

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน เมื่อศึกษาแนวโน้มประชากรสูงอายุแล้ว พบว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 7,537,000 คนคิดเป็นร้อยละ 11.8 ของประชากรรวมทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยประชากร และสังคม, 2553) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรนี้ ทำให้ประเทศไทยอยู่ในภาวะที่ เรียกว่า “สังคมสูงอายุ” คือ การมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากร ทั้งหมด จากการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างชัดเจนนี้ทำให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนัก ถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อม และให้ความสำคัญต่อความต้องการ และการสนับสนุน แก่ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการดำรงชีวิตประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพ จิตใจ สังคม รายได้ การทำงาน ที่อยู่อาศัยและความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน จะเห็นได้ว่า ปัญหาของผู้สูงอายุ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุด้วย ได้แก่ การจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ตลอดจนจัดบริการ ขั้นพื้นฐานทางสังคม การดูแลป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัย การศึกษาต่อเนื่องและความมั่นคง ของรายได้ให้เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ

จากสภาพความเป็นจริงในสังคม ไม่ว่าในสังคมไทยหรือสังคมต่างชาติทั่วโลก จะพบว่า สังคมไม่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และมีการทอดทิ้งผู้สูงอายุกันมาก จากข้อมูลการสำรวจ ประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 21.8 ประเมินว่าสุขภาพตนเองไม่ดี และร้อยละ 52.3 ไม่ได้รับการ ตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา ดังนั้นปัญหาผู้สูงอายุที่ควรได้รับการพิจารณาก็คือ ปัญหาด้าน สุขภาพ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบการทำงานของร่างกายจะเสื่อมประสิทธิภาพลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น รองลงมาคือปัญหาด้านสังคม และเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่พ้นจากวัยทำงานสู่วัยเกษียณอายุ เนื่องจากสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลงไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม รายได้ลดลง ส่งผลต่อฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความ ต้องการมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ความต้องการการยอมรับ และความ เชื่อถือจากบุคคลในสังคม ความต้องการมีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น ๆ ปัญหาด้านครอบครัว และปัญหาด้านการพัฒนาสังคม ประเทศชาติ โดยใช้ทรัพยากรผู้สูงอายุ ซึ่งทวีจำนวนมากขึ้น ทุกขณะ เนื่องมาจากนวัตกรรมทางการแพทย์ และการสาธารณสุข มีการพัฒนามากขึ้น จึงควรมีการหาทาง

พัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ
ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีมีความมั่นคงมากขึ้น

ประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุเมื่อปลายปี พ.ศ. 2524 เพราะถือว่าเป็นผู้ที่มี
วิญญูที่ทรงคุณค่าแก่สังคมสามารถสืบทอดมรดกทางสังคมวัฒนธรรมสู่คนรุ่นหลัง (สุรกุล เจนอบรม,
2541, หน้า 4) รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญนี้จึงได้กำหนดนโยบายที่จะแก้ไขปัญหาตั้งแต่
แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (2530-2534) มีการปรับนโยบายและแผนงานให้สอดคล้องกับการ
เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโดยขยายบริการสุขภาพบริการสังคมให้
เข้าถึงกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น มีการผสมผสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุเข้าสู่งาน
สาธารณสุขมูลฐาน เพราะผู้สูงอายุเป็นภาระหน้าที่ที่ชุมชนสามารถร่วมมือกันวางแผนแก้ไขปัญหา
ของผู้สูงอายุในชุมชนได้ การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อรวมกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละ
ชุมชนให้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และมีโอกาสได้รับทราบ
ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ความรู้ทางด้านสุขอนามัย การเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัว ให้
ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้ เป็นการพัฒนาความเป็นอยู่
ของผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความสุขตามอัตภาพเนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้
ความสามารถ พลังความคิด และประสบการณ์ที่ควรนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้อีกมาก
(โสภิตา เมธาวี, 2535, หน้า 3) ส่วนในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535-252539) นั้น
รัฐบาลได้มีเจตนารมณ์ที่จะปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้กระจายทั่วถึง โดยเน้นที่ระบบ
การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ และการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดีถ้วนหน้า โดยให้ผู้สูงอายุได้รับการ
ดูแลจากคนในครัวเรือนร้อยละ 90 และจัดชุมชนมีการจัดกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิด
การพึ่งพาตนเองของชุมชน อีกทั้งให้ผู้สูงอายุทุกคนได้มีสิทธิเข้าถึงบริการ โดยให้ผู้สูงอายุทุกคน
ได้รับบัตรผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล จนกระทั่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 8 (2540-2544) ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนทิศทาง และกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เน้น
การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนานั้น เปลี่ยนเป็นเน้นให้คนเป็นศูนย์กลาง
ของการพัฒนาเพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง เป็นการพัฒนาแบบองค์
รวม หรือบูรณาการ โดยพัฒนาศักยภาพของคน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่
ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ รัฐบาลได้มีวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุขที่จะให้
ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัย และมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างสมเหตุสมผล
และฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการวางแผนพัฒนาประเทศและเป็นแผน
ปฏิรูปความคิดและคุณค่าใหม่ของสังคมที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
ในสังคม และมุ่งให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และได้ัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของ
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ ควบคู่ไปกับกระบวนการพัฒนา รูปแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539 , 2546) และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันก็ยังให้ความสำคัญของคนในภาพรวมของสังคมไว้ใน วิสัยทัศน์และพันธกิจประเทศไทย กล่าวคือ วิสัยทัศน์พัฒนาสู่ สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน คนไทยมี คุณธรรมนำความรู้ รู้เท่าทันโลก ครอบครัวยุคใหม่ ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสันติสุข เศรษฐกิจมีคุณภาพ เสถียรภาพ และเป็นธรรม สิ่งแวดล้อมมีคุณภาพและทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน อยู่ภายใต้ระบบ บริหารจัดการประเทศที่มีธรรมาภิบาลดำรงไว้ซึ่งระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ ทรง เป็นประมุข และอยู่ในประชาคมโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี จึงเห็นได้ว่า คนเท่านั้นที่จะเป็นผู้ได้รับ ประโยชน์และผลกระทบโดยตรงจากการพัฒนา ส่วนการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นเพียงเครื่องมือในการ พัฒนาคนให้มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น(กองนโยบายและแผนกรมยุทธการทหารอากาศ, 2550)

แม้ว่าภาวะสูงอายุจะมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ความรู้สึกถึงคุณค่าตนและการที่ แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลต่อโครงสร้างและภาระความรับผิดชอบ ของสังคมอยู่ แต่ปัจจุบันได้มีกลุ่มผู้สูงอายุหลายกลุ่มที่ได้ทำหน้าที่ อาสาสมัครทำงานช่วยเหลือ สังคมในหลากหลายด้าน เช่น การเป็นวิทยากรให้ความรู้ การทำงานบริการต่าง ๆ อย่างเกิดผลดี (เมืองทอง เขมมณี, 2544) นอกจากนี้ การทำงานบริการช่วยเหลือสังคม การเป็นวิทยากรในด้านที่ ตนเองมีความรู้ ความเชี่ยวชาญมาก่อน หรือการทำงานทางศาสนา ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวได้ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ประภาพร จินันทุยา, 2538) และการที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมได้ ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตสูงอายุ ทั้งการทำ กิจกรรม การทำงานเคลื่อนไหว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะที่บรรลุ ศรีพานิช (2547) กล่าวไว้ว่า “การที่จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมี ความสุขย่อมหมายถึงว่าผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดีทั้งทางกายและใจอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและ เหมาะสม กล่าวคือเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับผลประโยชน์จากสังคมเสมอเหมือนสมาชิกอื่น ๆ ในสังคม การที่จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะดังกล่าวได้ในสังคมจำเป็นต้องร่วมมือกันทั้งทางภาครัฐ และภาคเอกชน ทั้งประชาชนทั่วไป และตัวผู้สูงอายุเองด้วยมิใช่หน้าที่ของผู้อื่นผู้ใดโดยเฉพาะ”

ปัจจุบันได้มีการสนับสนุนให้มีการตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุกจังหวัดและในพื้นที่ที่มี ความพร้อมของกลุ่มผู้สูงอายุ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายของ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย มีจำนวน 22,880 ชมรม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย, 2553) ซึ่งการดำเนินการของชมรมเหล่านี้ต่างกันไป ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกชมรมนั้น ๆ และเพื่อส่วนรวม สมาชิกมีจำนวน

ตั้งแต่ 50 คน จนถึง 500 คนขึ้นไป และสิ่งซึ่งนับว่าเป็นหัวใจของชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งขึ้น คือดำเนินกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมได้พบปะสังสรรค์กัน และได้ประโยชน์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมของชมรมเป็นข้อบ่งชี้ ถึงความสำเร็จของการดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539, หน้า 75-85) ซึ่ง พรทิพย์ ชลิ่งสุทธิ (2533, หน้า 1-2) ได้ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของคนชราในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า คนชราส่วนใหญ่ต้องการเป็นที่ยอมรับ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ต้องการให้เพื่อนฝูงมาเยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ (2539, หน้า 75) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้สูงอายุต่อนโยบายของรัฐ และแนวทางจัดบริการทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุในอนาคต พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในชมรมทำให้มีโอกาสพบปะกับคนอื่นในวัยเดียวกันมีโอกาสได้รับความรู้ใหม่ ๆ มีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ รู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่นน้อยลง ทำให้มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่มากขึ้น

ในจังหวัดชลบุรี จากการสำรวจข้อมูลประชากรแยกตามกลุ่มอายุ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี มีจำนวนสูงขึ้นจากร้อยละ 9 ของประชากรทั้งจังหวัดในปี พ.ศ. 2553 (ฝ่ายแผนงานและนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี) ในขณะที่สังคมได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสถานะสังคมที่เปลี่ยนไปรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้เร็วกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรีตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุ จึงได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2524 ปัจจุบันเป็นเวลา 29 ปี สมัยนายแพทย์สุจินต์ ผลากรกุล เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี มีสมาชิกเริ่มแรก จำนวน 42 คน โดยเปิดรับสมาชิกตั้งแต่อายุ 55 ปีขึ้นไป และได้ดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน มีสมาชิกทั้งสิ้น 1,245 คน ชมรมผู้สูงอายุมีข้อบังคับและระเบียบของชมรมฯ มีคณะกรรมการบริการของชมรมเองและมีคณะกรรมการสนับสนุนแต่งตั้งจากบุคลากรของโรงพยาบาลชลบุรี โดยมีนายแพทย์ ประพนธ์ ราษฎร์วิจิตร เป็นประธาน ซึ่งมีกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในด้านเสริมสร้างสุขภาพขององค์กร อันได้แก่ การเสริมสร้างสุขภาพจิตและการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพร่างกาย มีนโยบายจะพัฒนาด้านสาธารณสุขและสังคม เพื่อให้ประชาชนมีการกินดีอยู่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน 2) เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทร่วมในการพัฒนาตนเอง ตลอดจนพัฒนาสังคม 4) เพื่อเป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีไทย และกิจกรรมทางศาสนา 5) ไม่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการเมือง โดยมีสมาชิกชมรมฯ ได้ร่วมปฏิบัติงานในโครงการอาสาสมัคร ดังนี้

1. สมาชิกชมรมฯ ได้ไปช่วยงาน โรงพยาบาลชลบุรี เขียนบัตรผู้ป่วยที่มารับบริการวันละ 1 คน ตั้งแต่เวลา 7.00 น. – 12.00 น. ทุกวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ)
2. สมาชิกชมรมฯ ได้ไปช่วยงานแผนกทันตกรรม วัดความดันโลหิตที่มารับบริการ วันละ 1 คน ตั้งแต่เวลา 7.00 น. – 12.00 น. ทุกวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ)
3. สมาชิกชมรมฯ ได้ไปช่วยงาน โรงพยาบาลชลบุรี ประชาสัมพันธ์ผู้ป่วยที่มารับบริการ รักษาพยาบาล ตั้งแต่เวลา 7.00 น. – 12.00 น. ทุกวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ)
4. สมาชิกชมรมฯ ได้ไปเล่นอังกะลุง ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยตั้งแต่เวลา 9.00 น. – 11.00 น. ทุกวันพุธ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
5. สมาชิกชมรมฯ ได้ไปช่วยห้องปฏิบัติการเจาะเลือด วันละ 1 คน ตั้งแต่เวลา 7.00 น. – 11.00 น. ทุกวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ)
6. สมาชิกชมรมฯ ได้ไปช่วยแพทย์ในคลินิกผู้สูงอายุ ทุกวันอังคาร วันละ 1 คน ซึ่งสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จะมีส่วนร่วมในการทำงานและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามความรู้ ความสามารถ

ผู้ศึกษาเองเป็นบุคลากรที่ทำงานด้านสาธารณสุข มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และได้มองเห็นกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี ที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีและสมควรได้รับการสนับสนุน และเผยแพร่เป็นอย่างยิ่ง อีกประการหนึ่ง ผู้ศึกษาเองก็มีความอยากรู้ถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมในชมรมอาสาสมัครของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และเมื่อทราบผลการศึกษาแล้วจะได้นำผลเสนอต่อชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อจะได้นำผลการศึกษานั้นไปปรับปรุง อันจะส่งผลให้การจัดกิจกรรมมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้นต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครคืออะไร
2. การเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครในโรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อศึกษาถึงผลต่อสุขภาพะจากการทำงานอาสาสมัครของผู้สูงอายุ ภายหลังจากการเข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยเกื้อหนุนที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

1. ได้ทราบถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครในโรงพยาบาลชลบุรี
2. ได้ทราบถึงข้อมูลด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุ ภายหลังจากการเข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชลบุรี

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตและเป้าหมายของการศึกษาไว้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีอายุตั้ง 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 80 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งสิ้น 200 คน

จำนวนประชากรตัวอย่าง

การกำหนดจำนวนประชากรตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยใช้การคำนวณจากสูตรของ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) มากำหนดและได้จำนวนประชากรตัวอย่าง

ด้านเนื้อหา

ขอบเขตเนื้อหาของการศึกษา จะทำการศึกษาในประเด็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครในโรงพยาบาลชลบุรีและศึกษาถึงผลต่อสุขภาวะจากการทำงานอาสาสมัครของผู้สูงอายุ ภายหลังจากการเข้าร่วมงานอาสาสมัครในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชลบุรี ได้แก่ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยเศรษฐกิจ และปัจจัยสังคม

สุขภาวะของผู้สูงอายุได้รับจากเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครในโรงพยาบาลชลบุรี

4 มิติ โดยอาศัยกรอบแนวคิดจากงานวิจัยของ ยุพิน มีหมู่, (2551, หน้า 6) คือ

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย
2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต
3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม
4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ

ขอบเขตเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้จะดำเนินการศึกษาเป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2555- มีนาคม 2556

ตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ให้ความสนใจและกำหนดตัวแปรไว้ ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ ได้ให้ความสำคัญกับตัวแปร 4 ตัว คือ

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ และสถานภาพการสมรส

1.2 ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย การอยู่ร่วมกับครอบครัว รายได้ของครอบครัว

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในครอบครัว

1.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อาชีพ รายได้ ภาระหนี้สิน

1.4 ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย การตั้งถิ่นฐาน การเข้าร่วมกิจกรรม

การเป็นสมาชิกชมรม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ตัวแปรด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย

2.2 สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต

2.3 สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม

2.4 สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ปัจจัยเกื้อหนุน หมายถึง ข้อมูลส่วนตัว ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมการทำงาน อาสมัครประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ และสถานภาพการสมรส

2. ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย การอยู่ร่วมกับครอบครัว รายได้ของครอบครัว

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในครอบครัว

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อาชีพ รายได้ ภาระหนี้สิน

4. ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย การตั้งถิ่นฐาน การเข้าร่วมกิจกรรม การเป็นสมาชิกชมรม

สุขภาพ หมายถึง สภาวะหรือวิถีผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขอย่างยั่งยืน โดยเชื่อมโยงองค์ประกอบ ทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญา(จิตวิญญาณ) อย่างสมดุล

ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีกำลัง มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการไม่ใช้สารเสพติด

ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขผ่อนคลาย ความวิตกกังวลเรื่องต่าง ๆ

ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว ในชุมชนและสังคม

ทางปัญญา(จิตวิญญาณ) หมายถึง การรู้เท่าทันสภาวะที่เกิดขึ้น การเสียสละไม่เห็นแก่ตัว และการเห็นคุณค่าในตนเอง

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การรวมตัวกันของผู้สูงอายุ เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเอง ในลักษณะเข้าร่วมในการติดต่อสื่อสาร พบปะ พุดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หรือไปไหนมาไหนด้วยกันในลักษณะเป็นกลุ่มมีการจัดระบบระเบียบขอชมรม เช่น มีประธาน รองประธาน กรรมการ ตามระเบียบการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี

อาสาสมัครผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสมัครใจทำหน้าที่ช่วยเหลือและให้บริการ เพื่อส่วนรวมแก่ประชาชนและสังคม โดยไม่คำนึงถึงผลตอบแทน

ชนบท หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลอำเภอเมืองชลบุรี

เมือง หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอำเภอเมืองชลบุรี