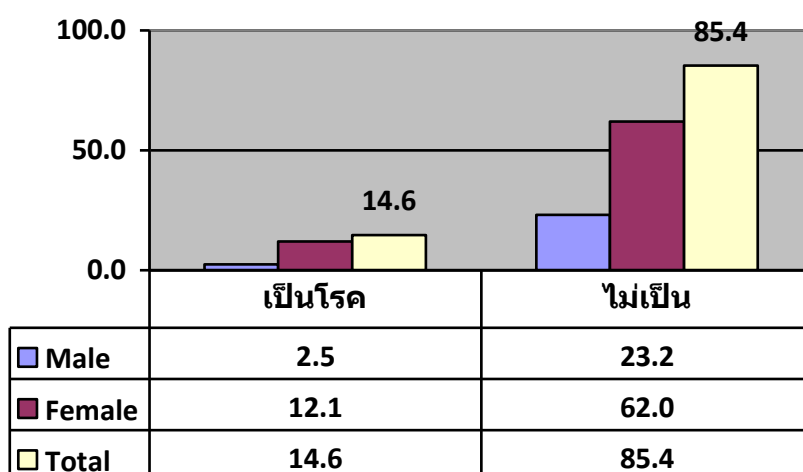
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 17.7 ไม่เป็นโรคร้อยละ 82.3 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคเบาหวานเป็นโรคที่พบอันดับที่ 4 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่

ภาพที่ 42 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคความจำเสื่อม สมอลเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



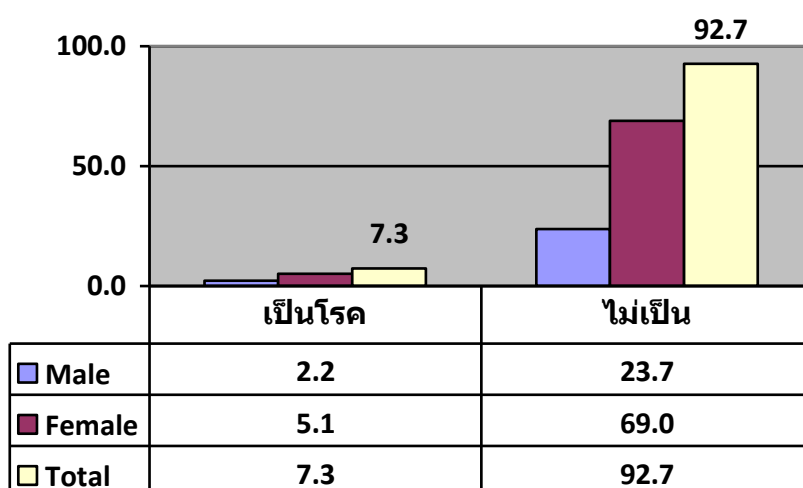
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความจำเสื่อม สมอลเสื่อมร้อยละ 16.6 ไม่เป็นโรคร้อยละ 83.4 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคความจำเสื่อม สมอลเสื่อมโรคที่พบอันดับที่ 5 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 42

ภาพที่ 43 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคกระเพาะอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



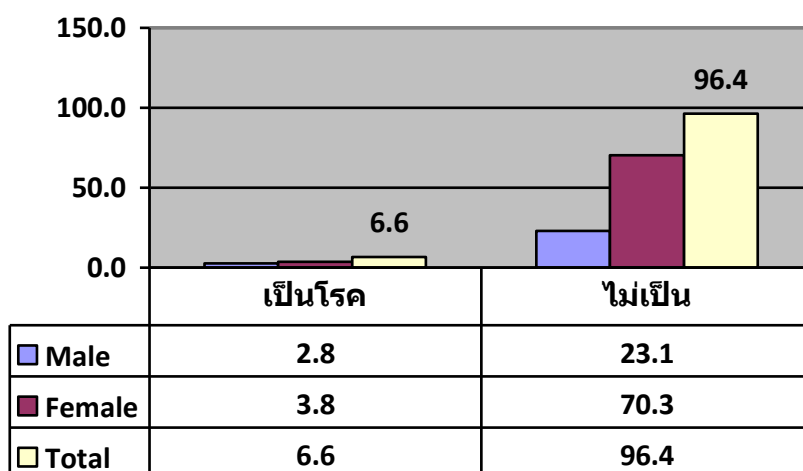
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารร้อยละ 14.6 ไม่เป็นโรคร้อยละ 85.4 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคกระเพาะอาหารเป็นโรคที่พบอันดับที่ 6 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 43

ภาพที่ 44 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคต่อหินในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



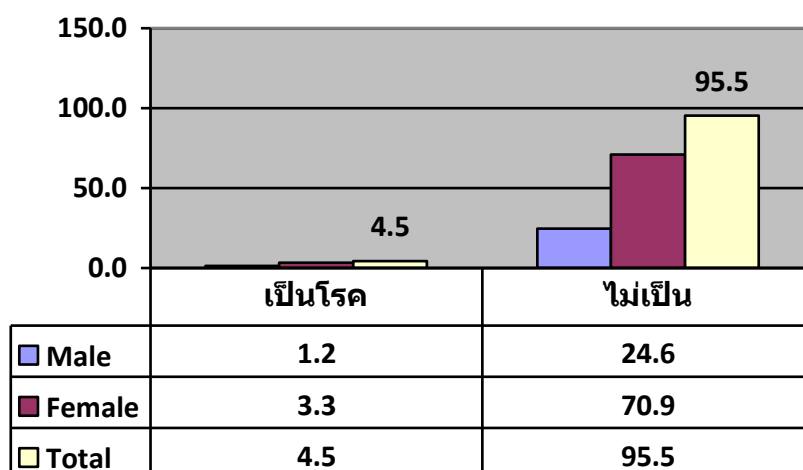
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคต่อหินร้อยละ 7.3 ไม่เป็นโรคร้อยละ 92.7 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคต่อหินเป็นโรคที่พบอันดับที่ 7 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 44

ภาพที่ 45 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคหัวใจในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



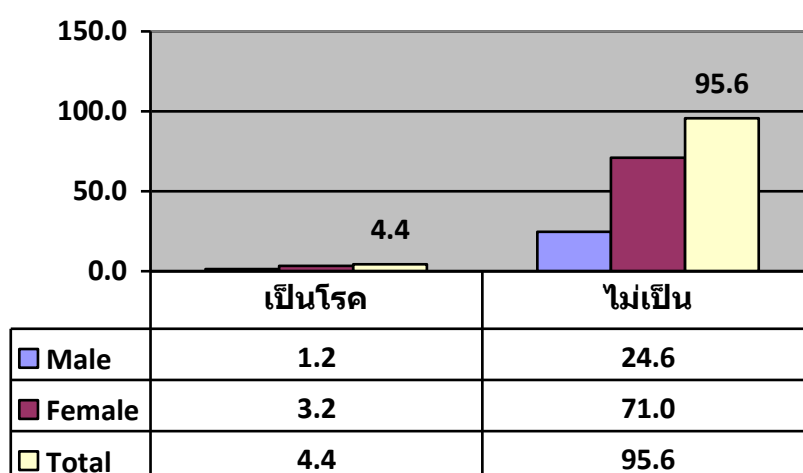
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจร้อยละ 6.6 ไม่เป็นโรคร้อยละ 96.4 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคหัวใจเป็นโรคที่พบอันดับที่ 8 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 45

ภาพที่ 46 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคไตในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



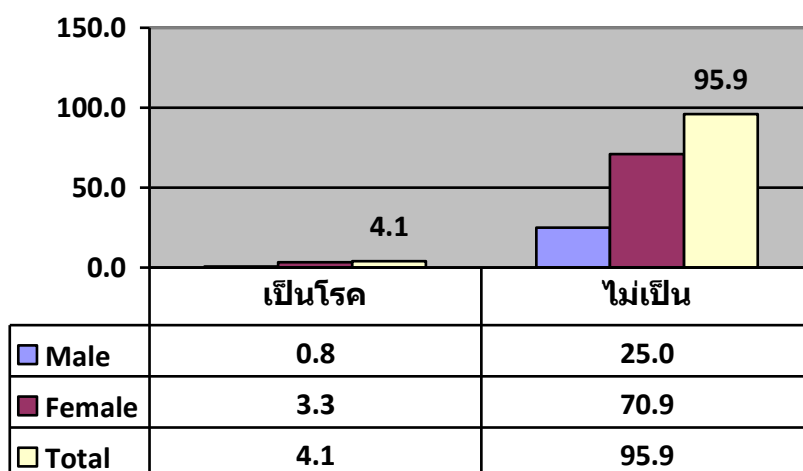
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคไต 4.5 ไม่เป็นโรคร้อยละ 95.5 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคต่อหินเป็นโรคที่พบอันดับที่ 9 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 46

ภาพที่ 47 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคหลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



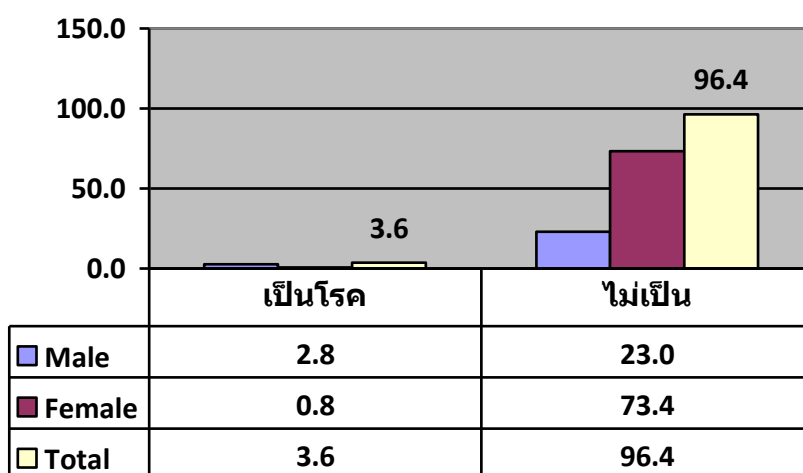
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคต่อหินร้อยละ 4.4 ไม่เป็นโรคร้อยละ 95.6 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคต่อหินเป็นโรคที่พบอันดับที่ 10 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 47

ภาพที่ 48 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคพาร์กินสันในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



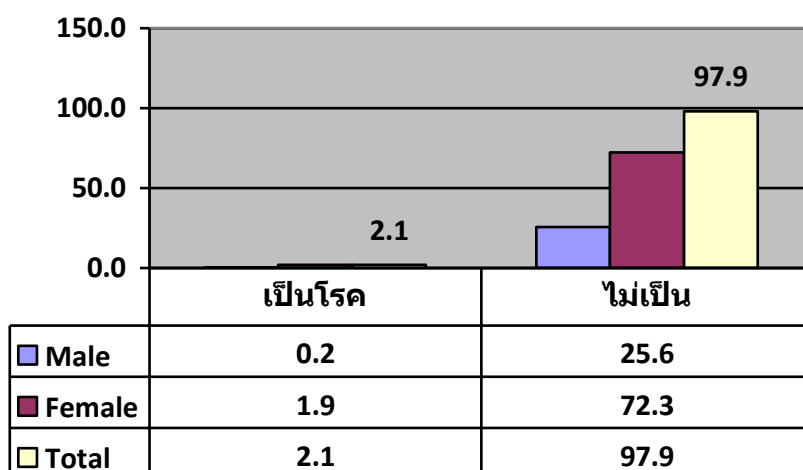
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันร้อยละ 4.1 ไม่เป็นโรคร้อยละ 95.9 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่พบอันดับที่ 11 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 48

ภาพที่ 49 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคต่อมลูกหมากโตในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



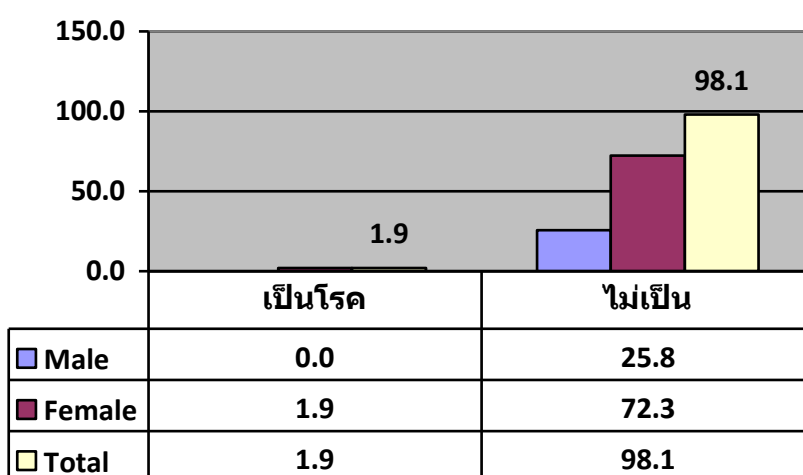
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตร้อยละ 3.6 ไม่เป็นโรคร้อยละ 96.4 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบอันดับที่ 12 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 49

ภาพที่ 50 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



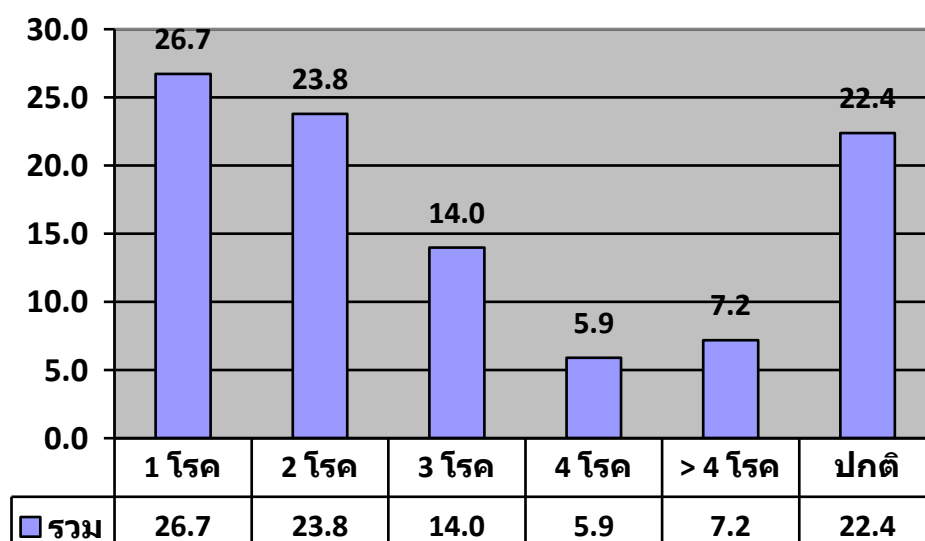
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 2.1 ไม่เป็นโรคร้อยละ 97.9 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคมะเร็งเป็นโรคที่พบอันดับที่ 13 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 50

ภาพที่ 51 แสดงข้อมูลร้อยละการเจ็บป่วยโรคแผลกดทับในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



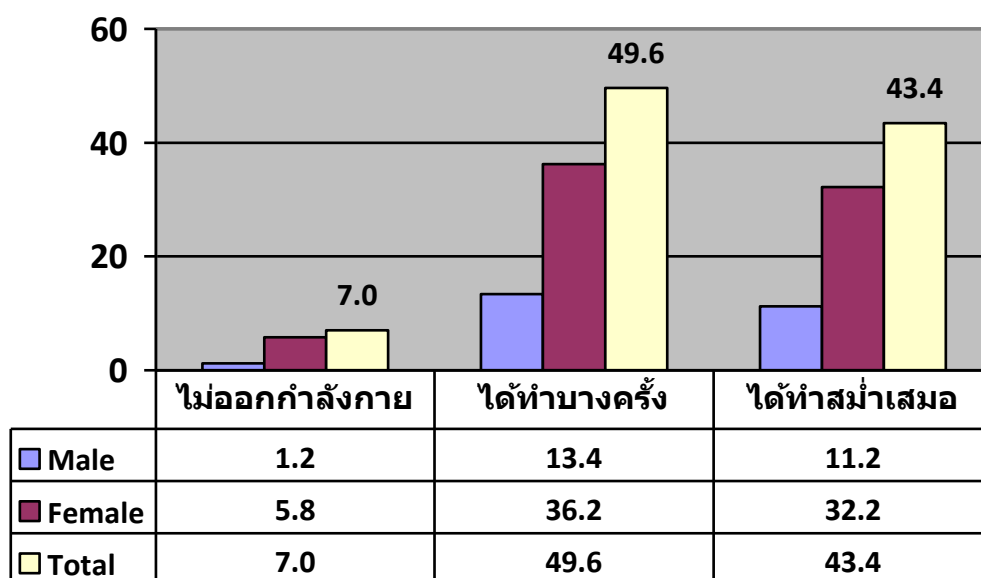
การวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคแผลกดทับร้อยละ 1.9 ไม่เป็นโรคร้อยละ 98.1 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคแผลกดทับเป็นโรคที่พบอันดับที่ 14 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 51

ภาพที่ 52 แสดงข้อมูลร้อยละจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยจำนวนโรคในภาพรวม (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



การวิจัยพบร้อยละจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยจำนวนโรคเรื้อรังต่างๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและไม่พบการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดลมอักเสบ และต้อหิน เป็นต้น ร้อยละ 22.4 คิดเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุสุขภาพดีประมาณ 1 ใน 4 ของจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

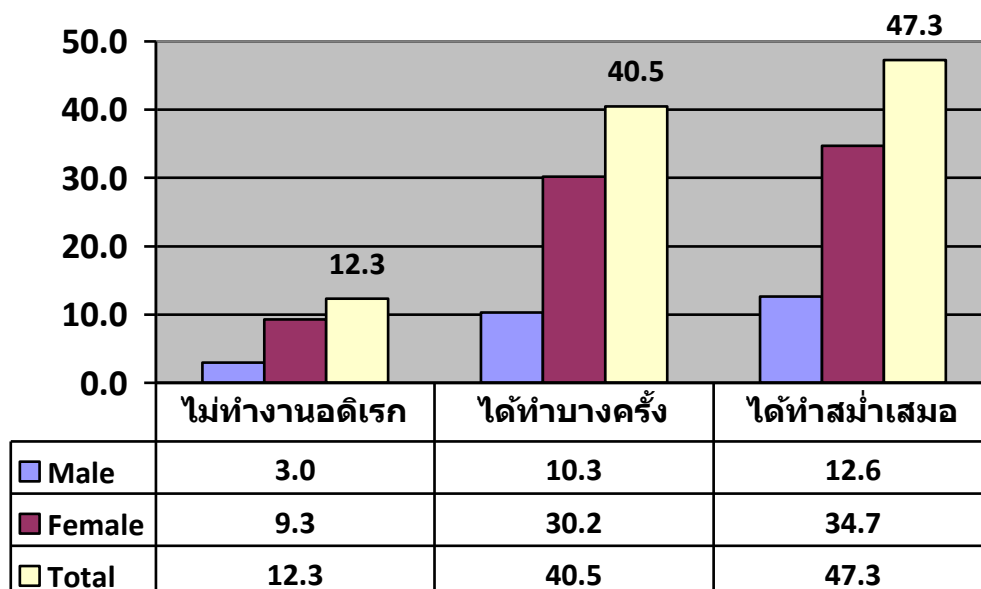
ภาพที่ 53 แสดงข้อมูลร้อยละการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอร้อยละ 43.4 ออกกำลังกายบางครั้งร้อยละ 49.6 และไม่ออกกำลังกายร้อยละ 7.0

หมายเหตุ กิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในภาพรวมพบว่า แต่ละชมรมจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเป็นประจำทุกวันจันทร์-ศุกร์ บางชมรมจัดกิจกรรมออกกำลังกายวันเสาร์-อาทิตย์ โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ อบต. กลุ่มนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ และประธานหรือกรรมการบริหารชมรมเป็นผู้นำในการเลือกทำออกกำลังกายและระยะเวลาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุออกกำลังกายรวมร้อยละ 93 ซึ่งเป็นผลดีต่อการมีสุขภาพที่แข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้

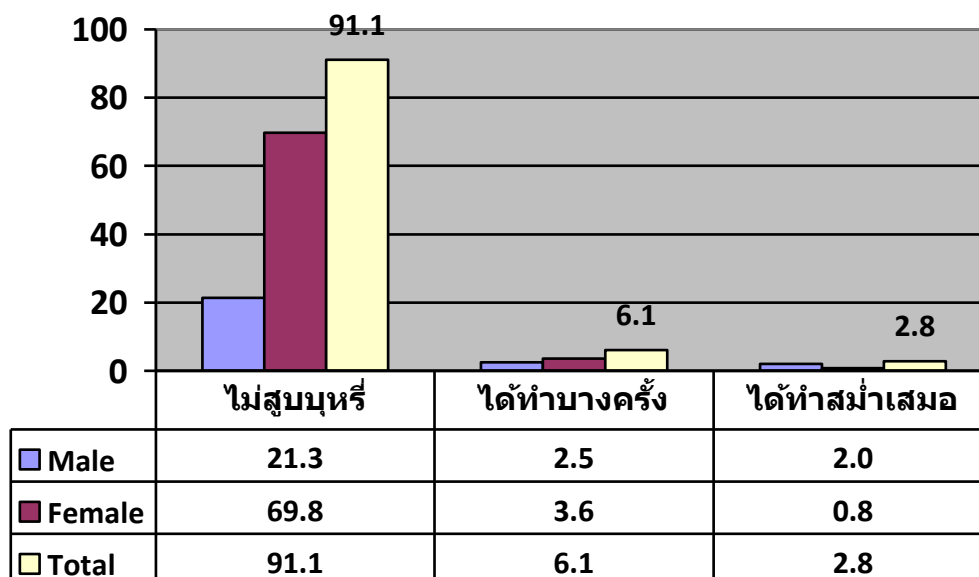
ภาพที่ 54 แสดงข้อมูลร้อยละการทำงานอดิเรกในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุทำงานอดิเรกสม่ำเสมอร้อยละ 47.3 ทำงานอดิเรกบางครั้งร้อยละ 40.5 และไม่ทำงานอดิเรกร้อยละ 12.3

หมายเหตุ กิจกรรมการทำงานอดิเรกของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ทั้งใน ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในภาพรวมพบว่า แต่ละชมรมจะจัดกิจกรรมให้ผู้สูงเป็นประจำทุกวัน จันทร์-ศุกร์ บางชมรมจัดกิจกรรมวันเสาร์-อาทิตย์ โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ อบต. กลุ่มนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ ประธานหรือกรรมการบริหารชมรม และภาคธุรกิจในพื้นที่เป็นผู้นำในการเลือกการทำงานอดิเรกมาสอนให้ผู้สูงอายุ ซึ่งคำนึงถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะสามารถทำได้ เช่น ถักทอเครื่องนุ่งห่ม งานสาน วาดรูป จัดดอกไม้ และแปรรูปอาหาร โดยส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ สิ่งที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจทำงานอดิเรกที่ทำให้เกิดรายได้ และต้องการเรียนรู้งานใหม่ๆ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุทำงานอดิเรกร้อยละ 87.8

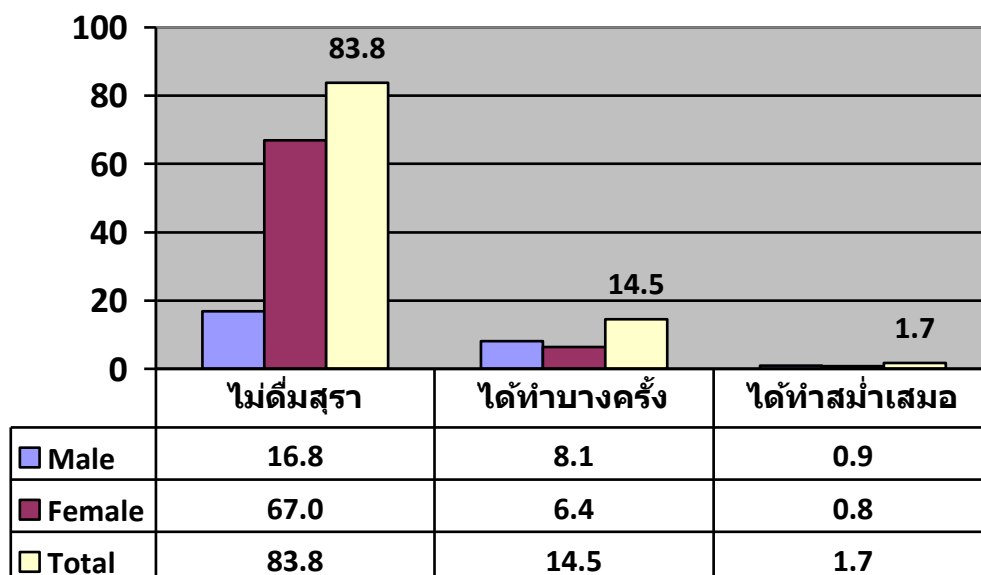
ภาพที่ 55 แสดงข้อมูลร้อยละการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 91.1 สูบบุหรี่บ้างครั้งร้อยละ 6.1 และสูบบุหรี่สม่ำเสมอร้อยละ 2.8

หมายเหตุ ชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีกิจกรรมลด ละ เลิก สูบบุหรี่และดื่มสุรา แต่สิ่งที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ 8.9) ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันคือ “ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ได้ระยะแรก แต่นานๆไปก็กลับมาสูบบุหรี่เหมือนเดิม เลิกไม่ได้จริงๆ” ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ความสามารถการคิดเชิงบริหารด้าน inhibit (ความยับยั้งชั่งใจ) และ shift (ความยืดหยุ่นทางความคิด) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มนี้ร้อยละ 50 มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์สมควรได้รับการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในทั้ง 2 ด้าน

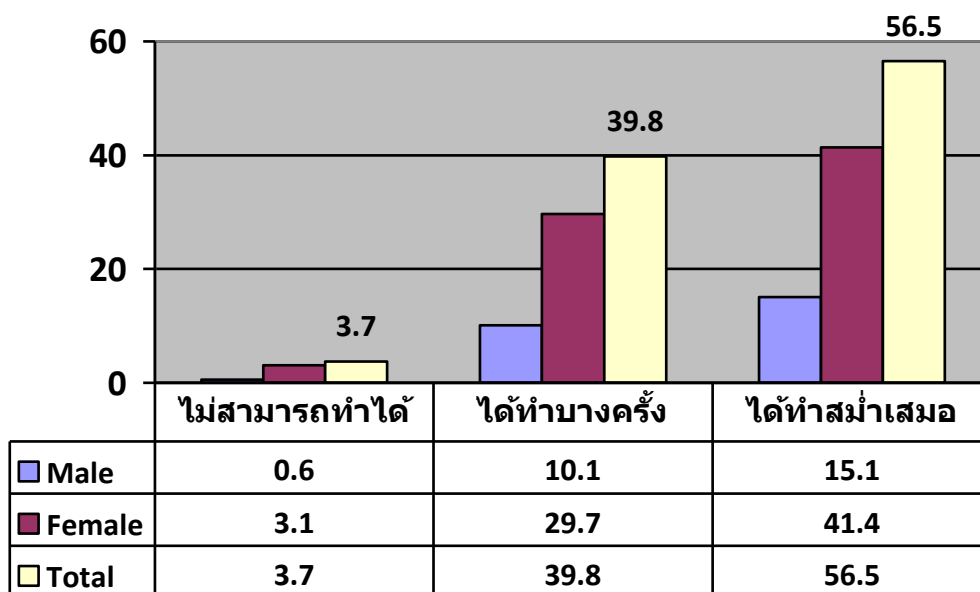
ภาพที่ 56 แสดงข้อมูลร้อยละการดื่มสุราในกลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุไม่ดื่มสุราร้อยละ 83.8 ดื่มสุราบางครั้งร้อยละ 14.5 และดื่มสุราสม่ำเสมอร้อยละ 1.7

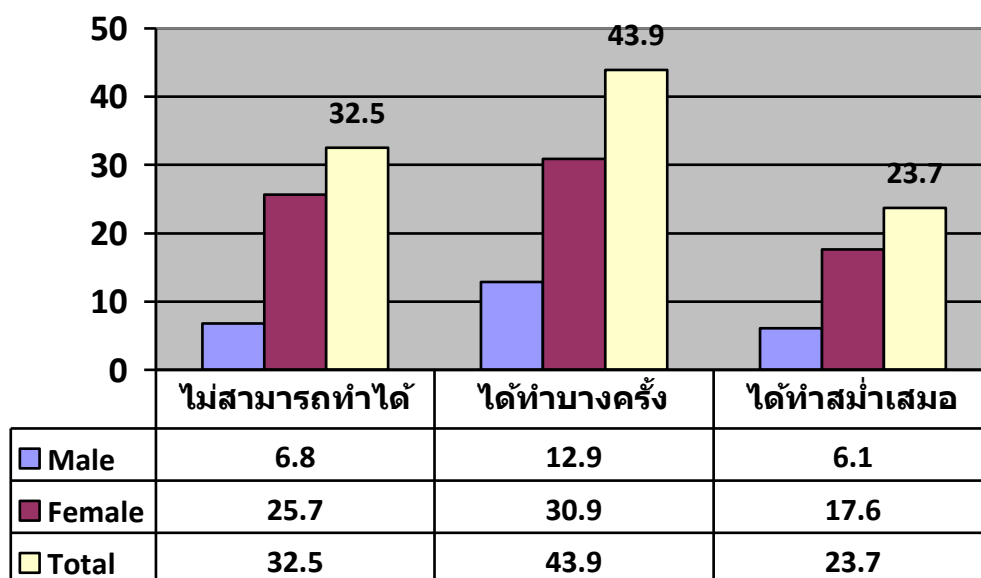
หมายเหตุ ชมรมต่างๆ ทั้งในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกิจกรรมลด ละ เลิก สูบ บุหรี่และดื่มสุรา สิ่งที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรมไม่ดื่ม จะเลือกเข้ากิจกรรมในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาเป็นส่วนใหญ่ และในกลุ่มที่ไม่ดื่มสุราเมื่อทำการวัดความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน inhibit (ความยับยั้งชั่งใจ) มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 1 อยู่ในเกณฑ์ปกติประมาณร้อยละ 76.3 ส่วนระดับคะแนนด้าน shift (ความยืดหยุ่นทางความคิด) อยู่ในเกณฑ์ปกติประมาณร้อยละ 50.0 แสดงถึงผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มสุรามีความยับยั้งชั่งใจและความยืดหยุ่นทางความคิดค่อนข้างดี

ภาพที่ 57 แสดงข้อมูลร้อยละการรับประทานอาหาร เนื้อสัตว์ แป้ง และไขมันเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละวัน (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุการรับประทานอาหาร เนื้อสัตว์ แป้ง และไขมันเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละวัน โดยทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 56.55 ทำได้บางครั้งร้อยละ 39.8 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 3.7

ภาพที่ 58 แสดงข้อมูลร้อยละการรับประทานอาหารเสริม (สมุนไพร วิตามิน หรือ แร่ธาตุ) ในแต่ละวัน (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)

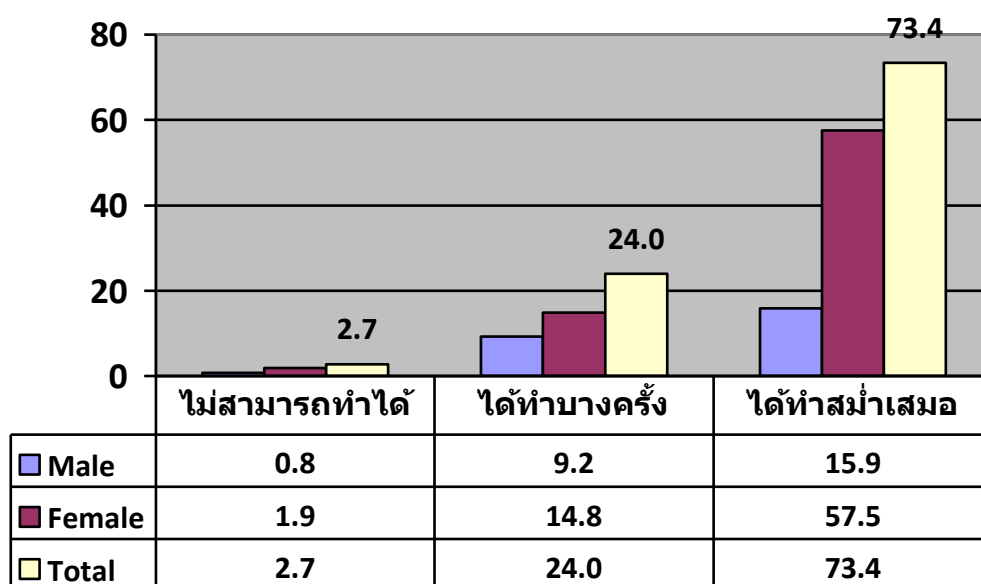


โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุรับประทานอาหารเสริม (รวมทั้งสมุนไพร วิตามิน แร่ธาตุ) ทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 23.7 ทำได้บางครั้งร้อยละ 43.9 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 32.5

กลุ่มผู้สูงอายุรับประทานอาหารเสริม (สมุนไพร วิตามิน หรือ แร่ธาตุ) รวมร้อยละ 67.6 ซึ่งจากการลงพื้นที่วิจัยจะพบว่า โดยส่วนใหญ่ชมรมผู้สูงอายุมีผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับจำหน่ายและบริโภคในแต่ละวัน โดยจะเป็นการแปรรูปอาหารให้รับประทานง่าย เก็บไว้ได้เวลานาน และยังคงคุณค่าทางโภชนาการ เช่น กล้วยตาก ขมิ้นชันแคปซูล ไข่เค็ม ชาสมุนไพร น้านมข้าว นมถั่วเหลือง น้ำสมุนไพร ปลากรอบแก้ว เป็นต้น

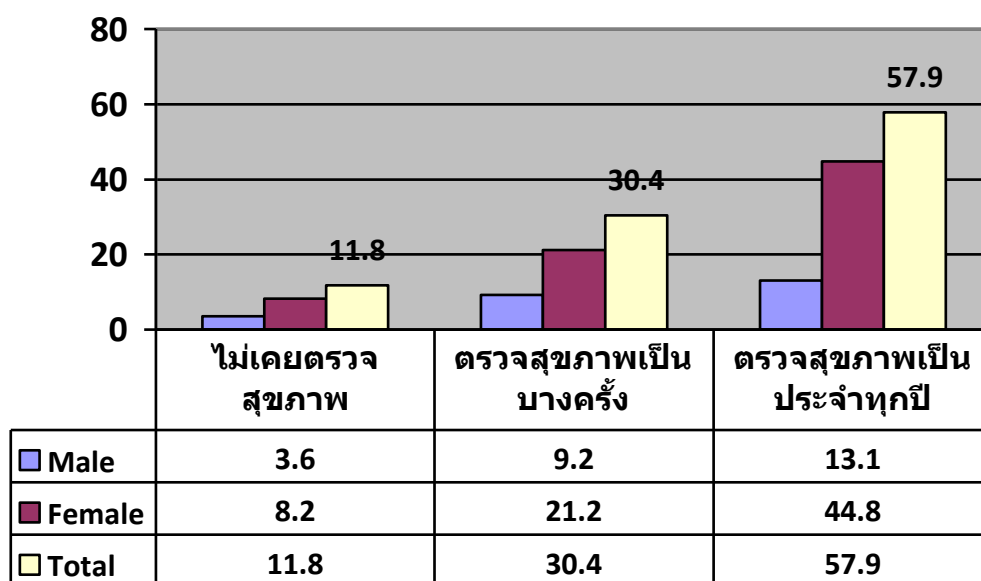
ข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารเสริม โดยได้รับการอบรมความรู้ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ อีกทั้งพบข้อมูลที่น่าสนใจคือ การที่ผู้สูงอายุพยายามที่จะรับประทานเสริมเป็นเพราะ ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการด้วยตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ แป้ง และไขมัน ให้เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน

ภาพที่ 59 แสดงข้อมูลร้อยละการรับประทานผักและผลไม้ในแต่ละวัน (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุรับประทานอาหารผักและผลไม้ทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 73.4 ทำได้บางครั้งร้อยละ 24.0 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 2.7

ภาพที่ 60 แสดงข้อมูลร้อยละการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีกับชมรมผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 643 ราย)

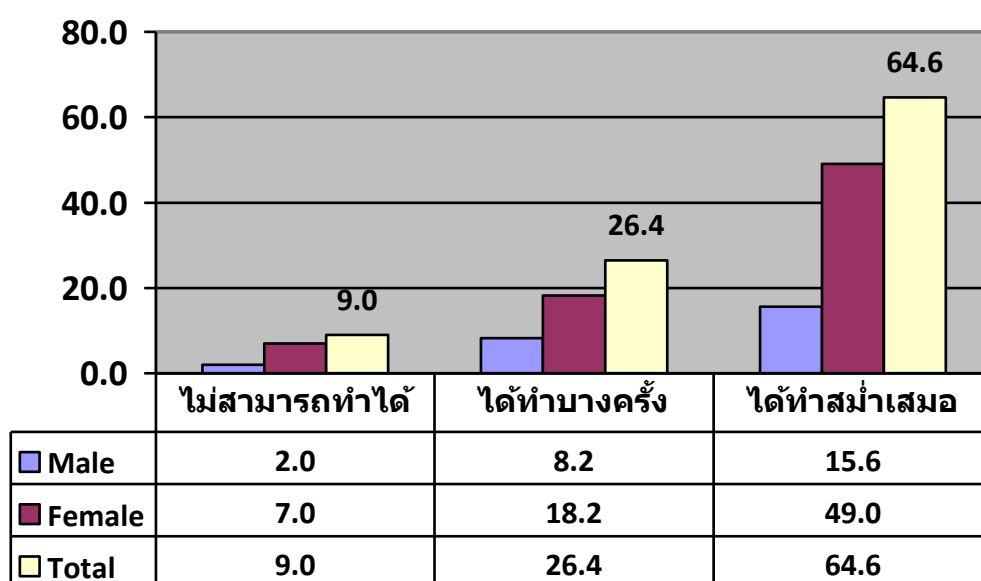


ชมรมผู้สูงอายุแต่ละชมรมให้ความสำคัญกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปี การคัดกรองโรคเรื้อรัง การออกกำลังกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก รพ.สต. ของแต่ละพื้นที่

การวิจัยพบว่า มีผู้สูงอายุเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีร้อยละ 57.9 ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นบางครั้งหรือบางปีร้อยละ 30.4 และผู้สูงอายุไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีกับชมรมผู้สูงอายุเลยร้อยละ 11.8

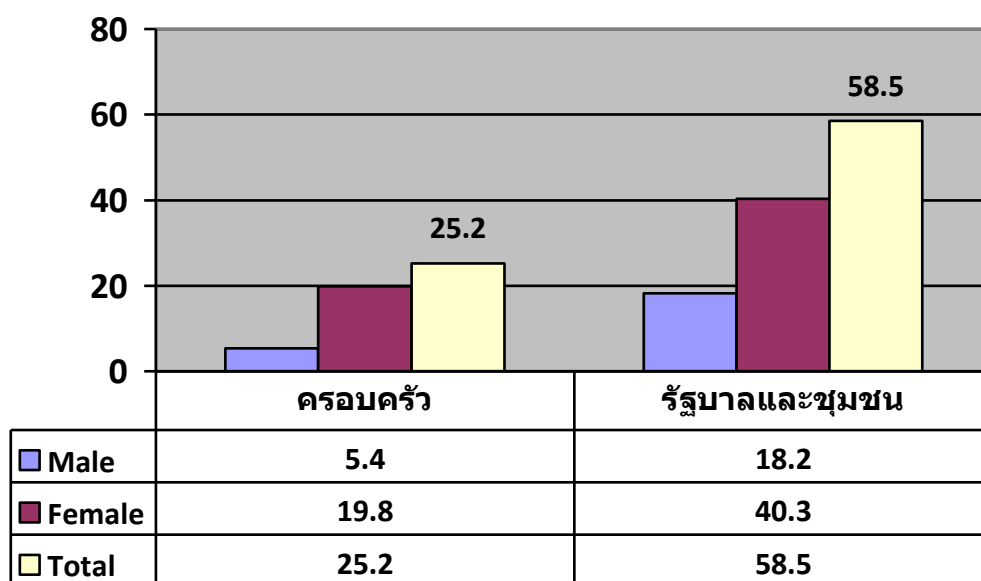
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์คณะผู้บริหารชมรม และ รพ.สต. พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยินดีเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีตามที่นัดหมาย แต่มีผู้สูงอายุบางส่วนเข้ารับการรักษายาบาลต่อเนื่องอยู่แล้ว เพราะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงไม่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุบางส่วนมีนัดหมายการตรวจสุขภาพประจำปีของตนเองกับสถานพยาบาลอื่นอยู่แล้ว ตลอดจนบางรายมีการตรวจรายการพิเศษนอกเหนือจากทางชมรม และ รพ.สต. กำหนด และกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงไม่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม

ภาพที่ 61 แสดงข้อมูลร้อยละการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน สังคม ในพื้นที่ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน สังคม ในพื้นที่ ทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 64.6 ทำได้บางครั้งร้อยละ 26.4 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 9.0

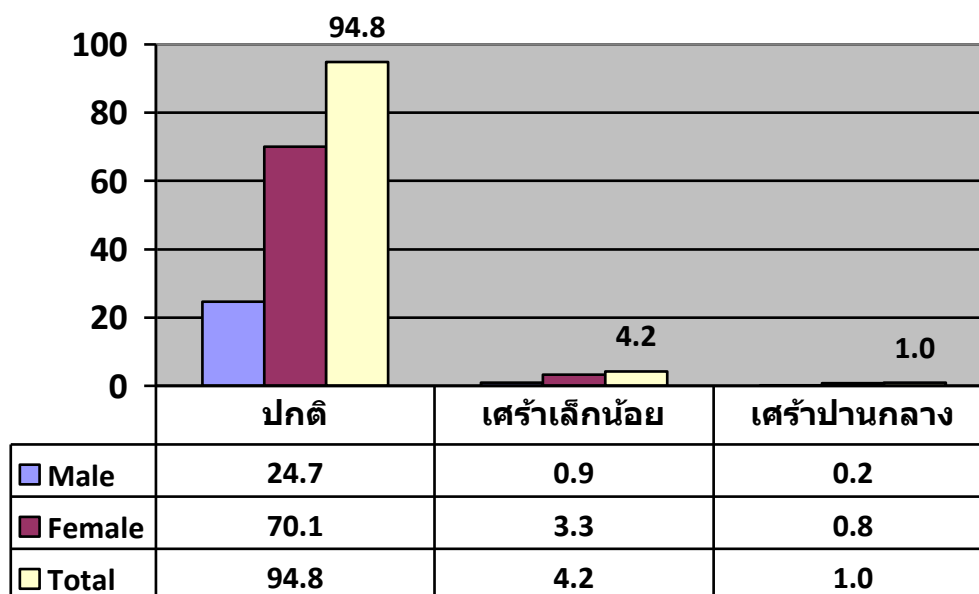
ภาพที่ 62 แสดงข้อมูลร้อยละการได้รับแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุได้รับแหล่งสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัวร้อยละ 25.2 และได้รับจากรัฐบาลหรือชุมชนร้อยละ 58.5

1.2 ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์สุขภาพทางจิตในผู้สูงอายุ (แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

ภาพที่ 63 แสดงข้อมูลร้อยละสถานการณ์สุขภาพทางจิตในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตปกติร้อยละ 94.8 มีความเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 4.2 และมีความเศร้าปานกลางร้อยละ 1.0

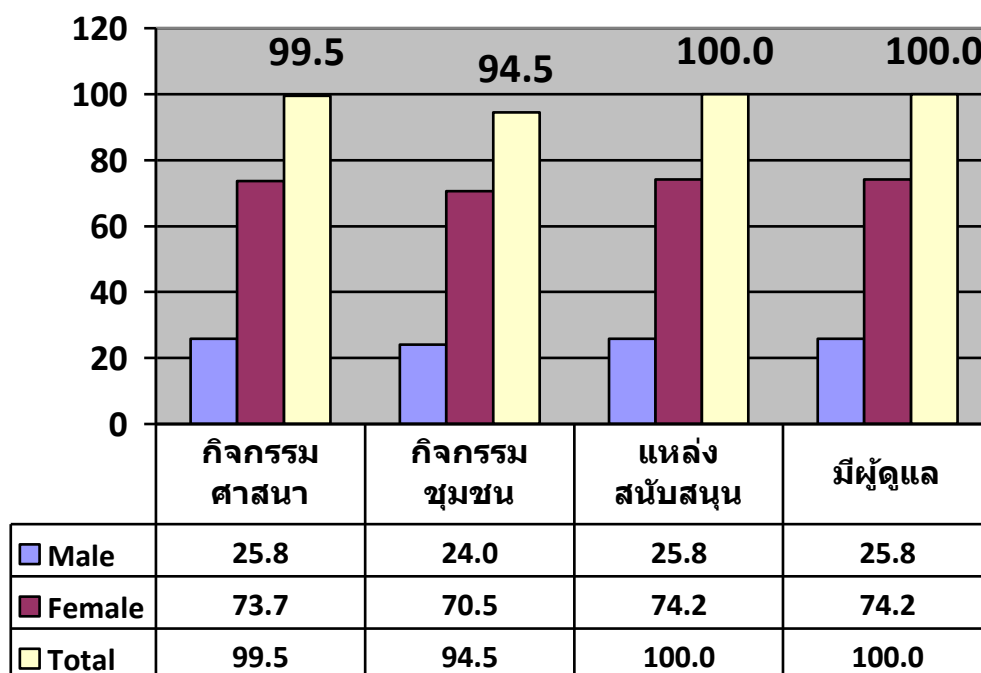
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ทำแบบประเมินสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขที่ได้ทำกิจกรรม (งานอดิเรก) และได้พบปะเพื่อนสมาชิกอยู่เสมอ ทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว อีกทั้งโรงเรียนผู้สูงอายุมีการสอนการทำอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่พึ่งของครอบครัวได้อีกทางหนึ่ง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับการทำกิจกรรม (งานอดิเรก) ของผู้สูงอายุพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($P=0.638$) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตเศร้าปานกลางและเศร้าเล็กน้อยกับการทำกิจกรรม (งานอดิเรก) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($P=0.626$) เช่นกัน ผลวิเคราะห์ทางสถิติแสดงถึงไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับการทำกิจกรรม (งานอดิเรก)

จากข้อมูลการวิจัยแสดงถึง ผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้มีสุขภาพจิตปกติอยู่ในสัดส่วนระดับสูง ซึ่งการมีคะแนนสุขภาพจิตเป็นปกติในสัดส่วนที่สูงแสดงถึงว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการส่งเสริมจากปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการทำกิจกรรมแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งจากการสำรวจเชิงพื้นที่ การสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน การทำกิจกรรมกลุ่ม การวิจัยพบว่า วัฒนธรรม ประเพณีในท้องถิ่น ผู้นำชมรม ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุข กิจกรรมเพื่อส่วนรวม กิจกรรมทางศาสนา และการมีรายได้เสริมจะมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาพจิตดีในผู้สูงอายุ

1.3 ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์สุขภาพทางสังคมในผู้สูงอายุ (แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ Elderly Health Profile (Research Edition))

ภาพที่ 64 แสดงข้อมูลร้อยละสถานการณ์สุขภาพทางสังคมในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)

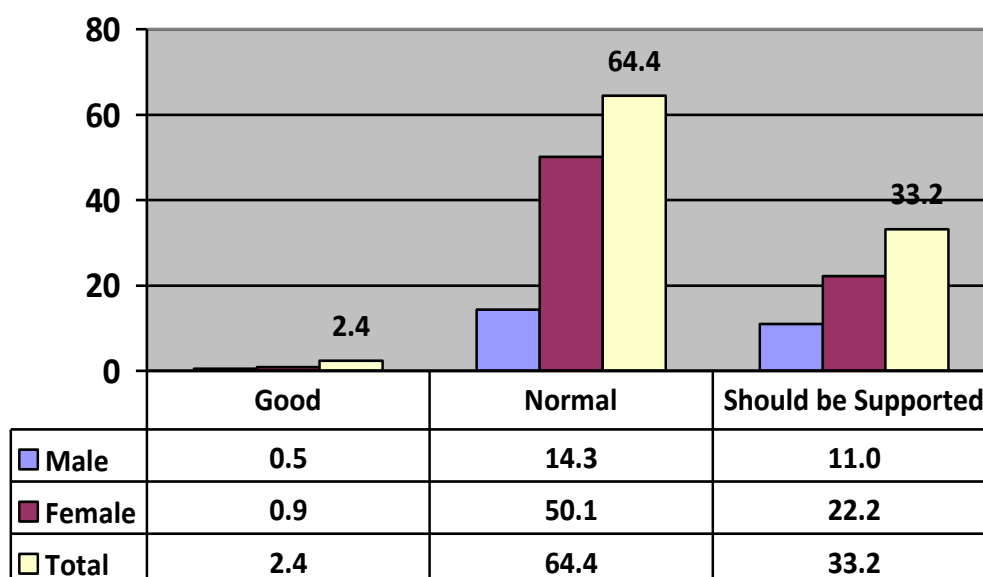


โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนการเงินร้อยละ 100 ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลร้อยละ 100 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนได้ร้อยละ 94.5 และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาได้ร้อยละ 99.5

เมื่อสอบถามผู้สูงอายุถึงการจัดการด้านการเงิน ค่ารักษาพยาบาล การวางแผนเรื่องการเงินระยะยาว การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การมีผู้ดูแล และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่ได้รับคำตอบในทิศทางเดียวกันคือ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและศาสนาได้สม่ำเสมอเพราะต้องการพบปะเพื่อนสมาชิก ได้รับการเรียนรู้สิ่งใหม่ เกิดรายได้ และได้ทำบุญทางพิธีศาสนา ส่วนที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้นั้นเนื่องจากไม่มีคนพามาและต้องเฝ้าบ้านในบางครั้ง ส่วนการสนับสนุนด้านผู้ดูแลและการเงินนั้นพบว่าผู้สูงอายุมีผู้ดูแลที่บ้าน มีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนด้านการรักษาพยาบาล มีโครงการเงินออมผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนจากชมรมผู้สูงอายุ อบต. และภาคเอกชนในพื้นที่

1.4 ข้อมูลความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ (แบบประเมิน The Behavior Rating Inventory of Executive Function; Adults Version)

ภาพที่ 65 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง (Global Executive Composite: GEC) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



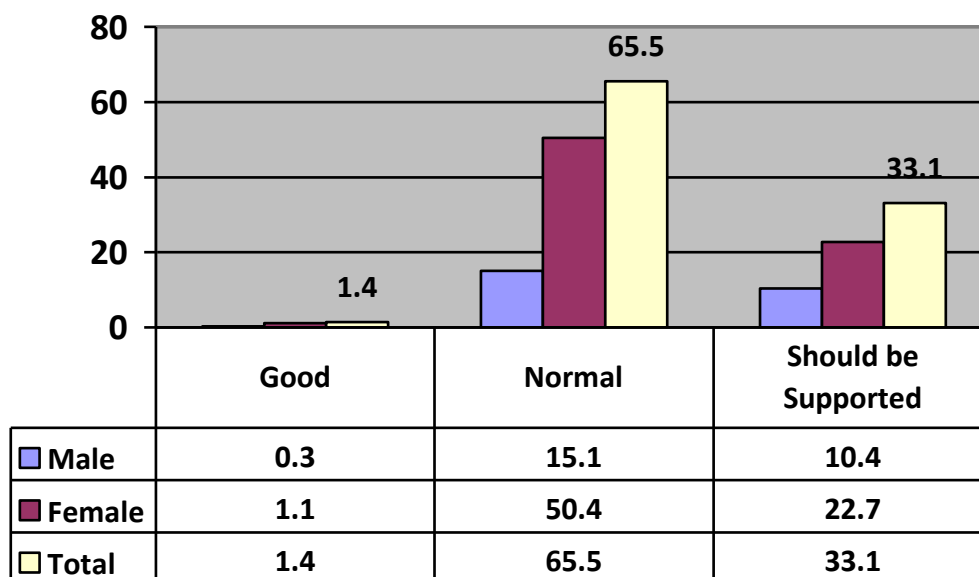
ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองคือ การทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้าซึ่งทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมการกระทำมุ่งเป้าสู่ความสำเร็จอย่างมีเหตุผล มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการคือ ความสามารถด้านพุทธิปัญญา ความสามารถในการกำกับอารมณ์ และความสามารถในการกำกับพฤติกรรม ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนั้นแบ่งเป็นความสามารถ 9 ด้านคือ (1) การยับยั้งพฤติกรรม (2) การปรับเปลี่ยน (3) การควบคุมอารมณ์ (4) การตรวจสอบตนเอง (5) ความคิดริเริ่ม (6) ความจำขณะทำงาน (7) การวางแผนและการจัดการ (8) การตรวจสอบงาน และ (9) การจัดการวัสดุอุปกรณ์

การวิจัยพบกลุ่มผู้สูงอายุมีระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 2.4 ระดับปกติร้อยละ 64.4 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.2 ผลการประเมินบ่งชี้ถึงผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 หรือประมาณ 1 ใน 3 มีความเสี่ยงต่อการลดลงของระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองเริ่มพัฒนาตั้งแต่ทารกในครรภ์ การพัฒนาจะเพิ่มสูงในช่วงวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น จะเริ่มคงที่ในผู้ใหญ่และมีแนวโน้มลดลงเมื่อสูงวัย แต่อย่างไรก็ตามสามารถดูแลรักษาความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองให้คงที่หรือยืดระยะเวลาการเสื่อมลงได้ ข้อมูลทางวิชาการพบว่า การใช้กระบวนการส่งเสริมการรู้คิดและการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะสามารถเพิ่มระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุได้

ดังนั้นการมีสมองดีและร่างกายแข็งแรงจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ กลุ่มประชากรผู้สูงอายุจึงควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพเป็นที่พึ่งของสังคมและสามารถเป็นกำลังของชาติต่อไปได้

ภาพที่ 66 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านพุทธิปัญญา Metacognition Index (MI) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



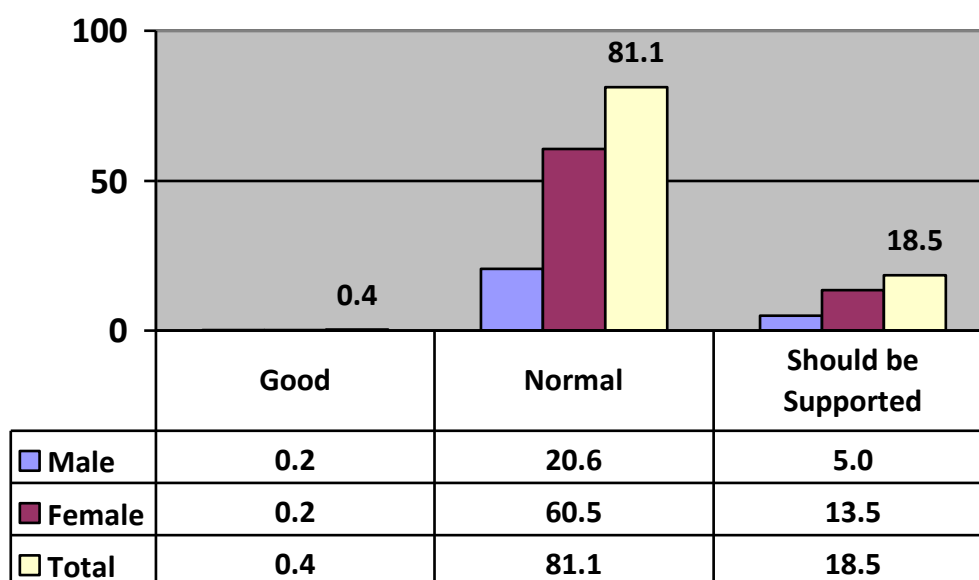
ความสามารถด้านพุทธิปัญญา (Metacognition Index :MI) ประกอบด้วยความสามารถ 5 ด้านคือ (1) ความคิดริเริ่ม (2) ความจำขณะทำงาน (3) การวางแผนและการจัดการ (4) การตรวจสอบงาน และ (5) การจัดการวัสดุอุปกรณ์

การวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านพุทธิปัญญาอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 1.4 เกณฑ์ปกติร้อยละ 65.5 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.1 (ภาพที่ 62) จากข้อมูลการวิจัยจะเห็นได้ว่าระดับความสามารถด้านพุทธิปัญญา มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกันกับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง (ภาพที่ 61) เนื่องจากความสามารถด้านพุทธิปัญญาเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง ผลการวิจัยบ่งชี้ถึง ผู้สูงอายุร้อยละ 30 หรือประมาณ 1 ใน 3 มีความเสี่ยงต่อการลดลงของศักยภาพความสามารถด้านพุทธิปัญญา

ความสามารถด้านพุทธิปัญญาบ่งชี้ถึง ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายซึ่งต้องใช้ความคิดริเริ่ม โดยเริ่มจากตนเอง การทำงานด้วยตนเอง การประมวลผลข้อมูลความรู้ ความทรงจำ การบันทึกข้อมูล มีสมาธิ มีการวางแผนทำงานตามลำดับขั้น จัดสรรเวลาได้อย่างเหมาะสม โดยมีการเตรียมพร้อมในการทำงาน ทั้งเตรียมตนเองและวัสดุอุปกรณ์การทำงาน จนสามารถถ่ายทอดออกมาเชิงปฏิบัติได้และมีการทบทวนผลการทำงานถูกต้องสมบูรณ์ตามเป้าหมายหรือไม่

ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมสุขภาพสมองและร่างกายในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางร่างกายและจิตใจ

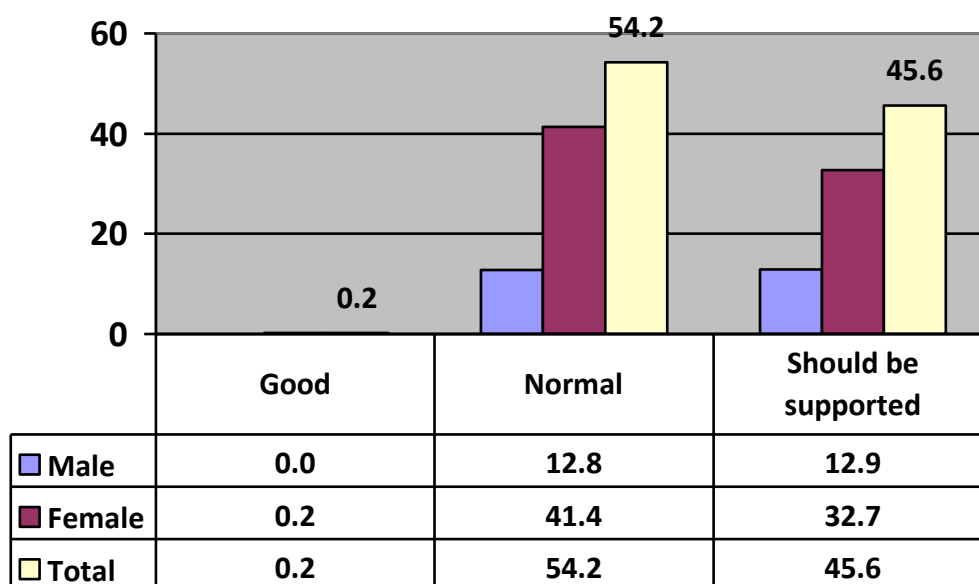
ภาพที่ 67 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถความสามารถด้านการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 10 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านการยับยั้งซึ่งใจอยู่เกณฑ์ร้อยละ 0.4 เกณฑ์ปกติร้อยละ 81.1 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 18.5 ดังภาพที่ 63

ความยับยั้งพฤติกรรมคือ ความสามารถในการคิดอย่างรอบคอบก่อนลงมือกระทำและยืดเวลาการตอบสนอง เพื่อให้มีเวลาประเมินสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่อาจมีผลกระทบด้านลบต่อตนเองและผู้อื่น ด้วยการหลีกเลี่ยงการกระทำ ที่ทำโดยไม่คิด ดูแลความปลอดภัยของตนเอง และหยุดแสดงพฤติกรรมด้านลบในเวลาที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

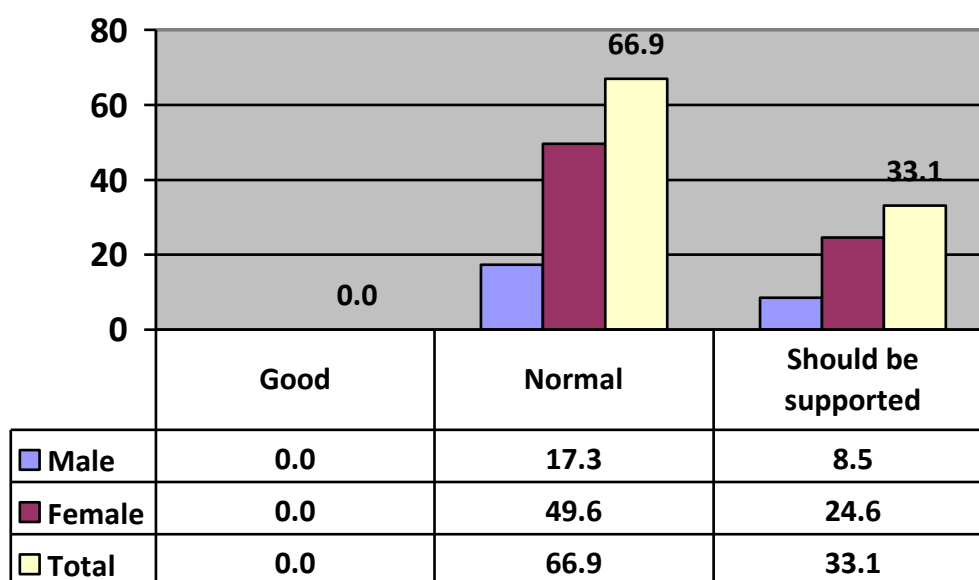
ภาพที่ 68 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านการปรับเปลี่ยนทางความคิด (Shifting) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านการปรับเปลี่ยนทางความคิดอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 0.2 เกณฑ์ปกติร้อยละ 54.2 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 45.6 ดังภาพที่ 64

การปรับเปลี่ยนทางความคิด คือ ความสามารถในการปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่างๆ ได้เป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถยอมรับได้กับสถานการณ์ที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยปรับเปลี่ยนได้ง่าย ด้วยการไม่ยึดติดอยู่กับสถานการณ์ หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งจนทำให้เกิดผลกระทบด้านลบ ยอมรับได้กับสิ่งที่แตกต่างจากเดิม และมีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา ด้วยการยอมรับได้กับความแตกต่างหลากหลายของวิธีการแก้ปัญหา ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการปรับเปลี่ยนทางความคิดในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

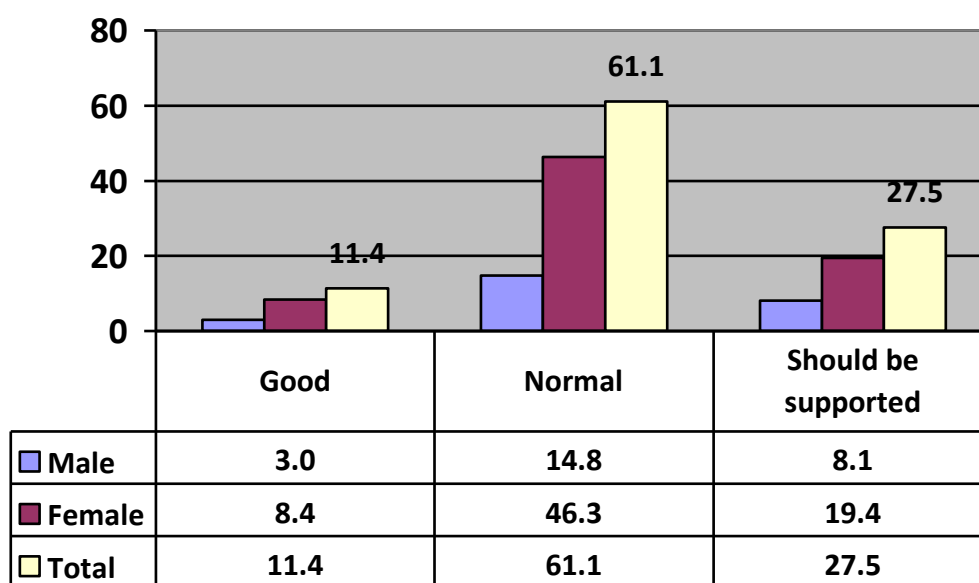
ภาพที่ 69 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านการควบคุมอารมณ์อยู่เกณฑ์ปกติร้อยละ 66.9 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.1 ดังภาพที่ 65

การควบคุมอารมณ์ คือ ความสามารถในการจัดการกับความรู้สึกทางใจได้เป็นอย่างดี เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์ ด้วยการกำกับดูแลอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และแสดงกิริยาท่าทางที่สอดคล้องกับสภาวะอารมณ์ ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

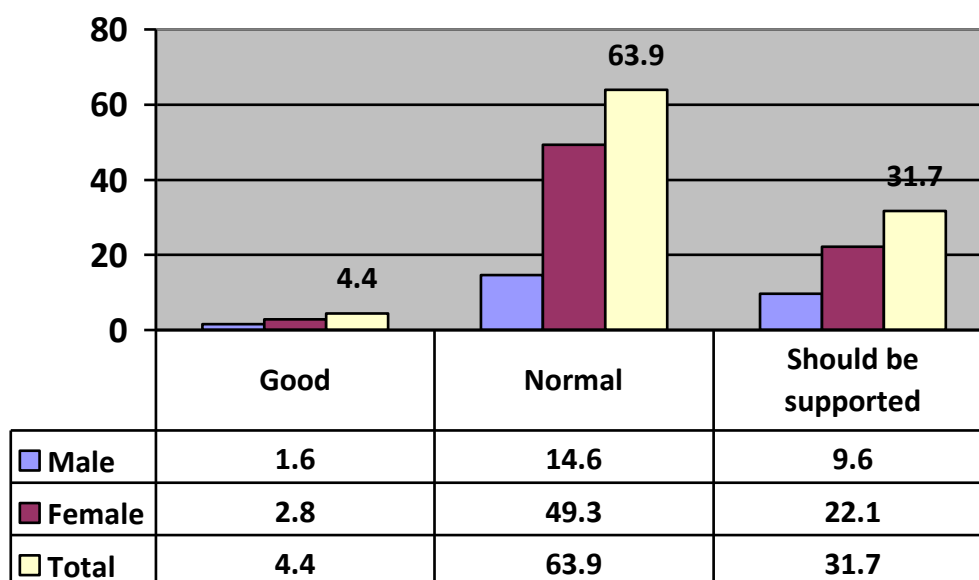
ภาพที่ 70 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านการตรวจสอบตนเอง (Self Control) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านการตรวจสอบตนเองอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 11.4 อยู่เกณฑ์ปกติร้อยละ 61.1 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 27.5 ดังภาพที่ 65

การตรวจสอบตนเอง คือ ความสามารถในการพิจารณาถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่ถูกต้อง และไม่มีผลกระทบด้านลบต่อผู้อื่น ซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยกำกับติดตามพฤติกรรมตนเอง ด้วยการพิจารณาการกระทำของตนเองว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องดีงาม และไม่แสดงการกระทำที่มีผลกระทบด้านลบต่อผู้อื่น ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการตรวจสอบตนเองในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

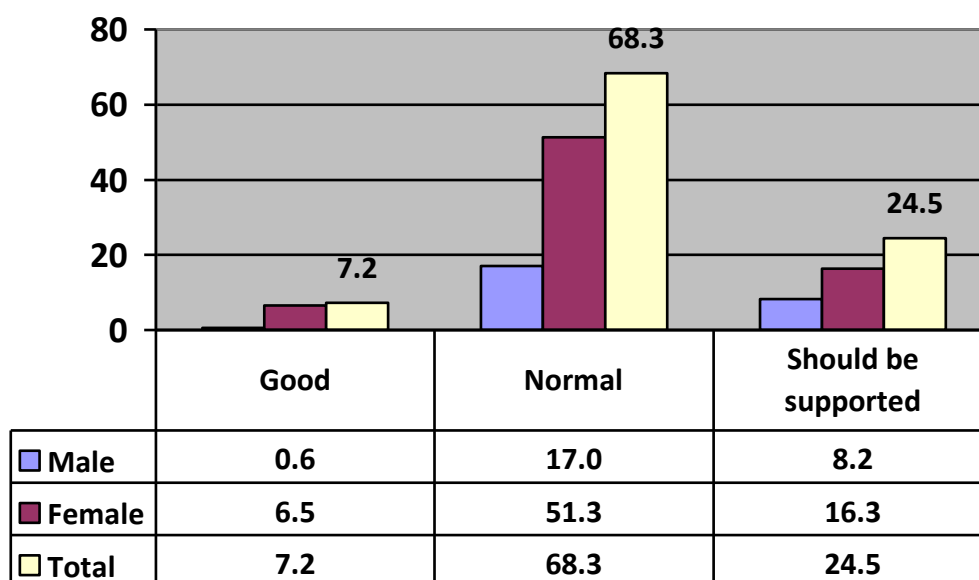
ภาพที่ 71 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านการกำกับพฤติกรรม (Behavioral Regulation index: BRI) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านการควบคุมพฤติกรรมอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 4.4 เกณฑ์ปกติร้อยละ 63.9 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 31.7 ดังภาพที่ 67

การกำกับพฤติกรรม คือ ความสามารถในการดูแลควบคุมการกระทำหรืออาการที่แสดงออกของตนเองได้เป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยความสามารถ 2 ด้าน คือ การตรวจสอบตนเอง (Self Control) และการยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการกำกับพฤติกรรมในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

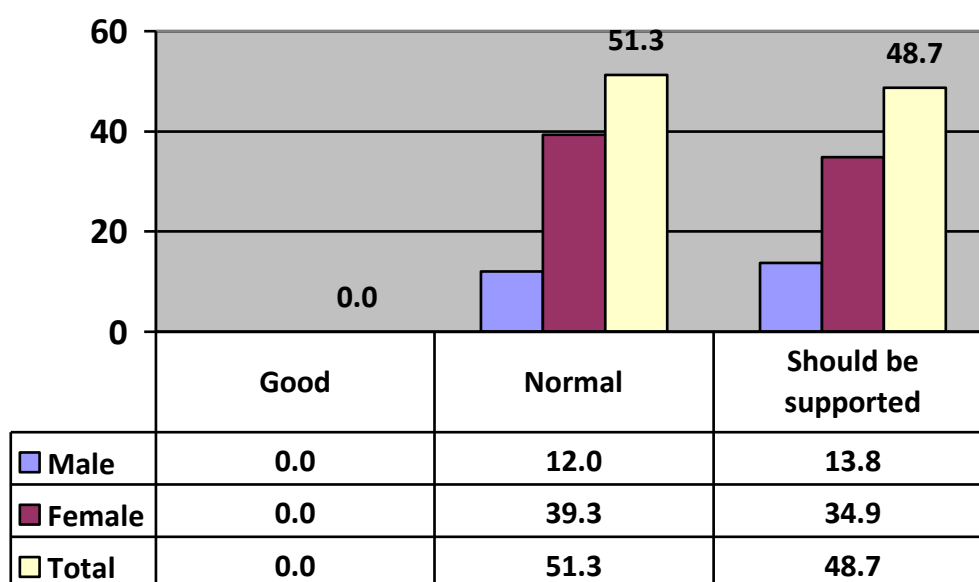
ภาพที่ 72 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านความคิดริเริ่ม (Initiate) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านความคิดริเริ่มอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 7.2 เกณฑ์ปกติร้อยละ 68.3 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 24.5 ดังภาพที่ 68

ความคิดริเริ่ม คือ ความสามารถในการคิดเริ่มต้นทำงานด้วยตนเองโดยไม่ผัดวันประกันพรุ่ง เพื่อให้งานสำเร็จบรรลุผลตามเป้าหมายซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยเริ่มต้นงาน ด้วยการเริ่มต้นทำงานหรือเริ่มทำงานต่อด้วยตนเอง และมีแนวคิดหลากหลาย ด้วยการคิดหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ๆ ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการความคิดริเริ่มในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

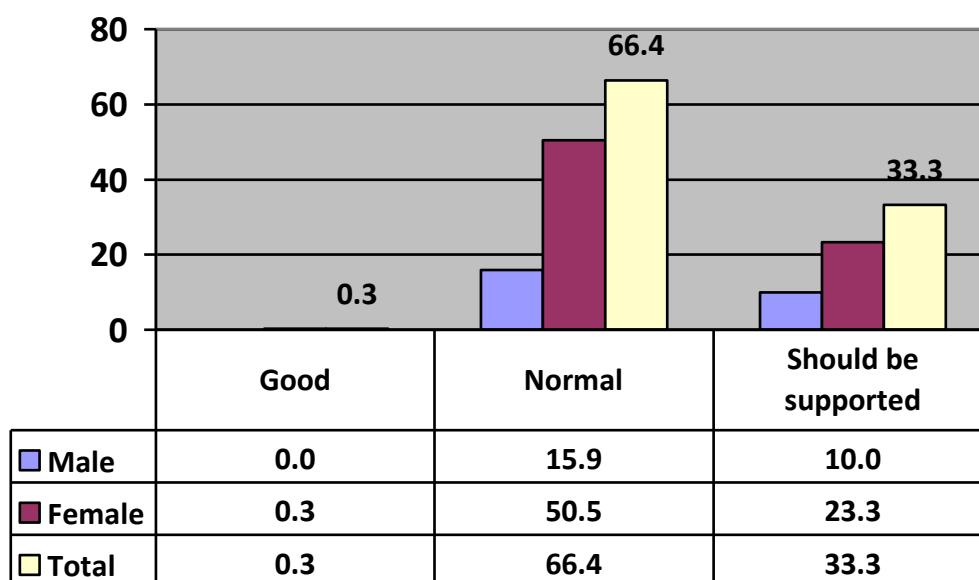
ภาพที่ 73 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านความจำขณะทำงาน (Working Memory) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านความจำขณะทำงานอยู่เกณฑ์ปกติร้อยละ 51.3 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 48.7 ดังภาพที่ 69

ความจำขณะทำงาน คือ ความสามารถในการเก็บรักษาข้อมูลไว้ในหน่วยความจำขณะปฏิบัติงานที่ซับซ้อน เพื่อให้งานสำเร็จบรรลุผลตามเป้าหมาย ซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยเก็บรักษาข้อมูลไว้ในจิตใจ ด้วยการจดจำสิ่งต่างๆ ไว้ในความคิด และมีสมาธิ ด้วยการจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำ ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านความจำขณะทำงานในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

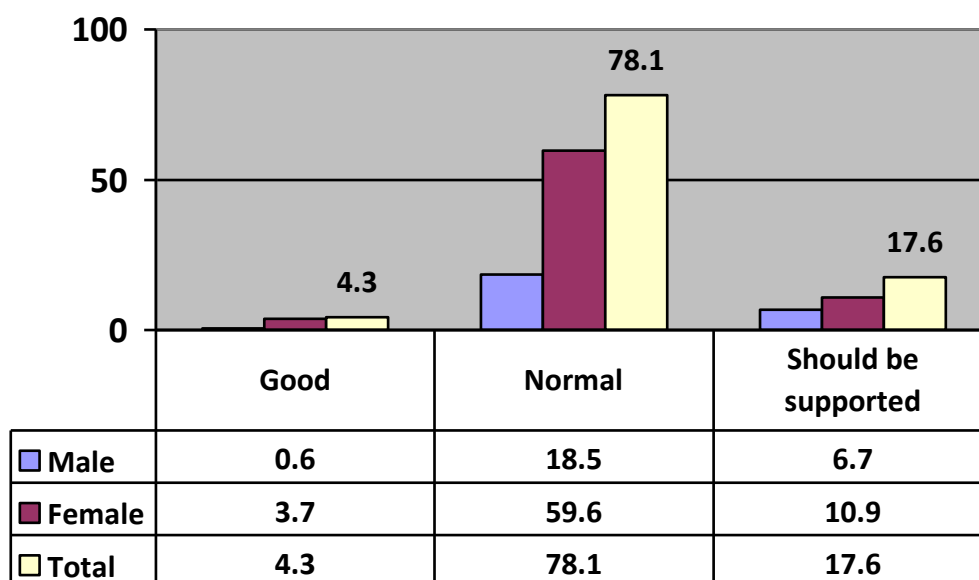
ภาพที่ 74 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านการวางแผนและการจัดการ (Plan/Organize) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านการวางแผนอยู่เกณฑ์ร้อยละ 0.3 เกณฑ์ปกติร้อยละ 66.4 ควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.3 ดังภาพที่ 70

การวางแผนและการจัดการ คือ ความสามารถในการคิดแผนการทำงานเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้งานสำเร็จบรรลุผลตามเป้าหมาย ซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยมุ่งหวังต่อเป้าหมาย ด้วยการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่จะทำให้งานสำเร็จตามเป้าหมายจัดลำดับความสำคัญของงานได้อย่างเหมาะสม จัดสรรเวลาปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและเข้าใจแนวคิดหลัก ด้วยการจัดการกับข้อมูลจำนวนมากได้เป็นอย่างดี และถ่ายทอดความคิดในเชิงปฏิบัติ ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการวางแผนและการจัดการในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

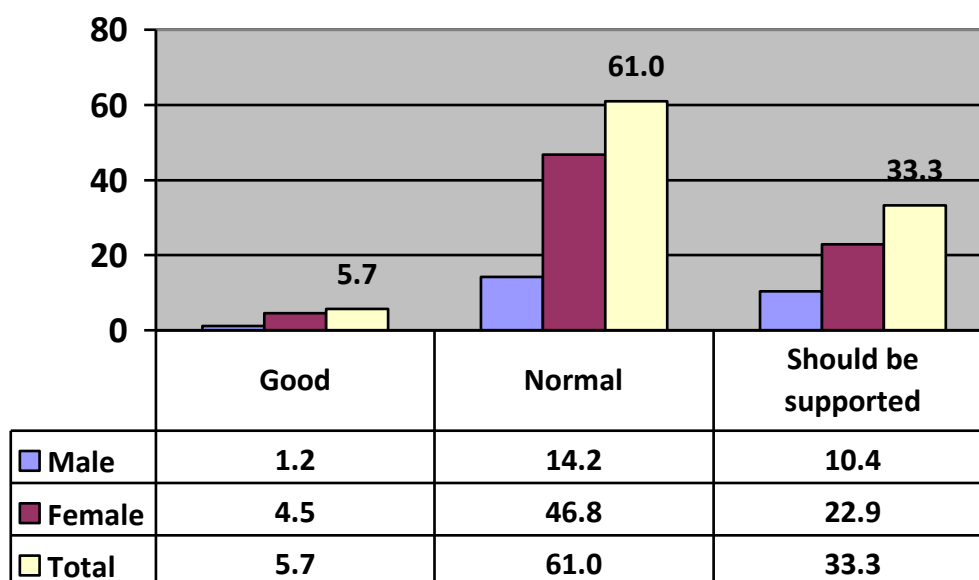
ภาพที่ 75 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านการจัดระเบียบวัสดุอุปกรณ์ (Organization of Materials) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านการจัดการอยู่เกณฑ์ร้อยละ 4.3 เกณฑ์ปกติร้อยละ 78.1 ควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 17.6 ดังภาพที่ 71

การจัดระเบียบวัสดุอุปกรณ์ คือ ความสามารถในการดูแลรักษาสมบัติส่วนตัวได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อยเพื่อให้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน ซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยเก็บรักษาสมบัติส่วนตัวอย่างเป็นระเบียบด้วยการจัดระบบการเก็บสิ่งต่างๆ อย่างเป็นสัดส่วนและหมวดหมู่ และดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัว ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการจัดการจัดระเบียบวัสดุอุปกรณ์ในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

ภาพที่ 76 แสดงข้อมูลร้อยละความสามารถด้านการตรวจสอบงาน (Task Monitoring) ในผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 643 ราย)



โครงการวิจัยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประชากรสูงวัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 643 ราย ในชมรมผู้สูงอายุแกนนำเข้มแข็งจำนวน 20 ชมรม ที่สังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถด้านการจัดจ่อและความสนใจอยู่เกณฑ์ร้อยละ 5.7 เกณฑ์ปกติร้อยละ 61.0 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.3 ดังภาพที่ 72

การตรวจสอบงาน คือ ความสามารถในการพิจารณาความถูกต้องของงานที่ทำเสร็จแล้ว เพื่อให้แน่ใจว่างานที่ทำไม่มีข้อผิดพลาด ซึ่งแสดงพฤติกรรมโดยกำกับติดตามงานที่ปฏิบัติ ด้วยการพิจารณางานที่ปฏิบัติว่าความถูกต้องเสร็จสมบูรณ์เรียบร้อย ดังนั้นการดูแลรักษาและการส่งเสริมความสามารถของสมองด้านการตรวจสอบงานในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองที่ดีในผู้สูงอายุ

2. ผลการดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 2 (เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ)

ข้อมูลจากผลลัพธ์ในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (2) ข้อมูลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ (3) ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (4) ข้อมูลความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ (5) ข้อมูลสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ (6) ข้อมูลความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองของผู้สูงอายุ และ (7) ข้อมูลการสัมภาษณ์และการทำกิจกรรมกลุ่ม) นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปร โดยมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ (รวม 4 ภาค)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค							
		ภาพรวม (GEC)		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
	Constant	53.692*	5.067	55.009*	4.256	49.892*	5.015	59.605*	5.108
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	เพศชาย (Ref: หญิง)	2.687*	1.062	1.935*	.892	1.276	1.051	.436	1.071
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)								
	60 - 69 ปี	-.175	2.090	-.054	1.756	.639	2.069	1.905	2.107
	70 - 79 ปี	-1.591	2.077	-1.091	1.744	-.949	2.055	1.842	2.094
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	-.664	1.216	-.492	1.021	-.188	1.203	-.994	1.226
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)								
	โสด	-1.501	1.487	-2.924*	1.249	-.814	1.472	-3.118*	1.499
	สมรส	-2.042*	.953	-1.786*	.801	-1.463	.944	-2.318*	.961
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	.442	.868	.474	.729	.210	.859	.527	.875
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	-.942	1.081	-.971	.908	.097	1.070	-1.287	1.089
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)								
	ผอม	-1.177	2.087	-.797	1.753	-2.083	2.066	-.947	2.104
	ปกติ	.203	1.002	-.075	.841	.321	.991	-.969	1.010
	น้ำหนักเกิน	-.540	1.072	-.201	.900	-.386	1.061	-1.128	1.081

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ (รวม 4 ภาค) (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุ (4 ภาค)							
		ภาพรวม (GEC)		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทาง ชีวภาพด้าน สุขภาพกาย/ สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref: ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	-1.629	.891	-1.267	.748	-1.779*	.882	-.773	.898
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	-.737	1.147	-.726	.964	-.726	1.135	.508	1.157
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	2.140	1.709	2.210	1.436	2.084	1.692	-1.278	1.723
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	2.865	2.017	2.311	1.694	3.477	1.996	2.568	2.033
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง)	-4.786*	1.886	-4.656*	1.584	-2.650	1.867	-4.789*	1.902
ปัจจัย พฤติกรรมกรมการ ดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	1.124	1.740	.879	1.461	.123	1.722	3.099	1.754
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	.337	1.388	.521	1.165	1.510	1.373	-.973	1.399
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)								
	สม่ำเสมอ	.381	1.738	-.171	1.460	2.435	1.720	-1.680	1.752
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	1.945	1.710	.180	1.436	2.994	1.692	-.465	1.724
	ตรวจสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)								
	ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	1.655	1.348	1.442	1.132	2.578	1.334	3.214*	1.359
	ตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง	2.152	1.423	.799	1.195	2.203	1.408	3.625*	1.434
ปัจจัย สัมพันธภาพ ในครอบครัว และชุมชน	มีผู้ดูแล (Ref: ไม่มีผู้ดูแล)	7.235	4.026	2.889	3.381	7.216	3.984	.493	4.058
	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	1.612	.952	1.131	.800	1.187	.942	1.378	.960
F-Statistics (p-value)		1.876* (0.007)		1.701* (0.020)		1.420*(0.089)		1.556* (0.045)	
R ²		0.068		0.062		0.052		0.057	
Observations		643		643		643		643	

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง (Global Executive Composite: GEC) ของผู้สูงอายุ (รวม 4 ภาค จำนวน 643 ราย)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองแบบองค์รวม (Global Executive Composite: GEC) ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุในภาพรวมได้ร้อยละ 6.80 ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ **(หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)**

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้เพศหญิงเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองเฉลี่ยต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่ $T\text{-Score } 2.687 \pm 1.062$ แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

1.2 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัย มีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุสถานภาพสมรสที่ 2.042 ± 0.953 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส

2) ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติที่ $T\text{-Score } 4.786 \pm 1.886$ แปลผลคือ คือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองต่ำกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมได้ร้อยละ 6.20 ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ **(หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)**

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้เพศหญิงเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมเฉลี่ยต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่ $T\text{-Score}$

1.935±0.892 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

1.2 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัย มีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุสถานภาพสมรสที่ 1.786 ± 0.801 แปลผลคือ คือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส

2) ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติที่ T-Score 4.786 ± 1.584 แปลผลคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการปรับเปลี่ยน (Shifting)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถด้าน Shift ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการปรับเปลี่ยนได้ร้อยละ 5.20 ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ **(หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)**

1) ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการปรับเปลี่ยนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ T-Score 1.779 ± 0.882 แปลผลคือ คือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการปรับเปลี่ยนต่ำกว่าผู้สูงอายุไม่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการควบคุมอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ได้ร้อยละ 5.70 ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ **(หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)**

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัย มีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์เฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุสถานภาพสมรสที่ 3.318 ± 0.961 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส

2) ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์เฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติที่ T-Score 4.789 ± 1.902 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ต่ำกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ

3) ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์เฉลี่ยต่ำกว่าผู้สูงอายุไม่เคยตรวจสุขภาพที่ T-Score 3.214 ± 1.359 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์สูงกว่าผู้สูงอายุไม่เคยตรวจสุขภาพ

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ (รวม 4 ภาค) (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุ (4ภาค)			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
	Constant	58.091*	5.172	51.617	5.233
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	เพศชาย (Ref: หญิง)	.876	1.084	2.807*	1.097
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)				
	60 - 69 ปี	-1.332	2.134	-2.617	2.159
	70 - 79 ปี	-2.049	2.120	-3.661	2.145
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	-1.369	1.241	.655	1.256
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)				
	โสด	-1.051	1.518	.180	1.536
	สมรส	-1.593	.973	-.435	.985
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	-.054	.886	-.239	.896
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	-1.736	1.103	.121	1.116
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)				
	ผอม	-1.162	2.130	-.156	2.156
	ปกติ	.739	1.022	1.258	1.035
	น้ำหนักเกิน	.202	1.094	1.064	1.107

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ (รวม 4 ภาค) (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุ (4 ภาค)			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref: ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	-.751	.909	-1.660	.920
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	-.271	1.171	-.876	1.185
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	.832	1.745	1.946	1.765
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	2.408	2.059	2.386	2.083
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง)	-5.298*	1.925	-3.487	1.948
ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	.027	1.776	.957	1.797
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	.423	1.416	.540	1.433
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)				
	สม่ำเสมอ	1.137	1.774	-.110	1.795
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	1.904	1.745	3.034	1.766
	ตรวจสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)				
	ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	1.129	1.376	1.601*	1.392
	ตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง	.935	1.452	3.499	1.469
ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและ ชุมชน	มีผู้ดูแล (Ref: ไม่มีผู้ดูแล)	9.101	4.109	6.274	4.158
	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	2.193*	.972	1.045	.983
F-Statistics (p-value)		1.519* (0.045)		2.314 * (0.000)	
R ²		0.056		0.083	
Observations		641		641	

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านความจำขณะทำงาน (Working Memory)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้าน Working Memory อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Working Memory ได้ร้อยละ 5.60 ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ **(หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)**

1) ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลางมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติที่ T-Score 5.298 ± 1.925 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลางมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ต่ำกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ

2) ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุมีครอบครัว รัฐบาลและชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนการเงินเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัว รัฐบาลและชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนการเงินมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งสนับสนุนการเงินจากครอบครัวเพียงแหล่งเดียวที่ T-Score 2.193 ± 0.972 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนทางการเงินหลายช่องทางจะมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนการเงินเพียงทางเดียว

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและจัดการ (Plan/Organize)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Plan/Organize อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Plan/Organize ได้ร้อยละ 8.30 ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ **(หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)**

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้เพศหญิงเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและจัดการต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่ T-Score 2.807 ± 1.097 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและจัดการสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของของสมองด้านการวางแผนและการจัดการต่ำกว่าผู้สูงอายุไม่เคยตรวจสุขภาพที่ T-Score 1.601 ± 1.392 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการสูงกว่าผู้สูงอายุไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุ: ภาคเหนือ

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคเหนือ							
		ภาพรวม		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
	Constant	74.522*	10.274	70.098*	8.932	74.466*	9.469	74.438	10.115
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	เพศชาย (Ref: หญิง)	2.063	2.872	1.979	2.497	3.108	2.647	-2.456	2.828
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)								
	60 - 69 ปี	2.168	7.217	2.907	6.275	-2.858	6.652	-1.450	7.106
	70 - 79 ปี	6.604	7.262	4.866	6.313	-.929	6.694	1.741	7.150
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	-7.914*	3.692	-7.647*	3.210	-4.867	3.403	-2.479	3.635
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)								
	โสด	-5.024	3.594	-4.498	3.125	-1.076	3.313	-2.635	3.538
	สมรส	-3.617	2.312	-1.668	2.010	-.458	2.131	-.017	2.277
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	1.550	2.169	2.793	1.885	.667	1.999	.643	2.135
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	2.486	2.515	2.290	2.186	3.041	2.318	2.163	2.476
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)								
	พอม	-1.672	4.804	-3.709	4.177	-6.162	4.428	2.291	4.730
	ปกติ	-3.824	2.507	-2.993	2.180	-2.643	2.311	-4.191	2.469
	น้ำหนักเกิน	-3.803	2.588	-3.200	2.250	-3.719	2.385	-1.707	2.548

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหาร T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ :ภาคเหนือ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคเหนือ							
		ภาพรวม		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้าน สุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref:ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	-1.114	2.001	-1.609	1.739	-2.161	1.844	.698	1.970
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	-3.536	2.860	.982	2.486	-4.711	2.636	1.583	2.816
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	6.403	5.980	7.313	5.199	2.110	5.512	.615	5.888
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	14.547	5.044	14.455	4.385	11.152	4.649	12.526	4.966
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง)	-3.094	4.492	-10.222*	3.905	-.951	4.140	-10.790	4.422
ปัจจัยพฤติกรรม ดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	-.767	3.567	1.848	3.101	.708	3.287	2.163	3.511
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	.698	3.218	1.844	2.798	-1.358	2.966	2.189	3.168
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)								
	สม่ำเสมอ	-12.043*	4.169	-6.615	3.624	-11.601*	3.843	-7.774	4.105
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	-7.708	4.148	-4.261	3.606	-8.367*	3.824	-5.670	4.084
	ตรวจสอบสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)								
	ไม่เคยตรวจสอบสุขภาพประจำปี	1.755	4.297	.142	3.736	4.231	3.961	-.690	4.231
	ตรวจสอบสุขภาพประจำปีบางครั้ง	1.441	4.330	-.235	3.765	1.094	3.991	1.912	4.263
ปัจจัยสัมพันธภาพ ในครอบครัวและ ชุมชน	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	6.807*	3.346	3.294	2.909	5.941	3.084	3.367	3.294
F-Statistics (p-value)		1.853* (0.018)		2.200* (0.003)		1.780* (0.048)		1.556 (0.066)	
R ²		0.267		0.302		0.210		0.243	
Observations		142		142		142		142	

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง (Global Executive Composite: GEC) ของผู้สูงอายุ (ภาคเหนือ)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองแบบองค์รวม (Global executive composite: GEC) ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุในภาพรวมได้ร้อยละ 26.70 ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ (หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองสูงกว่าผู้สูงอายุทำงาน ที่ T-Score 7.914 ± 3.692 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองต่ำกว่าผู้สูงอายุทำงาน

2) ปัจจัยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองสูงกว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายที่ระดับ T-Score 12.043 ± 41769 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรม Inhibit

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Inhibit ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Inhibit ได้ร้อยละ 30.20 ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ (หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุทำงาน ที่ T-Score 7.647 ± 3.210 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุทำงาน

2) ปัจจัยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติที่ T-Score 10.222 ± 3.905 แปลผลคือ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลางมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการปรับเปลี่ยน (Shifting)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถด้าน Shift ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Shift ได้ร้อยละ 21.0. ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ **(หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)**

1) ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสูงกว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายที่ระดับ T-Score 11.601 ± 3.843 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย

1.2 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสูงกว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายบางครั้งที่ระดับ T-Score 8.367 ± 3.824 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายบางครั้ง

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการควบคุมอารมณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุภาคเหนือ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ :ภาคเหนือ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคเหนือ			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
	Constant	78.091	10.461	60.233	10.130
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	เพศชาย (Ref: หญิง)	3.406	2.925	.901	2.832
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)				
	60 - 69 ปี	-4.200	7.349	1.874	7.116
	70 - 79 ปี	-.207	7.394	7.476	7.161
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	-5.293	3.759	-4.865	3.641
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)				
	โสด	-4.499	3.660	-4.062	3.544
	สมรส	-2.729	2.354	-1.674	2.280
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	1.320	2.208	.696	2.138
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	-.024	2.560	3.039	2.479
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)				
	ผอม	-2.669	4.891	3.683	4.737
	ปกติ	-3.106	2.553	-2.005	2.472
	น้ำหนักเกิน	-3.336	2.635	-1.121	2.552

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหาร T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ :ภาคเหนือ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคเหนือ			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref: ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	-2.738	2.037	-1.966	1.973
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	-3.538	2.912	-4.759	2.820
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	1.308	6.089	5.313	5.897
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	14.821	5.136	10.812	4.973
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลาง)	-1.350	4.573	6.041	4.429
ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	-.388	3.632	-6.167	3.517
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	.170	3.277	2.568	3.173
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)				
	สม่ำเสมอ	-10.033	4.245	-13.527*	4.111
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	-7.192	4.224	-6.708	4.090
	ตรวจสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)				
	ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	5.403	4.375	2.868	4.237
	ตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง	1.469	4.409	2.385	4.270
ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและ ชุมชน	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	3.260	3.406	6.897*	3.299
F-Statistics (p-value)		1.141 (0.313)		1.763* (0.027)	
R ²		0.183		0.257	
Observations		142		142	

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงาน (Working Memory)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานในกลุ่มผู้สูงอายุภาคเหนือ

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการ (Plan/Organize)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถด้านการวางแผนและการจัดการในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Plan/Organize ได้ร้อยละ 25.70. ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ (หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)

1) ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองสูงกว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายที่ระดับ T-Score 13.527 ± 4.111 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย

2) ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีครอบครัว รัฐบาลและชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนการเงินเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัว รัฐบาลและชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนการเงินมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งสนับสนุนการเงินจากครอบครัวเพียงแหล่งเดียวที่ T-Score 6.897 ± 3.299 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนทางการเงินหลายช่องทางจะมีความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการสูงกว่าผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนการเงินเพียงทางเดียว

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ							
		ภาพรวม		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	Constant	76.388	7.063	58.407	6.358	66.146	6.876	68.853	7.137
	เพศชาย (Ref: หญิง)	-.713	2.091	-.233	1.882	-1.315	2.035	-.112	2.113
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)								
	60 - 69 ปี	-8.175	5.040	-1.872	4.537	-3.257	4.906	-3.436	5.093
	70 - 79 ปี	-10.774	5.020	-3.909	4.519	-5.209	4.887	-5.712	5.073
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	1.447	2.902	2.448	2.612	-.475	2.825	-1.508	2.932
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)								
	โสด	-2.637	4.681	-2.996	4.214	-3.398	4.557	-5.185	4.731
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	สมรส	-3.131	2.191	-1.904	1.973	-4.397	2.133	-2.141	2.214
	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	.275	2.151	1.000	1.936	.652	2.094	1.739	2.174
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	-1.898	2.659	-1.714	2.393	-1.606	2.588	-.158	2.687
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)								
	ผอม	-3.852	4.094	-.147	3.685	-4.664	3.985	-5.066	4.137
	ปกติ	.667	2.313	-.494	2.082	2.235	2.252	-3.493	2.337
	น้ำหนักเกิน	1.610	2.446	.605	2.202	2.985	2.381	-1.869	2.471

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหาร T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ : ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ							
		ภาพรวม		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้าน สุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref: ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	-7.061	2.056	-4.563	1.851	-5.655	2.002	-6.994	2.078
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	1.232	2.694	1.714	2.425	-1.050	2.622	5.309	2.722
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	4.187	3.782	3.261	3.404	2.281	3.681	2.633	3.821
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	-8.57	4.349	-3.104	3.915	1.507	4.233	-.264	4.395
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง)	-8.890	4.434	-2.790	3.991	-3.631	4.316	-7.089	4.481
ปัจจัยพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	.576	3.135	-.304	2.822	-2.395	3.052	2.021	3.168
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	.999	2.644	1.892	2.380	1.502	2.574	-.149	2.672
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)								
	สม่ำเสมอ	5.239	3.634	1.787	3.272	9.932	3.538	-.577	3.673
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	4.857	3.476	1.864	3.129	6.761	3.383	-.047	3.512
	ตรวจสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)								
	ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	-1.387	2.754	.165	2.479	-1.735	2.681	4.995	2.783
	ตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง	-3.949	2.756	-2.550	2.481	-3.041	2.683	2.155	2.785
ปัจจัยสัมพันธภาพ ในครอบครัวและ ชุมชน	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	1.998	4.200	3.039	3.781	.553	4.089	5.428	4.245
F-Statistics (p-value)		1.457 (0.097)		0.839 (0.678)		1.346 (0.151)		1.235 (0.227)	
R ²		0.204		0.128		0.191		0.178	
Observations		155		1551		155		155	

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง (Global Executive Composite: GEC) ของผู้สูงอายุ (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในกลุ่มผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุการยับยั้งพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการปรับเปลี่ยน (Shifting)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการปรับเปลี่ยนในกลุ่มผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการควบคุมอารมณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ : ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
	Constant	86.888	6.904	74.897	7.872
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	เพศชาย (Ref: หญิง)	-3.487	2.044	-.855	2.330
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)				
	60 - 69 ปี	-8.181	4.926	-7.926	5.617
	70 - 79 ปี	-10.331*	4.907	-10.441	5.595
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	.700	2.836	1.604	3.234
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)				
	โสด	.591	4.576	1.097	5.217
	สมรส	-2.775	2.142	-1.025	2.442
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	.246	2.102	-1.610	2.397
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	-5.630*	2.599	.050	2.963
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)				
	ผอม	-8.300*	4.001	-3.769	4.562
	ปกติ	2.817	2.261	2.614	2.578
	น้ำหนักเกิน	3.177	2.390	3.801	2.726

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหาร T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุ: ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref: ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	-5.024*	2.010	-6.620	2.292
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	.337	2.633	-.162	3.003
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	-1.034	3.696	2.624	4.215
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	-.376	4.251	2.025	4.847
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง)	-9.545*	4.334	-10.782	4.942
ปัจจัยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	.355	3.064	2.073	3.494
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	.264	2.584	.523	2.947
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)				
	สม่ำเสมอ	3.919	3.553	3.450	4.051
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	1.862	3.397	5.186	3.874
	ตรวจสอบสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)				
	ไม่เคยตรวจสอบสุขภาพประจำปี	-3.131	2.692	-.350	3.069
	ตรวจสอบสุขภาพประจำปีบางครั้ง	-5.505	2.694	-1.672	3.072
ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและ ชุมชน	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	.110	4.106	-.649	4.681
F-Statistics (p-value)		1.817 (0.020)		1.118 (0.335)	
R ²		0.242		0.164	
Observations		155		155	

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านความจำขณะทำงาน (Working Memory)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้าน Working Memory อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Working Memory ได้ร้อยละ 24.20 ดังแสดงในตารางที่ 3 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ (หมายเหตุระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี (ผู้สูงอายุตอนปลาย) เป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุช่วง 70-79 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) ที่ระดับ T-Score 10.331 ± 4.907 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุตอนปลายมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานต่ำกว่าผู้สูงอายุตอนต้น

2) ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.1 เมื่อกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้ยินไม่ชัดเจนเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้ยินไม่ชัดเจนมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้ยินปกติที่ระดับ T-Score 5.630 ± 2.599 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ได้ยินไม่ชัดเจนมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้ยินชัดเจน

2.2 เมื่อกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุโรคอ้วนเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคอ้วนมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุผอมที่ระดับ T-Score 8.300 ± 4.001 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคอ้วนมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานต่ำกว่าผู้สูงอายุผอม

2.3 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุไม่เป็นโรคที่ T-Score 5.024 ± 2.010 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรค

2.4 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติที่ T-Score 9.545 ± 4.334 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตมีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานต่ำกว่าผู้สูงอายุสุขภาพจิตปกติ

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการ (Plan/Organize)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการในกลุ่มผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ภาคกลาง

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคกลาง							
		ภาพรวม		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
	Constant	42.752	8.941	45.220	7.781	39.981	9.127	52.145	9.600
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	เพศชาย (Ref: หญิง)	2.228	2.371	1.294	2.064	2.410	2.420	.353	2.546
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)								
	60 - 69 ปี	-.984	3.953	-4.742	3.440	3.531	4.035	-1.903	4.244
	70 - 79 ปี	-.075	3.902	-5.077	3.396	4.736	3.983	-.341	4.190
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	.539	2.492	.267	2.169	.194	2.544	2.779	2.675
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)								
	โสด	-1.458	2.834	.326	2.467	-4.786	2.893	-3.188	3.043
	สมรส	-2.970	1.938	-2.388	1.687	-3.742	1.979	-4.122	2.081
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	1.799	1.751	1.127	1.524	1.650	1.788	2.387	1.880
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	.367	2.263	.711	1.969	-1.154	2.309	-2.767	2.429
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)								
	ผอม	-3.360	4.027	-2.675	3.505	-3.679	4.111	-5.018	4.324
	ปกติ	1.794	2.146	1.407	1.868	1.264	2.191	1.942	2.304
	น้ำหนักเกิน	-.142	2.141	.018	1.864	-1.304	2.186	-.791	2.299

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหาร T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ภาคกลาง (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคกลาง							
		ภาพรวม		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref: ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	.455	1.940	-.931	1.689	-.567	1.981	1.012	2.083
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	-3.117	2.382	-1.825	2.073	-1.231	2.431	-3.540	2.557
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	-.853	2.743	-.552	2.387	.221	2.800	-4.772	2.945
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	5.186	3.561	3.328	3.099	9.415	3.635	2.053	3.824
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลาง)	-7.282	3.712	-4.341	3.230	-5.610	3.789	-2.125	3.985
ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	.261	4.436	3.250	3.860	-1.247	4.528	2.763	4.763
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	-1.602	2.689	-2.306	2.340	.471	2.745	-4.982	2.887
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)								
	สม่ำเสมอ	3.475	4.321	3.914	3.760	3.111	4.410	1.980	4.639
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	4.394	4.021	2.122	3.499	3.553	4.105	2.247	4.318
	ตรวจสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)								
	ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	4.385	3.339	3.307	2.906	5.644	3.408	3.389	3.585
	ตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง	5.887	3.429	4.852	2.984	6.281	3.501	3.049	3.682
ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน	มีผู้ดูแล (Ref: ไม่มีผู้ดูแล)	13.355	5.895	10.083	5.130	15.849	6.017	6.172	6.329
	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref: ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	-.449	1.743	-.092	5.130	-.480	1.779	-1.430	1.871
F-Statistics (p-value)		1.148 (0.306)		1.051 (0.410)		1.443 (0.104)		1.009 (0.462)	
R ²		0.196		0.183		0.235		0.176	
Observations		139		139		139		139	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ภาคกลาง (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคกลาง			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
	Constant	50.831	9.414	46.791	9.414
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	เพศชาย (Ref: หญิง)	2.247	2.496	1.873	2.497
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)				
	60 - 69 ปี	.516	4.162	-1.954	4.162
	70 - 79 ปี	2.126	4.109	-1.295	4.109
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	-1.621	2.624	-.290	2.624
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)				
	โสด	1.908	2.984	-1.861	2.984
	สมรส	-1.949	2.041	-1.303	2.041
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	-.353	1.844	2.704	1.844
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	1.633	2.382	1.571	2.382
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)				
	ผอม	-1.965	4.240	.382	4.240
	ปกติ	-1.749	2.260	1.859	2.260
	น้ำหนักเกิน	-.557	2.255	1.314	2.255

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหาร T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ภาคกลาง (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคกลาง			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref:ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	.969	2.043	1.203	2.043
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	-1.508	2.508	-3.700	2.508
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	.825	2.888	1.143	2.888
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	2.509	3.749	6.035	3.749
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง)	-13.317	3.908	-8.848	3.908
ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	-.617	4.670	3.383	4.670
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	.206	2.831	-2.022	2.832
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)				
	สม่ำเสมอ	5.914	4.549	-.125	4.549
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	7.565	4.234	2.590	4.234
	ตรวจสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)				
	ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	4.712	3.516	4.947	3.516
	ตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง	5.187	3.611	10.544	3.611
ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและ ชุมชน	มีผู้ดูแล (Ref: ไม่มีผู้ดูแล)	10.564	6.206	8.108	6.206
	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	.503	1.835	1.045	1.835
F-Statistics (p-value)		1.203 (2.55)		1.423 (0.112)	
R ²		0.204		0.232	
Observations		139		139	

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ภาคใต้

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคใต้							
		ภาพรวม		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	Constant	46.842	7.282	53.825*	5.417	49.060	7.543	49.665	7.662
	เพศชาย (Ref: หญิง)	2.705	2.101	1.893	1.563	.441	2.177	-.923	2.211
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)								
	60 - 69 ปี	.526	3.290	.626	2.447	-1.377	3.408	6.298	3.462
	70 - 79 ปี	-1.762	3.193	-.609	2.375	-3.854	3.307	6.210	3.359
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	-.859	1.872	-1.021	1.392	.114	1.939	-3.659	1.969
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)								
	โสด	-.397	2.262	-5.477*	1.682	1.713	2.343	-3.783	2.380
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	สมรส	-.840	1.552	-2.522*	1.154	-.363	1.608	-3.168	1.633
	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	-.975	1.431	-1.788	1.064	-.193	1.482	-2.251	1.506
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	-1.000	1.854	-1.207	1.380	-.901	1.921	.135	1.951
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)								
	ผอม	.436	5.046	.264	3.754	6.561	5.227	2.618	5.310
	ปกติ	.172	1.556	.627	1.157	.112	1.612	-.450	1.637
	น้ำหนักเกิน	.635	1.769	1.967	1.316	-.235	1.832	-.301	1.861

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหาร T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ภาคใต้ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคใต้							
		ภาพรวม		ด้าน Inhibit		ด้าน Shift		ด้าน Emotional Control	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref: ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	-.157	1.447	1.259	1.076	-.072	1.499	.826	1.522
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	.178	1.933	-1.659	1.438	-.997	2.003	.606	2.034
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	-.515	3.627	-1.056	2.698	-1.255	3.758	-2.724	3.817
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	-1.794	4.210	-1.261	3.132	-3.052	4.361	.867	4.430
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลาง)	2.287	3.393	.618	2.524	2.735	3.514	2.999	3.570
ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	1.914	4.683	-1.867	3.483	.182	4.851	5.929	4.927
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	4.234	3.989	4.757	2.967	6.636	4.132	.433	4.197
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)								
	สม่ำเสมอ	2.355	2.881	.408	2.143	4.728	2.985	.482	3.032
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	3.160	2.990	.837	2.225	4.483	3.098	1.324	3.147
	ตรวจสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)								
	ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	3.247	2.040	2.325	1.517	3.104	2.113	2.588	2.146
	ตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง	4.065	2.269	.271	1.688	4.656	2.350	2.739	2.387
ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน	มีผู้ดูแล (Ref: ไม่มีผู้ดูแล)	.113	5.008	3.340	3.725	-1.439	5.187	-2.180	5.269
	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	4.155	1.423	3.091*	1.059	2.185	1.474	2.400	1.498
F-Statistics (p-value)		1.309 (0.163)		1.815* (0.015)		1.155 (0.289)		1.164 (0.281)	
R ²		0.147		0.193		0.132		0.133	
Observations		207		207		207		207	

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองแบบองค์รวม (Global Executive Composite: GEC) ของผู้สูงอายุ (ภาคใต้)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในกลุ่มผู้สูงอายุภาคใต้

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Inhibit ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Inhibit ได้ร้อยละ 19.30 ดังแสดงในตารางที่ 5 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ (หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score)

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัย มีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุสถานภาพโสดที่ 5.477 ± 1.682 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด

1.2 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัย มีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุสถานภาพสมรสที่ 2.522 ± 1.154 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อาศัยมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการยับยั้งพฤติกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส

2) ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุมีครอบครัว รัฐบาลและชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนการเงินเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัว รัฐบาลและชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนการเงินมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งสนับสนุนการเงินจากครอบครัวเพียงแหล่งเดียวที่ T-Score 3.091 ± 1.059 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนทางการเงินหลายช่องทางจะมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการสูงกว่าผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนการเงินเพียงทางเดียว

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการยับยั้งพฤติกรรม (Shifting)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุการยับยั้งพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุภาคใต้

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุด้านการควบคุมอารมณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุภาคใต้

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงาน (Working Memory)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานในกลุ่มผู้สูงอายุภาคใต้

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ: ภาคใต้ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคใต้			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
	Constant	49.407	7.866	45.784*	7.316
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ	เพศชาย (Ref: หญิง)	.277	2.270	4.543*	2.111
	อายุ (Ref : 80 ปีขึ้นไป)				
	60 - 69 ปี	-.681	3.554	-4.587	3.305
	70 - 79 ปี	-2.096	3.449	-6.031	3.208
	ประกอบอาชีพ (Ref: ไม่ได้ทำงาน)	-.590	2.022	1.182	1.880
	สถานภาพสมรส (Ref: หม้าย/หย่า/แยก)				
	โสด	-1.283	2.443	1.856	2.272
	สมรส	-.560	1.676	.782	1.559
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ความสามารถในการมองเห็น (Ref: มองเห็นได้ไม่ชัดเจน)	.718	1.546	-2.022	1.437
	ความสามารถในการได้ยิน (Ref: ได้ยินไม่ชัดเจน)	-2.481	2.003	-.437	1.863
	ภาวะโภชนาการ (Ref: อ้วน)				
	ผอม	6.835	5.451	-2.780	5.070
	ปกติ	1.667	1.681	.254	1.563
	น้ำหนักเกิน	1.160	1.911	.799	1.777

*P<0.05, (คะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหาร T< 40= Good Brain Executive Function, 39 <T< 59= Normal, T>60= Should be support)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุ: ภาคใต้ (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวแปร	ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุภาคใต้			
		ด้าน Working Memory		ด้าน Plan/Organize	
		T-Score	S.E.	T-Score	S.E.
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Ref: ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง)	1.736	1.563	-.045	1.454
	ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Ref: ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	-1.919	2.088	1.118	1.942
	ไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจ (Ref: ป่วยเป็นโรคหัวใจ)	.866	3.919	-1.032	3.645
	ไม่ป่วยเป็นโรคไต (Ref: ป่วยเป็นโรคไต)	-2.321	4.548	-4.187	4.229
	สุขภาพจิตปกติ (Ref: มีความเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง)	1.490	3.665	.584	3.409
ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สูบบุหรี่ (Ref: ไม่สูบบุหรี่)	-3.171	5.059	2.842	4.705
	ดื่มสุรา (Ref: ไม่ดื่มสุรา)	4.661	4.309	4.325	4.007
	การออกกำลังกาย (Ref: ไม่ออกกำลังกาย)				
	สม่ำเสมอ	2.067	3.112	5.413	2.895
	ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง	2.433	3.230	7.153	3.004
	ตรวจสุขภาพ (Ref: สม่ำเสมอ)				
	ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	1.901	2.203	4.057*	2.049
	ตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง	4.106	2.451	5.495*	2.279
ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและ ชุมชน	มีผู้ดูแล (Ref: ไม่มีผู้ดูแล)	4.045	5.409	1.034	5.031
	ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Ref : ครอบครัว รัฐบาล และชุมชน)	5.898	1.538	2.426	1.430
F-Statistics (p-value)		1.445 (0.092)		1.773 (0.019)	
R^2		0.160		0.189	
Observations		207		207	

ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการ (Plan/Organize)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อทักษะความสามารถด้าน Plan/Organize ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านหลักสำคัญสามารถทำนายทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน Plan/Organize ได้ร้อยละ 25.70. ดังแสดงในตารางที่ 5 และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้มีค่าคงที่ การวิจัยพบข้อมูลดังนี้ (**หมายเหตุ ระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองจะแปรผกผันกับคะแนน T-Score**)

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้สูงอายุ

1.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารด้านการวางแผนและการจัดการต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่ระดับ T-Score 4.543 ± 2.111 แปลผลคือ คือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองด้านการวางแผนและการจัดการสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

2) ปัจจัยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าผู้สูงอายุไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีระดับ T-Score 4.057 ± 2.049 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี

2.2 เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอเป็นค่าอ้างอิง การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอมีคะแนนความสามารถการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้งระดับ T-Score 5.495 ± 2.279 แปลผลคือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอมีความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองสูงกว่าผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปีบางครั้ง

แนวทางการพัฒนาความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

การวิจัยพบข้อมูลความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองคือ ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารอยู่เกณฑ์ร้อยละ 2.4 ปกติร้อยละ 64.4 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.2 และเมื่อทำการวิเคราะห์เชิงลึกถึงองค์ประกอบของความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองพบว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานร้อยละ 48.7 ด้านการปรับเปลี่ยนทางความคิดร้อยละ 45.6 และการวางแผนร้อยละ 33.3 (3 ลำดับแรกที่ควรให้การส่งเสริมในผู้สูงอายุ) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยและวิชาการ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพด้านการคิดเชิงบริหารตลอดจนช่วยป้องกันความเสื่อมถอยและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของสมองคือ การเพิ่มความยืดหยุ่นของสมอง (Neuroplasticity) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของสมอง วงจรประสาท กระตุ้นการซ่อมแซมตนเอง และเกิดการพัฒนาเซลล์สมองใหม่ (Neurogenesis)

ในปัจจุบัน แนวคิดการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุมุ่งเน้นการรักษาศักยภาพกระบวนการรู้คิดของสมอง (Huei-Ling et al., 2017) และการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

(Clémence Joubert and Hanna Chainay, 2017) การส่งเสริมกระบวนการรู้คิดในผู้สูงอายุจะเน้นการจัดกิจกรรมต่างๆ ในการกระตุ้นการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของสมอง ประกอบด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล การสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักษะทางสังคม การแสดงความคิดเห็นของตนเอง พฤติกรรมการแสดงออกของตนเองในชีวิตประจำวัน การจัดกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นสมองในส่วนที่ทำหน้าที่รู้คิด โดยเฉพาะสมองส่วนหน้าซึ่งทำหน้าที่เป็นนายสมอง

การวิจัยนำเสนอตัวอย่างแนวทางส่งเสริมกระบวนการรู้คิดในผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมเคลื่อนไหวทางร่างกาย กิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัส กิจกรรมการระลึกความหลัง และกิจกรรมการประมวลผลข้อมูล โดยรวบรวมกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันและเสริมกิจกรรมใหม่ และปรับรูปแบบกิจกรรมให้มีความถี่ในการจัดกิจกรรม 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที จำนวนรวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งการจัดกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการส่งเสริมและรักษาศักยภาพของสมองในการทำหน้าที่การคิดเชิงบริหารในผู้สูงอายุได้ (Huei-Ling et al.,2017, Clémence Joubert and Hanna Chainay, 2017) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6. Content of the Cognitive training

Session	Strategies for Training
1 st Session	Warm-Up Activity (แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 5 คน) Presentation: นำเสนอวัตถุประสงค์หลักสูตรส่งเสริมศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ Lecture and Discuss: ความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมอง Group Exercise: ตอบ 5 คำถาม “การแก้ปัญหาความต้องการสำหรับปัญหาในชีวิตประจำวัน” Group presentation and discuss Exercise: ผู้สูงอายุแต่ละคนเขียนวิธีแก้ปัญหาความต้องการสำหรับปัญหาในชีวิตประจำวัน ให้ครบ 5 คำถาม โดยให้แต่ละคำถาม ต้องมีคำตอบของกลุ่มตนเอง 3 คำตอบ และจากเพื่อนกลุ่มอื่นๆ 3 คำตอบ (คำตอบทั้ง 6 ต้องไม่ซ้ำกัน) Exercise: ในแต่ละกลุ่มจะได้รับรูปภาพ 5 รูป ที่บ่งชี้ความหมายสื่อถึงกัน ให้แต่งเรื่องเล่าจากภาพดังกล่าวและนำเสนอให้เพื่อนๆ กลุ่มอื่นได้ฟัง โดยเพื่อนกลุ่มอื่นสามารถแต่งเติมเรื่องหรือเสนอแนวคิดต่างอย่างสร้างสรรค์ได้ Exercise: Card Board Game และ VDO Training
2 nd Session	Warm-Up Activity (แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 5 คน) Lecture and Discuss: ความจำกับการสูงวัย Group Exercise: ตอบคำถาม “ทำอะไร..ผู้สูงอายุไทยความจำดี: ภาคที่ 1” Group presentation and discuss Group Exercise: ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนบอกเล่าเรื่องที่ประทับใจในวัยเด็กผ่านการเขียนบรรยายหรือวาดรูป (มีอุปกรณ์การเขียน) คนละ 1 เรื่อง พร้อมให้ส่งตัวแทนกลุ่ม มานำเสนอเรื่องเล่าประทับใจกลุ่มละ 1 เรื่อง Group Exercise: ให้ผู้สูงอายุฝึกเกมการคำนวณตัวเลข โดยเพิ่มลำดับความยากในแต่ละข้อ และให้นับจำนวนคะแนนที่ทำถูกต้องในเวลาที่กำหนด จากนั้นส่งตัวแทนแต่ละกลุ่มมาแข่งขันกัน จนได้กลุ่มที่ชนะ

Session	Strategies for Training
	Group Exercise: ในแต่ละกลุ่มจะได้รับรูปภาพ 5 รูป ที่บางส่วนขาดหายไป ให้ตั้งชื่อส่วนที่หายไป พร้อมบอกความสำคัญว่า ถ้ามีส่วนนี้อยู่จะทำให้เกิดอะไรขึ้น (ไม่มีผลอะไร ส่งผลดี หรือ ไม่ดี) โดยเพื่อนกลุ่มอื่นสามารถแต่งเติมเรื่องหรือเสนอแนวคิดต่างอย่างสร้างสรรค์ได้ Exercise: Card Board Game และ VDO Training
3 rd Session	Warm-Up Activity (แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 5 คน) Lecture and Discuss: ความปรับเปลี่ยนทางความคิด Group Exercise: ตอบคำถาม “ทำอะไร..ผู้สูงอายุไทยมีความปรับเปลี่ยนทางความคิดดี” Group presentation and discuss Group Exercise: ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มฝึกดูภาพที่สื่อความหมายถึงคำสุภาษิตไทย จากนั้นทำการแข่งขันระหว่างกลุ่ม จนได้กลุ่มที่ชนะ Group Exercise: ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะได้การฝึกเล่นเกมสปรสมคำ หลังจากนั้นให้ส่งตัวแทนกลุ่มละ 2 คน มาแข่งขันกันระหว่างกลุ่ม จนได้กลุ่มที่ชนะ Group Exercise: ในแต่ละกลุ่มจะได้รับรูปภาพ 5 รูป ที่บ่งชี้ความหมายสื่อถึงกัน ให้แต่งเรื่องเล่าจากภาพดังกล่าวและนำเสนอให้เพื่อนๆ กลุ่มอื่นได้ฟัง โดยเพื่อนกลุ่มอื่นสามารถแต่งเติมเรื่องหรือเสนอแนวคิดต่างอย่างสร้างสรรค์ได้ Exercise: Card Board Game และ VDO Training
4 th Session	Warm-Up Activity (แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 5 คน) Lecture and Discuss: การยับยั้งชั่งใจ Group Exercise: ตอบคำถาม “ทำอะไร..ผู้สูงอายุไทยมีความยับยั้งชั่งใจดี” Group presentation and discuss Exercise: ผู้สูงอายุเล่นเกมสปรมือพร้อมเพรียง โดยทำตามเงื่อนไขที่กำหนดดังนี้ เงื่อนไขที่ 1 ปรบมือเป็นจำนวนครั้งที่อาจารย์บอก เงื่อนไขที่ 2 ปรบมือเฉพาะครั้งที่อาจารย์พูดคำว่า “ครั้ง” เท่านั้น เงื่อนไขที่ 3 ปรบมือเฉพาะครั้งที่ เป็นจำนวน คู่ หรือ คี่ ตามที่อาจารย์บอก เงื่อนไขที่ 4 ปรบมือเฉพาะครั้งที่อาจารย์บอก และ + 1 ครั้ง เงื่อนไขที่ 5 ปรบมือเฉพาะครั้งที่อาจารย์บอก และ - 1 ครั้ง Group Exercise: ในแต่ละกลุ่มจะได้รับรูปภาพ 5 รูป ที่บางส่วนขาดหายไป ให้ตั้งชื่อส่วนที่หายไป พร้อมบอกความสำคัญว่า ถ้ามีส่วนนี้อยู่จะทำให้เกิดอะไรขึ้น (ไม่มีผลอะไร ส่งผลดี หรือ ไม่ดี) โดยเพื่อนกลุ่มอื่นสามารถแต่งเติมเรื่องหรือเสนอแนวคิดต่างอย่างสร้างสรรค์ได้ Exercise: Card Board Game และ VDO Training
5 th Session	Warm-Up Activity (แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 5 คน) Lecture and Discuss: ความจำกับการสูงวัย Group Exercise: ตอบคำถาม “ทำอะไร..ผู้สูงอายุไทยความจำดี: ภาคที่ 2” Group presentation and discuss Group Exercise: ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนบอกเล่าเรื่องที่ประทับใจในวัยทำงานผ่านการเขียนบรรยาย หรือวาดรูป (มีอุปกรณ์การเขียน) คนละ 1 เรื่อง พร้อมให้ส่งตัวแทนกลุ่ม มานำเสนอเรื่องเล่าประทับใจกลุ่มละ 1 เรื่อง Group Exercise: ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนฝึกเกมสการคำนวณตัวเลข โดยเพิ่มลำดับความยากในแต่ละ

Session	Strategies for Training
	ละข้อ และให้นับจำนวนคะแนนที่ทำถูกต้องในเวลาที่กำหนด จากนั้นส่งตัวแทนแต่ละกลุ่มมาแข่งขันกัน จนได้กลุ่มที่ชนะ Exercise: ในแต่ละกลุ่มจะได้รับรูปภาพ 5 รูป ที่บ่งชี้ความหมายสื่อถึงกัน ให้แต่งเรื่องเล่าจากภาพดังกล่าวและนำเสนอให้เพื่อนๆ กลุ่มอื่นได้ฟัง โดยเพื่อนกลุ่มอื่นสามารถแต่งเติมเรื่องหรือเสนอแนวคิดต่างอย่างสร้างสรรค์ได้ Exercise: Card Board Game และ VDO Training
6 th Session	Warm-Up Activity (แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 5 คน) Lecture and Disscuss: มีสติมีสมองดี Group Exercise: ตอบคำถาม “ทำอะไร..ผู้สูงอายุไทยมีสติดี” Group presentation and dissccuss Exercise: ผู้สูงอายุเล่นเกมสปรบมือพร้อมเพรียง โดยทำตามเงื่อนไขที่กำหนดดังนี้ เงื่อนไขที่ 1 ประบมือเป็นจำนวนครั้งตามที่อาจารย์บอก เงื่อนไขที่ 2 ประบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์พูดคำว่า “ครั้ง” เท่านั้น เงื่อนไขที่ 3 ประบมือเฉพาะครั้งที่เป้นจำนวน คู่ หรือ คี่ ตามที่อาจารย์บอก เงื่อนไขที่ 4 ประบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์บอก และ + 1 ครั้ง เงื่อนไขที่ 5 ประบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์บอก และ - 1 ครั้ง Exercise: ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนฝึกเกมสการจดจำทิศทาง โดยเพิ่มลำดับความยากในแต่ละข้อ และให้นับจำนวนคะแนนที่ทำถูกต้องในเวลาที่กำหนด Exercise: Card Board Game และ VDO Training
7 th Session	Warm-Up Activity Lecture and Disscuss: สมองดี....จากทาน ศิล ภาวนา: ภาคที่ 1 Exercise: กิจกรรมระฆังสติและการฝึกหายใจเพื่อเพิ่มพลังจิต ภาคที่ 1 Exercise: ผู้สูงอายุเล่นเกมสปรบมือพร้อมเพรียง โดยทำตามเงื่อนไขที่กำหนดดังนี้ เงื่อนไขที่ 1 ประบมือเป็นจำนวนครั้งตามที่อาจารย์บอก เงื่อนไขที่ 2 ประบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์พูดคำว่า “ครั้ง” เท่านั้น เงื่อนไขที่ 3 ประบมือเฉพาะครั้งที่เป้นจำนวน คู่ หรือ คี่ ตามที่อาจารย์บอก เงื่อนไขที่ 4 ประบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์บอก และ + 1 ครั้ง เงื่อนไขที่ 5 ประบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์บอก และ - 1 ครั้ง Exercise: ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนฝึกเกมสการจดจำทิศทาง โดยเพิ่มลำดับความยากในแต่ละข้อ และให้นับจำนวนคะแนนที่ทำถูกต้องในเวลาที่กำหนด Exercise: ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนฝึกเกมสการคำนวณตัวเลข โดยเพิ่มลำดับความยากในแต่ละข้อ และให้นับจำนวนคะแนนที่ทำถูกต้องในเวลาที่กำหนด Exercise: Card Board Game และ VDO Training
8 th Session	Warm-Up Activity Lecture and Disscuss: สมองดี....จากทาน ศิล ภาวนา: ภาคที่ 2 Exercise: กิจกรรมระฆังสติและการฝึกหายใจเพื่อเพิ่มพลังจิต ภาคที่ 2 Exercise: ผู้สูงอายุเล่นเกมสปรบมือพร้อมเพรียง โดยทำตามเงื่อนไขที่กำหนดดังนี้ เงื่อนไขที่ 1 ประบมือเป็นจำนวนครั้งตามที่อาจารย์บอก

Session	Strategies for Training
	เงื่อนไขที่ 2 ปรบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์พูดคำว่า “ครั้ง” เท่านั้น เงื่อนไขที่ 3 ปรบมือเฉพาะครั้งที่ เป็นจำนวน คู่ หรือ คี่ ตามที่อาจารย์บอก เงื่อนไขที่ 4 ปรบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์บอก และ + 1 ครั้ง เงื่อนไขที่ 5 ปรบมือเฉพาะครั้งตามที่อาจารย์บอก และ - 1 ครั้ง Exercise: ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนฝึกเกมสการจดจำทิศทาง โดยเพิ่มลำดับความยากในแต่ละข้อ และ ให้นับจำนวนคะแนนที่ทำถูกต้องในเวลาที่กำหนด Exercise: ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนฝึกเกมสการคำนวณตัวเลข โดยเพิ่มลำดับความยากในแต่ละข้อ และ ให้นับจำนวนคะแนนที่ทำถูกต้องในเวลาที่กำหนด Group Exercise: ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มจะได้รับรูปภาพ 5 รูป ที่บ่งชี้ความหมายสื่อถึงกัน ให้แต่ง เรื่องเล่าจากภาพดังกล่าวและนำเสนอให้เพื่อนๆ กลุ่มอื่นได้ฟัง โดยเพื่อนกลุ่มอื่นสามารถแต่งเติม เรื่องหรือเสนอแนวคิดต่างอย่างสร้างสรรค์ได้ Exercise: Card Board Game และ VDO Training

นอกจากโปรแกรมกระตุ้นการทำหน้าที่การรู้คิดของสมองแล้ว การออกกำลังกายแบบ aerobic exercise หรือ cardiovascular respiratory exercise ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เน้นการกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด กระตุ้นระบบต่อมไร้ท่อ เสริมสร้างกล้ามเนื้อหัวใจและปอดที่แข็งแรง ปรับวงจรการนอนหลับ อีกทั้งการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะเพิ่มความยืดหยุ่นของสมอง (Neuroplasticity) และกระตุ้นการสร้างเซลล์สมองใหม่ (Neurogenesis) อีกด้วย ตัวอย่างการออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ วิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน หรือเต้นแอโรบิก

การออกกำลังกายแบบ aerobic exercise ที่ทำได้ง่าย เน้นให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และชมรมผู้สูงอายุสามารถทำเป็นกิจกรรมประจำวันได้คือ การเต้นแอโรบิก ซึ่งการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิก สามารถแบ่งการออกกำลังกายเป็น 3 ชั้น คือ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายร่างกาย โดยที่การอบอุ่นร่างกายควรทำจำนวน 7-10 ท่า โดยมีจำนวนท่าละ 8 ครั้ง ใช้เวลาอบอุ่นร่างกาย 5-7 นาที การออกกำลังกายด้วยการเต้นประกอบจังหวะใช้เวลา 30 นาที การผ่อนคลายร่างกาย จำนวน 7-10 ท่า โดยมีจำนวนท่าละ 10 ครั้ง ใช้เวลา 7-10 นาที รวมแล้วไม่เกิน 45 นาทีต่อครั้งของการออกกำลังกาย

การใช้รูปแบบการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ ควรจะใช้เวลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และครั้งละ 45 นาที จะสามารถเพิ่มศักยภาพของสมองด้านความจำขณะทำงาน การยับยั้ง และการปรับเปลี่ยนทางความคิดได้ดีในผู้สูงอายุ (Jansen Fernandes, Ricardo Mario Arida, Fernanado Gomez-Pinilla, 2017)

3. ผลการดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติที่ดีของชมรมผู้สูงอายุ ในการส่งเสริมสุขภาพและความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาแนวทางปฏิบัติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถในการคิดเชิงบริหารของสมองจากชมรมผู้สูงอายุมีดังนี้

3.1 แนวทางปฏิบัติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุตำบลยุหว่า อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่

กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพกายถือเป็นกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุตำบลยุหว่า อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ โดยได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลสันป่าตอง ซึ่งเป็นหน่วยบริการหลักในการจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปีให้กับชมรมผู้สูงอายุได้แก่ การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม การดูแลสุขภาพช่องปาก การบริหารกล้ามเนื้อรอบช่องปากและลิ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพแก่สมาชิกในเรื่อง การป้องกันภาวะสมองเสื่อม โภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการดูแลสุขภาพด้วยการนวดผ่านการใช้สมุนไพร ซึ่งทำตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวัน โดยการเต้นแอโรบิคล้านนาและฟ้อนเจิง นอกจากนี้ในทุกกลางสัปดาห์ของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเปิดศูนย์สร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพชุมชนให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่มวัย กิจกรรมการดำเนินงานของศูนย์ได้แก่ การฟื้นฟูสุขภาพกายโดยทีมนักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทยให้บริการ อบ ประคบ นวด ด้วยสมุนไพร และมีตัวแทนจิตอาสาจากโรงเรียนผู้สูงอายุ อสม. และ อพส. เป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

ปัจจัยเงื่อนไข

1) วิสัยทัศน์และพันธกิจของชมรมผู้สูงอายุตำบลยุหว่า คือ “สุขภาพเลิศ ปัญญาล้ำ คุณธรรมยิ่ง” และพันธกิจชมรมผู้สูงอายุตำบลยุหว่ามีดังนี้

1.1 สร้างพลังของผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง ดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น

1.2 มีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดความรัก ความสามัคคี เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

1.3 เป็นหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่จะมีสุขภาพกายจิตดี ไม่มีอบายมุข อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี

การมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนและพันธกิจที่ตอบวิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุ จะเป็นตัวกำหนดการสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์นั้นคือ การเป็นชมรมผู้สูงอายุ “สุขภาพเลิศ ปัญญาล้ำ คุณธรรมยิ่ง” โดยชมรมผู้สูงอายุตำบลยุหว่ามีแนวทางปฏิบัติที่ดีของการวางแผนการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่เป็นระบบ โดยเริ่มจาก การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ การวางแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการประจำปี กำหนดตัวชี้วัดทั้งตัวชี้วัดกระบวนการ เช่น จำนวนหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชมรมจำนวน 7 หน่วยงาน จำนวนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านได้แก่ ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นต้น มีการทบทวนแผนเป็นประจำทุกปี มีการรับฟังเสียงของสมาชิกและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานและตอบโจทย์สมาชิกชมรม อีกทั้งเป็นข้อมูลนำกลับเข้าสู่การวางแผนกลยุทธ์ในการทำงานเพื่อตอบโจทย์วิสัยทัศน์ของชมรม

2) ชมรมผู้สูงอายุมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และเป็นต้นแบบผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยประธานและคณะทำงาน มีความเข้มแข็ง เสียสละ อุทิศตน และทุ่มเทในการทำงาน รวมทั้งสมาชิกมีความสามัคคี ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดและได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

3) ชมรมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายต่างๆ เป็นอย่างดี เป็นผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างสะดวกและเป็นไปตามแผนงาน

4) ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ และเข้าร่วมกิจกรรมและช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน และหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งช่วยในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลชมรมในเรื่องข่าวสารและกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้น อีกทั้งอำนวยความสะดวกในการจัดหาระบบรับ-ส่งผู้สูงอายุในชุมชนมาเข้าร่วมกิจกรรม

5) มีการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีการบริหารงานอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม และสามารถปฏิบัติได้จริง ตลอดจนมีหลักสูตรที่ส่งเสริมความรู้การดูแลและรักษาสุขภาพด้วยตนเอง อีกทั้งเป็นแหล่งศึกษาดูงานของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ และหน่วยงานราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

6) ชมรมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในด้านของบุคลากรและงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่งผลให้ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างชมรมผู้สูงอายุกับหน่วยงานในพื้นที่

3.2 แนวทางปฏิบัติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต กรณีศึกษาศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคนาราม ตำบลกระโสม อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตถือเป็นกิจกรรมสำคัญของศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคนาราม ตำบลกระโสม อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตจะสอดคล้องกับหลักธรรมของศาสนา โดยจะส่งเสริมให้สมาชิกเข้าวัด ปฏิบัติธรรม ในวันสำคัญต่าง ๆ ทางศาสนา มีกิจกรรมการสวดมนต์ปกติประจำทุกวันพระ กิจกรรมสวดมนต์วันพ่อแห่งชาติ กิจกรรมสวดมนต์วันแม่แห่งชาติ และกิจกรรมการสวดมนต์ข้ามปีในช่วงเทศกาลขึ้นปีใหม่ การจัดกิจกรรมดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันที่วัดและได้มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อกัน รวมถึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข่าวสารต่างๆ ซึ่งกันและกัน อันส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม ศูนย์บริการผู้สูงอายุให้การส่งเสริมกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนาเช่นเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น เทศกาลการถือศีลอดและการละศีลอดในเดือนรอมฎอน ที่สำคัญผู้สูงอายุนับถือศาสนาพุทธและอิสลามต่างเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน จึงส่งผลต่อความสามัคคีกลมเกลียวและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกิจกรรมต่างๆ โดยไม่พบความขัดแย้งทางศาสนาในชุมชน นอกจากนี้หน่วยงานราชการและเอกชนให้การสนับสนุนและช่วยเหลือการทำกิจกรรมกับศูนย์บริการผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นผลให้การดำเนินงานของศูนย์บริการผู้สูงอายุได้รับความสะดวกและเป็นไปตามเป้าหมาย

ปัจจัยเงื่อนไข

1) ศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคนาราม ตำบลกระโสม อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร มีแนวทางปฏิบัติที่ดีของการวางแผนการทำงานส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตควบคู่กัน โดยประธานและคณะทำงานศูนย์บริการผู้สูงอายวางแผนกลยุทธ์ผ่านการใช้ข้อมูลสำคัญ เช่น จำนวนครั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ จำนวนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพกาย จำนวนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี ร้อยละภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลประกอบในการทำแผนปฏิบัติการประจำปี โดยทำคู่ขนานกับหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ของกิจกรรมที่ชัดเจน มีการรับฟังเสียงของสมาชิกและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการทบทวนแผนกิจกรรมและตัวชี้วัดประจำปี เพื่อปรับปรุงกิจกรรมการ

ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ศูนย์บริการผู้สูงอายุใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสร้างผลิตภัณฑ์จำหน่ายเป็นรายได้ให้กับผู้สูงอายุอีกทางหนึ่งด้วย

2) ชมรมผู้สูงอายุมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และเป็นต้นแบบผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยประธานและคณะทำงาน มีความเข้มแข็ง เสียสละ อุทิศตน และทุ่มเทในการทำงาน รวมทั้งสมาชิกมีความสามัคคี ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดและได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

3) มีการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีการบริหารงานอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม และสามารถปฏิบัติได้จริง ตลอดจนมีหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นแหล่งศึกษาดูงานของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ และหน่วยงานราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

4) ศูนย์บริการผู้สูงอายุอาศัยศูนย์รวมทางจิตใจได้แก่ “วัด” เป็นศูนย์กลางของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการช่วยเหลือของเจ้าอาวาสและคณะสงฆ์ การจัดกิจกรรมจะสอดคล้องกับหลักธรรมของศาสนา โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติธรรม ในวันสำคัญทางศาสนา นอกจากนี้หน่วยงานวัฒนธรรมของจังหวัดได้จัดหาวิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง ทาน ศีล ภาวนา การทำจิตใจให้สงบ การคิดดี และทำดีสำหรับผู้สูงอายุเป็นประจำที่วัด จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้และพัฒนาสุขภาพจิตของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

5) ศูนย์บริการผู้สูงอายุจัดตั้งกองทุนสวัสดิการเพื่อนช่วยเพื่อน โดยสนับสนุนให้สมาชิกออมเงินวันละ 1 บาท เพื่อสนับสนุนกองทุนสวัสดิการเพื่อช่วยเพื่อน ซึ่งกองทุนดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกด้วยกัน ในกรณีสมาชิกเจ็บป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเจ็บป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน จะมีคณะผู้สูงอายุไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ที่เจ็บป่วย อีกทั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุร่วมจัดกิจกรรมกับวัดคือ “โครงการพระภิกษุเยี่ยมบ้าน” เป้าหมายคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ซึ่งโครงการนี้ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างบ้านกับวัดและยกระดับจิตใจความเอื้ออาทรของชุมชน

6) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยกิจกรรมต่างๆ มีเป้าหมายเพื่อคนทุกวัย แต่สิ่งที่สำคัญ ในแต่ละกิจกรรมจะเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุมีตัวแทนกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมเสมอ โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการค้นหาความต้องการ จนไปถึงการจัดทำแผนงาน นำไปสู่การจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ยกตัวอย่างกิจกรรมดังต่อไปนี้ (1) กิจกรรมการประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามโครงการดูแลผู้สูงอายุโดยอบ สปสช. (2) กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีต่อผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรม นันทนาการ ในเวทีการประชุมประจำเดือนผู้สูงอายุ (3) กิจกรรมการประกวดผู้สูงอายุดีเด่น (4) กิจกรรมการละเล่นและกีฬาพื้นบ้านเพื่อสืบสานวัฒนธรรมและการออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุ (5) กิจกรรมการประกวดการแต่งกายงามตามวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ (6) กิจกรรมงานสงกรานต์รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ และ (7) กิจกรรมทนายผู้สูงอายุ ร่วมกันระหว่างลูกหลานร่วมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งในทุกกิจกรรมที่กล่าวมาจะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

3.3 แนวทางปฏิบัติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพะสังคม กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุพนมไพร อ.พนมไพร จ.ร้อยเอ็ด

ชมรมผู้สูงอายุพนมไพร อ.พนมไพร จ.ร้อยเอ็ด มีแผนกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในหลายด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม กิจกรรมด้าน

เศรษฐกิจ กิจกรรมด้านสวัสดิการและเกื้อกูลสมาชิก และการสนับสนุนด้านการศึกษา ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีแผนการจัดกิจกรรมและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ชมรมผู้สูงอายุพนมไพรมีระบบกองทุนสวัสดิการโดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือทางการเงินให้กับผู้สูงอายุ โดยจัดเก็บค่าสมัครสมาชิก ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ บุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เสียค่าสมัคร 20 บาท ผู้สูงอายุ 60-65 ปี เสียค่าสมัคร 100 บาท และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เสียค่าสมัคร 300 บาท รวมค่าบำรุงชมรมอีกคนละ 20 บาทต่อปี กรณีสมาชิกมีการเจ็บป่วย มีการเยี่ยมและให้กำลังใจทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล นอกจากนี้ชมรมได้จัดตั้งกองทุนฌาปนกิจเพื่อช่วยเหลือสงเคราะห์ศพ (กมศ.) เพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกที่เสียชีวิต และทายาทของผู้เสียชีวิตจะได้เงินช่วยเหลือค่าจัดการศพ สำหรับกรณีที่สมาชิกชมรมประสบความเดือดร้อน เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม ชมรมจะมีการจัดสรรเงินในการช่วยเหลือตามความเหมาะสม และประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในการให้ความช่วยเหลือลำดับต่อไป

ชมรมผู้สูงอายุพนมไพรจัดตั้งโครงการเงินออมผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นแหล่งเงินออมของผู้สูงอายุโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออมเงินวันละ 1 บาท โดยที่สมาชิกออมเงินด้วยความสมัครใจ สำหรับการเสริมสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ชมรมจัดตั้งโครงการผลิตสินค้าหนึ่งผลิตภัณฑ์หนึ่งตำบล (OTOP) ซึ่งเป็นแหล่งสร้างรายได้อีกทางหนึ่งของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเงื่อนไข

1) ชมรมผู้สูงอายุพนมไพร อ.พนมไพร จ.ร้อยเอ็ด มีแนวทางปฏิบัติที่ดีของการวางแผนการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพสังคม ซึ่งให้ความสำคัญกับแหล่งสนับสนุนด้านการเงินให้กับผู้สูงอายุ โดยประธานและคณะทำงานชมรมผู้สูงอายุวางแผนกลยุทธ์ผ่านการใช้ข้อมูลสำคัญ เช่น รายได้ผู้สูงอายุ การได้รับคำแนะนำการออมเงิน ระบบประกันสุขภาพ สถานภาพในครอบครัวผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลประกอบในการทำแผนกิจกรรมกองทุนสวัสดิการ โครงการเงินออมผู้สูงอายุ และโครงการผลิตสินค้าหนึ่งผลิตภัณฑ์หนึ่งตำบล (OTOP) มีการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ของกิจกรรมที่ชัดเจน เช่น ร้อยละผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ จำนวนเงินทุน รายได้การจำหน่ายสินค้าหนึ่งผลิตภัณฑ์หนึ่งตำบล (OTOP) เป็นต้น มีการรับฟังเสียงของผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและธนาคาร ตลอดจนมีการทบทวนวิธีการทำงานและตัวชี้วัดผลลัพธ์เพื่อการพัฒนาโครงการให้ยั่งยืน

2) ชมรมผู้สูงอายุมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และเป็นต้นแบบผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยประธานและคณะทำงาน มีความเข้มแข็ง เสียสละ อุทิศตน และทุ่มเทในการทำงาน รวมทั้งสมาชิกมีความสามัคคี ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดและได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

3) มีการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีการบริหารงานอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม และสามารถปฏิบัติได้จริง ตลอดจนมีหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นแหล่งศึกษาดูงานของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ และหน่วยงานราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

4) ชมรมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในด้านของบุคลากรและงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่งผลให้ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างชมรมผู้สูงอายุกับหน่วยงานในพื้นที่

5) ชมรมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในด้านของบุคลากรและงบประมาณจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ การดูแลสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี การอบรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนตนเอง การจัดอบรมเรื่องสิทธิผู้สูงอายุและหลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุ

6) วัดเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ โดยเอื้อเพื่อสถานที่วัดในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยปกติวัดจะเป็นแหล่งที่สนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี โดยการสอนธรรมะ สนทนาธรรม การประกอบพิธีกรรมต่างๆ การเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคนในชุมชน นอกจากนี้วัดเป็นแหล่งจัดหาเงินทุนช่วยเหลือชมรมผู้สูงอายุอีกแหล่งทางหนึ่ง

7) การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) มีส่วนสำคัญของการดำเนินกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการศึกษาต่อเนื่องและพัฒนาทักษะอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ

3.4 แนวทางปฏิบัติที่ดีต่อการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

การวิจัยไม่พบแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนต่อการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ แต่กิจกรรมที่ส่งผลดีต่อการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุซึ่งทุกชมรมได้ปฏิบัติคือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ซึ่งข้อมูลการวิจัยและวิชาการในปัจจุบันได้บ่งชี้ว่า การออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสมจะส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานในผู้สูงอายุได้ (Jansen Fernandes et al.,2017)

4. ผลการดำเนินงานวิจัยของวัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อสังเคราะห์และเผยแพร่องค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

การวิจัยสังเคราะห์วิธีการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ โดยแนวคิดนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ซึ่งทำการศึกษาจากชมรมผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนและมีความพร้อมในระดับหนึ่ง ดังนั้นการนำวิธีการดังที่สังเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้พัฒนาสุขภาวะทางกาย จิต สังคมและความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ จึงควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับปัจจัยที่เกื้อหนุนในแต่ละพื้นที่

4.1) การออกแบบวิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงการหรือกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่มุ่งสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

การออกแบบวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ชัดเจนของชมรมผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจะเป็นตัวกำหนดการสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ดังกล่าว ชมรมผู้สูงอายุควรมีการวางแผนการทำงานที่เป็นระบบ โดยเริ่มจากการกำหนดวิสัยทัศน์ว่าต้องการมุ่งหวังให้เกิดอะไรกับตัวผู้สูงอายุ จากนั้นจึงคิดวิเคราะห์ทำอย่างไรจึงจะไปสู่เป้าหมายดังกล่าว โดยการกำหนดหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุว่าจัดตั้งมาเพื่อทำอะไรและทำอย่างไร ซึ่งควรเริ่มจากผู้นำและคณะทำงาน ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของชมรม ผู้นำและคณะทำงานควรวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของชมรมและเลือกข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปวางแผนโครงการหรือกิจกรรม ข้อมูลของชมรมที่สำคัญเช่น สถานที่ตั้ง คณะทำงาน ข้อมูลสมาชิก สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ ทรัพยากรชมรม ภาวะเปราะบางข้อบังคับ พันธมิตร (วัด อบต รพ.สต กศน และเอกชน เป็นต้น) และองค์ความรู้สำหรับผู้สูงอายุ การมีข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยตัดสินใจในการวางแผนงาน ชมรมต้องกำหนดตัวชี้วัดของการทำงาน ได้แก่ตัวชี้วัดกระบวนการ ยกตัวอย่างเช่น จำนวนครั้งการประชุม จำนวนหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชมรม จำนวนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ ยกตัวอย่างเช่น ร้อยละภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี และร้อยละรายได้ที่เพิ่มขึ้นต่อ

รายบุคคล เป็นต้น การมีตัวชี้วัดกระบวนการจะช่วยให้ชมรมผู้สูงอายุรู้ว่าการดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่ออกแบบไว้ที่ละขั้นตอนหรือไม่ และเป็นการคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์จะบ่งชี้ถึงโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการมีความสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ ชมรมควรมีการทบทวนแผนเป็นประจำทุกปี มีการรับฟังเสียงของสมาชิกผู้สูงอายุ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เช่น ครอบครัวผู้สูงอายุ) ผู้ใช้ผลงานของผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานและตัวชี้วัดของชมรม อีกทั้งกิจกรรมใดที่ประสบความสำเร็จควรจัดทำเป็นข้อมูลที่สืบค้นได้และสามารถส่งต่อให้รุ่นต่อรุ่น

ดังนั้นการออกแบบวิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงการ กิจกรรม ตัวชี้วัด และพัฒนานวัตกรรมหรือผลิตภัณฑ์จึงมีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอในผู้สูงอายุ

4.2 การส่งเสริมสุขภาพกายของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพกายเป็นหลักสำคัญ เพราะคำนึงถึงผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและพึ่งพาตนเองได้ ดังนั้นจึงมีการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพกายและกำหนดตัวชี้วัดทางสุขภาพกายที่ชัดเจน ซึ่งการวิจัยพบว่าการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายของชมรมผู้สูงอายุมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปีผ่าน รพ.สต. การคัดกรองโรคเรื้อรัง ผ่าน รพ.สต. การเลือกวิธีการออกกำลังกายโดยเน้นตามความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ชนิดการออกกำลังกายที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่นหรือความสนใจของผู้สูงอายุ การกำหนดความถี่ของการออกกำลังกาย รวมถึงการกำหนดต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดีเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ดังนั้นการวางแผนและกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนจะช่วยให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายในผู้สูงอายุสำเร็จตามเป้าหมายได้

4.3 การส่งเสริมสุขภาพจิตของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นหลักสำคัญ ดังนั้นจึงมีการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิตและกำหนดตัวชี้วัดทางสุขภาพจิตที่ชัดเจน ซึ่งการวิจัยพบว่าโดยส่วนใหญ่แต่ละชมรมมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมนันทนาการที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่น มีการประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และ อสม. รวมถึงการกำหนดต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพจิตดีเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ดังนั้นการวางแผนและกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนจะช่วยให้กิจกรรมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสำเร็จตามเป้าหมายได้

4.4 การส่งเสริมกิจกรรมด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิก

ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ส่วนใหญ่จัดตั้งสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกตามตัวชี้วัดที่กำหนดในแต่ละชมรมได้แก่ การช่วยเหลือและเยี่ยมเยียนเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย การช่วยเหลือครอบครัวเมื่อสมาชิกเสียชีวิต การช่วยเหลือเมื่อสมาชิกเดือดร้อนจากภัยพิบัติ ส่วนกิจกรรมการออมเงินนั้น ชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมให้สมาชิกมีการออมเงินโดยเข้าร่วมกับกองทุนเงินออมที่ดำเนินการในแต่ละชมรม การวิจัยพบข้อมูลที่น่าสนใจคือ แนวทางการระดมทุนของชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ มีการระดมทุนจากสมาชิก จากความช่วยเหลือของเครือข่ายหรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานของชมรม โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์จังหวัด สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยประจำจังหวัด และภาคเอกชน ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะทำในรูปแบบของโครงการหรือกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน องค์กร ในพื้นที่

4.5 โรงเรียนผู้สูงอายุ

การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุจะช่วยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ตามอัธยาศัยและได้มีส่วนร่วมกับชุมชน เพื่อพัฒนาทักษะต่างๆ ที่สำคัญอย่างรอบด้าน เช่น การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต การสร้างอาชีพ การวางแผนการเงิน ความรู้ด้านกฎหมาย รวมถึงการเรียนรู้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เป็นต้น ดังนั้นหลักสูตรต่างๆ ที่โรงเรียนผู้สูงอายุออกแบบให้ผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ ซึ่งหากมีกระบวนการรับฟังเสียงจากผู้สูงอายุโดยตรง การประเมินผลแผนการสอนและการจัดกิจกรรม จะส่งผลต่อการพัฒนาหลักสูตรที่ตอบสนองต่อความต้องการในผู้สูงอายุ

4.6 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือ รพ.สต. ชื่อเดิมคือสุขศาลา ต่อมาเป็นสถานอนามัย ซึ่งให้บริการทางสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจุบันได้ยกระดับสถานอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบัน การวิจัยพบว่า รพ.สต. มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุคือ การบริการตรวจรักษาพยาบาลขั้นต้น การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คัดกรองภาวะวะผิดปกติต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เป็นต้น การมีหน่วยงานของรัฐที่เข้ามาช่วยเหลือด้านสาธารณสุข ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพะทางกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

4.7 การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

สมาชิก ชมรมทั้งหมดได้สนับสนุนให้สมาชิกรวมทั้งครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาลหรือ ในวันสำคัญต่างๆ อย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นไปตามตัวชี้วัด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรม ยกเว้น ผู้ที่ติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ด้านการพัฒนาศักยภาพสมาชิกของชมรมรวมทั้งด้านการศึกษา ชมรมส่วนใหญ่มีการส่งเสริมการเรียนรู้ของสมาชิกในด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ตามความต้องการของสมาชิก โดยเน้นกิจกรรมสร้างรายได้ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยวิทยากรจะมาจากทั้งแหล่งภายนอกและจากสมาชิกชมรม อีกทั้งชมรมแต่ละแห่งมีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยแนวทางหลักสูตรจะตอบสนองความต้องการของสมาชิกเป็นหลัก แนวทางดังกล่าวส่งเสริมสุขภาพสังคม และทักษะการคิดเชิงบริหาร ด้านความจำขณะทำงาน การยับยั้งชั่งใจ การยืดหยุ่นทางความคิด การวางแผน และการควบคุมพฤติกรรมตนเอง

4.8 การมีแหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานของชมรม

ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมในสองด้านหลักคือ บุคลากรและงบประมาณ ยกตัวอย่างเช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) หรือ เทศบาลตำบลให้การสนับสนุนบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ให้การสนับสนุนบุคลากรและงบประมาณด้านสุขภาพและการอบรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุ สิ่งที่น่าสนใจและเป็นรากเหง้าของคนไทยนั่นคือ “วัด” โดยที่วัดเป็นแหล่งศูนย์รวมจิตใจและยังเป็นแหล่งสนับสนุนด้านสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้กับชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้นการมีแหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพะทางกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยทำการศึกษาศาถนการณและวเคราะหสุขภาพกาย จิต สังกม และมความสามารถของการคิตเชิงบริหารของสมองในผุ้สูงอายจากชมรมผุ้สูงอายที่เป้นชมรมแกนนำเข้มแข็งของสมาคมสภาผุ้สูงอายแห่งประเทไทยในพระบรมราชูปถัมภสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยแบ่งออกเป้นภาคเหนือ ภาคกลาง/กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำนวน 20 ชมรม โครงการวิจัยทำการลงพื้นที่วิจัยกับชมรมผุ้สูงอายทั้งหมดจำนวน 20 ชมรมและมีจำนวนผุ้สูงอายเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวนประมาณ 643 ราย

สถานการณ์ผุ้สูงอายที่เป้นสมาชิกของชมรมผุ้สูงอายแห่งประเทไทยในพระบรมราชูปถัมภสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี แบ่งเป้นผุ้สูงเพศชายจำนวน 166 คน (ร้อยละ 25.8) และผุ้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 477 คน (ร้อยละ 74.2) เมื่อวิเคราะห์ตามช่วงอายุพบว่า กลุ่มผุ้สูงอาย 61-70 ปี มีจำนวนร้อยละ 66.8 กลุ่มผุ้สูงอาย 71-80 ปี มีจำนวนร้อยละ 28.6 และกลุ่มผุ้สูงอาย 81-90 ปี จำนวนร้อยละ 4.6 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ ผุ้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า และมีแนวโน้มอายุยืนกว่าเพศชาย

การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำของกลุ่มผุ้สูงอายมีข้อมูลน่าสนใจคือ ส่วนใหญ่ผุ้สูงอายมความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในเกณฑ์ปกติปกติร้อยละ 98.9 โดยที่โครงการวิจัยดำเนินงานเยี่ยมบ้านผุ้สูงอายพร้อมกับประธานชมรมผุ้สูงอาย เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยในกลุ่มผุ้สูงอายติดบ้านและพบสิ่งที่น่าสนใจคือ ผุ้สูงอายที่มีอายุระหว่าง 81-90 ปี จากจำนวนทั้งหมด 29 ราย พบว่ามีผุ้สูงอายจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.8) สามารถทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน (เช่น รับประทานอาหารด้วยตนเอง อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน ใช้ห้องสุขา สวมใส่เสื้อผ้า เดินในบ้าน นอกบ้าน กลั่นปัสสาวะ กลั่นอุจจาระ) ได้ตามปกติ โดยปัจจัยที่ช่วยให้ผุ้สูงอายกลุ่มนี้สามารถทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ตามปกติ มาจากผุ้สูงอายมความพยายามทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง (ข้อมูลการสัมภาษณ์/เยี่ยมบ้าน) ผุ้สูงอายพยายามออกกำลังกาย ผุ้สูงอายเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การมีผุ้ดูแล (ญาติ) การเยี่ยมบ้านเป้นประจำทุกเดือนโดยเพื่อนสมาชิกและคณะบริหารชมรมผุ้สูงอาย อีกทั้งการมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าเยี่ยมบ้านเป้นประจำทุกเดือนโดยนอกจากจะช่วยดูแลด้านสุขภาพแล้วยังเป้นการสร้างขวัญกำลังใจให้ผุ้สูงอายรู้สึกถึงความมคุณค่าในตนเอง

ข้อมูลด้านอาชีพของผุ้สูงอายพบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 26.3 รับจ้างทำงานบ้านร้อยละ 26.3 เป้นข้าราชการบำนาญร้อยละ 16.3 ประกอบอาชีพนักธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 12.0 อดีตรัฐวิสาหกิจร้อยละ 0.3 และไม่ได้ทำงานร้อยละ 15.6 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ เมื่อสัมภาษณ์ประธานและคณะทำงานบริหารชมรมผุ้สูงอายพบว่าร้อยละ 80 เป้นข้าราชการบำนาญและร้อยละ 20 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว แต่ในส่วนองผุ้สูงอายที่เป้นสมาชิกของชมรมส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทำงานบ้านซึ่งมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน จากข้อมูลการวิจัยแสดงถึงผุ้สูงอายจากกลุ่มตัวอย่างวิจัย (สมาชิกชมรมผุ้สูงอายฯ) ยังสามารถประกอบอาชีพ ณ ปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่างผุ้สูงอายมภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 33.5 น้ำหนักเกินร้อยละ 25.3 อ้วนร้อยละ 36.5 และผอมร้อยละ ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึง กลุ่มผุ้สูงอายมภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 61.8 และผุ้สูงอายุเพศหญิงมภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความสามารถในการมองเห็นชัดเจนร้อยละ 57.0 และเห็นไม่ชัดเจนร้อยละ 43.0 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ สัดส่วนของความสามารถในการมองเห็นปกติต่อไม่ปกติอยู่ที่ 1.3:1 ส่วนความสามารถในการได้ยินปกติร้อยละ 80.1 ละไม่ปกติร้อยละ 19.9 สัดส่วนของความสามารถในการได้ยินปกติต่อไม่ปกติอยู่ที่ 4:1

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 17.7 เป็นโรคหัวใจร้อยละ 6.7 และเป็นโรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบร้อยละ 4.5 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการสำรวจแสดงถึงโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นโรคที่พบอันดับหนึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอร้อยละ 43.4 ออกกำลังกายบางครั้งร้อยละ 49.6 และไม่ออกกำลังกายร้อยละ 7.0 กิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในภาพรวมพบว่า แต่ละชมรมจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเป็นประจำทุกวันจันทร์-ศุกร์ บางชมรมจัดกิจกรรมออกกำลังกายวันเสาร์-อาทิตย์ โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ อบต. กลุ่มนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ และประธานหรือกรรมการบริหารชมรมเป็นผู้นำในการเลือกทำออกกำลังกายและระยะเวลาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุออกกำลังกายรวมร้อยละ 93 ซึ่งเป็นผลดีต่อการมีสุขภาพที่แข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้

การทำงานอดิเรกในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าทำงานอดิเรกสม่ำเสมอร้อยละ 47.3 ทำงานอดิเรกบางครั้งร้อยละ 40.5 และไม่ทำงานอดิเรกร้อยละ 12.3 กิจกรรมการทำงานอดิเรกของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในภาพรวมพบว่า แต่ละชมรมจะจัดกิจกรรมให้ผู้สูงเป็นประจำทุกวันจันทร์-ศุกร์ บางชมรมจัดกิจกรรมออกกำลังกายวันเสาร์-อาทิตย์ โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ อบต. กลุ่มนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ ประธานหรือกรรมการบริหารชมรม และภาคธุรกิจในพื้นที่เป็นผู้นำในการเลือกการทำงานอดิเรกมาสอนให้ผู้สูงอายุ ซึ่งคำนึงถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะสามารถทำได้ เช่น ถักทอเครื่องนุ่งห่ม งานสาน วาดรูป จัดดอกไม้ และแปรรูปอาหาร โดยส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ สิ่งที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจทำงานอดิเรกที่ทำให้เกิดรายได้ และต้องการเรียนรู้งานใหม่ๆ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุทำงานอดิเรกร้อยละ 87.8 ซึ่งเป็นผลดีต่อการมีสุขภาพที่แข็งแรงและสร้างรายได้อีกทางหนึ่งให้กับผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 91.1 สูบบุหรี่บางครั้งร้อยละ 6.1 และสูบบุหรี่สม่ำเสมอร้อยละ 2.8 ชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีกิจกรรมลด ละ เลิก สูบบุหรี่และดื่มสุรา แต่สิ่งที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ 13.1) ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันคือ “ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ได้ระยะแรก แต่นานๆไปก็กลับมาสูบเหมือนเดิม เลิกไม่ได้จริงๆ” ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ความสามารถการคิดเชิงบริหารด้าน inhibit (ความยับยั้งชั่งใจ) และ shift (ความยืดหยุ่นทางความคิด) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มนี้ร้อยละ 50 มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์สมควรได้รับการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในทั้ง 2 ด้านกลุ่มผู้สูงอายุไม่ดื่มสุราร้อยละ 83.8 ดื่มสุราบางครั้งร้อยละ 14.5 และดื่มสุราสม่ำเสมอร้อยละ 1.7

ชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ในแต่ละพื้นที่มีกิจกรรมลด ละ เลิก สูบบุหรี่และดื่มสุรา สิ่งที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรมไม่ดื่ม จะเลือกเข้ากิจกรรมในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาเป็นส่วนใหญ่ และในกลุ่มที่ไม่ดื่มสุราเมื่อทำการวัดความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้าน inhibit (ความยับยั้งชั่งใจ) มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 1 อยู่ในเกณฑ์ปกติประมาณร้อยละ

76.3 ส่วนระดับคะแนนด้าน shift (ความยืดหยุ่นทางความคิด) อยู่ในเกณฑ์ปกติประมาณร้อยละ 50.0 แสดงถึงผู้สูงอายุที่ไม่เต็มสุรามีความยับยั้งชั่งใจและมีความยืดหยุ่นทางความคิดค่อนข้างดี

ข้อมูลการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุรับประทานอาหารเพียงพอกับความ ต้องการในแต่ละวัน โดยทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 56.55 ทำได้บางครั้งร้อยละ 39.8 และไม่สามารถทำได้ ร้อยละ 3.7 กลุ่มผู้สูงอายุรับประทานอาหารเสริม (รวมทั้งสมุนไพร วิตามิน แร่ธาตุ) ทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 23.7 ทำได้บางครั้งร้อยละ 43.9 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 32.5 ผู้สูงอายุรับประทานอาหารผักและ ผลไม้ทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 73.4 ทำได้บางครั้งร้อยละ 24.0 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 2.7 การ รับประทานอาหารและผักผลไม้เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ

ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน สังคม ในพื้นที่ของผู้สูงอายุพบว่าทำได้สม่ำเสมอร้อยละ 64.6 ทำได้ บางครั้งร้อยละ 26.4 และไม่สามารถทำได้ร้อยละ 9.0 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุได้รับแหล่งสนับสนุนด้าน การเงินจากครอบครัวร้อยละ 25.2 และได้รับจากรัฐบาลหรือชุมชนร้อยละ 58.5 การได้เข้าร่วมกิจกรรม กับชุมชนและการมีแหล่งการเงินที่มั่นคงส่งผลต่อการมีสุขภาพกาย จิต และสังคมที่ดีได้

ข้อมูลสภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตปกติร้อยละ 94.8 มีความเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 4.2 และมีความเศร้าปานกลางร้อยละ 1.0 ข้อมูลที่น่าสนใจคือ เมื่อสอบถามผู้สูงอายุถึงการเข้า ร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่ได้รับคำตอบในทิศทางเดียวกันคือ มีความสุขที่ได้ทำ กิจกรรมและได้พบปะเพื่อนสมาชิกอยู่เสมอ ทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว อีกทั้งโรงเรียนผู้สูงอายุมี การสอนการทำอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่พึ่งของครอบครัวได้อีก ทางหนึ่ง

กลุ่มผู้สูงอายุมีระดับความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองอยู่เกณฑ์ดีร้อยละ 2.4 อยู่เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 64.4 และควรได้รับการส่งเสริมร้อยละ 33.2 ส่วนองค์ประกอบด้านต่างๆ มีผลดังนี้

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านองค์ประกอบของความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองพบว่า ผู้สูงอายุ ควรได้รับการส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองด้านความจำขณะทำงานร้อยละ 48.7 ด้านการยืดหยุ่นทางความคิดร้อยละ 45.6 และการวางแผนร้อยละ 33.3 (3 ลำดับแรกที่ควรให้การ ส่งเสริมในผู้สูงอายุ)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมี ทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายเพศ ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุตอนต้น (60-70 ปี) และตอนกลาง (71-80ปี) มีทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองดีกว่าผู้สูงอายุตอน ปลาย (80 ปีขึ้นไป) การมีสถานภาพสมรส สุขภาพจิตปกติ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น โรคความดัน โลหิตสูง การรับประทานอาหารและผักผลไม้เพียงพอ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรม ชุมชนสม่ำเสมอ และการมีแหล่งสนับสนุนการเงินมากกว่า 1 ช่องทาง จะส่งผลดีต่อทักษะความสามารถ การคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองสามารถสรุป ได้แนวทางดังนี้

1. การออกแบบวิสัยทัศน์ พันธกิจ และโครงการหรือกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่มุ่งสู่การเป็น ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

การออกแบบวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ชัดเจนของชมรมผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ จะเป็นตัวกำหนดการสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ดังกล่าว ชมรมผู้สูงอายุควรมีการวางแผนการ ทำงานที่เป็นระบบ โดยเริ่มจากการกำหนดวิสัยทัศน์ว่าต้องการมุ่งหวังให้เกิดอะไรกับตัวผู้สูงอายุ จากนั้น

จึงคิดวิเคราะห์อย่างไรจึงจะไปสู่เป้าหมายดังกล่าว โดยการกำหนดหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุว่าจัดตั้งมาเพื่อทำอะไรและทำอย่างไร ซึ่งควรเริ่มจากผู้นำและคณะทำงาน ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของชมรม ผู้นำและคณะทำงานควรวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของชมรมและเลือกข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปวางแผนโครงการหรือกิจกรรม ข้อมูลของชมรมที่สำคัญเช่น สถานที่ตั้ง คณะทำงาน ข้อมูลสมาชิก สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ ทรัพยากรชมรม กฎระเบียบข้อบังคับ พันธมิตร (วัด อบต รพ.สต กศน และเอกชน เป็นต้น) และองค์ความรู้สำหรับผู้สูงอายุ การมีข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยตัดสินใจในการวางแผนงาน ชมรมต้องกำหนดตัวชี้วัดของการทำงาน ได้แก่ ตัวชี้วัดกระบวนการ ยกตัวอย่างเช่น จำนวนครั้งการประชุม จำนวนหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชมรม จำนวนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ ยกตัวอย่างเช่น ร้อยละภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี และร้อยละรายได้ที่เพิ่มขึ้นต่อรายบุคคล เป็นต้น การมีตัวชี้วัดกระบวนการจะช่วยให้ชมรมผู้สูงอายุรู้ว่าการดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่ออกแบบไว้ที่ละขั้นตอนหรือไม่ และเป็นการคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์จะบ่งชี้ถึงโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการมีความสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ ชมรมควรมีการทบทวนแผนเป็นประจำทุกปี มีการรับฟังเสียงของสมาชิกผู้สูงอายุ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เช่น ครอบครัวผู้สูงอายุ) ผู้ใช้ผลงานของผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานและตัวชี้วัดของชมรม อีกทั้งกิจกรรมใดที่ประสบความสำเร็จควรจัดทำเป็นข้อมูลที่สืบค้นได้และสามารถส่งต่อให้รุ่นต่อรุ่น ดังนั้นการออกแบบ วิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงการ กิจกรรม ตัวชี้วัด และพัฒนานวัตกรรมหรือผลิตภัณฑ์ จึงมีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ

2. แผนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่วางเป้าหมายการทำงาน 6 ด้านสำคัญ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและพัฒนาศักยภาพสมาชิก การส่งเสริมกิจกรรมด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิก การส่งเสริมกิจกรรมด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน การมีแผนงานทั้งระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนการกำหนดตัวชี้วัดของแต่ละชมรมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

3. คณะทำงานของชมรมผู้สูงอายุ การวิจัยพบว่าประธานและผู้บริหารชมรมมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดวิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุ แผนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การตอบโจทย์สมาชิก การเลือกตัวชี้วัด การหาแหล่งสนับสนุนทางการเงิน การหาพันธมิตรการทำงาน และการทบทวนผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ การมีประธานและผู้บริหารชมรมที่เข้มแข็งและกว้างขวางมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

4. การให้ความสำคัญกับลักษณะวัฒนธรรมและความสนใจของสมาชิกในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตามเป้าหมายการทำงานทั้ง 6 ด้าน เป็นสิ่งที่เอื้อต่อการเกิดความสำเร็จต่อการทำงาน เพราะผู้สูงอายุในชมรมมีส่วนร่วมในการคิดออกแบบ มีสิทธิ์ในการเสนอความคิดเห็น และตกลงร่วมกันในการดำเนินงาน โดยยึดหลักให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติจริง การให้ความสำคัญกับลักษณะวัฒนธรรมและความสนใจของสมาชิกจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

5. การค้นหาต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดีจะเป็นตัวอย่างอันดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจับต้องได้และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง แนวทางการการค้นหาต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี จะช่วยให้การผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคมดี อีกทั้งจะส่งผลทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในด้านความจำขณะทำงานที่โดดเด่นด้วย

6. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ ชมรมส่วนใหญ่มีการมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมนันทนาการตามตัววัด จากการทำกิจกรรมกลุ่ม การวิจัยพบว่าปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุคือ กิจกรรมทางศาสนา ทุกชมรมผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทางศาสนาเป็นแหล่งศูนย์รวมจิตใจและสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีจะส่งผลต่อทักษะความสามารถการคิดเชิงบริหารด้านการควบคุมอารมณ์

7. กิจกรรมทางสังคมและพัฒนาศักยภาพสมาชิก ชมรมทั้งหมดได้สนับสนุนให้สมาชิกรวมทั้งครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาลหรือ ในวันสำคัญต่างๆ อย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นไปตามตัววัด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรม ยกเว้น ผู้ที่ติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ด้านการพัฒนาศักยภาพสมาชิกของชมรมรวมทั้งด้านการศึกษา ชมรมส่วนใหญ่มีการส่งเสริมการเรียนรู้ของสมาชิกในด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ตามความต้องการของสมาชิก โดยเน้นกิจกรรมสร้างรายได้ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยวิทยากรจะมาจากทั้งแหล่งภายนอกและจากสมาชิกชมรม อีกทั้งชมรมแต่ละแห่งมีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยแนวทางหลักสูตรจะตอบสนองความต้องการของสมาชิกเป็นหลัก แนวทางดังกล่าวส่งเสริมสุขภาพสังคมและทักษะการคิดเชิงบริหารด้านความจำขณะทำงานและการวางแผนอีกด้วย

8. กิจกรรมด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิก ชมรมทั้งหมดมีการจัดสวัสดิการและมีการเกื้อกูลสมาชิกตามตัววัดที่กำหนด ได้แก่ การช่วยเหลือและเยี่ยมเยียนเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย และการช่วยเหลือครอบครัวเมื่อสมาชิกเสียชีวิตและ มีการช่วยเหลือเมื่อสมาชิกเดือดร้อน โดยส่วนใหญ่จะมีสวัสดิการและกองทุนฌาปนกิจ ส่วนกิจกรรมการออมนั้น ชมรมได้สนับสนุนให้สมาชิกมีการออมเงินโดยเข้าร่วมกับกองทุนเงินออมที่ดำเนินการในแต่ละหมู่บ้าน แนวทางดังกล่าวส่งเสริมสุขภาพจิต และสังคมในผู้สูงอายุ

9. กิจกรรมด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ชมรมส่วนใหญ่มีการระดมทุนทั้งจากสมาชิกและจากเครือข่ายหรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานของชมรมโดยเฉพาะจากทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำจังหวัด ซึ่งต้องทำในรูปของโครงการและมีแผนกิจกรรมและตัววัด โดยแนวดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคมในผู้สูงอายุ

10. แหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานของชมรม ชมรมทั้งหมดจะมีหน่วยงานซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ โดยหน่วยงานหลัก ได้แก่ อบต. หรือเทศบาล จะให้การสนับสนุนด้านงบประมาณตามโครงการที่ชมรมขอรับการสนับสนุนและสนับสนุนบุคลากร รพ.สต. ดูแลด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละชมรม สิ่งที่น่าสนใจและเป็นรากเหง้าของคนไทยนั่นคือ วัดเป็นแหล่งศูนย์รวมจิตใจ นอกจากวัดจะส่งเสริมด้านจิตใจแล้ว ยังเป็นแหล่งสนับสนุนด้านสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมต่างๆ ในหลายๆ ชมรม นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ เป็นแหล่งสนับสนุนอีกด้วยขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละชมรมผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัยและข้อจำกัดการวิจัย

1. ข้อมูลจากการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อชมรมผู้สูงอายุ สมาคมของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในการออกแบบวิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงการ กิจกรรม ตัววัด และการพัฒนานวัตกรรมหรือผลิตภัณฑ์ที่ตอบโจทย์การส่งเสริมสุขภาพทางกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอในผู้สูงอายุ

2. ข้อมูลจากการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพสมองด้านความจำขณะทำงาน การยืดหยุ่นทางความคิดและการวางแผน ซึ่งเป็นความสามารถสำคัญ 3 ลำดับแรกที่ต้องให้การส่งเสริมในผู้สูงอายุ

3. สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ควรทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการให้ความรู้ การอบรมการปฏิบัติแนวทางสร้างชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และการสร้างระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและสามารถส่งการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุได้ยั่งยืน

4. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ควรให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและงบประมาณในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ การสร้างแหล่งรายได้ (เช่น อาชีพผู้สูงอายุ เปี้ยยังชีพ) การส่งเสริมการท่องเที่ยวผ่านกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การออกกฎหมายลดหย่อนภาษีประจำปีกับผลิตภัณฑ์จากชมรมผู้สูงอายุ ระบบบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ง่าย การเข้าถึงเทคโนโลยีและระบบปฏิบัติการแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมองในผู้สูงอายุ ทั้งข้อมูลปัจจุบันและข้อมูลการคาดการณ์ในอนาคตที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงในโลกยุคปัจจุบัน

5. ข้อจำกัดของการใช้ข้อมูลการวิจัยคือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรผู้สูงทั้งประเทศได้

เอกสารอ้างอิงภาษาไทย

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559
8. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 กรุงเทพฯ, 2546
9. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ กรุงเทพฯ, 2546.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ. กรุงเทพฯ:พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด, 2551
11. สำนักนายกรัฐมนตรี. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550
12. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554), 2552
13. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564), 2545
14. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, 2550
15. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ปฎิญญาผู้สูงอายุไทย, 2542
16. ศิรางค์ ทับสายทอง. จิตวิทยาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533
17. สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษาชั้นนอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534
18. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544
19. ประเวศ วะสี. คุณภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพญวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ: ม.ป.ท. 2542
20. สุรกุล เจนอบรม. นโยบายการจัดกิจกรรมการศึกษาชั้นนอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2537
21. สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย. รายงานระดับชาติเรื่องสภาพและการพัฒนาการเรียนรู้และการศึกษาผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย, 2551.

เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ

1. Active Aging: A Policy Framework, 2002
2. United Nations, Populations ageing, 2000.
3. Zelazo PD, Craik FI, Booth L. Executive function across the life span. *Acta Psychol (Amst)*. 115 (2-3):167-83, 2004.
4. Gilbert, S. J., & Burgess, P. W. Executive function. *Curr Biol*, 18(3), 2008.
5. Huei-Ling Chiu, Hsin Chu, Jui-Chen Tsai, Doresses Liu, Ying-Ren Chen, Hui-Ling Yang, Kuei-Ru Chou. The effect of cognitive-based training for the healthy older people: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*. 2017 May, 1.
6. Thow ME, Summers MJ, Saunders NL, Summers JJ, Ritchie K, Vickers JC. Further education improves cognitive reserve and triggers improvement in selective cognitive functions in older adults: The Tasmanian Healthy Brain Project. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2017 Sep 19;10:22-30.
7. Ge S, Wu B, Bailey DE Jr¹, Dong X. Social Support, Social Strain, and Cognitive Function Among Community-Dwelling U.S. Chinese Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017 Jul 1;72.
8. Demnitz N, Esser P, Dawes H, Valkanova V, Johansen-Berg H, Ebmeier KP, Sexton C. A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies examining the relationship between mobility and cognition in healthy older adults. *Gait Posture*. 2016 Oct;50:164-174.
9. Campanholo KR, Boa INF, Hodroj FCDSA, Guerra GRB, Miotto EC. Impact of sociodemographic variables on executive functions. *Dement Neuropsychol*. 2017 Jan-Mar;11(1):62-68.
10. Anderson V. Executive function in children: introduction. *Child Neuropsychol*. 2002 Jun;8(2):69-70.
11. Clémence Joubert Hanna Chainay. Aging brain: the effect of combined cognitive and physical training on cognition as compared to cognitive and physical training alone-a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*. 2017
12. Jansen Fernandes, Ricardo Mario Arida, Fernanado Gomez-Pinilla. Physical exercise as an epigenetic modulator of brain plasticity and cognition. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Sep;80:443-456.

ภาคผนวก ก

รายชื่อชมรมผู้สูงอายุสังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ลำดับที่	ชื่อชมรมผู้สูงอายุ
1	ชมรมผู้สูงอายุตำบลยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่
2.	ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง
3	ชมรมรวมใจไผ่ล้อม ต.ไผ่ล้อม อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์
4	ชมรมอุบลีรวมใจ ต.กลางดง อ.ทุ่งเสลี่ยม จ.สุโขทัย
5	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลลานกระบือ อ.ลานกระบือ จ.กำแพงเพชร
6	ชมรมดอกกรักรวมใจ ต.ท่าขอนยาง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม
7	ชมรมรักษาสุภาพวัดอโศกการาม ต.ยอดแกง อ.นามน จ.กาฬสินธุ์
8	ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านเตือ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย
9	ชมรมผู้สูงอายุพนมไพร อ.พนมไพร จ.ร้อยเอ็ด
10	ชมรมผู้สูงอายุตำบลรังกาใหญ่ อ.พิมาย จ.นครราชสีมา
11	ชมรมผู้สูงวัยในสำนักเขตกรุงเทพมหานคร จ.กรุงเทพมหานคร
12	ชมรมผู้สูงอายุประชาชนเวศน์ 2 ระยะ3 นนทบุรี อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี
13	ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนวัดป่าทรงคุณ อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี
14	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลต.โพตลาดแก้ว อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี
15	ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองแห่นอ อ.พนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา
16	ศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคุณาราม จ.พังงา
17	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาล ต.ท่าช้าง จ.สงขลา
18	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาหัวควาย จ.สุราษฎร์ธานี
19	ชมรมผู้สูงอายุ อ.เมือง จ.ภูเก็ต
20	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลพรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช

แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ฉบับวิจัย)
Elderly Health Profile (Research edition)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ออกแบบเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์และการประเมินภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุใน ประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.2 โรคและการเจ็บป่วย

2.3 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ

2.4 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ

3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

ส่วนที่ 4 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.1 ภาวะซึมเศร้า

4.2 สภาพสมอง

ส่วนที่ 5 สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ

5.1 ครอบครัวและสัมพันธภาพ

5.2 แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน

5.3 แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล

5.4 แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ชื่อ.....นามสกุล.....เพศ () ชาย () หญิง

อายุ.....ปีเดือน

เชื้อชาติ ศาสนา.....

สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า / แยก
ที่อยู่

.....

หมายเลขโทรศัพท์

อาชีพ/การทำงานในปัจจุบันเพื่อสร้างรายได้ หรือ ได้รับบำนาญ (งานที่ทำเพื่อรายได้)

() ไม่ได้ทำงาน () ทำงานบ้าน

() เกษตรกรรม ระบุ.....

() ธุรกิจส่วนตัว ระบุ.....

() ข้าราชการบำนาญ

() รัฐวิสาหกิจ ระบุ.....

() อื่น ๆ ระบุ.....

การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ

() ไม่ได้เข้าร่วม

() เข้าร่วม ระบุ กิจกรรมและองค์กร/ชมรม/กลุ่มที่เข้าร่วม

1.....

ส่วนที่ 2 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย (BMI) =กก./ตร.ม.

รอบเอว.....เซนติเมตร รอบสะโพก.....เซนติเมตร

ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความแรง () ปกติ () เบา

ความเร็ว/จังหวะ () สม่ำเสมอ () ไม่สม่ำเสมอ

ความดันโลหิต...../มม.ปรอท ท่าที่ไว้วัด () นั่ง () นอน

ความสามารถในการมองเห็น () เห็นชัดเจน () เห็นไม่ชัดมัว () ไม่เห็น

ความสามารถในการได้ยิน () ได้ยินชัดเจน () ได้ยินไม่ชัดเจน () ไม่ได้ยิน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

สุขภาพโดยทั่วไปของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

() ดีมาก () ดี () ปานกลาง () แย่ () แย่มาก

สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน

() ดีกว่า () เท่ากัน () ต่ำกว่า ระบุ.....

อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ใช้ เช่น แว่นตา ฟันปลอม ไม้เท้า

อุปกรณ์ช่วยเดิน รถนั่งเข็น เครื่องช่วยฟัง อื่นๆ

() ไม่มี () มี ระบุ 1..... 2..... 3.....

โรคและการเจ็บป่วย

ท่านเป็นโรคหรือมีภาวะเจ็บป่วย	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง			
- เบาหวาน			
- โรคหัวใจ ระบุ.....			
- หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ			
- วัณโรคปอด			
- ต้อหิน			
- ต้อกระจก			
- มะเร็ง			
- ต่อมลูกหมากโต			
- ภาวะแพ้อาหาร / ภาวะแพ้อาหารอักเสบ			
- ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ			
- โรคพาร์กินสัน โรคสั่น			
- โรคไต ระบุ.....			
- สมองเสื่อม โรคหลังเสื่อม ความจำเสื่อม			
- แผลกดทับ			
- อื่นๆ ระบุ.....			

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ
(ภายใน 6 เดือน)

ท่านเคยมีปัญหาดังนี้ หรือไม่	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
- หกล้ม ถ้ามีระบุ..... (ความถี่ สถานที่ วันเวลา กลางวัน-กลางคืน)			
- กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (มีปัสสาวะเล็ด-ราด ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ขณะไอ หัวเราะ หรือเคลื่อนไหว) ถ้ามี ระบุ..... (ความถี่ จำนวน ระยะเวลา)			
- ท้องผูก/อุจจาระราด (ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (ตื่นกลางคืน นอนหลับกลางวันมา อื่นๆ) ถ้ามี ระบุ.....			

ท่านเคยมีปัญหา ดังนี้ หรือไม่	มี/ เป็น	ไม่มี/ ไม่เป็น	ไม่ ทราบ
- สูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบทวนความจำได้ยาก) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร (เคี้ยวและกลืน ลำบาก ไม่อยากรับประทานอาหาร มีอาการเจ็บปวดในช่อง ปาก) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้เครื่องช่วยฟัง) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการมองเห็น (สายตายาว มองเห็นไม่ชัดเจน) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ (เดินลำบาก ต้องใช้อุปกรณ์ ช่วยเดิน) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการนอนกรน ถ้ามี ระบุ.....			
- ปัญหาอื่นๆ ถ้ามี ระบุ.....			

พฤติกรรมสุขภาพ (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)	ไม่เลย	ได้ทำ บางครั้ง	ได้ทำ สม่ำเสมอ
- ท่านออกกำลังกายหรือไม่ ถ้าทำ ระบุ..... (ชนิด จำนวนวันต่อสัปดาห์ และระยะเวลาที่ใช้)			
- ท่านทำงานอดิเรก เช่น ทำสวน เย็บปักถักร้อย จัก สาน วาดรูป เลี้ยงสัตว์ อื่นๆ หรือไม่ ถ้าทำ ระบุ..... (ประเภทงานอดิเรก จำนวนวันต่อสัปดาห์ และ ระยะเวลาที่ใช้)			
- ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าสูบ ระบุ..... (ชนิด จำนวนที่สูบต่อวัน)			
- ท่านดื่มสุราหรือไม่ ถ้าเคย ระบุ..... (ชนิด จำนวนที่ดื่มต่อสัปดาห์)			

พฤติกรรมสุขภาพ (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)	ไม่เลย	ได้ทำ บางครั้ง	ได้ทำ สม่ำเสมอ
- ท่านได้รับประทานอาหาร ทั้งเนื้อสัตว์ แป้ง และไขมัน เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน หรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอ ระบุ..... (ปริมาณต่อวัน ประเภทอาหารที่ขาด)			
- ท่านรับประทานผัก ผลไม้สม่ำเสมอหรือไม่ ถ้ารับประทานสม่ำเสมอ ระบุ..... (จำนวนครั้ง/สัปดาห์)			
- ท่านรับประทานอาหารเสริมหรือไม่ (รวมทั้งสมุนไพร วิตามิน แร่ธาตุ) ถ้ารับประทาน ระบุ..... (ประเภท ปริมาณ จำนวนครั้งต่อสัปดาห์)			
- ท่านตรวจร่างกายสม่ำเสมอหรือไม่ (หมายถึงการตรวจร่างกายโดยไม่ได้มารักษาโรค) ถ้าตรวจ ระบุ..... (จำนวนครั้งต่อปี สถานที่ไปตรวจ)			
- ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนบ้างหรือไม่ เช่น การพัฒนาชุมชนการประชุมในชุมชน บ้างหรือไม่ ถ้าตรวจ ระบุ..... (ประเภทของกิจกรรม จำนวนครั้งต่อสัปดาห์/เดือน)			

ส่วนที่ 3 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ

โปรดระบุผู้ให้ข้อมูลในส่วนนี้

() ผู้สูงอายุ () ผู้ดูแล ระบุ..... () ผู้สัมภาษณ์ () อื่นๆ ระบุ.....

3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล : Barthel ADL Index)

ข้อความ	คะแนน
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้ 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2. ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0. ความต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. ทำได้เอง	
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา) 0. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งหรือลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้ เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และ จะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้อง ให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	

ข้อความ	คะแนน
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย 1. ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ต้องการคนช่วย 2. ขึ้นลงได้เอง (หมายเหตุ Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1. อาบน้ำเองได้	
9. Bowel (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์) 2. กลั่นได้ปกติ	
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา) 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2. กลั่นได้เป็นปกติ	
รวม	
หมายเหตุ 1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า/หรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ 2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24 -48 ชั่วโมง 3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ Independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าได้คะแนนไม่เต็ม 4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด 5. ระดับความรุนแรงของ BAI * 0-4 = very low initial score (total dependence) * 5-8 = low initial score (severe dependence) * 9-11 = intermediate initial score (mild severe dependence , consideration of discharging home) * 12 = initial high (mild severe dependence, consideration of discharging home)	

ส่วนที่ 4 สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4.1 ภาวะซึมเศร้า (แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีที่ผู้สูงอายุ ถ้าสามารถอ่านออกและเขียนได้ สามารถทำแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

ลำดับ	ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อยๆ			
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา			
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนใจอีกมาก			
20.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
21.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
23.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
24.	ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กน้อยๆ อยู่เสมอ			
25.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			
26.	ท่านมีความตั้งใจทำอะไรสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28.	ท่านไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			

รวม			
หมายเหตุ 1. การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน 2. การแปลผล * ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 – 12 คะแนน * ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 – 18 คะแนน * ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 – 24 คะแนน * ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 – 30 คะแนน			

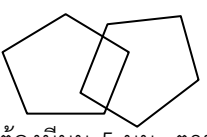
4.2 สภาพสมอง (แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE –Thai 2002)

คำชี้แจง

- แบบทดสอบนี้ไม่ใช่ในผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวก หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนน ตามแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ข้อ 4.1)
- ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1.Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2.Orientation for Place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
กรณีอยู่บ้านครอบครัวหรือบ้านพักคนชรา		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		
2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ – เขตอะไร		
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี้ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ลุง,ป้า..) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ลุง,ป้า..) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์		

4. Attention /Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง		
ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ลุง,ป้า) คิดเลขในใจเป็นไหม? * ถ้าตอบคิดเป็นให้ตอบข้อ 4.1 * ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ตอบข้อ 4.2		
4.1 “ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกมา” บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกหรือผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ โดยไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2		
4.2 “ผม (ดิฉัน) สะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (ลุง,ป้า..) ฟัง แล้วให้คุณ (ลุง,ป้า..) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก” คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ลุง,ป้า..) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ	 ว า น ะ ม	
5. Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
6.2 ชี้นำพิกาะข้อมือให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)		
“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) ให้คุณ (ลุง,ป้า..) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว ” “ใคร ใคร ชาย ไก่ ไช้”		
8. Verbal command (3 คะแนน)		
“ฟังดีทีนะครับ/คะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ (ลุง,ป้า..) ให้รับด้วยมือขวา แล้วพับครึ่ง จากนั้นวางที่..... (พื้น,โต๊ะ,ตัก) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่า ขนาดประมาณ A 4 ไม่มีรอยพับให้ผู้สูงอายุ () รับด้วยมือขวา () พับครึ่ง () แล้ววางที่.... (พื้น,โต๊ะ,ตัก)		
9. Written command (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ลุง,ป้า..) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ลุง,ป้า..) จะอ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษให้ผู้สูงอายุดู กลับตา () กลับตาได้		
10. Writing (1 คะแนน)		
ข้อความนี้เป็นคำสั่งให้คุณ (ลุง,ป้า..) เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เอง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค เช่น.....ฉันมีความสุข....		
11. Visuo-construction (1 คะแนน)		

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง  รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัดกันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมด้านขนานในตำแหน่งใดก็ได้ทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน		
คะแนนรวม		
ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ..... วันที่เดือน.....พ.ศ.....		

จุดตัด Cut-off สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Congenital impaired) ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
- ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ต้องไม่ทำข้อ 4,9,10)
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ส่วนที่ 5 สุขภาพสังคมผู้สูงอายุ

5.1 สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน

5.1.1 คู่สมรส () ถึงแก่กรรม () มีชีวิตอยู่
อายุ..... อาชีพ.....

5.1.2 บุตร

มีชีวิตอยู่..... คน ถึงแก่กรรม.....คน

- บุตรที่มีชีวิตคนที่ 1 () ชาย () หญิง อายุ..... ที่อยู่.....
- บุตรที่มีชีวิตคนที่ 2 () ชาย () หญิง อายุ..... ที่อยู่.....
- บุตรที่มีชีวิตคนที่ 3 () ชาย () หญิง อายุ..... ที่อยู่.....
- บุตรที่มีชีวิตคนที่ 4 () ชาย () หญิง อายุ..... ที่อยู่.....
- บุตรที่มีชีวิตคนที่ 5 () ชาย () หญิง อายุ..... ที่อยู่.....
- บุตรที่มีชีวิตคนที่ 6 () ชาย () หญิง อายุ..... ที่อยู่.....
- บุตรที่มีชีวิตคนที่ 7 () ชาย () หญิง อายุ..... ที่อยู่.....

5.1.3 บุคคลที่อยู่ในครอบครัว/ครัวเรือน (ปัจจุบัน) จำนวน.....คน

- คนที่ 1 สถานภาพเป็น..... สัมพันธภาพ.....
- คนที่ 2 สถานภาพเป็น..... สัมพันธภาพ.....
- คนที่ 3 สถานภาพเป็น..... สัมพันธภาพ.....
- คนที่ 4 สถานภาพเป็น..... สัมพันธภาพ.....
- คนที่ 5 สถานภาพเป็น..... สัมพันธภาพ.....

5.2 แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน

5.2.1 แหล่ง/ผู้ช่วยท่านด้านการเงินคือใคร (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ พร้อมจัดลำดับความสำคัญตามการรับรู้)

() คู่สมรส () รัฐบาลหรือชุมชน

- () บุตร () หน่วยงาน ระบุ.....
 () หลาน () ญาติ ระบุ.....
 () บำเหน็จ บำนาญ () อื่นๆ ระบุ.....

การประกันสุขภาพ

- () ไม่มี () บัตรทอง () สวัสดิการข้าราชการ
 () ประกันสุขภาพเอกชนอื่นๆ ระบุ.....

5.2.2 ท่านสามารถจ่าย/จัดการกับค่ารักษาพยาบาลของตนได้

- () ใช่ () ไม่ใช่ ระบุ.....

5.2.3 ท่านได้รับคำแนะนำการวางแผนเรื่องการเงินสำหรับดูแลตัวท่านเองระยะยาวหรือไม่

- () ใช่ () ไม่ใช่ ระบุ.....

5.2.4 ท่านมีความกังวลเรื่องการเงินหรือไม่ () ไม่ใช่ () ใช่

5.3 แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล

5.3.1 เมื่อท่านเจ็บป่วย ใครคือผู้ดูแลหลักสำหรับท่าน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- () ไม่มี
 () มี ระบุ
 () คู่สมรส () เจ้าหน้าที่บ้านพักผู้สูงอายุ
 () บุตร () เจ้าหน้าที่ด้านบริการสังคม ระบุ.....
 () หลาน () สมาชิกครอบครัว ระบุ.....
 () เพื่อน () อื่นๆ ระบุ.....

5.3.2 ผู้ดูแลหลักของท่านทำงานหรือไม่

- () ไม่ทำ
 () ทำ ระบุ () ทำงานนอกบ้าน () ทำงานที่บ้าน () อื่นๆ ระบุ.....

5.3.3 โดยปกติใครเป็นผู้ดูแลบ้าน เช่น ทำความสะอาด เป็นต้น

- () ผู้สูงอายุ () บุคคลอื่น () ผู้สูงอายุ และบุคคลอื่นร่วมกัน

5.4 แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

5.4.1 ท่านมีบุคคลที่ไว้วางใจหรือไม่

- () ไม่มี () มี ระบุ.....(เป็นใคร)

5.4.2 ท่านมีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจ เมื่อท่านต้องการหรือไม่

- () ไม่มี () มี ระบุ.....(เป็นใคร และให้ความช่วยเหลือในด้านใด)

5.4.3 ท่านมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อท่านเกิดความกังวลใจหรือไม่

- () ไม่มี () มี ระบุ.....(เป็นใคร)

5.4.4 เมื่อท่านเจ็บป่วยมีบุคคลมาเยี่ยมเยียนท่านบ่อยๆ หรือไม่

- () ไม่มี () มี ระบุ.....(เป็นใคร และความถี่)

5.4.5 ความบ่อยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

- () ไม่เข้าร่วม () เข้าร่วม ระบุกิจกรรมและความถี่

1.....

2.....

แบบประเมินความสามารถการคิดเชิงบริหารสำหรับผู้ใหญ่

โครงการวิจัย “การศึกษาสภาวะการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพกาย จิต สังคม และความสามารถ
การคิดเชิงบริหารของผู้สูงอายุ: ชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชมราชชนนี”

วันที่..... เดือน พ.ศ.

ชื่อ-สกุล.....

เพศ อายุ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ระดับการศึกษา

.....

1 = ไม่เคย 2 = บางครั้ง 3=บ่อยครั้ง

โปรดทำเครื่องหมายวงกลมที่ตัวเลข 1, 2 หรือ 3

1.	เมื่อโกรธ ฉันระเบิดอารมณ์	1	2	3
2.	ฉันทำงานเสร็จ แต่ผิดพลาดเพราะความสะเพร่า	1	2	3
3.	ฉันเป็นคนไม่มีระเบียบ	1	2	3
4.	ฉันมีปัญหาในการจดจ่อกับงาน เช่น งานบ้าน อ่านหนังสือ การทำงาน เป็นต้น	1	2	3
5.	ฉันมักเคาะนิ้วหรือกระดิกขา	1	2	3
6.	แม้ว่าจะเต็มใจทำงาน แต่ฉันต้องมีคนเตือนให้ทำงานนั้น	1	2	3
7.	ตู้เสื้อผ้าของฉันรก ไม่มีระเบียบ	1	2	3
8.	ฉันมีปัญหาเมื่อต้องเปลี่ยนไปทำงานอีกอย่างหนึ่ง ในขณะที่ทำงานปัจจุบันอยู่	1	2	3
9.	ฉันรู้สึกว้าวุ่นไม่ไหวเมื่อเจองานชิ้นใหญ่	1	2	3
10	ฉันลืมชื่อตัวเอง	1	2	3

11	ฉันมีปัญหาในการทำงานที่มีมากกว่า 1 ขั้นตอน	1	2	3
12	ฉันแสดงอารมณ์ออกมามากเกินไป	1	2	3
13	ฉันไม่ทันสังเกตว่าตัวเองเป็นต้นเหตุทำให้คนอื่นหงุดหงิดอารมณ์เสีย กว่าจะรู้ก็สายเกินไป	1	2	3
14	ฉันมีปัญหาในการเตรียมตัวให้พร้อมในแต่ละวัน	1	2	3
15	ฉันมีปัญหาในการจัดลำดับความสำคัญของงาน	1	2	3
16	ฉันนั่งนิ่งอยู่กับที่นานๆ ไม่ได้	1	2	3
17	ฉันลืมว่ากำลังทำอะไร ขณะที่กำลังทำสิ่งนั้นอยู่	1	2	3
18	ฉันไม่ตรวจสอบความถูกต้องของงาน	1	2	3
19	ฉันมีอาการเกรี้ยวกราดด้วยเรื่องเพียงเล็กน้อย	1	2	3
20	บ่อยครั้งที่ฉันหมกตัวอยู่ในบ้านด้วยความขี้เกียจ	1	2	3
21	ฉันเริ่มทำงาน เช่น ทำอาหาร ทำโครงการ ทั้งที่ไม่ได้เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ที่ต้องใช้	1	2	3
22	ฉันมีปัญหาในการยอมรับวิธีการแก้ปัญหาหรือความคิดที่แตกต่างในการทำงานกับเพื่อน	1	2	3
23	ฉันพูดไม่ถูกกาละเทศะ หรือพูดในเวลาที่ไม่ควรพูด	1	2	3
24	ฉันประเมินความยากง่ายของงานผิดไป	1	2	3

25	ฉันมีปัญหาเวลาที่ต้องเริ่มลงมือทำงานด้วยตนเอง	1	2	3
26	ฉันมีความลำบาก ถ้าต้องจดจ่อกับการสนทนาหัวข้อเดิมเป็นเวลานาน	1	2	3
27	ฉันรู้สึกเหนื่อย	1	2	3
28	ฉันแสดงอารมณ์ต่อสถานการณ์ต่างๆ มากกว่าเพื่อนๆ	1	2	3
29	ฉันมีปัญหาในการรอคอยให้ถึงลำดับเวลาของตนเอง	1	2	3
30	มีคนพูดว่า ฉันเป็นคนไม่มีระเบียบ	1	2	3
31	ฉันมักทำของหาย เช่น กุญแจ เงิน กระเป๋าสตางค์ การบ้าน และอื่นๆ	1	2	3
32	เมื่อเจออุปสรรค ฉันมีปัญหาในการคิดวิธีที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา	1	2	3
33	ฉันมีปฏิกิริยาตอบสนองมากเกินไปกับเรื่องเพียงเล็กน้อย	1	2	3
34	ฉันไม่มีการวางแผนล่วงหน้าในงานที่จะต้องทำ	1	2	3
35	ฉันมีระยะเวลาสนใจสั้น หรือ มีสมาธิสั้น	1	2	3
36	ฉันพูดเรื่องเพศที่คนอื่นอาจมองว่าไม่เหมาะสม	1	2	3
37	ฉันไม่เข้าใจว่าทำไมคนอื่นจึงหงุดหงิดอารมณ์เสียกับฉัน	1	2	3
38	ฉันมีปัญหาในการนับเลข 1 ถึง 3	1	2	3
39	ฉันมีเป้าหมายที่คนอื่นอาจมองว่า เพ้อฝัน	1	2	3
40	ฉันปล่อยให้ห้องน้ำสกปรกเลอะเทอะ	1	2	3

41	ฉันทำผิดพลาดเพราะความสะเพร่า	1	2	3
42	ฉันอารมณ์เสียหงุดหงิดง่าย	1	2	3
43	ฉันตัดสินใจกระทำการบางอย่างที่ทำให้เกิดความเสียหายตามมา เช่น ทำผิดกฎหมาย สูญเสียเงิน ถูกสังคมตำหนิ	1	2	3
44	ฉันรู้สึกเป็นทุกข์ ถ้าต้องรับมือกับการเปลี่ยนแปลง	1	2	3
45	ฉันไม่ค่อยรู้สึกตื่นเต้นกับเรื่องต่างๆ	1	2	3
46	ฉันมักลืมหัดเลี้ยวได้ง่าย	1	2	3
47	ฉันมีความคิดที่ดี แต่ไม่สามารถเขียนอธิบายเพื่อสื่อสารได้	1	2	3
48	ฉันทำอะไรก็บกพร่อง	1	2	3
49	ฉันมีปัญหาในการเริ่มต้นทำงาน	1	2	3
50	ฉันพูดโดยไม่ยั้งคิด	1	2	3
51	ความโกรธของฉันรุนแรง แต่ก็หายอย่างรวดเร็ว	1	2	3
52	ฉันมีปัญหาในการทำงานต่างๆ ให้แล้วเสร็จ เช่น งานบ้าน งานที่ทำงาน	1	2	3
53	ฉันเริ่มทำงานต่างๆ ในช่วงเวลาสุดท้าย เช่น งานที่ได้รับมอบหมาย งานบ้าน หรืองานอื่นๆ	1	2	3
54	ฉันมีความยากลำบากในการทำงานให้เสร็จด้วยตัวเอง	1	2	3
55	คนอื่นบอกว่าฉันวอกแวกง่าย ถูกก่อกวนให้เสียสมาธิง่าย	1	2	3

56	ฉันมีปัญหาในการจำสิ่งต่างๆ แม้เพียงชั่วครู่ เช่น ทิศทาง หมายเลขโทรศัพท์ ฯลฯ	1	2	3
57	คนอื่นบอกว่าฉันเป็นคนเจ้าอารมณ์	1	2	3
58	ฉันทำงานหลายๆ รีบให้เสร็จไป	1	2	3
59	ฉันรู้สึกรำคาญ	1	2	3
60	ฉันปล่อยให้ห้องหรือบ้านของฉันรก	1	2	3
61	ฉันรู้สึกไม่พอใจหรือโมโหเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดคิดในกิจวัตรประจำวัน	1	2	3
62	ฉันมีปัญหาในการคิดว่าจะทำอะไรดีในเวลาที่ฉันว่าง	1	2	3
63	ฉันไม่มีการวางแผนการทำงานล่วงหน้า	1	2	3
64	คนอื่นบอกว่า ฉันเป็นคนที่ทำโดยไม่คิด	1	2	3
65	ฉันมีปัญหาในการหาสิ่งของในห้อง ในตู้เสื้อผ้า หรือบนโต๊ะทำงาน	1	2	3
66	ฉันมีปัญหาในการจัดระบบระเบียบของกิจกรรมต่างๆ	1	2	3
67	ฉันก้าวข้ามปัญหาต่างๆ ด้วยความยากเย็น	1	2	3
68	ฉันมีปัญหาในการทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน	1	2	3
69	ฉันมีอาการแปรปรวน	1	2	3
70	ฉันทำลงไปโดยไม่ทันได้นึกถึงผลที่จะตามมา	1	2	3

71	ฉันมีปัญหาในการจัดระบบงาน	1	2	3
72	ฉันรู้สึกหงุดหงิดอารมณ์เสียง่ายด้วยเรื่องเพียงเล็กน้อย	1	2	3
73	ฉันเป็นคนใจร้อน หุนหันพลันแล่น	1	2	3
74	ฉันไม่ทำความสะอาดให้เรียบร้อยหลังจากทำเลอะเทอะ	1	2	3
75	ฉันมีปัญหาในการทำงานให้สำเร็จ	1	2	3

แบบประเมินแนวทางปฏิบัติที่ดีของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม และ ความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง: ชมรมผู้สูงอายุ

แนวปฏิบัติที่ดี

แนวปฏิบัติที่ดี หมายถึง วิธีปฏิบัติหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จหรือนำไปสู่ความเป็นเลิศตามเป้าหมาย เป็นที่ยอมรับในวงวิชาการหรือวิชาชีพนั้นๆ และมีหลักฐานของความสำเร็จปรากฏชัดเจน โดยมีการสรุปวิธีปฏิบัติ หรือขั้นตอนการปฏิบัติ ตลอดจนความรู้และประสบการณ์ ที่ได้บันทึกเป็นเอกสาร และเผยแพร่ให้หน่วยงานภายในหรือภายนอกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

แนวปฏิบัติที่ดี แบ่งเป็น 4 ด้าน เน้นกระบวนการ

1. ด้านสุขภาพกาย
2. ด้านสุขภาพจิต
3. ด้านสุขภาพสังคม
4. ด้านความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง

ส่วนประกอบในการนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี มีดังนี้

1. โครงการ หรือ กิจกรรม
2. หน่วยงาน
3. คณะทำงาน
4. ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ
 - 4.1 วิสัยทัศน์/พันธกิจ
 - 4.2 บุคลากร
 - 4.3 งบประมาณ/ภาระงาน
5. หลักการและเหตุผล /ความเป็นมา
6. วัตถุประสงค์/เป้าหมายของการดำเนินงาน
7. แผนงาน /งบประมาณในการจัดโครงการ-กิจกรรม
 8. กระบวนการ /การปฏิบัติงานตามแผน/วิธีการ/ขั้นตอน
9. สรุปผลการดำเนินงาน
10. การประเมินทบทวนผลการดำเนินงาน (เช่น ประโยชน์ที่ได้รับ)
11. แผน หรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคต
12. จุดแข็ง หรือสิ่งที่ทำได้ดีในประเด็นที่นำเสนอ/ความคิดเห็น
13. กลยุทธ์ หรือ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ
14. ผลการดำเนินงาน (เปรียบเทียบ 3 ปี) และ/หรือเปรียบเทียบกับหน่วยงานภายใน/ ภายนอก
15. นวัตกรรม
16. บทสรุป
17. เอกสารอ้างอิง

แบบบันทึกแนวทางปฏิบัติที่ดี

1. ชื่อโครงการหรือกิจกรรม

.....

ด้าน.....

1. ด้านสุขภาวะกาย
2. ด้านสุขภาวะจิต
3. ด้านสุขภาวะสังคม
4. ด้านความสามารถการคิดเชิงบริหารของสมอง

2. ชมรมผู้สูงอายุ

.....

3. คณะทำงาน

- 3.1.....ที่ปรึกษา
- 3.2.....ประธานกรรมการ
- 3.3.....กรรมการ
- 3.4.....กรรมการ
- 3.5.....กรรมการและเลขานุการ

4. ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ

4.1 วิสัยทัศน์

.....

4.2 พันธกิจ

.....

4.3 คณะทำงาน

.....

4.4 งบประมาณ/ภาระงาน

.....

5. หลักการและเหตุผล/ความเป็นมา

.....

6. วัตถุประสงค์/เป้าหมายของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
3.

7. แผนงาน/งบประมาณในการจัดโครงการ-กิจกรรม

แผนงาน.....

.....

งบประมาณในการจัดโครงการ-กิจกรรม.....

8. กระบวนการทำงาน/วิธีการ/ขั้นตอน

.....

.....

9. สรุปผลการดำเนินงาน

.....

10. การประเมินทบทวนผลการดำเนินงาน (เช่น ประโยชน์ที่ได้รับ)

.....

11. แนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในอนาคต

.....

12. จุดแข็ง (Strength) หรือสิ่งที่ดี

.....

13. กลยุทธ์ หรือ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

.....

14. ผลการดำเนินงาน (เปรียบเทียบ 3 ปี) หรือเปรียบเทียบกับหน่วยงานภายใน/ภายนอก

.....

15. นวัตกรรม

.....

6. บทสรุป

.....

.....

17. เอกสารอ้างอิง

.....

.....

เกณฑ์การประเมินแนวทางปฏิบัติ

เกณฑ์การประเมิน	5	4	3	2	1	น้ำหนัก	คะแนน
1. การพัฒนาคุณภาพตามวงจรคุณภาพ (P-D-C-A) กิจกรรม						40	
1.1 การวางแผน (Plan) (แบบฟอร์ม ข้อ 7)						10	
1.2 การดำเนินงาน (Do) (แบบฟอร์ม ข้อ 8)						10	
1.3 การตรวจสอบ (check) (แบบฟอร์ม ข้อ 9)						10	
1.4 การปรับปรุง (Action) (แบบฟอร์ม ข้อ 10,11)						10	
2. จุดแข็ง (Strength) หรือสิ่งที่ทำให้ได้ดีในประเด็นที่นำเสนอ (แบบฟอร์ม ข้อ 12)						10	
3. กลยุทธ์ หรือ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ (แบบฟอร์มที่ 13)						10	
4. ผลการดำเนินงานหรือเปรียบเทียบกับหน่วยงานภายใน/ภายนอก (ย้อนหลัง 2-3 ปี) (แบบฟอร์ม ข้อ 14)						20	
4.1 เปรียบเทียบกับชมรมผู้สูงอายุภายในจังหวัด						10	
4.2 เปรียบเทียบกับชมรมผู้สูงอายุภายนอกจังหวัด						10	
5. นวัตกรรม (แบบฟอร์ม ข้อ 15)						10	
6. การนำเสนอเนื้อหา						10	
6.1 การเขียนสอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานอ้างอิงที่ปรากฏ (แบบฟอร์ม ข้อ 17)						5	
6.2 การแสดงข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน ตามรูปแบบ						5	
รวม							500

เกณฑ์การให้คะแนน (ให้คะแนนในภาพรวม)

- 1) ประเมินให้ 1 คะแนน คือ ไม่พบกระบวนการทำงานในด้านที่ประเมิน
- 2) ประเมินให้ 2 คะแนน คือ พบการทำงานในด้านที่ประเมิน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ แต่ไม่พบการกำหนดตัวชี้วัดของการทำงาน
- 3) ประเมินให้ 3 คะแนน คือ พบการทำงานในด้านที่ประเมิน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ พบการกำหนดตัวชี้วัดของการทำงาน แต่ไม่พบการทบทวนผลการทำงาน.
- 4) ประเมินให้ 4 คะแนน คือ พบการทำงานในด้านที่ประเมิน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ พบการกำหนดตัวชี้วัดของการทำงาน มีการทบทวนผลการทำงาน แต่ยังไม่สอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ชมรมผู้สูงอายุ
- 5) ประเมินให้ 5 คะแนน คือ พบการทำงานในด้านที่ประเมิน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ พบการกำหนดตัวชี้วัดของการทำงาน มีการทบทวนการทำงาน ที่สามารถตอบพันธกิจและวิสัยทัศน์ชมรมผู้สูงอายุ