

ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ
ภาวะซึมเศร้า: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก
Effects of Elderly School Attendance on Health Literacy and
Depression: A Case Study of Elderly School in Phitsanulok Province

ดาวรุ่ง คำวงศ์, วท.ด., Daorong Komwong, Ph.D.^{1*}

บุศรา โล่ห์เรืองทรัพย์, พย.ม., Busara Lorungsap, M.Sc.²

ฐิติพร แสงรัตน์, ส.บ., Titiphon Sangrat, B.P.H.³

¹อาจารย์ ดร., วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

¹Instructor, Ph.D., Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public
Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์สุขภาพชุมชนวังทอง โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

²Registered Nurse, Professional Level, Wang Thong Community Health Center, Wang Thong
Hospital, Phitsanulok

³อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

³Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and
Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author Email: daorong.k@scphpl.ac.th

Received: March 28, 2023

Revised: October 15, 2022

Accepted: December 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มละ 40 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ฉบับ 15 ข้อ ระหว่างเดือนธันวาคม 2564-มีนาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติไคสแควร์ในการเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรู้แจ้ง ความแตกฉาน การรู้

แจ้งแถมถน ในภาพรวมทุกองค์ประกอบไม่มึความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมึระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในองค์ประกอบด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมึนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) สำหรับผลการศึกษารึเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมึภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาแสดงให้ เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมึความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น หน่วยงานในพื้นที่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการการสนับสนุนกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: โรงเรียนผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This descriptive study aimed to compare the level of health literacy (HL) and depression between the elderly who participated in an elderly school (Elderly school group) and those in the community who did not (Community group). Each group included 40 elderly individuals with non-communicable diseases. Data were collected between December, 2021 and March, 2022 using an HL questionnaire for diabetes and hypertension and the Thai version of the 15-item Geriatric Depression Scale (TGDS-15) to assess HL and depression, respectively. Descriptive statistics were used to characterize the data. Chi-square tests was conducted to compare the difference in HL and depression levels. The study found that, there were no significant differences in overall HL level between Elderly school group and Community group. However, the HL enlightenment level among the Elderly School Group were statistically significant higher ($p\text{-value}=0.007$) when accessing or seeking health information compared to the Community Group. There were no significant differences in depression between the two groups. This study highlights the potential of elderly school participation, particularly for enhancing health literacy regarding access or seek to health information among the elderly. These results can serve as a valuable guide for local organizations, particularly those focused on enhancing the capabilities of the elderly, in supporting relevant activities in future contexts.

Keywords: Elderly School, Health Literacy, Depression

บทนำ

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย และคาดการณ์ว่าจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 กลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578 (มูลนิธิวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นความท้าทายที่จะเข้าสู่สังคมของการพึ่งพิง ทำให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและมีมาตรการเพื่อรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในเชิงระบบและระดับบุคคล เพื่อส่งเสริม สนับสนุนช่วยเหลือให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความสำคัญของ 3 องค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ได้แก่ มีสุขภาพที่ดี มีความมั่นคงหรือมีหลักประกันในชีวิต และมีส่วนร่วม (World Health Organization, 2002)

การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การลดภาวะพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งมีหลายแนวคิดทางการศึกษาที่นำมาใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็น Active Ageing ได้แก่ แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต แนวคิดพหุฒาวิทยา ด้านการศึกษา (Educational Gerontology) แนวคิดการพัฒนาเมืองแห่งการเรียนรู้ แนวคิดการพัฒนาเมืองสำหรับผู้สูงอายุ (ระวี สัจจโสภณ, 2556) สำหรับการเตรียมความพร้อมในระดับบุคคลเพื่อส่งเสริมให้เกิด Active Ageing นั้น โดยมีการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย หนึ่งในกิจกรรมดังกล่าวคือ เช่น การก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายและมีการทำกิจกรรมที่หลากหลายร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมาย

เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง อาศัยัญญา รัตนอุบล, 2562) ภายใต้แนวคิด “การศึกษาออกโรงเรียนเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต” ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้อย่างสนุกสนาน เกิดทักษะด้านการดูแลตัวเองและพึ่งพาตัวเองได้ ทั้งนี้ การดำเนินกิจกรรมไม่มีรูปแบบที่ตายตัว ขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก (มูลนิธิวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดกรอบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นคู่มือสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ซึ่งเนื้อหาในหลักสูตรส่วนใหญ่ มุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาพที่ดีและการมีส่วนร่วมกับสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ Active ageing

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า และ หลังจาก ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุมีอาการของภาวะซึมเศร้าลดลง (มนัส จันทร์พวง และคณะ, 2560; อุบล นวนวงศ์เสถียร และนิตยา แก้วคำสอน, 2561) นอกจากนี้ ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุมีภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในด้านเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. (อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ ส. (ไม่) สูบบุหรี่ และ ส. (ไม่)ดื่ม) สุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)

สำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2559 โดยใช้หลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการดำเนินการสอน ทั้งนี้หลังจากมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พบว่า ยังมี

การศึกษาเกี่ยวกับโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งนี้ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในด้านผลของการเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ต่อความรู้ด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะมุ่งศึกษาผลของการเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยทำการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ระหว่างผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุทั่วไป ในชุมชนที่ไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรู้แจ้ง ความแตกฉาน และการรู้แจ้งแตกฉาน ของความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับการรู้แจ้ง ความแตกฉาน และการรู้แจ้งแตกฉาน สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วม
2. ผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าย่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยและขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

(Descriptive study) โดยศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุกับกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชนที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมุ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

1. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเข้ารับการตรวจติดตามที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเข้ารับการตรวจติดตามที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบในพื้นที่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง 2) การเข้ารับการตรวจติดตามที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถสื่อสารโดยการถามและตอบได้ และ 4) ผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ต้องเข้าร่วมในกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และมีเกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีความพิการทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร เช่น หูหนวก ตาบอด เป็นต้น และ 2) ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งอื่นหรือเข้าร่วมกิจกรรมในลักษณะที่คล้ายคลึงกับการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุในช่วงที่ทำการศึกษา

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบสัดส่วน (Ngamjarus, & Chongsuvivatwong, 2559) จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (มันัส จันทรพวง และคณะ, 2560) และในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วม

ในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.73 (สรร กลิ่นวิจิต, เวรกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, และ พลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต, 2558) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจจำแนกความแตกต่างร้อยละ 80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 28 คน แต่เนื่องจากแบบสอบถามมีข้อคำถามค่อนข้างมากและใช้เวลาในการตอบคำถาม เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 คน

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 3/2563-1

3. เครื่องมือการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดภาวะซึมเศร้า โดยทั้งสองแบบวัดเป็นแบบวัดมาตรฐาน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การวัดระดับของความรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, และ นริมาลัย นิละไพจิตร, 2559) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในชุมชน ความรู้สึกที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ *มิติความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy)* ประเมินองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ (2 ข้อ) คำตอบเป็นตัวเลือกแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือทุกครั้ง (1 คะแนน)

บ่อยครั้ง (2 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) และไม่เคย (4 คะแนน) คะแนนเต็ม 8 คะแนน 2) ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (5 ข้อ) คำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ (0 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน) คะแนนเต็ม 5 คะแนน และ 3) ความรู้ ความเข้าใจ (แยกตามกลุ่มผู้ป่วย คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (36 ข้อ 36 คะแนน) โรคเบาหวาน (30 ข้อ 30 คะแนน) และโรคความดันโลหิตสูง (20 ข้อ 20 คะแนน) คำตอบมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) *มิติความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative/Interactive health literacy)* มุ่งองค์ประกอบด้านการปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถาม ปัญหาต่าง ๆ (17 ข้อ) คำตอบมีตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ บอกญาติให้พูดแทน (1 คะแนน) ไม่ตอบ (2 คะแนน) พยายามตอบ (3 คะแนน) ตอบเองทันที (4 คะแนน) และตอบและถามเพิ่ม (5 คะแนน) คะแนนเต็ม 85 คะแนน และ *มิติความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)* มุ่งองค์ประกอบในด้านการตัดสินใจ ที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต (11 ข้อ) คำตอบมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก คือ เป็นไปได้มาก (4 คะแนน) พอเป็นไปได้ (3 คะแนน) เป็นไปได้น้อย (2 คะแนน) และไม่ทำ (1 คะแนน) คะแนนเต็ม 44 คะแนน

เกณฑ์การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็น “รู้แจ้ง” หรือ “รู้จัก” หากคะแนนที่ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 ของคะแนนเต็มในแต่ละองค์ประกอบ ถือว่าอยู่ในระดับ “รู้แจ้ง” หากคะแนนที่ได้น้อยกว่าร้อยละ 75 ของคะแนนเต็มในแต่ละองค์ประกอบ ถือว่าอยู่ในระดับ “รู้จัก”

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตัว 30. 2ส. (8 ข้อ) ได้แก่ การออกกำลังกาย (1 ข้อ) อาหาร (5 ข้อ) อารมณ์ (1 ข้อ) การสูบบุหรี่ (1 ข้อ) การดื่มสุรา (1 ข้อ) ตัวเลือกแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ทำเลย นาน ๆ ครั้ง 3 วันต่อสัปดาห์ และทุกวัน และแยกระดับ

การปฏิบัติเป็น ระดับ “แตกฉาน” คือ มีการปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ระดับ “ไม่แตกฉาน” คือ มีการปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบางพฤติกรรม

เกณฑ์การจำแนกระดับรู้แจ้งแตกฉาน หากระดับความรอบรู้อยู่ในระดับ “รู้แจ้ง” และระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ “แตกฉาน” จำแนกเป็น “รู้แจ้งแตกฉาน” หากระดับความรอบรู้อยู่ในระดับ “รู้จัก” และระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ “แตกฉาน” จำแนกเป็น “รู้จัก แต่แตกฉาน” หากระดับความรอบรู้อยู่ในระดับ “รู้แจ้ง” และระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ “ไม่แตกฉาน” จำแนกเป็น “รู้แจ้งแต่ไม่แตกฉาน” และหากระดับความรอบรู้อยู่ในระดับ “รู้จัก” และระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ “ไม่แตกฉาน” จำแนกเป็น “รู้จัก แต่ไม่แตกฉาน”

1) การวัดภาวะซึมเศร้า ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ฉบับ 15 ข้อ (Thai version of the 15-item Geriatric Depression Scale: TGDS-15) ซึ่งใช้สำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนหรือในคลินิก ผู้สูงอายุ เหมาะกับผู้สูงอายุและสังคมวัฒนธรรมไทย ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไว้แล้วในบริบทของสังคมไทย (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) แบบวัดเป็นการประเมินความรู้สึก ในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ 1 คะแนน หากตอบว่า “ใช่” ในข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 และตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 จำแนกเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0-4) เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น (คะแนน 5-10) และเป็นโรคซึมเศร้าควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา (คะแนน 11-15)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานเพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลจากโรงเรียนผู้สูงอายุ และหน่วยบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชี้แจงรายละเอียดรวมทั้งเครื่องมือและระยะเวลาที่ใช้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบโดยทีมผู้วิจัยช่วยเหลือในการอธิบายกรณีทีกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือรายบุคคล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า แสดงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่างของสัดส่วนของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่ม ตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ การรู้แจ้ง ความแตกฉาน และรู้แจ้งแตกฉาน และภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ Chi-square ในกรณีที่มีค่าความถี่คาดหวัง (Expected value) น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้ Fisher's Exact Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ < 0.05

ผลการวิจัย

สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุเฉลี่ย 66.88 ปี ส่วนกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุเฉลี่ย 66.33 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน และเป็นแม่บ้าน) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีบทบาทในชุมชนในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ (n=40 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ (n=40 คน) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	5 (12.5)	11 (27.5)
หญิง	35 (87.5)	29 (72.5)
อายุ เฉลี่ย (ปี±S.D.)	66.88 (4.64)	66.33 (5.73)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	29 (72.5)	37 (92.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (20.0)	2 (5.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2 (5.0)	0 (0.0)
ปวส./อนุปริญญา	1 (2.5)	1 (2.5)
อาชีพ		
ว่างงาน/แม่บ้าน	38 (95.0)	32 (80.0)
เกษตรกร/ทำสวน/เลี้ยงสัตว์	0 (0.0)	3 (7.5)
ค้าขาย	2 (5.0)	1 (2.5)
รับจ้างทั่วไป	0 (0.0)	4 (10.0)
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ/เหลือเก็บ	6 (15.0)	3 (7.5)
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	18 (45.0)	21 (52.5)
เพียงพอบางครั้ง	8 (20.0)	11 (27.5)
ไม่เพียงพอ	8 (20.0)	5 (12.5)
การมีบทบาทในชุมชน		
ไม่มี ไม่ระบุ	8 (20.0)	25 (62.5)
มี	32 (80.0)	15 (37.5)
ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร		
ร่างกายแข็งแรง	10 (25.0)	10 (25.0)
ไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้	29 (72.5)	26 (65.0)
ไม่แข็งแรง ดูแลตนเองไม่ได้	1 (2.5)	4 (10.0)
มือสั่น.คนชุมชน หรือญาติช่วยดูแล		
ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
พูดคุยที่ รพ.สต.แบบตัวต่อตัว	8 (14.54)	19 (34.54)
พูดคุยที่ รพ.สต.แบบกลุ่ม	16 (29.09)	12 (21.81)
พูดคุยที่บ้าน	14 (25.45)	9 (16.36)
ร่วมกิจกรรมการรณรงค์ของรพ.สต.	17 (30.90)	15 (27.27)
อบต. หรือกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น		

สำหรับผลการเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ ทั้งสองกลุ่มพบว่า การรู้แจ้ง-รู้จัก ความแตกฉาน-ไม่ ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรู้แจ้ง ความแตกฉาน การรู้แจ้ง แยกฉาน และการรู้แจ้ง-แยกฉาน ไม่มีความแตกต่าง แยกฉาน ในภาพรวมทุกองค์ประกอบ ระหว่างผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่ม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมทุกองค์ประกอบ ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับที่ไม่ได้ เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

	ระดับ	กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม (n=40 คน)	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม กิจกรรม (n=40 คน)	χ^2 (p-value)
การรู้แจ้ง	รู้แจ้ง	32 (80.0)	27 (67.5)	1.614 (0.204)
	รู้จัก	8 (20.0)	13 (32.5)	
ความแตกฉาน	แตกฉาน	34 (85.0)	35 (87.5)	0.105 (0.745)
	ไม่แตกฉาน	6 (15.0)	5 (12.5)	
การรู้แจ้งแตกฉาน	รู้แจ้ง-แตกฉาน	27 (67.5)	24 (60.0)	1.899 (0.594) [†]
	รู้แจ้ง-ไม่แตกฉาน	5 (12.5)	3 (7.5)	
	รู้จัก-แตกฉาน	7 (17.5)	11 (27.5)	
	รู้จัก-ไม่แตกฉาน	1 (2.5)	2 (5.0)	

[†]Fisher's Exact Test

สำหรับผลการเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มในแต่ละมิติและองค์ประกอบ พบว่า การรู้แจ้ง-รู้จัก ของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในองค์ประกอบด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.007) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมฯ อยู่ระดับรู้แจ้งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมฯ

(ร้อยละ 57.5 และร้อยละ 27.5 ตามลำดับ) สำหรับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ในด้านการปฏิบัติสื่อสาร ในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ และขั้นวิจารณ์ญาณในด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต ทั้งสองกลุ่มที่อยู่ในระดับรู้จักทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ละองค์ประกอบระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม (n=40 คน)	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (n=40 คน)	χ^2 (p-value)
ขั้นพื้นฐาน: ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ			
รู้แจ้ง	22 (55.0)	19 (47.5)	0.450
รู้จึก	18 (45.0)	21 (52.5)	(0.502)
ขั้นพื้นฐาน: ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ			
รู้แจ้ง	23 (57.5)	11 (27.5)	7.366
รู้จึก	17 (42.5)	29 (72.5)	(0.007)
ขั้นพื้นฐาน: ความรู้ ความเข้าใจ			
รู้แจ้ง	20 (50.0)	17 (42.5)	0.453
รู้จึก	20 (50.0)	23 (57.5)	(0.501)

สำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือเริ่มมีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*	กลุ่มที่เข้าร่วม กิจกรรม (n=40 คน)	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม กิจกรรม (n=40 คน)	χ^2 (p-value)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน): จำนวน (ร้อยละ)	32 (80.00)	36 (90.0)	1.569
เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (5-10 คะแนน): จำนวน (ร้อยละ)	8 (20.0)	4 (10.0)	(0.210)

*ไม่มีผู้ที่ถูกประเมินว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา (11-15 คะแนน)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมทุกองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในมิติหรือองค์ประกอบอื่น เช่น ในขั้นพื้นฐาน

ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และในขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันได้แก่ การปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ และในขั้นวิจารณ์ญาณคือ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต

ผู้สูงอายุทุกคนทั้งสองกลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน “ระดับรู้จัก” ทั้งหมด ซึ่งอาจส่งผลให้ในภาพรวมทุกองค์ประกอบไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1) ทั้งสองกลุ่มเคยเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาโดยเป็นการพูดคุยที่รพ.สต. แบบกลุ่ม พูดคุยที่บ้าน หรือเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์หรือกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น มีความถี่ที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจส่งผลให้การสื่อสาร การโต้ตอบ ในกรณีต่าง ๆ สามารถทำได้ใกล้เคียงกัน รวมทั้งผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มยังมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งอาจทำให้การตัดสินใจในเหตุการณ์กรณีต่าง ๆ สามารถปฏิบัติได้ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nilnate, Hengpraprom, and Hanvoravongchai, (2016) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับขั้นพื้นฐานทุกคน ไม่มีผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ “ระดับรู้แจ้ง” สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วม ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการแสวงหาเพื่อเข้าถึงข้อมูลที่ตนเองสงสัยหรือต้องการศึกษาความรู้เพิ่มเติมหรือค้นหาข้อมูลกรณีที่ตนเองมีความผิดปกติเกิดขึ้น อาจถามจากวิทยากรหรือผู้สอนในโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมทั้งอาจมีการสอบถามพูดคุยกับอาสาสมัคร หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึง

หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพได้สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nuntaya Sane, Worarat Sukkum, & Janpen Leartwanawattana, 2016; ปัญญาจรรย์ วิมลรัตนชัยศิริ, 2563) ซึ่งในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในการศึกษาดังกล่าว เป็นพฤติกรรมที่สนใจต่อสุขภาพ โดยเป็นการหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การค้นหาหรือสนใจความผิดปกติของร่างกายที่เกี่ยวข้อง และเป็นการแสวงหาความรู้จากการอ่าน การสังเกต และการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับบุคลากรด้านสุขภาพ นอกจากนี้รายวิชาในหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษานั้น เป็นไปตามโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชา ได้แก่ กลุ่มวิชาชีวิต วิชาชีพ และวิชาการ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) ทั้งนี้การสอนได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มวิชาชีวิตประมาณร้อยละ 70 ของจำนวนชั่วโมงทั้งหมด ซึ่งมากกว่าจำนวนชั่วโมงตามโครงสร้างของหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มวิชาชีวิตนี้ได้มีหมวดวิชาชีวิตและสุขภาพประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนชั่วโมงในกลุ่มวิชาชีวิต รวมทั้งยังมีหัวข้อโรคเรื้อรังที่พบมากในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นชุดความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ (ดาวรุ่ง คำวงศ์ และสุรวิชัย รุ่งสว่าง, 2563) ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่เป็นไปได้ว่าการเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงแนวทางหรือช่องทางของการแสวงหาข้อมูลสุขภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองและสามารถนำไปปรับใช้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากโรคที่ตนเองเป็นอยู่ จึงอาจเป็นเหตุที่ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุสนใจในสุขภาพของตนเองและสามารถแสวงหาข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตนเองในระดับรู้แจ้งที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ที่มียารักษาแข็งแรงและดูแลตนเองได้ และมากกว่าร้อยละ 80 มีความเพียงพอของรายได้ จึงอาจเป็นเหตุผลที่เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มเป็นผู้มีสุขภาพกายที่แข็งแรง ไม่มีความกังวลในเรื่องความเพียงพอของรายได้ จึงอาจส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้ระดับของภาวะซึมเศร้า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า หลังจากเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีอาการของภาวะซึมเศร้ามลดลง (มนัสจันทร์พวง และคณะ, 2560; อุบล นววงศ์เสถียร และ นิตยา แก้วคำสอน, 2561)

การศึกษานี้อาจพบข้อจำกัดในบางประเด็นได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ อาจมีโอกาสได้รับสุขศึกษาหรือความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพจากหน่วยบริการที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ที่มักจะให้สุขศึกษากับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่

ติดต่อเรื้อรังอยู่แล้ว หรือจากกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีลักษณะกิจกรรมคล้ายในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ศึกษา อาจมีผลต่อ ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าที่ได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ ย่อมส่งผลต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรส่งเสริม สนับสนุนให้มีการจัดตั้งการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุในรูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่
2. ในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป อาจทำการ ศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินงานในโรงเรียนผู้สูงอายุ ลักษณะกิจกรรมที่สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นและป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดกิจกรรมหรือโครงการใน กลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). *คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ*. สืบค้น จาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1605680859-197_0.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ 6 Sustainable 4 Change*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/5/155>

ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร. (2559). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้ง แตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข.

- ดาวรุ่ง คาวงศ์ และสุรวิชัย รุ่งสว่าง. (2563). การวิเคราะห์เนื้อหาวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแครง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 1-12.
- ปัญญา วิมลรัตนชัยศิริ. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 3(2), 52-75.
- มนัส จันทร์พวง, วิยะณี ดังก้อง, ปาริฉัตร กุลเกลี้ยง, สุภาพร ธนะขว้าง, ณีฐกมล บัวบาน, และเอกภพ นิลพัฒน์. (2560). การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่*, 3(1), 87-102.
- มูลนิธิวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560*. Retrieved from http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1552463947-147_0.pdf
- ระวี สัจจโสภณ. (2556). แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพลัมพลิงในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์*, 34(3), 471-490.
- สรร กลิ่นวิจิต, เวรกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, และพลอยพันธ์ุ กลิ่นวิจิต. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. *บูรพาเวชสาร*, 2(1), 21-33.
- อุบล นววงศ์เสถียร และนิตยา แก้วคำสอน. (2561). การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 1(1), 70-81.
- อาชัญญา รัตน์อุบล. (2562). ข้อเสนอการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 11(1), 26-46.
- Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2559). n4Studies: Sample size calculation for an epide-miological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68, 160-170.
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 30(5), 315-321.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Retrieved from <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=101080/1357628031000116808&magic=crossref||D404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3>