



รายงานการวิจัย

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของค์รวมของผู้สูงอายุ
ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภาวนา 4

สุรสิทธิ์ ไกรสิน

รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยญาณสังวร
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
ประจำปีงบประมาณ 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย



รายงานการวิจัย

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ
ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภavana 4

A Model for Reinforcing Capabilities of Cares for the
Senior's Holistic States of Health by Applying Buddhism's
Four Developments of Miond in Thungkula Ronghai's Area

สุรสิทธิ์ ไกรสิน

รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยญาณสังวร
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
ประจำปีงบประมาณ 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ 2) สร้างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 และ 3) หาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาจากผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ดุลพินิจ ใช้สูตรทาร์โยมานเน่ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการออกสัมภาษณ์ และส่งแบบสอบถามให้ผู้นำชุมชนช่วยแจกผู้สูงอายุตอบแล้วเก็บรวบรวมผู้วิจัยลงไปรับจากผู้นำชุมชนด้วยตัวเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และใช้สถิติค่าร้อยละ และค่าความถี่

ผลการวิจัยพบว่า :-

1. สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด พบว่า มีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านแตกต่างกันไป

2. การสร้างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) หลักการของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 3) กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

3. การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และด้านจัดการความเครียดก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 คือ ค่าเฉลี่ยหลังจากการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพเกี่ยวกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ/หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที ก่อนและหลัง การส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนการมีสุขภาพจิตดีก่อนและหลัง การส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 1

คำสำคัญ :-

1. รูปแบบ
2. การเสริมสร้างสมรรถนะ
3. การดูแลสุขภาพของครอบครัว
4. ผู้สูงอายุ

Abstract The

The study on “A Model for Reinforcing Capabilities of Cares for the Senior’s Holistic States of Health by Applying Buddhism Four Developments of Mind in Thungkula Ronghai’s Area” served specific purposes: 1) to study the senior’s states of health and requirements necessary for reinforcing their holistic states of health in the preceding area, 2) to construct a model as such by applying its four developments of mind in the said area, and 3) to search for effectiveness of the model for reinforcing capabilities of cares for their holistic states of health in the aforesaid area. The study was undertaken among the senior under discretion, using Taro Yamane’s table. Sampling groups comprised 400 seniors. The instrument for data collections was the questionnaire handouts. Data were collects by means of interviewing. The questionnaire handouts were sent to community leaders to help distribute them to the target senior. After having the handouts filled, they were collected and brought from the by the target senior. Data were analyzed by way of the content analyses, using percentages and frequencies.

Results of findings.

1) The senior’ holistic states of health have been rated at the moderate scale. Their requirements vital for reinforcing capabilities of cares for their holistic states are of six aspects: onus for their health, workout, nutrition, interpersonal relationships, promotion of their spiritual health, and elimination of mental stresses; each of which varies.

2) The constructed model for reinforcing capabilities of cares for their holistic states of health by applying four developments of mind have been found that the model for promoting their holistic states of health consists of four elements : 1) principles of the model, 2) its purposes, 3) processes for their health promotion, and 4) conditions of accomplishments and indicators of the model.

3) The search for effectiveness of reinforcing their promotion of health health have been found that after trying out the model for their health, workout, nutritions, interpersonal relationships, promotion of their spiritual health and elimination of their stresses and after promotion of their health have close correlation with the statistical significance at the level of .01, that is, means after the promotion of their health are higher than the intervention of their promotion health promotion. In terms of their desirable health, it has found that the senior with the mass body index at the normal levels/or their length of waist at the normal criteria work out at least three days a week, each time lasts between 15 and 30 minutes; their health has

close correlations with the statistical significance at the level of .01. As for their good mental health before and after their health promotion, it has correlation at the level of 1.

- Keywords
1. The model
 2. reinforcing capabilities
 3. cares for holistic states of health
 4. The senior

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ อาจารย์เวชยันต์ เสงสุวนิช ที่ได้ให้การ
เกื้อหนุนและอบรมสั่งสอนให้ความรู้มาเป็นอย่างดีจนทำให้งานวิจัยเล่มนี้ประสบผลสำเร็จ

ขอขอบคุณ รองอธิการบดี คณะผู้บริหาร คณาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือวิจัย เจ้าหน้าที่ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด ทุกท่านที่ให้การ
สนับสนุนการทำงานวิจัยนี้ให้ประสบผลสำเร็จ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตทุ่ง
กุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้เสียสละเวลาในการตอบข้อซักถาม และให้ข้อมูลในการวิจัยด้วยความ
เรียบร้อยและถูกต้อง

ขอขอบคุณบิดามารดาที่ได้ให้กำเนิด อบรมสั่งสอนตลอดจนเอื้อเพื่อเกื้อหนุนในด้านต่างๆ
ผู้มีพระคุณทุกท่านและเพื่อนๆ ที่ได้ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีจนทำให้งานวิจัยเล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

ประโยชน์และคุณค่าทั้งหลายทั้งมวลที่เกิดจากงานวิจัยเล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้มีพระคุณ
ทั้งหมดทั้งมวลที่ได้กล่าวมาข้างต้นตลอดจนผู้ที่จะนำผลงานวิจัยเล่มนี้ไปใช้และศึกษาค้นคว้าต่อไป

สุรสิทธิ์ ไกรสิน

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน	10
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ	34
2.4 หลักธรรมาภวนา 4 ที่ใช้ในการวิจัย	40
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ	43
2.6 บริบทพื้นที่วิจัย	56
2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	65
2.8 กรอบแนวคิดของการวิจัย	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	72
ระยะที่ 1 ศึกษาสภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย อำเภอโพธิ์ทราย อำเภอก เกษตรวิสัย อำเภอสุวรรณภูมิ และอำเภอบุพผรัตน์	72
ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของ ผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภวนา 4	78

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ระยะที่ 3 หาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะ องค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภavana 4	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	82
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้สื่อความหมายในการวิจัย	82
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	83
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	131
สรุปผลการวิจัย	131
อภิปรายผลการวิจัย	135
ข้อเสนอแนะ.....	141
บรรณานุกรม	142
ภาคผนวก	153
ประวัติผู้วิจัย.....	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	แสดงการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	52
2.2	การสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	53
3.1	จำนวนอำเภอและผู้สูงอายุ ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้	74
3.2	ค่าความเชื่อมั่นของแบบถามทั้งฉบับ (Reliability)	76
3.3	ระยะเวลาทำการวิจัย และแผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย	81
4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	83
4.2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว แยกรายโรค.....	86
4.3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอโพธาราม.....	87
4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า PNI _{Modified} และลำดับความสำคัญของความต้องการ เป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ.....	88
4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า PNI _{Modified} และลำดับความสำคัญของความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย	90
4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า PNI _{Modified} และลำดับความสำคัญของความต้องการ จำเป็น ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการ.....	91
4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า PNI _{Modified} และลำดับความสำคัญของความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	93
4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า PNI _{Modified} และลำดับความสำคัญของความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ	95
4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า PNI _{Modified} และลำดับความสำคัญของความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการจัดความเครียด	96
4.10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ	117
4.11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ	117
4.12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชั้นที่ 1.....	118

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชั้นที่ 2	118
4.14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 1 – 6	119
4.15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชั้นที่ 4	121
4.16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชั้นที่ 5	121
4.17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 4 เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ	122
4.18	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	123
4.19	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว แยกรายโรค	125
4.20	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยใช้หลักภavana 4.....	126
4.21	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ความเข้าใจ การประจำความรู้ไปใช้ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	127
4.22	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t ของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบทั้ง 6 ด้าน	129
4.23	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t ของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	129

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภาวนา 4	71
4.1	แสดงยกกร่างรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุ.....	101

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับคนซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญแต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในประเทศไทย เนื่องมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้อัตราการเกิดและอัตราการตายลดลง ส่งผลให้จำนวนสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานการคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ.2533 – 2563 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2557 ประเทศไทยจะมีประชากร 68.95 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุช่วงอายุ 60 – 79 ปี จำนวน 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.2 อายุ 80 ปี จำนวน 1.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.5 จะเห็นชัดเจนว่า สังคมไทยใน 20 ปีจากนี้ไป จะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก กล่าวคืออายุต่ำกว่า 15 ปีมีจำนวน 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.8 ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวน 13.8 ล้านคน (12.5+13.8) หรือในสัดส่วน 1.66 คนหนุ่มสาว เลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุ 1 คน เมื่อพิจารณาจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปใน 20 ปี ข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุในวัยเกิน 60 ปีเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งเท่าตัว เมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ก็จะมีจำนวนคนตายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะมีประชากรสูงอายุที่ถึงวัยจะต้องจากไปเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้ผู้หญิงในอดีตเคยอยู่บ้านมีหน้าที่หลักคือดูแลเด็กและผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานในระบบมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและอยู่ในสภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ข้อมูลการรายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่งปี 2557 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 โดยกรมอนามัยร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)4 พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมการสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีสุขภาพแข็งแรง ส่วนที่เหลือร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 41 เบาหวานร้อยละ 18 ข้อเสื่อมร้อยละ 9 พิกัดร้อยละ 6 ซึมเศร้าร้อยละ 1 และผู้ปวยนอนติดเตียงร้อยละ 1 สอดคล้องกับ อัตราการป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้แก่ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานมากที่สุด ในอัตรา 8,957.5 รายต่อประชากรแสนคน และ 5,331.5 รายต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ทั้งนี้ยังผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังในระยะเริ่มต้นเนื่องจากยังไม่แสดงอาการ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ ในปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 18 มีโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานและร้อยละ 13 มีโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การเจ็บป่วยในโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยพบว่า มากขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น การ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุควร เป็นไปในเชิงรุกนอกสถานพยาบาล เน้นบทบาทครอบครัวและชุมชนในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้ถูกต้อง และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรัง และส่งเสริมให้เห็นคุณค่าผู้สูงอายุ¹

สถานการณ์และแนวโน้มทางด้านสุขภาพในปัจจุบันพบว่า วิถีชีวิตของประชาชนทุกวัยต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกี่ยวข้องมาจากเศรษฐกิจและสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงและเป็ยงเบน อันมีผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและจิตใจ กระแสโลกาภิวัตน์ทำให้พฤติกรรมอนามัยของประชาชนทุกวัยมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากขาดทักษะชีวิต (Life Skill) ในการดูแลสุขภาพตนเอง และต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์² ยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะผู้สูงวัยแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต อย่างยั่งยืนซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการปรับโครงสร้างและการกระจายตัวของประชากรให้เหมาะสม การพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง มุ่งพัฒนาคุณภาพคนไทยในทุกช่วงวัย รวมทั้งการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพตลอดจนส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การสร้างความเป็นเอกภาพ สร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวัฒนธรรม²

การให้คุณค่าผู้สูงอายุไทยยังไม่น่าเป็นห่วงแต่มีแนวโน้มที่ลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงมุมมองและกาให้คุณค่าผู้สูงอายุ เพราะหากสังคมให้คุณค่าและความสำคัญต่อผู้สูงอายุลดลงจะกระทบต่อทั้งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้รับการให้มีส่วนร่วมในสังคม ไม่สามารถทำหน้าที่และบทบาทของตัวเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งในด้านการเป็นศูนย์รวมจิตใจ รวมทั้งศูนย์เสี่ยคุณค่าอันดีงามทางสังคมหรือความกตัญญูทวเวิท การเคารพผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไม่ได้รับความสนใจ อาจทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะลดลงด้วย ซึ่งภาครับจำเป็นต้องเข้ามารับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นภาระด้านงบประมาณและปัญหาทางสังคม³ สังคมแต่ละชุมชนมีวัฒนธรรมที่หลากหลาย วัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์รูปแบบทางพฤติกรรมสนองประโยชน์ความต้องการในสังคมของตนตามปัจจัยเครื่องอาศัยที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ซึ่งมักปรากฏในรูปของการสร้างที่อยู่อาศัยแบบแผนในการดำรงชีวิต การมีคติความเชื่อทางศาสนาอันเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

¹ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ 2566 : 4

² กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แผนงานพัฒนาพฤติกรรมอนามัยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เพื่อส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

³ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2557 : 23

เขตพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ เป็นตำนานในการเล่าขานกันมานานว่าเป็นที่ราบขนาดใหญ่ พื้นที่ส่วนใหญ่ ประมาณ 700,000 ไร่ อยู่ในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด บริเวณอำเภอโพนทราย อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอ เกษตรวิสัย และอำเภอปทุมรัตน์ จากลักษณะภูมิประเทศและขอบเขตของแต่ละพื้นที่ที่ติดกับทุ่งกุลาร้องไห้ มีระยะทาง ที่ห่างไกลจากความเจริญภายในตัวจังหวัดที่มีความพร้อมทางด้าน การแพทย์ การคมนาคมที่ยังไม่สะดวกสบาย จึงเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการเดินทางเข้ามาในตัวจังหวัดหรือตัวอำเภอ ทำให้เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ ทั้งด้านการดำรงชีวิต การสาธารณสุข การติดต่อกับหน่วยงาน ราชการด้านอื่นๆ จากการลงพื้นที่ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลส่วนใหญ่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหน้าที่เฝ้าบ้าน เนื่องจากลูกหลานไปทำงานนอกบ้าน การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัว ในส่วนของเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ปรากฏบทบาทที่เด่นชัด ในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการ เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ กิจกรรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและการสาธารณสุข และยังขาดการมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบในชุมชนซึ่งน่าจะมีการผสมผสานมิติทางวัฒนธรรมของชุมชนในด้านต่างๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้วยการนำหลักภาวะนา 4 มาเป็นรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะ สุขภาวะและการเรียนรู้ทางพระพุทธศาสนา สามารถพัฒนาบุคคลและสังคมตามหลักภาวะนา 4 คือ ภาวะกาย ภาวะ มุ่งเน้นการพัฒนาการฝึกอบรมกายให้รู้จักเป็นระบบระเบียบ และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตนเอง รวมทั้ง เข้าใจระบบความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เกิดความยั่งยืน กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและ ยังพบว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป บางรายมีภาวะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต สูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

จากสภาพปัญหาเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะ การดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภาวะนา 4 ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ ซึ่งมีประชากร จำนวนทั้งสิ้น 198,399 คน (ที่มา : ระบบสถิติทางการทะเบียน,2559) เพื่อพัฒนากระบวนการ ในการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ ในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาตนเอง รวมทั้งเข้าใจ ระบบความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เกิดความยั่งยืน ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแล ตัวเองของผู้สูงอายุโดยนำเอาหลักภาวะนา 4 มาเป็นฐานของการออกแบบหรือการพัฒนาฝึกอบรมหรือกิจกรรม ต่างๆ ในชุมชน สามารถจะทำให้ชุมชนนั้นขึ้นชื่อว่ามีการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้วยหลักวิถีพุทธ อันจะ เป็นการขับเคลื่อนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดสุขภาวะด้านกาย จิต ปัญญา และสังคมต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1. สุขภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความต้องการในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะแบบ องค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้เป็นอย่างไร
2. รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4
2. เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4
3. การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

1.4 นิยามศัพท์

รูปแบบการเสริมสร้าง หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนหรือเป็นการจำลองความจริงของปรากฏการณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์พฤติกรรม หรือองค์ประกอบของสิ่งที่สำคัญๆ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีลักษณะเป็นตัวแทนของความเป็นจริงที่เปลี่ยนความสลับซับซ้อนหรือจากสิ่งที่ใหญ่ให้เล็กลงให้เป็นความเข้าใจที่ง่ายขึ้น อาจเป็นได้ทั้งรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรมเพื่อใช้ในการทำนายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและเป็นแนวทางในการดำเนินงาน

การเสริมสร้างสมรรถนะ หมายถึง กระบวนการที่ผู้สูงอายุสามารถ เพิ่มความสามารถในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพองค์ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมได้อย่างมีความสุข โดยครอบคลุม สภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค

ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ

ด้านโภชนาการ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ครบ 5 หมู่

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ ด้านสุขภาพเพื่อช่วยแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

การส่งเสริมด้านสุขภาพด้านจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต โดยการนำเอาหลักความสุขจากอิสรภาพทางปัญญา หรือหลักทฤษฎี 4 เป็นการกำหนดจุดมุ่งหมายที่วางแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

ด้านการขจัดความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

สุขภาวะองค์รวม หมายถึง การมีสุขภาวะที่ดี โดยพิจารณาถึงทุกๆ องค์ประกอบ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา รวมถึงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในชุมชน

การดูแลสุขภาวะองค์รวม หมายถึง การดูแลทุกๆ องค์ประกอบ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา และสภาพแวดล้อมความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย อำเภอโพธาราย อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย และอำเภอปทุมรัตน์

หลักทฤษฎี 4 หมายถึง ความสุขจากอิสรภาพทางปัญญา ที่ใช้เป็นเทคนิคในการเสริมสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่

1. พัฒนาด้านกาย
2. พัฒนาด้านศีล
3. พัฒนาด้านจิตใจ
4. พัฒนาด้านปัญญา

เขตทุ่งกุลาร้องไห้ หมายถึง จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยประกอบด้วย อำเภอโพธาราย อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอสุวรรณภูมิ และอำเภอปทุมรัตน์

ประสิทธิภาพของรูปแบบ หมายถึง การประเมินผลการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ตามรูปแบบเพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ ตลอดจนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

1.5. ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัย

การวิจัยรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ผู้วิจัยเลือกจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีพื้นที่ของทุ่งกุลาร้องไห้ประมาณ 700,000 ไร่ และเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้เยอะที่สุด ซึ่งประกอบด้วย 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโพธาราย อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย และอำเภอปทุมรัตน์

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ที่อาศัยอยู่ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ จำนวน 4 อำเภอ

ประกอบด้วย อำเภอโพธาราม อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอสวรรณภูมิ และอำเภอปทุมรัตน์ จำนวน 36,868 คน (ที่มา: ระบบสถิติทางการทะเบียน,2559)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ที่อาศัยอยู่อำเภอโพธาราม จำนวน 3,143 คน (ที่มา: ระบบสถิติทางการทะเบียน,2559) โดยการใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Clustre Random Simple) จากจำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโพธาราม อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอสวรรณภูมิ และอำเภอปทุมรัตน์

1.5.3 ขอบเขตด้านการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งวิธีการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1.5.3.1 ระยะที่ 1 ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

1.5.3.2 ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

1.5.3.2 ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพฯ

1.5.4 ตัวแปรที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปร ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

2. ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หลังจากได้ใช้รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลของการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ทำให้เกิดสารประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ได้องค์ความรู้ในการนำรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ซึ่งนำไปสู่การเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุได้

2. ได้รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้

โดยประยุกต์ใช้หลักภานา 4 ที่เหมาะสมกับชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาพะผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพะองค์รวมในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภานา 4 มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถดำรงชีวิตในชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข

บทที่ 2

วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี แนวปฏิบัติ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยให้ทราบถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ บริบทชุมชน กระบวนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกรายละเอียดดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ
- 2.4 หลักทฤษฎีทฤษฎี 4 ที่ใช้ในการวิจัย
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ
- 2.6 บริบทพื้นที่วิจัย
- 2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดของการวิจัย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากการศึกษานักวิชาการหลายท่าน ได้แบ่งทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) เชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่มีชีวิตที่มีวิวัฒนาการอยู่เสมอตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งเพื่อความอยู่รอด แต่มีอายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้
2. ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biologic Theory) เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดการมีชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่เซลล์
3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychologic Theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกการเจริญด้านจิตวิทยาหรือทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปโดยเชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องเพราะเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ พฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะตลอดจนสังคมที่มีสูงอายุนั้นๆ อยู่อาศัยทฤษฎีนี้มี 2 แนวคิดคือ

3.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่นมีความรักแบบถ้อยทีถ้อย

อาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลาน หรือผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเดือดเนื้อร้อนใจ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็นไม่อย่างช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบถือว่าตัวใครตัวมันและมักรู้สึกว่าตัวเองทำคุณกับใครไม่ขึ้นมักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยน่าสงสาร

3.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราดเปรื่อง เป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ มีการค้นคว้าและพยายามเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีเงินใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociality Theory) กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคลสัมพันธ์ภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องไปถึงทฤษฎีทางชีวภาพและจิตวิทยา ทฤษฎีนี้พยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงได้แก่ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีแห่งการยอมรับ ทฤษฎีไร้ภาวะผูกพัน ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม และทฤษฎีกิจกรรมทางด้านสังคมและทฤษฎีการถอยจากสังคมดังนี้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว เชื่อว่าสถานภาพสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมนั้นก็จะถูกเปลี่ยนไปด้วย

4.1 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์เชื่อว่าสถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในสังคมนั้น ถ้าในสังคมมีผู้สูงอายุน้อยสถานภาพของผู้สูงอายุก็มักจะดีกว่าสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

4.2 ทฤษฎีแห่งการยอมรับ เชื่อว่าการพัฒนาตามวัยของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือเมื่อบุคคลยังมีอายุมากขึ้น ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมจะยิ่งน้อยลงเนื่องจากสภาพความเสื่อมถอยของร่างกาย

4.3 ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมเชื่อว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงมีภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองในทางบวก

4.4 ทฤษฎีการถอยจากสังคมกล่าวว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ หนีจากคนอื่นในสังคม แต่ถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมเหมือนเดิม ผู้สูงอายุจะมีความพอใจเป็นอย่างมากและถ้าสิ่งแวดล้อมดี ลักษณะทางสังคมดี มีการยอมรับเปิดโอกาสและเคารพในตัวผู้สูงอายุจะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าที่จะถอย (จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ตันศิริ.2533: 56-58)

สรุปทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะกล่าวถึงการพัฒนาทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ การเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่างๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งประกอบด้วย 6 อย่างคือ 1) ความวิตกกังวล 2) ความพึงพอใจในชีวิต 3) สุขภาพทั่วไป 4) สภาวะสุขภาพจิตทางด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง และ 6) ความกระปรี้กระเปร่า มีชีวิตชีวา ความต้องการร่วมกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในเกิดความสุขทั้งทางกายและจิตใจ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน เป็นแนวคิดในการทำความเข้าใจโครงสร้างชุมชนเรียนรู้ประสบการณ์จากคนซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่าเป็นศักยภาพของชุมชน การเรียนรู้วิถีชีวิตของคนในชุมชนเป็นการทำความเข้าใจภาพรวมของศักยภาพชุมชน ปัญหาของชุมชน และโครงสร้างของชุมชนที่มีผลกระทบต่อคนในชุมชน ตลอดจนกลวิธีในการจัดการกับปัญหาของชุมชนและลักษณะของบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชน การแสวงหาความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง ตามวิถีชีวิตอย่างธรรมชาติภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมแนวคิดพื้นฐานของชุมชนประกอบด้วย 4 หลักการ ได้แก่ 1) เป็นกลุ่มคนหรือกลุ่มประชากร 2) มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันอย่างน้อยอย่างหนึ่งของสมาชิกในชุมชนหรือกลุ่มที่เชื่อมให้สมาชิกมีความเกี่ยวพันกัน 3) มีมนุษยสัมพันธ์ความผูกพันความสัมพันธ์ปฏิสัมพันธ์กัน และ 4) กิจกรรมในการดำเนินชีวิตต่างๆ ของกลุ่มคนเกิดขึ้นภายในบริเวณหรืออาณาเขตของชุมชนหรือมีจุดร่วมพฤติกรรมคน

องค์ประกอบของชุมชนประกอบด้วยส่วนย่อยที่สำคัญได้แก่คนและสิ่งแวดล้อม 1) คนหรือกลุ่มคน เป็นทรัพยากรธรรมชาติหรือต้นทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของชุมชน ทำให้ชุมชนมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว การศึกษาคนเพื่อทำความเข้าใจวิถีชีวิตพฤติกรรมความคิดความเชื่อค่านิยมเพื่อวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของชุมชน 2) สิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่คนสร้างขึ้นที่มีความเฉพาะในแต่ละชุมชน รวมถึงระบบความรู้ความคิดความเชื่อวัฒนธรรมประเพณีค่านิยมในการมองโลก องค์ประกอบของชุมชนช่วยอธิบายปัจจัยสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพและแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการจัดการทางด้านสุขภาพ (ขนิษฐา นันทบุตร. 2546 : 46)

ลักษณะของงานการดูแลสุขภาพชุมชน มีลักษณะสำคัญ 5 ประเด็นได้แก่ 1) เป็นงานที่เอาปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนเป็นตัวตั้ง 2) เป็นงานที่ต้องใช้ทุนเดิมเป็นหลักและมีหลายเจ้าภาพ 3) เป็นงานที่ต้องการวิธีการทำงานจากหลายแนวคิด 4) เป็นงานที่ต้องสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังและ 5) เป็นงานที่เกิดในพื้นที่หนึ่งมักก่อให้เกิดการทำงานที่เหมือนกันในพื้นที่จากการเรียนรู้ข้ามพื้นที่และปรับตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่นั้น (ขนิษฐา นันทบุตร. 2550 : 20)

ดังนั้นระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่มีความเชื่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีลักษณะความเกื้อกูลช่วยเหลือกันในชุมชนมีความกตัญญูจึงยังเห็นฉากชีวิตของผู้สูงอายุที่ดำรงอยู่ในชุมชนหลายฉากคือการอยู่กับลูกหลานได้รับการดูแลสุขภาพจากลูกหลานผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันดูแลซึ่งกันและกัน หรือผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมีเพื่อนบ้าน/คนในชุมชนช่วยเหลือดูแลโดยเฉพาะสังคมวัฒนธรรมภาคอีสานยังคงสภาพการเกื้อกูลกันให้เห็นอยู่มาก แม้อีกด้านหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลจากกระแสโลกาภิวัตน์ทำให้ในบางครอบครัวผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวหรือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลหลานเนื่องจากบุตรวัยทำงานออกจากหมู่บ้านไปทำงานต่างถิ่น เมื่อมีการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวญาติหรือเพื่อนบ้านในหมู่บ้านก็จะมีการดูแลสุขภาพช่วยเหลือกันเองในชุมชน สามารถเชื่อมต่อพึ่งพาระบบบริการสุขภาพของรัฐถ้ามีอาการรุนแรงมากจึงเป็นข้อสงสัยว่าปรากฏการณ์ดังกล่าว น่าจะมีความเฉพาะของแต่ละพื้นที่นั้นจะมีลักษณะการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างไรซึ่งผู้ศึกษาเชื่อว่าชุมชนคนใน

ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยที่ผู้ศึกษาต้องเข้าไปเรียนรู้และตีความปรากฏการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นของจริงจากผู้สูงอายุคนในชุมชนที่มีวิถีชีวิตภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชนนั้น

2.2.2 แนวคิดระบบการดูแลของชุมชน

ระบบการดูแลของชุมชนมุ่งเน้นที่ “คนและสิ่งแวดล้อมของคน” เป็นฐาน (ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ. 2544 : 38) เป็นองค์ประกอบของชุมชนที่กล่าวแล้วข้างต้นการดูแลของชุมชนมีเป้าหมายหลักที่ “คน” จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงที่จะเชื่อมโยงกับสุขภาพได้ดังความหมายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกล่าวถึง “ระบบสุขภาพ” ไว้ว่าเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ซ้อนทับกับเรื่องของชีวิตและสังคมเกี่ยวข้องกับทุกคน และทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของร่วมกันมีความครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพไม่ว่าจะมีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพหรือไม่ก็ตาม เช่น การศึกษาการท่องเที่ยวการเกษตรการผังเมืองการยุติธรรมการเศรษฐกิจ เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551 : 48) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นย่อมทำให้เกิดสุขภาพะของคนทั้งหมด (Health For All) ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพให้คนไทยมีสุขภาพดีมีความสุขกายสุขใจอยู่ร่วมกันด้วยสันติและอยู่อย่างได้ดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม มีการป้องกันและควบคุมโรคอย่างได้ผลมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีและมีประสิทธิภาพทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม (All For Health) ด้วยการประสานจัดการที่ดีซึ่งขนิษฐา นันทบุตร (2550 : 38) ได้กล่าวถึงระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนว่า เป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนในพื้นที่และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องตลอดจนลักษณะการทำงานร่วมกันขององค์กร หลักในชุมชนที่มีบทบาทการดูแล ดังนั้นการทำงานของชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องกับ 1) การทำงานดูแลสุขภาพชุมชน 2) ลักษณะการทำงานร่วมกันขององค์กรหลักในชุมชนและ 3) การดูแลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของชุมชน

2.2.2.1 การทำงานดูแลสุขภาพชุมชน

จากวิถีชีวิตของคนที่มีเกี่ยวข้องกับสุขภาพและมีสิ่งแวดล้อม เป็นเหตุปัจจัยที่มากระทบ ดังนั้นการดูแล “คน” ในชุมชนสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงการทำงานของชุมชนที่นำไปสู่การดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้ 3 ประเด็น ดังนี้

2.2.2.2 การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มคนต่างๆ คือการดำเนินการรวบรวมข้อมูลภาวะโรคการเจ็บป่วยความพิการความทุกข์ยากปัญหาดังกล่าวในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน การทำความเข้าใจกลุ่มโรค การเจ็บป่วย ความพิการเหล่านี้เป็นส่วนประกอบหนึ่งของการกำหนดประชากรเป้าหมายการดูแลของชุมชนซึ่งต้องการข้อมูลที่แสดงขนาดของปัญหาและในขณะเดียวกันยังต้องการข้อมูลที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับประชาชน และสิ่งแวดล้อมอื่นๆในชุมชน ด้วยบุคลากรด้านสุขภาพมีบทบาทในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพโดยใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น สถิติการเจ็บป่วย การใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เป็นต้นอย่างไรก็ดีเป็นที่ทราบดีว่าปัญหาของชุมชนมีมากเกินปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยผู้สูงอายุเช่นเดียวกันมีวิถีชีวิตปรากฏปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมและบริบททางสังคม เห็นได้จากเมื่อเจ็บป่วยแม้ได้รับสิทธิรักษาพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพต้องเดินทางไปยังสถานบริการต้องประสบ

กับความลำบากในกรณีที่อยู่ห่างไกลหรือไม่มีลูกหลานพาไปจึงเป็นปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เช่นสวัสดิการความช่วยเหลือด้านการเงินด้านการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ หรือแม้กระทั่งการยอมรับจากสังคมชุมชนในบางกรณีเป็นต้น

2.2.2.3 ลักษณะสิ่งแวดล้อมชุมชน ที่กระทบวิถีชีวิตของคนโดยเป็นเหตุของปัญหาหรือเป็นปัจจัยเอื้อในการแก้ปัญหาวิถีชีวิตสังคมและวัฒนธรรม กำหนดปัญหาสุขภาพการวิเคราะห์ลักษณะสิ่งแวดล้อมชุมชนที่กระทบชีวิตของคนโดยเป็นเหตุของปัญหาหรือเป็นปัจจัยเอื้อในการแก้ปัญหาจึงมีความสำคัญยิ่งในการกำหนดกลุ่มคนที่เป็นศักยภาพและเป้าหมายของการทำงาน เพื่อการดูแลของชุมชนเพราะสิ่งเหล่านี้ คนสามารถจัดการไปในทิศทางที่ต้องการสู่การเสริมพลังให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความแข็งแรงขึ้นคุณภาพชีวิตดีขึ้นและอายุยืนขึ้นได้อาการการจัดการสุขภาพและอาหารเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคการจัดการถนนให้มีความปลอดภัยสำหรับการขับขี่การลดสารเคมีในการเกษตรและเพิ่มพื้นที่เกษตรอินทรีย์การสร้างอาชีพและเศรษฐกิจพอเพียงเป็นต้น

2.2.2.4 ลักษณะคนในพื้นที่ ทั้งที่เป็นศักยภาพของชุมชนและเป็นที่มาของปัญหาหรือเป็นคนที่มีปัญหาสุขภาพโดยตรงในการดูแล “คน” ของชุมชนเป็นการทำงานที่ยึดคนเป็นตัวตั้งดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทำความรู้จักกับคนหรือค้นหาคนที่เป็นเป้าหมายให้พบ และต้องทำความเข้าใจลักษณะคนเหล่านั้นให้ถ่องแท้หรือเข้าใจถึงลักษณะที่เป็นจริงมากที่สุด เป็นการศึกษาเชื่อมโยงและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปรากฏการณ์โดยมีวิธีการหลากหลายคือ 1) การศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยสถิติการรักษา 2) การพูดคุยปรึกษาหารือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสอบถามกับคนในพื้นที่การระดมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง 3) การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากกิจกรรมการดูแลสุขภาพและ 4) การสังเกตพฤติกรรมการดำเนินชีวิตจากวิถีชีวิตเพื่อให้สามารถทำความเข้าใจทั้งที่มาของประเด็นหรือปัญหาและกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องได้มากที่สุด

2.2.3 ภาควิชาการในการดูแลผู้สูงอายุ

ประเทศไทย มีวิวัฒนาการการดูแลสุขภาพของชุมชนมายาวนาน อย่างต่อเนื่องของภาคประชาชนเอง จนกระทั่งปัจจุบันได้มีการปฏิรูปการปกครองตามพระราชบัญญัติขึ้นตอนการกระจายอำนาจการปกครอง พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพในระบบบริการสุขภาพจึงมีความชัดเจนขององค์กรที่มีบทบาทการดูแลของชุมชนจาก 3 องค์กรหลัก คือ 1) องค์กรภาคประชาชนคือประชาชนองค์กรชุมชนกลุ่มเครือข่าย 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ 3) หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ให้การดูแลระดับตำบล คือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนนอกจากนี้ยังมีองค์กรนอกพื้นที่ระดับแนวคตินโยบายที่เชื่อมสู่พื้นที่คือ 4) องค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมิบทบาทให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณที่ก่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อีกทางหนึ่ง

2.2.3.1 องค์กรภาคประชาชน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากภาคประชาชนเป็นความเข้มแข็งของชุมชนมีทุนทางสังคมที่รวมตัวกันมีศักยภาพที่พร้อมในการร่วมปฏิบัติการสะท้อนถึงความผูกพันอย่าง

ยาวนานของคนในชุมชน มีวัฒนธรรมที่ดั่งามองประกอบของความสัมพันธ์ได้แก่คน สถาบันวัฒนธรรมและความรู้ก่อให้เกิดเป็นพลังชุมชน อันนำไปสู่ความร่วมมือกันพัฒนาชุมชนเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อน โดยมีความสอดคล้องกับหลักสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชนคือ 1) การปรับแนวคิดและบทบาทของประชาชนในการวางแผนคิดและตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนด้วยตนเอง 2) ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชนเน้นการดำเนินกิจกรรมภายใต้การตัดสินใจและความต้องการของประชาชนและชุมชนตามศักยภาพของท้องถิ่นประชาชนและชุมชนมีอำนาจเต็มที่ในการดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) การสร้างความปรารถนาร่วมกันของชุมชน เป็นการวางแผนเพื่อให้สามารถนำไปแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกันได้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2545 : 39) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อสรุปบทบาทองค์กรภาคีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จากการสังเคราะห์โครงการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ ของชนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2550 : ข) ได้ข้อสรุปว่าภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การค้นหาค้นหาปัญหาแลกเปลี่ยนข้อมูล ร่วมเรียนรู้วางแผนการทำงานปฏิบัติการดูแลตลอดจนปรับปรุงบริการสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อการดูแลด้านร่างกายจิตใจและสังคม โดยบทบาทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของภาคประชาชนเป็นผู้ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือโดยได้รับการสนับสนุนและผลักดันจากองค์กร/หน่วยงานอื่นในพื้นที่

2.2.3.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล) จัดตั้งขึ้นจากนโยบายการกระจายอำนาจปกครองสู่ท้องถิ่นระดับตำบลเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนโดยการประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 มีบทบาทสำคัญต่อการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข ในอนาคตเพราะกฎหมายได้กำหนดให้งานด้านสาธารณสุขเป็นภาระงานหลักประการหนึ่งที่ อบต. ต้องรับผิดชอบรัฐธรรมนูญมาตรา 78 หมวด 5 และมาตรา 284 กำหนดให้ตรา พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2542 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพและดำเนินการอื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชน บทบัญญัติของกฎหมายได้กำหนดอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล) ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายสำคัญคือการให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำรงชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตการได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยหรืออื่นๆ เป็นต้น ปรากฏในมาตรา 67 (6) แห่ง พ.ร.บ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงปัจจุบันกำหนดให้ อบต. มีหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาสตรีเด็กเยาวชนผู้สูงอายุและผู้พิการ มาตรา 16 (10) แห่ง พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้ อบต. มีหน้าที่ในการส่งเสริมสงเคราะห์และพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีเด็กเยาวชนผู้สูงอายุและผู้พิการ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และคณะ (2550 : 47) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยที่ อปท. มีอำนาจในการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างทั่วถึงสอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ มาตรา 16-22 โดยในระยะเริ่มต้นของ

การกระจายอำนาจแนวคิดในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในแก้อปท.นั้นอิงแนวคิดหลักการที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือ กสพ. ขึ้นเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารระบบบริการสาธารณสุข โดยหน่วยบริการจะมีการถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่นในลักษณะเป็นเครือข่ายบริการภายใต้ กสพ. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและศักยภาพในการบริหารจัดการ, การควบคุมกำกับบริการสาธารณสุขตลอดจนการวางแผนรวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในแต่ละท้องถิ่นอย่างครบวงจรมากที่สุด

ปัจจุบัน อปท. มีส่วนในการพัฒนาสุขภาพประชาชนมากขึ้น มีประสบการณ์ในการจัดบริการและร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพมากขึ้นเป็นลำดับ ดังนั้นเทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการสนับสนุนสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ.การกระจายอำนาจเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีความชัดเจนซึ่งมีบทบาทให้การช่วยเหลือโดยตรงคือการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพจัดยานพาหนะเป็นสวัสดิการในการเดินทางรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและฉุกเฉิน เป็นต้น และทางอ้อมคือการร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในด้านการให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อกระตุ้นให้องค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องเกิดแนวคิด การสนับสนุนให้กลไกของสังคมที่มีอยู่เข้ามารับผิดชอบต่ออย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ได้แก่กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กองทุนผู้สูงอายุประชาคมสุขภาพตำบล เป็นต้น

จากการเรียนรู้ในบางพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ ที่มีการจัดตั้งผู้สูงอายุเป็นคณะกรรมการ ในการทำงานได้มีกระบวนการคิดร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุเองและร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล ในการบริหารจัดการกองทุนการระดมสมาชิกผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมออกมารวบรวมระเบียบสำหรับการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ (ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ 2551 : 22) เป็นแนวการดูแลสนับสนุนที่สอดคล้องกับนโยบาย “กองทุนผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 เริ่มมีขึ้นในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2550 : 20)

2.2.4 หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การให้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการจัดให้มีโครงการสุขภาพผู้สูงอายุตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในปีพ.ศ. 2505 และต่อมาได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลประสาทพญาไทเป็นครั้งแรก เพื่อให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจากนั้นมีการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ที่มีแผนยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้านที่บูรณาการงานด้านสุขภาพอนามัยด้านการศึกษาด้านความมั่นคงทางรายได้และการพึ่งพิงด้านสังคมและวัฒนธรรม (วรรณภา ศรีธีรัฐรัตน์และผ่องพรรณ อรุณแสง. 2545 : 77) และการขับเคลื่อน

งานผู้สูงอายุด้วยการจัดนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (2525-2544) ขึ้นโดยผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลฟรีภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการ รักษาพยาบาล ประกอบกับการปฏิรูประบบสุขภาพส่งผลให้เกิดการปรับแนวคิดการทำงานบริการสุขภาพที่ เน้นการบริการสู่ชุมชน โดยมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้บริการสุขภาพประชาชนได้ครอบคลุมมากขึ้น แต่ บริการที่ให้อย่างครอบคลุมไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในเขตชนบทที่ต้องเผชิญความยากลำบากในการเดินทาง สถานภาพทางเศรษฐกิจสภาวะสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมตลอดจนจำนวนบุคลากรที่ให้บริการมีจำกัด

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานภายใต้ระบบบริการสุขภาพของรัฐ มีเจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงานประจำมีจำนวน 2 - 6 คนขึ้นอยู่กับขนาดและการได้รับจัดสรรบุคลากรแต่ละแห่งโดยทั่วไปเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข ถ้าเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีขนาดใหญ่จะมีพยาบาล วิชาชีพผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นผู้ที่มีการทำงานดูแลสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนมาก ที่สุด เห็นสภาพความเป็นอยู่บริบทสังคมวัฒนธรรมของประชาชนที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพ เพื่อนำมา ประกอบในการวิเคราะห์ปัญหา การให้บริการจากการพัฒนาและปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานจึงเป็น บริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชน ที่ให้บริการในรูปแบบใกล้บ้านใกล้ใจบริการที่จัดให้มีทั้งในสถานบริการในด้านการ รักษาและนอกสถานบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการติดตามการรักษาบ้านเมื่อมีผู้ป่วย เจ็บป่วยเกินความสามารถ จึงส่งต่อไปรับการรักษายังหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิตามความเหมาะสม ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิส่วนใหญ่ปฏิบัติภารกิจดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายที่กำหนดตาม มาตรฐานคุณภาพ จากระดับประเทศหรือจังหวัดที่ยังขาดมุมมองด้านบริบทสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ดีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมิบทบาทร่วมในการดูแลสุขภาพและด้านสังคมได้พร้อมกัน โดยการ หนุนเสริมข้อมูลให้กับครอบครัวชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกัน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอาทิ พัฒนาอาชีพจัดสวัสดิการการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุการทำงานร่วมกัน ของแต่ละองค์กรภาคีในชุมชน ทำหน้าที่บทบาทที่ต่างกัน (ชนิษฐา นันทบุตร 2550 : ก) เมื่อนโยบายด้าน สาธารณสุขที่ต้องการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นได้ยกระดับ สถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) มีแนวทางในการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแล ผู้สูงอายุที่การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงแต่การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาโรคเป็นครั้งๆต้องคำนึงถึงการลดและ ป้องกันภาวะทุพพลภาพทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดการจัดการดูแลที่ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพทั้งด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดสร้างความมั่นคงในชีวิตรับรู้คุณค่าศักดิ์ศรีอันนำไปสู่ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ดังนั้นโจทย์สำคัญคือการดูแลที่ต้องให้มีความครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพและมิติด้านสังคม ที่ควรมุ่งเน้นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ได้ยาวนานที่สุดโดยเน้น การสนับสนุนจากองค์กรภาคประชาชนและองค์กรชุมชนในพื้นที่ควรเป็นอย่างไร

2.2.5 หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

หน่วยงานอื่นที่มีบทบาทหน้าที่ให้การสนับสนุนประสานความร่วมมือกับองค์กรหลัก ในพื้นที่ในบางเรื่องหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนี้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเน้นการดูแลสวัสดิการด้านต่างๆให้ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

2.2.5.1 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุโดยมีหน้าที่รับผิดชอบตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546 มาตรา 11 (4) (5) (8) (9) (10) และ (12) มีหน่วยงานที่ดำเนินการดังนี้

(1) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

(1.1) สถานสงเคราะห์คนชราเป็นการอุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อนเช่นถูกทอดทิ้งไม่มีที่อยู่อาศัยไม่มีผู้อุปการะดูแลที่มีความสมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์โดยบริการที่จัดให้ประกอบด้วยบริการด้านปัจจัย 4 บริการตรวจสอบสุขภาพทั่วไปการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย บริการด้านกายภาพบำบัด บริการให้คำแนะนำปรึกษาบริการด้านสังคมสงเคราะห์ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเสริมรายได้บริการด้านศาสนกิจบริการฌาปนกิจศพ เป็นต้น ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์เป็นศูนย์สาธิตด้านคนชราของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการจำนวน 7 แห่งดังนี้ 1) สถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค กรุงเทพมหานคร 2) สถานสงเคราะห์คนชรารับบางละมุง จังหวัดชลบุรี 3) สถานสงเคราะห์คนชรารับบางธรรมพรณ์เชียงใหม่จังหวัดเชียงใหม่ 4) สถานสงเคราะห์คนชรารับบางทักซิณ จังหวัดยะลา 5) สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 6) สถานสงเคราะห์คนชรารับบางภูเก็ท จังหวัดภูเก็ตและ 7) สถานสงเคราะห์คนชรารับบุรีรัมย์จังหวัดบุรีรัมย์

(1.2) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (Day Centre) เนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นประกอบกับการสงเคราะห์ภายในสถานสงเคราะห์มีค่าใช้จ่ายสูงมากมีความจำกัดด้านบุคลากรดูแลผู้สูงอายุและไม่ได้รับอัตราค่าจ้างเพิ่ม รวมทั้งหลักการดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือการให้ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ไม่ใช่การแยกผู้สูงอายุจากครอบครัว จึงจัดให้มีบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยให้บริการ 1) บริการภายในศูนย์ได้แก่สุขภาพอนามัยกายภาพบำบัด สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมเสริมรายได้กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเสริมความรู้และศาสนกิจบริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นต้นและ 2) บริการบ้านพักฉุกเฉินเป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าโดยรับเข้าพักในบ้านพักฉุกเฉินและให้บริการในด้านปัจจัย 4 สังคมสงเคราะห์หรือส่งไปรับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น การจัดตั้งศูนย์บริการบางแห่งเป็นส่วนหนึ่งของสถานสงเคราะห์และในบางแห่งจัดตั้งเป็นเฉพาะศูนย์บริการเพียงอย่างเดียวศูนย์บริการฯที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการจำนวน 7 แห่งได้แก่ 1) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 2) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบางละมุงจังหวัดชลบุรี3) ศูนย์บริการผู้สูงอายุบางแคกรุงเทพมหานคร 4) ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านทิพย์สุคนธ์ กรุงเทพมหานคร 5) ศูนย์บริการผู้สูงอายุเชียงใหม่จังหวัดเชียงใหม่ 6) ศูนย์บริการผู้สูงอายุปิยะมัลย์จังหวัดเชียงใหม่ 7) ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์จังหวัดบุรีรัมย์จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของศูนย์บริการทาง

สังคมยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด

(1.3) บริการหน่วยเคลื่อนที่ที่เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน นำข้อมูลข่าวสารบริการไปเผยแพร่การให้บริการในด้านคำแนะนำและการรักษาพยาบาลเล็กๆน้อยๆ โดยหน่วยเคลื่อนที่ จะประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ดำเนินการโดยหน่วยงานส่วนกลางกรุงเทพมหานครศูนย์บริการผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราต่างๆ

(1.4) การสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภคเครื่องช่วยความพิการและอื่นๆการสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภค เครื่องช่วยความพิการและอื่นๆตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้บริการตามความเหมาะสมรวมทั้งติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมให้ความช่วยเหลือ

(1.5) การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโครงการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเข้ารับการฝึกอบรมในหน่วยงานสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการกำหนดไว้และประสานงานให้นายจ้างที่มีความประสงค์ต้องการต่อไป

(2) สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาสคนพิการและผู้สูงอายุ (สท.) มีบทบาทหน้าที่เสนอแนะ นโยบายแนวทางการส่งเสริมศักยภาพการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุได้แก่

(2.1) พัฒนามาตรการกลไกเสนอแนะแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมาตรการกลไกและกำหนดมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคมการส่งเสริมศักยภาพคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานพัฒนาองค์ความรู้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและงานคณะกรรมการกสผ.

(2.2) ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับส่งเสริมประสานและสนับสนุนเครือข่ายในการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเสริมสร้างกิจกรรมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ กำหนดและพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรเมื่อวัยสูงอายุ

(2.3) คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุเรื่องส่งเสริมและพัฒนากระบวนการคุ้มครองทางสังคม เพื่อผู้สูงอายุส่งเสริมเครือข่าย เพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุกำหนดและพัฒนามาตรฐานแนวทางในการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ประชาชนตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ

(2.4) เลขาธิการของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ดำเนินการเรื่องจัดทำแนวทางปฏิบัติตามนโยบายและแผน หลักเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนสถานภาพบทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุต่อคณะกรรมการรวบรวมข้อมูลศึกษาวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับงานคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางในการประสานงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์งานหรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมมือและประสานงานกับราชการบริหาร

ส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจตลอดจนองค์กรอื่น ในการจัดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(3) สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รับผิดชอบดูแลให้การสนับสนุนเงินอุดหนุนแก่องค์กรเอกชนมูลนิธิที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. 2517

2.2.5.2 กระทรวงแรงงาน ดำเนินการโดย 3 หน่วยงานย่อย ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กรมการจัดหางานและกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ที่มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยังต้องการทำงานประกอบอาชีพได้ ดังนี้

(1) สำนักงานประกันสังคมดำเนินการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 ได้ขยายความคุ้มครองการประกันสังคมกรณีชราภาพโดยเริ่มดำเนินการวันที่ 31 ธันวาคม 2541 โดยส่งเงินสมทบเป็นร้อยละของรัฐบาลนายจ้างและผู้ประกันตนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2543 อัตราส่วน 1:2:2 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2546 เป็นต้นไป ปรับอัตราดอกเบี้ยเงินประกันสังคมเป็นปีละ 4.7% กรณีเงินบำนาญชราภาพต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 180 เดือนหากจ่ายไม่ครบให้ได้รับเงินบำนาญชราภาพทั้งนี้ผู้ประกันตนจะต้องมีอายุ 55 ปีบริบูรณ์

(2) กรมการจัดหางาน เป็นหน่วยงานศูนย์กลางติดต่อประสานให้แก่ ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานและบริษัทต่างๆที่ต้องการรับผู้สูงอายุเข้าทำงานซึ่งกรมการจัดหางานมีหน่วยงานจัดตั้งดำเนินการในทุกจังหวัด

(3) กรมพัฒนาฝีมือแรงงานเป็นหน่วยงานฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุทำงาน ทั้งภายในและภายนอกประเทศรวมทั้งเปิดฝึกอบรมทักษะอาชีพต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุที่สนใจ

2.2.5.3 กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่

(1) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) บริการการศึกษา นอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุคือกิจกรรมการศึกษานอกโรงเรียนและกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยในหลายๆ รูปแบบทั้งในการศึกษาแบบเบ็ดเสร็จขั้นพื้นฐานและการให้การศึกษาเพื่อช่วยพัฒนาอาชีพของผู้สูงอายุโดยให้บริการทั้งในโรงเรียนประจำและโรงเรียนฝึกอาชีพเคลื่อนที่นอกจากนี้ยังมีการเผยแพร่ให้ความรู้ในการดำเนินชีวิตเช่นงานอาชีพสุขภาพกฎหมายโภชนาการโดยผ่านสื่อต่างๆเช่นวิทยุหนังสือพิมพ์ เป็นต้น

(2) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (ส.ช.) หน่วยงานจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งติดตามและควบคุมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินการสอนตามหลักสูตรนี้

2.2.5.4 กระทรวงวัฒนธรรม

สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ(สวช.) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวบรวมและคัดเลือกศิลปินแห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ทรงคุณค่าภูมิปัญญาไทยที่มีความสามารถในด้านต่างๆเพื่อเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรมที่งดงามและคงเอกลักษณ์ในสังคมไทย จากการดูแลผู้สูงอายุตามที่ปรากฏข้างต้นแสดง

ให้เห็นถึงองค์กรที่ให้การดูแล มีทั้งจากสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มบุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและผลักดันเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการดูแลสุขภาพในระยะยาวจากองค์กรภาคีภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนมีการทำงานร่วมกันอย่างไร

2.2.6 ลักษณะการทำงานร่วมกันขององค์กรหลักในชุมชนจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลของชุมชนที่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความยั่งยืนและเข้มแข็ง แสดงให้เห็นภาพการทำงานและความเชื่อมโยงกิจกรรม/การดูแลซึ่งการปฏิบัติในพื้นที่ต้องอาศัยองค์กรหลัก 3 องค์กรดังกล่าวข้างต้น เพื่อนำไปสู่ความชัดเจนของระบบการดูแลมีลักษณะการทำงานร่วมกันดังนี้

2.2.6.1 ลักษณะการนำขององค์กรทั้ง 3 องค์กร มีความแตกต่างกันตามภารกิจบทบาทหน้าที่ขององค์กรนั้นคือหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่มีการจัดการดูแลสุขภาพเน้นการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมกิจกรรมการบริการสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการกิจวางนโยบายระดับตำบลจัดทำแผนตำบลที่เกี่ยวกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนในชุมชน ในการทำแผนต้องได้รับความเห็นต้องกันจากสมาชิกที่เป็นผู้แทนจากชุมชนหรือจากกลุ่มคนที่เป็นผู้ได้รับประโยชน์จากแผนตำบล เป็นต้น ส่วนภาคประชาชนมักเป็นผู้นำการค้นหาหรือแสดงปัญหาของชุมชนการสื่อสารข้อมูล เป็นต้น ลักษณะการทำงานขององค์กรนำจึงอาจชี้แนะวิธีการทำงานด้านการดูแลในพื้นที่ได้

2.2.6.2 การกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานของท้องถิ่น มี 5 ระดับ ได้แก่

(1) การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็น การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของภาครัฐที่จะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่างๆเช่นเอกสารสิ่งพิมพ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆการจัดนิทรรศการจดหมายข่าวการจัดงานแถลงข่าวการติดประกาศและประกาศเสียงตามสายของหมู่บ้าน เป็นต้น

(2) การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงาน ภาครัฐด้วยวิธีต่างๆ เช่นการรับฟังความคิดเห็นการสำรวจความคิดเห็นการจัดเวทีสาธารณะการแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

(3) การร่วมดำเนินการ เกี่ยวข้องเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตลอดกระบวนการหรือบางส่วน ซึ่งอาจได้รับผลประโยชน์หรือเป็นผู้ให้การดูแลหรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชน จะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะประชาพิจารณ์การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

(4) ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณสุขมีส่วนร่วมโดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นการร่วมลงทุนแรงงานเช่นคณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

(5) การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่างๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น การทำงานที่ผ่านมาองค์กรภาคประชาชนมีความพร้อมในการดูแลอย่างชัดเจน มีส่วนร่วมในระบบการดูแลของชุมชน จากการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอปัญหาและความต้องการในเวทีประชาคมหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนเสนอในเวทีประชุมสภา มีการรวมกลุ่มทางสังคมในการปฏิบัติการต่างๆ แสดงให้เห็นได้จากการมีอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอาสาสมัครอื่นๆ กลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่นและการร่วมกลุ่มอาชีพที่ถือว่าการร่วมกิจกรรมการดูแลของชุมชนส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ให้การดูแลตามภารกิจและบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

(6) การพัฒนาบริการการดูแลและกิจกรรมสุขภาพ มักเป็นไปตามภารกิจและบทบาทหน้าที่ขององค์กรซึ่งทำให้การทำงานร่วมกันมีการจัดสรรภารกิจได้อย่างลงตัวเนื่องจากไม่มีการทับซ้อนกันหากมีการทับซ้อน จะมีวิธีการทำงานที่ต่างกันโดยทั่วไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนพัฒนาตำบลซึ่งแต่ละพื้นที่มีขั้นตอนที่เหมือนและแตกต่างกันตามแนวทางการบริหารจัดการที่คณะผู้บริหารเห็นชอบร่วมกันและจัดทำโครงการ ที่มีกลุ่มต่างๆ เครือข่ายหรือหน่วยบริการสุขภาพหรือองค์กรชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการดูแลร่วมกับคนในชุมชน ส่วนการบริการเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพ เป็นต้น

2.2.7 การดูแลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของชุมชนจากภาวะผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สะท้อนถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย ดังนั้น เพื่อเชื่อมโยงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ บริการที่เกิดขึ้นต้องเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและสังคมที่คำนึงถึงความแตกต่างกันของผู้สูงอายุจากการสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนของ (ขนิษฐา นันทบุตร. 2550 : ก) สะท้อนให้เห็นบริการที่ตอบสนองปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพที่เป็นแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4 ด้านได้แก่การดูแลด้านการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยการดูแลสุขภาพการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและบริการด้านสวัสดิการและอื่นๆ ดังนี้

2.2.7.1 การดูแลรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือสถานเอนามัยในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ ได้โดยมีสิทธิการรักษาภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการให้บริการด้านการตรวจรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วยซึ่งผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและโรคเรื้อรังได้ใช้บริการ การปฏิบัติกิจกรรมด้านการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการดูแลเรื่องทำแผล ฉีดยาอินซูลิน เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เปลี่ยนสายยางให้อาหารทางจมูกเนื่องจากการดูแลที่มีความเฉพาะที่ต้องใช้การดูแลจากภาควิชาชีพทำให้ผู้สูงอายุที่เดินทางลำบากและอยู่ห่างไกลต้อง

เสียค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางนอกจากบางแห่งที่มีพยาบาลของชุมชนให้บริการก็จะให้บริการด้านคลินิกสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน

2.2.7.2 การดูแลสุขภาพ เป็นลักษณะของกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นการบริการที่ของเจ้าหน้าที่พยาบาลรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้การดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการของตรวจคัดกรองโรค และบริการด้านทันตกรรม สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาของอันดับแรกๆของผู้สูงอายุการตรวจสุขภาพคัดกรองโรคเรื้อรังในกลุ่มวัยอายุ 35 ปีขึ้นไป ประเมินภาวะสุขภาพให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การดูแลติดตามการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังการให้การดูแลสุขภาพเป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งที่มีภาวะสุขภาพดีเจ็บป่วยเรื้อรังและทุพพลภาพ

2.2.7.3 การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีผู้สูงอายุมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นเพื่อการได้รับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นลักษณะการดูแลช่วยเหลือกันระหว่างเครือข่ายภาคประชาชนต่างๆที่ร่วมมือกันให้การดูแลผู้สูงอายุโดยการมีพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุการพัฒนาความรู้ของผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากภาควิชาชีพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรภาคีที่มีได้รับการประสานงานจากองค์กรภาคีในพื้นที่กิจกรรมที่เกิดมีความหลากหลาย ตั้งแต่การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุการสร้างแกนนำออกกำลังกายเพื่อสอนผู้สูงอายุให้ออกกำลังกาย จัดเวทีให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพ การระดมสมองผู้สูงอายุให้แสดงความคิดเห็นในการปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมสถานบริการให้เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุการสนับสนุนการรวมกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุได้กิจกรรมร่วมกันมีการดำเนินการครอบคลุมในระดับจังหวัด ทุกจังหวัด แต่สำหรับในระดับหมู่บ้านและในระดับตำบลยังต้องการการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพในการจัดการกิจกรรมที่เป็นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2.7.4 การสนับสนุนสวัสดิการและอื่นๆ เป็นลักษณะกิจกรรมที่มุ่งเน้นเรื่องความเป็นอยู่ที่ดีก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การได้รับสวัสดิการการดูแลให้ดำรงชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในช่วงที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยและมีการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากความเสื่อมถอยของร่างกายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องในรูปแบบที่ได้รับสวัสดิการโดยตรง ที่เป็นเบี้ยยังชีพรายเดือนและการสนับสนุนทางอ้อม โดยการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อดำเนินการจัดตั้งกองทุนสำหรับผู้สูงอายุในหลายพื้นที่มีหลากหลายรูปแบบ ตัวอย่างเช่นการรวมกลุ่มเงินออมทรัพย์เพื่อจัดสวัสดิการฌาปนกิจ การรวมกลุ่มจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกันเองในกรณีเจ็บป่วยและเสียชีวิต (ชนิษฐา นันทบุตรและคณะ. 2551 : 25) จุดเริ่มการเกิดกองทุนผู้สูงอายุนั้นมาจากการเห็นปัญหาาร่วมกันของผู้สูงอายุผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุน ตั้งต้นมีทั้งได้รับการสนับสนุนจาก อบต. และการร่วมกันของประชาชนและผู้สูงอายุในหมู่บ้านเอง ก่อน แล้วจึงมีการขอสนับสนุนจากองค์กรเครือข่ายต่างๆในพื้นที่ภายหลังการดำเนินการจัดตั้งกองทุนฯ ทำให้

ขาดเสียความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นเดือนร้อนด้านเศรษฐกิจ แต่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนให้เกิดกลไกการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เดือนร้อนด้านสุขภาพและเศรษฐกิจให้มีความเสมอภาค

จากการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนที่จัดบริการทั้งด้านสุขภาพและบริการสังคมโดยการศึกษารณิตัวอย่างจาก 4 จังหวัด คือ 1) ชุมชนตำบลบ้านถ้ำอำเภอดอกคำใต้จังหวัดพะเยา 2) ชุมชนตำบลศรีฐานอำเภอบ้านดงจังหวัดยโสธร 3) ชุมชนตำบลบึงคำอำเภอดงบังนางบวชจังหวัดสุพรรณบุรีและ 4) ชุมชนตำบลปากพูนอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. 2550 : 35) ผลการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นว่าทั้ง 4 ชุมชนมีความแตกต่างกันในด้านลักษณะทั่วไป ทูทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบริการสุขภาพของรัฐที่มีอยู่ในชุมชน ลักษณะที่แตกต่างกันเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่บ่งบอกถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน่าจะมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ จึงเป็นข้อมูลที่ยืนยันถึงความเฉพาะของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องศึกษาในพื้นที่ที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินงานร่วมกันขององค์กรในชุมชน

2.2.8 แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน ทบทวนจากกฎหมายและแผนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นแนวทางการศึกษาครั้งนั้นนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นกฎหมายและแผนต่างๆ ล้วนมีเป้าหมายในการชี้้นำให้เกิดแนวทางการปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในที่นี่เป็นการกล่าวถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องในการนำสู่รูปธรรมการทำงานการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ

2.2.8.1 นโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย จากสถานการณ์ผู้สูงอายุทำให้ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ได้มีการตรากฎหมายระเบียบข้อบังคับจัดทำนโยบายยุทธศาสตร์แผนงานโครงการพร้อมทั้งกำหนดกลไกและหน่วยงานรับผิดชอบเพื่อการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดังนี้

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีมาตราที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมภารกิจดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุให้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐในมาตรา 53 และ 80(1) การจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีวิตในวัยผู้สูงอายุตามมาตรา 84(4) ได้รับการคุ้มครองในการพิจารณาคดีอย่างยุติธรรมตามมาตรา 40(6) และได้กำหนดบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรา 281 (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. 2554 : 31)

2) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุ 3 ยุทธศาสตร์ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดประสบการณ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับคนรุ่นหลัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านประกอบอาชีพการเสริมสร้างสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต 2) ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ เป็นการส่งเสริมให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและให้ความสำคัญเรื่องสิทธิมนุษยชนและได้รับความยุติธรรมไม่

เสียเปรียบ และ3) ยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและยั่งยืนเป็นการส่งเสริมการออมเพื่อสร้างหลักประกันในชีวิตโดยการพัฒนากองทุนออมตั้งแต่วัยก่อนสูงอายุโดยเน้นที่แรงงานนอกระบบ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 –2554, 2550 สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2554 : 25)

3) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 มีความมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งได้ทำประโยชน์ในฐานะ "ผู้ให้" แก่สังคมมาโดยตลอด จึงควรได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี โดยได้รับการดูแลด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวที่ให้ความอบอุ่น มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและด้านสังคม รวมถึงการมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการ ได้รับการส่งเสริมคุณค่าให้มีโอกาสได้ถ่ายทอดประสบการณ์การทำงาน ที่ได้รับค่าตอบแทนผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนองค์กรภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการประสานการทำงานร่วมกันกำหนดนโยบายที่เป็นกฎหมายเพื่อพิทักษ์สิทธิหลักประกันสวัสดิการและสร้างความตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ

4) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) เป็นแผนระยะยาวที่สอดคล้องตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุ 5 ยุทธศาสตร์คือ 1) เป็นการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุ 2) การส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 3) ระบบคุ้มครองทางสังคมในเรื่องรายได้หลักประกันด้านสุขภาพครอบครัวระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน 4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรและ 5) การพัฒนาองค์ความรู้ในการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2554 : 23)

5) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 ระบุไว้ในมาตรา 10 (4) ในการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมาตรา 11 ระบุถึงสิทธิผู้สูงอายุต้องได้รับการคุ้มครองและสนับสนุนในด้านต่างๆ ในด้านการรับบริการด้านสุขภาพที่ต้องมีความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุรายได้การศึกษา การศาสนา และข้อมูลรับข่าวสารที่เป็นประโยชน์การประกอบอาชีพหรือการฝึกอาชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มเครือข่ายในชุมชนได้รับการดูแลให้ความสะดวกและความปลอดภัยในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือบริการสาธารณะความช่วยเหลือค่าโดยสารตามความเหมาะสมสวัสดิการด้านปัจจัยสี่เบี้ยยังชีพการจัดงานศพตามประเพณีและมาตรา 13 การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุเพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุพระราชบัญญัตินี้เป็นแนวทาง ส่วนการปฏิบัติองค์กรหน่วยงานในพื้นที่เป็นผู้ที่ต้องร่วมกันดูแลให้เป็นรูปธรรมอย่างไรตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่เป็นต้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์. 2548 : 46)

6) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เพื่อถ่ายโอนภารกิจหน้าที่การบริการด้านสังคมของรัฐบาลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 เมื่อจัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการ

กระจายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับแรก พ.ศ.2545 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 เป็นแนวทางให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการพัฒนาท้องถิ่นใน 5 ด้าน ได้แก่ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านงานส่งเสริม คุณภาพชีวิต ด้านการจัดระเบียบชุมชน และการรักษาความเรียบร้อยด้านการวางแผนการส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและท่องเที่ยว ด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านศิลปวัฒนธรรมจารีตประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวง สาธารณสุข. 2554 : 15)

จากกฎหมายนโยบายในระดับประเทศทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาเป็น แนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นรูปธรรม การดูแลสำหรับผู้สูงอายุในบริบทต่างๆโดยในที่นี้ได้นำเสนอการดำเนินงานใน บริบทชุมชน

2.2.8.2 การดูแลของครอบครัว

สถาบันครอบครัว มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความ ความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น จากการสมรสหรือการรับเป็นบุญธรรม หรือความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือมีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์สายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีความรักความผูกพัน ความอบอุ่น เป็นต้น มีบทบาทในการหล่อหลอมให้เกิดระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังนั้นเมื่อมีสมาชิกคน ใดคนหนึ่งครอบครัวมีเรื่องทุกข์ใจและเดือดร้อน สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวก็ดูเหมือนจะร่วมทุกข์หรือร่วม เดือดร้อนตามไปด้วย เช่นการที่ครอบครัวมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยย่อมจะส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ เจ็บป่วยเองและต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เป็นต้น สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวต้องหยุดภาระส่วนตนเพื่อ คอยเฝ้าดูแลช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย

ประเทศไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัวจะเห็นได้จากการสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติปี2550 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 92.2 อาศัยร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครัวเรือน (ธนุช ตริทิพบุตร. 2550 : 37) การอยู่ร่วมกันในครอบครัวสังคมไทยในอดีตเป็นครอบครัวขยายที่ให้ความสำคัญต่อ ผู้สูงอายุที่เป็นเสาหลักของครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและในชุมชนที่เป็น แหล่งกำเนิดอย่างมีความสุขสถาบันครอบครัวมีความสำคัญในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ความรัก ความอบอุ่นมั่นคงทางด้านร่างกายและจิตใจได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุมี ความคาดหวังสมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุตรหลานที่อยู่ด้วยกัน ต้องให้การดูแลทั้งในยามที่สุขภาพดีและใน เวลาที่มีความเจ็บป่วย การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่หลักของสมาชิกในครอบครัวเป็นการตอบแทนคุณของพ่อ แม่ครอบครัวจึงมีบทบาทในกระบวนการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลส่วนบุคคลการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การเงินสุขภาพ เป็น เพื่อน เมื่อเดินทางทำให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนการสนับสนุนด้าน อารมณ์จิตใจ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2550 : 94) ในครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีมีการช่วยเหลือกันและ พึ่งพาอาศัยกันบ่งบอกได้ว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวแต่ใน ทางกลับกันถ้าหากมีสัมพันธ์ภาพ ภายในครอบครัวที่ไม่ดีผู้ดูแลที่เป็นบุตรจะเกิดความเครียดในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ทำหน้าที่ของผู้ดูแล

โดยมีเหตุผลว่าต้องตอบแทนบุญคุณบิดา-มารดาที่เลี้ยงดูมา และรู้สึกถึงความเป็นพันธะที่ต้องดูแลและส่งผลให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล

อย่างไรก็ต้องคร่ำครวญในพื้นที่ที่ต้องมีส่วนเข้ามาให้การดูแลทั้งในส่วนของการดูแลที่ควรต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ดูแล/ครอบครัวมีภาวะเครียดสะสมจากการดูแลผู้สูงอายุซึ่งในส่วนนี้ในสังคมชนบทยังไม่มีหน่วยงาน/สถาบันรองรับผู้สูงอายุครอบครัวต้องให้การดูแลตามอัตภาพ ที่ต้องให้ความสำคัญอีกกรณีหนึ่งคือผู้สูงอายุที่รับผิดชอบดูแลตนเองและหลาน ซึ่งต้องอยู่ในภาวะจำยอมที่ต้องเลี้ยงดูหลานด้วยความรัก ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนในพื้นที่จะตอบสนองปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นโดยการสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างไรในสังคมชนบทอีสาน

2.2.8.3 ชมรมผู้สูงอายุ

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในปัจจุบันมีแนวคิดการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2525 - 2554) โดยขยายกรอบแนวคิดตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 และ 9 ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางจากการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกรมประชาสงเคราะห์ จึงให้การสนับสนุนการตั้งชมรมผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจึงเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่สังคมอย่างมีศักดิ์ศรีมองเห็นผู้สูงอายุมีศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองได้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันจัดขึ้นในชุมชนเป็นประโยชน์แก่ตนเองและสังคม ตลอดจนการอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นอัน เป็นความต้องการของผู้สูงอายุเป็นลักษณะการจัดบริการสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกัน เพื่อการพัฒนาตนเองและพัฒนาท้องถิ่นโดยมีสถาบันครอบครัว และชุมชนเป็นพื้นฐานในการดำเนินการชมรมผู้สูงอายุเริ่มมีการดำเนินการในจังหวัดต่างๆ ในปี พ.ศ. 2527 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายงานบริการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยมีโรงพยาบาลจังหวัด และอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุแต่จะเน้นงานด้านบริการสุขภาพเป็นสำคัญและมีการขยายตัวของกรรวมกลุ่มผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนที่กรมประชาสงเคราะห์และกระทรวงสาธารณสุข ให้การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ที่กระทรวงสาธารณสุขจัดดำเนินการหลายส่วน คือในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดตั้งเพื่อให้เป็นกลยุทธิ์ในการสร้างศักยภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนันทนาการ พบปะสังสรรค์ ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและส่งเสริมสุขภาพจิต (วรรณภา ศรีธัญรัตน์และคณะ. 2545 : 18) ดำเนินการถึงปี พ.ศ. 2542 ได้รับความสนใจอย่างจริงจังเมื่อรัฐบาลได้ประกาศปณิญาผู้สูงอายุเนื่องในปีผู้สูงอายุสากลนับว่าเป็นผลให้เกิดความเคลื่อนไหวของชมรมผู้สูงอายุที่มีหลักประกันเชิงนโยบายและเชิงยุทธศาสตร์มากขึ้นโดยมีเป้าหมายในการส่งเสริม ให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อร่วมกันทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม การมีชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านได้เห็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกร่วมทำกิจกรรม ทำให้มองเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว เป็นทุนทางสังคมเมื่อชุมชนมีกิจกรรมสำคัญอย่างงานบุญงานประเพณีก็จะนึกถึงผู้สูงอายุกลุ่มนี้และมักจะเห็นผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีบทบาท

เกี่ยวข้องในเรื่องราวต่างๆของชุมชนและเกี่ยวข้องกับคนในชุมชนเป็นที่น่าสังเกตได้ว่ากิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินการเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นสมาชิกที่แข็งแรงไปไหนมาไหนได้เอง จึงมีโอกาสได้เข้าร่วม กิจกรรมส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่ไปไหนมาไหนลำบากต้องมีคนช่วยเหลือดูแลหรือผู้ที่มีภาวะในครอบครัวไม่ว่าจะ เรื่องการทำงานช่วยเหลือครอบครัวเลี้ยงหลานจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

อย่างไรก็ดี ในการส่งเสริมทางปฏิบัติยังขาดความชัดเจนด้านการสนับสนุนงบประมาณ ระดับนโยบายจึงได้รับความสนใจเฉพาะบางพื้นที่ดังข้อมูล การศึกษารูปแบบชมรมผู้สูงอายุภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของนิติกุล ชัยรัตน์(2548:15) พบปัญหาและอุปสรรคที่มีงบประมาณไม่เพียงพอในการจัด กิจกรรมขาดการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชนการขาดสถานที่และระยะทางห่างจากบ้าน

2.2.8.4 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานเป็นคน ในชุมชนที่มีจิตอาสาในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน อสม. เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบ สาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ได้อยู่เสมอการมีอาสาสมัครที่มีคุณลักษณะดังกล่าวเป็นกลไกการทำงานที่นับว่า เป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย (โกมาตร จึงเสถียร และปารณัฐ สุขสุทธิ. 2550 : 19)

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอสม. ที่ผ่านมามีลักษณะแบ่งความรับผิดชอบ 1 คน ดูแล 10 หลังคาเรือน การทำงานมีการประสานงานโดยตรงกับหน่วยงานบริการสุขภาพในพื้นที่ และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในบางเรื่อง เช่น การรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออกบางพื้นที่ อสม.เป็นผู้ประสานงานโดยตรง เป็นต้น การพัฒนาศักยภาพได้รับการอบรมความรู้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ทั้งที่จัดโดยหน่วยงานบริการสุขภาพใน พื้นที่และจากส่วนกลางแม้ว่า อสม. เป็นองค์กรภาคประชาชนแต่ความชัดเจนของการทำงานเสมือนอยู่ภายใต้ หน่วยบริการสุขภาพของรัฐจึงมองว่าการทำงานยังเป็นลักษณะการสั่งการจากระดับบนสู่ระดับล่างเช่นกัน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2553 : 45)

บทบาท อสม.เป็นผู้ปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครปรากฏชัดเจนแสดง บทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การ สืบหาข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูล จปฐ. ข้อมูลอนามัย ประชากรสัตว์ปีก การฉีดวัคซีนเป็นต้น) การรณรงค์เพื่อการ ควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล ดังที่มีบทบาทโดดเด่นในเรื่องไข้หวัดนกไข้เลือดออก เป็นต้น ส่วน งานประเภทที่ปฏิบัติต่อเนื่องและไม่เป็นเวลาเช่นการส่งต่อผู้ป่วยการให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน หรือการรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้นหรืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน จะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราวๆซึ่งหากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผน ความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆเช่นเบาหวานความดันโลหิตสูงซึ่งภาระการดูแลต้องเป็นไปอย่าง ต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า อสม. ที่เป็นอยู่อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตาม ผู้ป่วยเหล่านี้ การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่นๆจึงอาจมีความจำเป็น เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติผู้ป่วยกลุ่ม ช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น (โกมาตร จึงเสถียรและปารณัฐ สุขสุทธิ. 2550 : 56)

2.2.8.5 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

จากปัญหาแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในชนบท มีโอกาสถูกทอดทิ้งมากขึ้นรัฐบาลมีนโยบายช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาสคนพิการและผู้สูงอายุ (สท.) ได้ดำเนินงานโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ส่งเสริมให้เกิดระบบงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นกลไกในระดับฐานรากของชุมชนโดยมีอาสาสมัครซึ่งเป็นคนภายในชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรมฝึกทักษะเสริมสร้างทัศนคติ ให้มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ให้ความคุ้มครองสวัสดิภาพและพิทักษ์ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ถูกละเลยเพิกเฉยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องยากจน เป็นต้น โดยเป็นมาตรการเชิงรุกทางสังคมที่มุ่งเข้าไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุถึงตัวถึงบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ล้วนเป็นผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อนรวมทั้งไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้รวมทั้งให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุอื่นทั่วไปในชุมชนทั้งนี้ได้เริ่มดำเนินการโครงการนำร่องเมื่อปีพ.ศ. 2546 – 2547 ในพื้นที่ 8 จังหวัด (4 ภาคๆ ละ 2 จังหวัดๆ ละ 1 ตำบล) และได้ขยายผลต่อมาโดยมติคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2547 ให้ดำเนินการขยายผลในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศจึงได้ส่งเสริมให้มีพื้นที่ต้นแบบจังหวัดละ 1 เขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยให้การสนับสนุนพื้นที่ละ 2 ปี

จำนวนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ประมาณ 40 คนซึ่งเป็นประชาชนที่มีความสมัครใจและได้รับการคัดเลือกจากการประชุมประชาคมหมู่บ้าน หรือตำบลให้เป็นตัวแทนมาปฏิบัติหน้าที่ได้รับการอบรมความรู้ฝึกทักษะปรับทัศนคติให้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 1 คนให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อนอย่างน้อย 5 คนให้การดูแลอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของผู้สูงอายุถึงบ้านพักของผู้สูงอายุแต่ละรายตลอดจนการเป็นสื่อกลางในการประสานให้มีการดำเนินกิจกรรมและบริการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2551 มีมติคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ(กผส.) ให้ขยายผลการดำเนินงานต่อไปอีกโดยให้กำหนดเป็นนโยบายด้านผู้สูงอายุเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2550 เห็นชอบให้ขยายผลการดำเนินงานโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) โดยกำหนดเป็นนโยบายด้านผู้สูงอายุและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาครัฐภาคเอกชนภาคประชาชนในท้องถิ่นและกระทรวงการพัฒนาสังคม

การทำงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดเครือข่ายและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมและอาสาสมัครประเภทอื่นที่มีอยู่ในพื้นที่นอกจากนี้ในทางปฏิบัติแล้วอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุยังคงทำงานดูแลผู้สูงอายุประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแม้ว่าไม่ใช่หน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงก็ตาม (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. 2550 : ข) อย่างไรก็ตามการเกิดขึ้นของ

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นแนวคิดจากหน่วยงานภาครัฐที่กระจายนโยบายไปทั่วประเทศการดำเนินงานต่อไป ต้องคำนึงถึงทุนทางสังคมวิถีชีวิตบริบทสังคมและวัฒนธรรมแต่ละพื้นที่

2.2.8.6 กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน

กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ถือเป็นการประกันสังคมในรูปความสมัครใจเป็นบริการที่มีมา คู่กับสังคมเป็นเวลายาวนานมาแล้ว ทั้งในและนอกประเทศโดยเริ่มต้นมาจากวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาในสังคมเป็นรูปแบบหนึ่งของงานสวัสดิการสังคมที่มี จุดมุ่งหมายด้านการดูแลช่วยเหลือกันและกัน ในเรื่องการตายมุงจัดประโยชน์ให้แก่บุคคลที่สมัครใจเข้าร่วม เป็นสมาชิก ในลักษณะของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ไม่หวังผลกำไรตอบแทน (non profit organization) เป็นการรวมกลุ่มของประชาชนในชุมชนเริ่มจากการต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีคนในชุมชนเสียชีวิตต่อมา รัฐได้เข้ามาดูแลในปี พ.ศ. 2515 มีการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการฌาปนกิจสงเคราะห์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2517 เป็นรูปแบบที่เป็น (วรรณภา ศรีธัญรัตน์. 2545 : ข) อีกรูปแบบหนึ่งคือรูปแบบไม่เป็นการลักษณะ การรวมกลุ่มนี้เป็นความสมัครใจของผู้เข้าร่วมและความเข้มแข็งของประชาชนแต่ละหมู่บ้านลักษณะของการ ดำเนินงานมีตัวแทนที่เป็นแกนผู้นำของหมู่บ้านประมาณ 5 - 10 คนบางพื้นที่อาจเป็นบุคคลเดียวกับ คณะกรรมการหมู่บ้านจัดเก็บเงินผู้ที่สมัครใจเป็นสมาชิกแต่ละเดือนเพื่อนำไปจ่ายให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตช่วยให้ ครอบครัวผู้เสียชีวิตลดภาระในการจัดงานศพหน้าว่าเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากคนในชุมชนที่เป็นรูปธรรม

ดังนั้น กองทุนฌาปนกิจจึงเป็นรูปแบบการดูแลของชุมชนที่แสดงถึงการร่วมคิดการร่วม ลงทุน และร่วมปฏิบัติมีคณะกรรมการดำเนินการบริหารจัดการที่มาจาก การเลือกของคนในชุมชนกองทุน ฌาปนกิจสงเคราะห์ จึงเป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นบริการสังคมแม้ว่าไม่ได้เป็นบริการที่จะได้รับเมื่อยังมีชีวิตแต่ ทุกคนรู้สึกมั่นใจว่าเงินที่ได้จ่ายไปให้ผู้อื่นก่อนแล้วจะได้รับเมื่อเสียชีวิตเป็นประโยชน์ต่อลูกหลานที่ไม่ต้องให้ เตือนร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพแสดงให้เห็นถึงการวางแผนเตรียมตัวของผู้สูงอายุและครอบครัวความ เข้มแข็งและศักยภาพของคนในชุมชนในการดูแลกันเองได้

2.2.8.7 กองทุนผู้สูงอายุ

จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 มาตรา 13 เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุ ลักษณะการดำเนินการมีความเหมือนกับฌาปนกิจ สงเคราะห์บางส่วน แต่กองทุนนี้มีความครอบคลุมการดูแลที่มากขึ้นการจัดตั้งกองทุนเกิดขึ้นจากความร่วมมือ ของคนในชุมชน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกองทุนผู้สูงอายุ เป็นกลไกในการสร้างระบบการดูแลและจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุโดยให้การสนับสนุนโครงการที่ดำเนินการ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุลักษณะโครงการต้องมีวัตถุประสงค์และกระบวนการในการดำเนินงานชัดเจนสร้างการมี ส่วนร่วมของบุคคลหน่วยงานหรือประชาชน ถ้าเป็นโครงการของภาครัฐโครงการใหม่และเร่งด่วน ที่ไม่ได้ตั้ง งบประมาณรองรับและไม่เป็นโครงการต่อเนื่อง ส่วนโครงการของภาคเอกชน หรือองค์กรผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับ การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนราชการและแหล่งทุนอื่นๆ หรืออาจได้รับไม่เพียงพอนอกจากนี้ ยังให้การ ดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการกู้ยืม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2551 : 51) สถานการณ์ดำเนินงานของ

กองทุนปีพ.ศ. 2550 โครงการที่ได้รับเงินการสนับสนุนส่วนใหญ่จะเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุการส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุการอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาการส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุด้วยการฝึกอบรมการส่งเสริมทักษะอาชีพแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น (บรรลุศิริพานิชและคณะ. 2549 : 45)

รูปแบบการดำเนินการของกองทุนผู้สูงอายุในพื้นที่การบริหารจัดการมีหลากหลายขึ้นกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุการสนับสนุนจากครอบครัวผู้สูงอายุการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ตัวอย่างเช่น กองทุนฟื้นฟูผู้สูงอายุมีการคัดเลือกผู้สูงอายุเป็นคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนกองทุนชมรมผู้สูงอายุดำเนินการที่สืบเนื่องจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุและต้องการให้มีสวัสดิการแก่สมาชิกโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกลักษณะของการบริหารจัดการกองทุนเหล่านี้ เป็นการดำเนินการและสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุมีการจัดการกองทุน 3 เรื่องได้แก่ 1) การบริหารจัดการกองทุน 2) การจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยและเสียชีวิต และ 3) การจัดสวัสดิการการออม (สร้างการมีส่วนร่วม) สะท้อนศักยภาพของผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงมีศักยภาพเสียสละได้ให้การดูแลช่วยเหลือด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุด้วยกัน

2.2.8.8 สวัสดิการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ

ระบบสวัสดิการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่รัฐบาลจัดสรรให้เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมองว่าผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลสวัสดิการนี้เริ่มในปีพ.ศ. 2536 อยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์มอบหมายให้สำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นผู้ดำเนินการผ่านศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านโดยจัดสรรเบี้ยยังชีพคนชราให้กับผู้สูงอายุที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไปและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพถูกทอดทิ้งขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูและ/หรือไม่สามารถเลี้ยงตนเองได้การจัดสรรเงินให้ผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 3 – 5 คนคนละ 200 บาทต่อเดือนมีการเพิ่มจำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปีและได้เพิ่มเป็นเดือนละ 300 บาทในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ พอเข้าสู่ของนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นของรัฐบาลส่งผลให้ในปีพ.ศ. 2544 กรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มดำเนินการโอนภารกิจของสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและกรุงเทพมหานคร ดำเนินการโดยใช้ระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุปีพ.ศ. 2543 และในปี พ.ศ. 2546 งบประมาณเบี้ยยังชีพถ่ายโอนให้ กรมส่งเสริมการปกครองจังหวัดกระทรวงมหาดไทยดำเนินการ (สมพันธ์ เตชะอธิก. 2544 : 74) ในปี พ.ศ. 2549 จากมติคณะรัฐมนตรีการปรับเพิ่มเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุได้มีการอนุมัติเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2549 โดยให้มติปรับเพิ่มเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุจากเดิมคนละ 300 บาทต่อเดือนเป็นคนละ 500 บาทต่อเดือนเพื่อให้เพียงพอต่อสภาวะการดำรงชีพในปัจจุบันโดยที่งบประมาณที่ใช้มาจากเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ จัดสรรสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบลได้ดำเนินการโดยการออกข้อบัญญัติเฉพาะพื้นที่จัดสวัสดิการผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาทดำเนินการจัดทุก 3 เดือนการดูแลสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของเทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบลพบว่า จำนวนมากยังขาดความพร้อมในการดำเนินงานตามภารกิจใหม่จากการปฏิรูประบบราชการการเงินการ

คลังจึงมีกฎเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับสวัสดิการซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่เช่นคัดเลือกจากการทำประชาคมหมู่บ้านคณะกรรมการหมู่บ้านผู้ใหญ่บ้าน/กำนันหรือใช้ลำดับตามอายุเป็นต้นซึ่งการคัดเลือกผู้สูงอายุที่เหมาะสมในการได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพนั้นยังเป็นข้อสงสัยที่มีการดำเนินการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ซึ่งในบางแห่งผู้สูงอายุได้เรียกร้องความเป็นธรรมมีผู้สูงอายุที่ยากลำบากเข้าไม่ถึงบริการเบี้ยยังชีพ แม้ในการจัดสรรงบประมาณระดับประเทศเอง ยังขาดความยุติธรรมพบว่า พื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่ำรายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูงในบางจังหวัดได้รับการจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนที่สูงอย่างไรก็ดีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงถึงร้อยละ 50 นั่นคือผู้สูงอายุ 1 ใน 2 คนได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพ สำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันภายใต้นโยบายการบริหารงานรัฐบาลนายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุให้คุณค่าผู้สูงอายุที่คนรุ่นหลังต้องให้การตอบแทนให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาทตามหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2552 : 56) มีการดำเนินการลงทะเบียนผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของแต่ละพื้นที่แล้วในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 และจะดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพต่อไป สำหรับผู้สูงอายุนโยบายของรัฐบาลปัจจุบันนี้ เป็นคำตอบของระบบสวัสดิการเบี้ยยังชีพทั้งในส่วนของความยุติธรรมในการบริหารจัดการของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการฯและการเข้าถึงบริการสวัสดิการฯของผู้สูงอายุที่ยากลำบากแม้ในผู้สูงอายุที่ไม่เดือดร้อนจำนวนเงิน 500บาท อาจไม่มีความสำคัญ แต่สำหรับผู้สูงอายุแล้วถือว่าได้รับการให้เกียรติเป็นศักดิ์ศรีที่ได้รับเหมือนกับผู้สูงอายุด้วยกัน อย่างไรก็ตามยังคงเป็นข้อสงสัยติดตามการบริหารจัดการการเงินการคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลจะมีกลไกศักยภาพและเงื่อนไขในการดำเนินการเป็นอย่างไร

2.2.8.9 ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) โดยชุมชน

การดำเนินงานโครงการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคม เริ่มขึ้นโดยกรมประชาสงเคราะห์ร่วมกับสถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากการสนับสนุนของกองทุนประชากรแห่งชาติ (UNFPA) มีเป้าหมายให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวและมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรด้านมนุษย์และอื่นๆที่มีในชุมชนมาใช้ประโยชน์ ในการดูแลและให้บริการด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุทำการทดลองนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ สุพรรณบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ การดำเนินการเป็นรูปแบบกึ่งทางการมีแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน (Community Bases Approach) เป็นรูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญต่อความคิดริเริ่มและความต้องการของผู้สูงอายุและคนในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรง ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องให้มีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” ได้รับความสำคัญรับการดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุกิจกรรมหรือบริการเป็นไปเพื่อการตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านเศรษฐกิจ สุขภาพและสังคม ตัวอย่างเช่นการฝึกอาชีพเพื่อสร้างรายได้การออกกำลังกายร่วมกัน ทำกายภาพบำบัด ความรู้ในการดูแลตนเองการรักษาและส่งเสริมสุขภาพและการเปิดเวทีให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนกัน ก่อให้เกิดกลุ่มเครือข่ายการดำเนินการเพื่อให้ศูนย์ฯขับเคลื่อนได้ต้องมีความร่วมมือทั้งความคิดแรงและเงินต้องมีการรณรงค์หาทุน เพื่อการดำเนินงานความร่วมมือจากชาวบ้านและผู้สูงอายุ รัฐมี

บทบาทเกื้อหนุนและกระตุ้นหรือเป็นพี่เลี้ยงในระยะแรก ความพร้อมของการดำเนินงานและบทบาทหลักต้องอยู่ที่คนในชุมชนศักยภาพชุมชนผู้นำการปฏิบัติงานและทีมงานสถานที่จัดตั้งควรเป็นศูนย์กลางสำหรับทุกคน (วรรณภา ศรีธีญรัตน์และคณะ. 2545 : ก)

จากการทบทวนงานวิจัยสะท้อนถึงความต้องการในการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับการสนับสนุนและเป็นการดำเนินงานโดยความร่วมมือกันของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาว นอกจากนี้ต้องการให้ทางราชการให้การสนับสนุน วัดจึงเป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางศาสนา พร้อมกับการได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนการดำเนินการที่มีอยู่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั่วถึงโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลการเดินทางลำบาก

2.2.8.10 ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุหมายถึงสถานที่รวมสำหรับองค์การชุมชนและผู้สูงอายุ กิจกรรมด้านสุขภาพสังคมจิตและปัญญา สำหรับผู้สูงอายุและคนทุกวัยอย่างบูรณาการขณะเดียวกันยังเป็นสถานที่เตรียมความพร้อมของประชาชนเข้าสู่วัยสูงอายุและเป็นแหล่งสร้างความเข้มแข็งในระบบสนับสนุนทางสังคมอันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน และประชาชนในอนาคตได้นำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ (Community-Based Approach) การดำเนินการจากการใช้ทรัพยากรในชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชนให้การสนับสนุนให้ทุกองค์กรภาคีร่วมกันจัดบริการโดยองค์การปกครองท้องถิ่นควรรับบทบาทเป็นผู้ดำเนินงาน หลักและจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยเชื่อมโยงเครือข่ายการให้บริการต่างๆในชุมชน ทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนให้บูรณาการบริการงบประมาณ แผนงานและบุคลากรเข้าด้วยกันการพิจารณาจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชน ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านความพร้อมของชุมชนซึ่งได้แก่ความพร้อมทั้งด้านศักยภาพของชุมชนผู้นำการปฏิบัติงานและทีมงาน ส่วนการให้บริการควรให้ความสำคัญกับความสามารถในการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม ผ่านการจัดการดูแลและผ่านระบบบริการควรมีการแสวงหางบประมาณด้วยการพึ่งตนเองในลักษณะกองทุนสวัสดิการชุมชนการรณรงค์หาทุนและการจัดโครงการเลี้ยงตนเอง (สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2551 : 45) หลักการการตั้งศูนย์เอนกประสงค์ต้องเป็นศูนย์ฯของชุมชนโดยชุมชนและเพื่อคนทุกวัยจะรวบรวมกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่างๆทั้งกับผู้สูงอายุเองรวมไปถึงครอบครัวและชุมชน อาทิการบริการด้านสุขภาพเป็นแหล่งพัฒนาความรู้ความสามารถด้านต่างๆ เป็นศูนย์ส่งเสริมอาชีพและรายได้หรือเป็นแหล่งพัฒนาความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ การทำให้ศูนย์เอนกประสงค์มีความยั่งยืนได้ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากรัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานประสานกันระหว่างงานบริการด้านสุขภาพและสังคม การมีผู้นำเชิงสร้างสรรค์การมีระบบติดตามและประเมินผลการชี้ให้เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์เอนกประสงค์ฯการตรวจสอบงบประมาณความโปร่งใสในการบริหารจัดการและการเชื่อมประสานรวมบริการกับสมาคมชมรมอื่นๆ

การมีศูนย์เอนกประสงค์เป็นศูนย์รวมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นับว่าสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่มีเป้าหมายพัฒนาคุณภาพคนการพัฒนาชุมชนและแก้ไขปัญหาความยากจนเป็นต้นสำหรับด้านผู้สูงอายุได้เน้นในกระบวนการเตรียมการเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุของคนทุกวัย และการพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้แต่กระบวนการจัดการยังเป็นเรื่องใหม่ของคนที่จะต้องอาศัยพลังอย่างมากจากหลายองค์กรนอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความยั่งยืนเพื่อให้รองรับภาวะสังคมผู้สูงอายุของพื้นที่ยังเป็นสิ่งที่ต้องติดตามในทางปฏิบัติของพื้นที่ โดยเฉพาะตำบลที่มีพื้นที่กว้างแต่ละหมู่บ้านชุมชนห่างไกลกันและในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยผู้อื่นจะได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการอย่างไร

2.2.8.11 ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการโดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้ดำเนินโครงการ “พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)” เริ่มดำเนินการในปีพ.ศ. 2548 โดยโรงพยาบาลทั่วไปแล้วจึงมีการขยายให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินงานในปีต่อมาให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งยามปกติและเมื่อเจ็บป่วยเป็นการส่งเสริมศักยภาพของสถาบันครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุด เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ทั้งเป็นการให้บริการครอบคลุมด้านสุขภาพและด้านจิตวิทยาสังคมซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมลดภาระค่าใช้จ่ายจากการใช้สถานบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุและญาติส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านให้ความสะดวกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องบุคลากรสาธารณสุขเองตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเฉพาะ เมื่อโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก็จะมีบุคลากรสาธารณสุขออกไปติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแบบบูรณาการและต่อเนื่องการดูแลมีความครอบคลุมและเชื่อมประสานการทำงานกับ อสม. ครอบครัวผู้สูงอายุโดยมีการให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ตรวจสอบสุขภาพแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมบริการพยาบาลผู้ป่วยผู้ต้องการดูแลพิเศษโดยทีมพยาบาลบริการแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพบริการให้ยืมให้เช่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์บริการให้การปรึกษาแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและบริการฝึกอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลให้ชุมชน (วรรณภา ศรีธัญรัตน์และผ่องพรรณ อรุณแสง. 2545 : 56)

ในสถานการณ์บริการด้านสุขภาพ ปัจจุบันยังไม่มีสถานบริการสุขภาพเรื้อรังของภาครัฐรองรับและยังไม่มีระบบบริการสุขภาพที่บ้านที่เข้มแข็งการหากระบวนการให้บริการกลไกและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้จะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะผ่านกลไกและช่องทางของระบบบริการที่มีอยู่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่มีข้อมูลเชิงลึกของผู้สูงอายุตลอดจนเครือข่ายอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องติดตามเพื่อให้เห็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันของชุมชนสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นอย่างไร การทำงานการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุขององค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุทุกภาคส่วนต้องมีการทำงานร่วมกันมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบทั้งในส่วนที่เป็นงานโดยตรงและการให้บริการทางอ้อมอาจเป็นการสนับสนุนอยู่ห่างๆ สำหรับการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุแต่อย่างไรก็ดีลักษณะการทำงานยังไม่มีชัดเจนมาก สำหรับการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนที่

มีความเฉพาะพื้นที่เป็นการทำงานตามนโยบายที่ถูกกำหนด โดยนักวิชาการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเหมือนกันทุกคนโดยผู้สูงอายุมีสิทธิเงื่อนไขตามที่องค์กรกำหนดไว้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถูกตีความตามบริบทของหน่วยงานไม่ใช่มาจากปัญหาและความต้องการแท้จริงของผู้สูงอายุทำให้ขาดความครอบคลุมและการประสานงานร่วมมือกับชุมชน จึงจำเป็นต้องมีแนวคิดในการดูแลของชุมชนที่มีฐานคิดจากการเห็นศักยภาพของชุมชนผู้ศึกษาเห็นว่าเป็นการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีในชุมชนซึ่งมีลักษณะชุมชนกึ่งเมืองมีความเฉพาะของพื้นที่ที่ต้องเข้าไปศึกษาเพื่อสะท้อนให้เห็นความชัดเจนที่จะนำไปการสังเคราะห์การออกแบบบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่นั้น

2.2.9 การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆมิติจากพหุภาคีในชุมชน ได้แก่

2.2.9.1 การจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการ (Accessibility) จากสถานบริการสุขภาพด้วยความสะดวก ง่ายและใกล้แหล่งชุมชน

2.2.9.2 การจัดบริการให้มีการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) สนับสนุนกิจกรรมให้มีการดูแลในระยะยาวและต่อเนื่อง และมีทีมสุขภาพตลอดการดูแล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล

2.2.9.3 บริการแบบผสมผสาน (Integrated care) ที่ครอบคลุมหลากหลายมิติ ได้แก่

1) การดูแลในมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคการฟื้นฟูสภาพ

2) การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน

3) การดูแลที่ครอบคลุมในลักษณะ Home care, day care, chronic care, end of life care

2.2.9.4 การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ที่เป็นการดูแลทั้งด้านร่างกายจิตวิญญาณสังคมและเศรษฐกิจ

2.2.9.5 การดูแลที่มีการเชื่อมประสานข้อมูล (Co-ordination care) จากทุกภาคีเครือข่ายเพื่อประสานความช่วยเหลือกันในชุมชน

2.2.9.6 การดูแลที่มีเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่เข้าร่วมได้ในชุมชน เช่น ชมรม จิตอาสา ร่วมผลักดันนโยบายสาธารณะในระดับชุมชน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพของวัยของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (ความหมายผู้สูงอายุ, 2546) เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่นเป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้น ปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุขจึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายาม และมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่กำลังทวีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่องในทุกๆ ประเทศ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ทั้งนี้จากการสาธารณสุขและการแพทย์ที่เจริญขึ้น ช่วยให้คนมีอายุ ยืนขึ้น นอกจากนั้น จากการคุมกำเนิด และสถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้การมีบุตรลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา มีปัญหาจากการเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการมีโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งมักเกิดในช่วงสูงวัย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากการขาดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายจากปัญหาสุขภาพ การมีรายได้ลดลง หรือไม่รายได้ และมีปัญหาสุขภาพจิต เพราะเป็นวัยแห่งการพลัดพราก สูญเสีย ดังนั้น จึงเป็นวัยที่ต้องมีการดูแลเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้พอสมควรกับวัย มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดปัญหาของผู้สูงอายุเองของครอบครัว และของสังคมผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยามนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological Age) หรือ ทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือ คนชรา

โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของ ผู้สูงอายุว่า Older Person or Elderly Person ผู้สูงอายุ หรืออาจเรียกว่า คนแก่ คนชรา ผู้สูงวัย หรือ ราษฎรอาวุโส (Older Person หรือ Elderly Person หรือ Senior Citizen) จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธานได้กำหนด คำให้เรียกว่า ผู้สูงอายุ แทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลก มีการนิยาม ผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional Markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของ ร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูง อายุ อยู่ในช่วง 55-75 ปี

สุรกุล เจนอบรม ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่าย เป็นผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ ไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้ และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบใน การทำงานลดลง จากความหมาย ผู้สูงอายุที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่ เสื่อมลง มีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง ในประเทศไทย เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เมื่อ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ในสมัย พลเอก เปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้อนุมัติกำหนดให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั้งนี้เพราะความสำคัญของวันสงกรานต์ สื่อความหมายตรงกับความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 และมีดอกลำดวน (Lamdan, White Cheesewood, Devil Tree มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Melodorum Fruticosum Lour และมีชื่อวงศ์ว่า Annonaceae) เป็นดอกไม้สัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากลำดวน เป็นไม้ยืนต้นที่มีอายุยืน ให้ความร่มเย็น ใ้ร่มเงาดี มีใบเขียวตลอดปี ดอกมีกลิ่นหอม กลีบดอกแข็ง ไม้ร่วงง่าย และยังใช้เป็นสมุนไพรไทยมีสรรพคุณบำรุงหัวใจ

ซึ่งทั้งหมดเปรียบเหมือนกับผู้สูงอายุ ที่คงคุณธรรมความดีงามไว้เป็นตัวอย่างต่อบุตรหลานตลอดไป (ความหมายผู้สูงอายุ, 2546) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย เพื่อสิทธิการคุ้มครอง และสวัสดิการรัฐจึงได้ออกกฎหมาย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 120 ตอนที่ 130วันที่ 31ธันวาคม พ.ศ. 2546และมีผลบังคับใช้ เมื่อ 1 มกราคม 2547 พระราชบัญญัตินี้มีทั้งหมด 24 มาตรา โดยสรุป คือ คุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุน ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทยในด้านต่างๆ ที่สำคัญคือ การแพทย์และการสาธารณสุข การศาสนา ข้อมูลข่าวสาร การประกอบอาชีพ การพัฒนาตนเอง การศึกษา การอำนวยความสะดวก ความปลอดภัย การช่วยเหลือ การยกเว้น การลดหย่อนค่าธรรมเนียม และภาษีอากร เบี้ยเลี้ยงชีพที่อยู่อาศัย การสงเคราะห์การจัดงานศพตามประเพณี และอื่นๆ ตามประกาศของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีผู้อำนวยการ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน

ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นกรรมการและเลขานุการ การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ จากการกำหนดว่า บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ¹

วันเพ็ญ วงศ์จันทร์หา ได้เสนอสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือ เจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลงมีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์ สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่ สะดวกต้องรับประทาน อาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลง การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อย ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูก เหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อต่อมไธสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง ผู้สูงอายุ จะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัว ในการคิด การกระทำ การสื่อสารสัมพันธ์ทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมมักจะประเมินว่า ความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมี ผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม โรคที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุมีทั้งโรคที่เกิดขึ้นทางร่างกายและจากปัญหาทาง²

¹ สุรกุล เจนอบรม (2541, หน้า 6-7)

² วันเพ็ญ วงศ์จันทร์หา (2539, หน้า 10)

ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรต้องบริโภคอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหารรสไม่จัด หลีกเลี่ยงผลไม้ดิบ หรือผักสดชนิดย่อยยาก และหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดน้ำมัน โปรตีนควรต้องเป็นชนิดย่อยง่ายเช่นกัน เช่น จากปลา และไข่ ถ้าจะบริโภคเนื้อ ควรต้องปรุงให้เปื่อยยุ่ย เป็นต้น ในส่วนของไข่ แพทย์ทุกคนเห็นตรงกันว่า กินไข่ขาวได้สูงถึงวันละ 3 ฟอง ถ้ากินโปรตีนชนิดอื่นไม่ได้ คาร์โบไฮเดรต ควรเป็นแป้งจากธัญพืชเต็มเมล็ด หรือขัดสีน้อย เพื่อเพิ่มวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร เลือกที่มีน้ำตาลน้อยที่สุด จำกัดอาหารมีน้ำตาลให้เหลือน้อยที่สุด จำกัดไขมันทุกประเภทให้เหลือน้อยที่สุด เพราะเป็นอาหารที่มีประโยชน์น้อยที่สุด สำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ให้โทษมากกว่า โดยเฉพาะโรคของหลอดเลือด เพิ่มผัก ผลไม้ให้มากๆ อย่างน้อยวันละ 5 มื้อ เพื่อได้วิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร ช่วยลดการท้องผูก และไม่ให้อ้วน เนื่องจากเป็นอาหารกลุ่มไม่มีพลังงาน ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานทุกชนิด ควรจำกัดเช่นเดียวกับการจำกัดอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ดื่มน้ำให้ได้มากๆ จะช่วยให้ร่างกายสดชื่น ลดอาการท้องผูก ลดโอกาสเกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ลดอาการปากคอแห้ง และช่วยลดความเสี่ยง ต้มอย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว เมื่อไม่มี โรคต้องจำกัดน้ำดื่ม เช่น โรคหัวใจล้มเหลว วิตามินเกลือแร่เสริมอาหารทุกชนิด ควรปรึกษาแพทย์ก่อนซื้อบริโภคเองเสมอ เพราะตับและไตผู้สูงอายุ จะทำงานได้น้อยลง โอกาสเกิดโทษจากผลข้างเคียงของวิตามิน เกลือแร่เสริม อาหารจึงสูงขึ้น จากการเพิ่มปริมาณสะสมในร่างกาย ควรต้องเล็กลง เพราะมีสารพิษต่าง ๆ มากมาย ก่อให้เกิดโรคของหลอดเลือด โรคหัวใจ โรคของทางเดินหายใจ โรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจ โรคกรดไหลย้อน และเป็นสารก่อมะเร็ง สำคัญ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งในอวัยวะส่วนศีรษะและลำคอ และโรคมะเร็งเต้านม ควรต้องจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะมีผลต่อบีบเพิ่มขึ้น จากการที่ตับทำงานได้น้อยลงตามอายุ และยังเป็นสาเหตุของโรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจ และโรคกรดไหลย้อน ควรต้องจำกัดเครื่องดื่มมีกาเฟอีนให้เหลือน้อยที่สุด เช่น ชา กาแฟ โคล่า เพราะมักทำให้ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ใจสั่น และเพิ่มการขับน้ำออกทางปัสสาวะ จึงอาจส่งผลให้เกิดอาการวิงเวียน และ/หรือภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยเฉพาะเมื่อลุกขึ้นยืนได้ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรได้อาหารหลากหลายชนิด ไม่ควรกินซ้ำๆ ชนิดเดียวกัน ต่อเนื่อง เพราะจะเกิดการสะสมสารไม่พึงประสงค์ หรือ ภาวะขาดอาหารได้ง่าย

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในด้านอาหาร คือ ต้องให้ผู้สูงอายุได้อาหารมีประโยชน์ห้าหมู่ ครบถ้วน ในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานของผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้เกิดโรคน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ไม่ให้เกิดการขาดอาหาร และเพื่อได้สาร อาหาร น้ำดื่ม และใยอาหารอย่างพอเพียง การดูแลผู้สูงอายุด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical Activity) ทุกส่วนอยู่เสมอ เช่น การเดิน การบริหารกล้ามเนื้อและข้อที่สำคัญ เช่น ข้อเข่า ข้อไหล่ และข้อนิ้วต่างๆ เพราะข้อต่างๆ จะติดขัดได้ง่าย จากการเสื่อมถอยของเนื้อเยื่อ ข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น การช่วยงาน บ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพ เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ ช่วยดูแลหลานที่โตแล้ว แต่การดูแลเด็ก อ่อนและเด็กเล็ก ควรต้องมีผู้ ช่วยผู้สูงอายุด้วย ควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวเสมอ ไม่นั่งแช่ดูทีวี หรือนอนอยู่แต่บนเตียง การช่วยกันจัดให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อ กิจกรรมต่างๆ จะเป็นสิ่งที่ช่วยผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ส่วนการออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง การจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวที่เพิ่มการ

ใช้พลังงาน นอกเหนือจากการเคลื่อนไหวร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งควรต้องปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอ เพื่อแนะนำวิธีการในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสุขภาพของสูงอายุแต่ละคน โดยทั่วไป การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ การเดิน ซึ่งเมื่อไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ แพทย์มักแนะนำการเดิน วันละประมาณ 20-30 นาที ทุกๆ วัน ซึ่งในการเดินควรต้องหาสถานที่ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุโดยเฉพาะการล้ม การใส่เครื่องช่วยพยุงต่างๆ เช่น พยุงข้อเท้า และพยุงข้อเข่า รวมทั้งต้องเลือกรองเท้าที่เหมาะสมต่อ การเดินป้องกันอุบัติเหตุต่อการล้ม และต่อข้อต่างๆ ซึ่งทางที่ดีควรปรึกษาแพทย์และนักกายภาพบำบัดก่อน การดูแลผู้สูงอายุด้านขับถ่าย ผู้สูงอายุมีปัญหาในการขับถ่ายเสมอ ทั้งการปัสสาวะและการอุจจาระ จากการเสื่อมถอยของเซลล์ต่างๆ รวมทั้งของกล้ามเนื้อหูรูดต่างๆ การถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย มักมีปัญหาจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการปัสสาวะบ่อย ซึ่งผู้หญิงจะพบบ่อยกว่าผู้ชาย รวมทั้งอาการรุนแรงกว่า เพราะขาดฮอร์โมนเพศ จากการหมดประจำเดือนถาวร

ในการดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องใส่ใจในเรื่องนี้ จัดห้องพักอาศัยให้ใกล้ห้องน้ำ เครื่องนุ่งห่มควรต้องใส่ถอดได้ง่าย สอนให้ผู้สูงอายุรู้จักใช้ผ้าอ้อมอนามัย แต่ควรให้ผู้สูงอายุเลือก และทดลองใช้แบบต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น แบบเป็นแถบคล้ายใส่ผ้าอนามัย หรือ แบบคล้ายกางเกง รวมทั้งในด้านความหนา และกลิ่นของผ้าอ้อมอนามัย รวมทั้งในการเดินทาง การท่องเที่ยว และกิจกรรมต่างๆ ควรต้องดูแลในเรื่องห้องน้ำให้สะดวกสำหรับผู้สูงอายุเสมอ นอกจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แล้ว ผู้สูงอายุหลายท่าน ยังไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะอุจจาระเล็ด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของผู้สูง อายุไม่ยอมเข้าสังคม ดังนั้น จึงต้องระมัดระวังในเรื่องอาหารทำให้ท้องเสียได้ง่าย นอกจากนั้นก่อนพาผู้สูงอายุไปไหน ควรให้เวลาได้เข้าห้องน้ำถ่ายอุจจาระก่อน และควรต้องฝึกผู้สูงอายุให้ถ่ายเป็นเวลา และมีชุดชั้นในสำรองสำหรับผู้สูงอายุเสมอ ผู้สูงอายุ มักมีปัญหาจากอาการท้องผูกเสมอ จากกระเพาะอาหารและลำไส้ลดการบีบตัวตามอายุ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง การไม่ได้ออกกำลังกาย การกินผัก ผลไม้ น้อย ไม่ชอบดื่มน้ำ และอาจจากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่รักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ เช่น ยาลดความดันโลหิต บางชนิด

นอกจากนี้ ควรต้องพูดคุย แนะนำกับผู้สูงอายุ ถึงวิธีใช้อุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งต้องง่าย และปลอดภัย หรือห้ามใช้อะไรบ้าง เช่น ห้ามใช้เตาแก๊ส ห้ามจุดธูป/เทียนไหว้พระ และในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อไม่มีคนอยู่บ้าน เป็นต้น การดูแลผู้สูงอายุด้านการติดเชื้อและโรคประจำตัว โดยธรรมชาติของการเสื่อมถอยของเซลล์ในทุกๆ ระบบรวมทั้งระบบสร้างภูมิคุ้มกัน ด้านทานโรค ผู้สูงอายุ จึงมีภูมิคุ้มกันด้านทานโรคต่ำกว่าคนทั่วไปเสมอ ส่งผลให้ติดเชื้อได้ง่าย และ มักเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง บ่อยครั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ดังนั้น ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล และครอบครัวต้องใส่ใจ และร่วมกันรักษาสุขอนามัยพื้นฐาน (สุขบัญญัติแห่งชาติ) อย่างเคร่งครัด เพื่อลดโอกาสเกิดการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการใช้พลังงานในร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้น ตัวผู้สูงอายุและครอบครัวควรมีการตรวจสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุสม่ำเสมอ ความถี่ในการตรวจจะขึ้นกับผลตรวจและดุลพินิจของแพทย์ อีกประการสำคัญ คือควรให้ผู้สูงอายุได้รับการฉีดวัคซีนตามกระทรวงสาธารณสุข และ/หรือ แพทย์/พยาบาลแนะนำเสมอ เช่น วัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนโรค

ไวรัสตับอักเสบบี เมื่อพบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ ควรต้องใส่ใจดูแลรักษา ปฏิบัติตามแพทย์/พยาบาลแนะนำเสมอ คร่งครัดกว่าผู้ใหญ่ทั่วไป เพราะผู้สูงอายุจะเกิดผลข้างเคียงต่างๆ ได้ง่าย และไม่ควรรักษาหาย รวมทั้งการพบแพทย์ควรต้องสม่ำเสมอตามแพทย์นัด เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีไข้หรือท้องเสีย ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 วัน ต้องนำผู้สูงอายุพบแพทย์ เพื่อการรักษาได้ทันเวลาที่ แต่ถ้ามีอาการมาก ควรพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง หรือเป็นการฉุกเฉิน การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเสมอ สถิติในปี พ.ศ. 2547 ในสหรัฐอเมริกา พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สูงถึง 16 % ของการฆ่าตัวตายทั้งหมด จากทุกสาเหตุ คิดโดยเฉลี่ย คือ 14.3 คน ต่อ ผู้สูงอายุ 100,000 คน ซึ่งในกลุ่มคนทั่วไป อัตราการ ฆ่าตัวตาย คือ 11 คน ต่อ ประชากร 100,000 คน ทั้งนี้เกิดจากเหตุผลดังได้กล่าวแล้วว่า เป็นวัยแห่ง การสูญเสีย และสิ้นพลัง จึงมักมีอาการซึมเศร้า กลัว เหงา ขาดความรัก ไม่เป็นที่ต้องการ และขาดความมีศักดิ์ศรี

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องให้ความรัก ความนับถือเหมือนเมื่อครั้งผู้สูงอายุ ยังอยู่ในวัยทำงาน ให้ความเข้าใจ มีเวลาให้บ้าง สั่งสอนอบรมให้ลูกหลานยังคงเคารพนับถือ ไม่แสดงให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระหมดคุณค่า เป็นที่ไม่ต้องการ หาทางช่วยเสริมสร้างศรัทธาใน ตนเองให้กับผู้สูงอายุ เช่น การได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุด้วยกัน การได้มีส่วนร่วมใน การดูแลครอบครัว โดยให้เหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุ การยังเป็นທີ່เคารพนับถือของคนใน ครอบครัวที่อาวุโสน้อยกว่า ผู้สูงอายุ ควรมีโอกาสได้เข้าสังคมที่เหมาะสม การที่ต้องอยู่แต่ในบ้านขาดเพื่อนใน วัยเดียวกัน หรือ ขาดคนพูดคุยผ่อนคลายความเหงา ยิ่งเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว ควรคอยสังเกตอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุเสมอ เมื่อมีอาการมาก หรือครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ควรรีบปรึกษาแพทย์ การดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม สังคมผู้สูงอายุเป็นแนวโน้มที่เกิดคล้ายคลึงกันทั่วโลก ประเทศไทยต้องเร่งเตรียมพร้อมตั้งแต่วันนี้ในการวางแผนและมาตรการรองรับการก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ให้เพียงพอและเป็นไป อย่างมีคุณภาพ ทั้งด้านบริการสาธารณสุข การบริการสาธารณะ ทั้งทางเดินลิฟท์การขึ้นรถ สาธารณะ สวนสาธารณะ ห้องน้ำสาธารณะ ฯลฯ รวมถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สำหรับผู้สูงอายุ สวัสดิการและการสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนที่ จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอนาคต การวางแผนรองรับสังคมสูงอายุจึง มีความจำเป็น โดยเฉพาะในเรื่อง สวัสดิการที่ต้องทำอย่างเพียงพอและทั่วถึง เนื่องจากในอนาคตจะมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้หรืออยู่คนเดียว

นอกจากนี้การจัดการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุมี ความจำเป็นเช่นกันเพราะผู้สูงอายุเป็นบุคลากรที่สั่งสมประสบการณ์ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อสังคม อีกทั้งการเรียนรู้ยังช่วยลดความซึมเศร้า และโรคทางสมองอีกด้วย การดูแลผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยเพิ่มสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ควรจัดบ้านให้สะอาด ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เห็นแสงแดด หรือห้องพักที่แสงแดดส่องถึง เพราะนอกจากช่วยฆ่าเชื้อโรคแล้ว แสงแดดจะมีผลต่อจิตใจ ให้ความรู้สึกที่สดชื่น และเกิดพลังช่วยลดการซึมเศร้าได้เป็นอย่างดีซึ่งจะช่วยด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้จัดทำขึ้นใน ช่วงเวลาที่ประเทศไทย ต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและส่ง ผลกระทบอย่างรุนแรงกว่าช่วงที่ผ่านมา ในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8-10 สังคมไทยได้เผชิญหลักปรัชญา ของเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวาง ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัวชุมชน สังคม จนถึงระดับประเทศ ซึ่งได้มีส่วนเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกันและช่วยให้สังคมไทยสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคง ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว ในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ทุกภาคส่วนในสังคมไทยเห็นพ้อง ร่วมกันน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งให้ เกิดภูมิคุ้มกันและมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาประเทศสู่ ความ สมดุลและยั่งยืน ในการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11³ ครั้งนี้

2.4 หลักธรรมภาวนา 4 ที่ใช้ในการวิจัย

ภาวนาในพระพุทธศาสนามี 4 อย่าง แต่ในที่นี้ จะไม่เอามาอธิบาย เพราะได้อธิบายไว้แล้วใน หนังสือหลายเล่ม แสดงไว้แต่หัวข้อว่า ในพระพุทธศาสนาท่านจำแนกไว้ว่า คนเรานี้จะต้องภาวนา 4 ด้าน คือ

1. พัฒนาด้านกาย เรียกว่า กายภาวนา
2. พัฒนาด้านศีล เรียกว่า ศีลภาวนา
3. พัฒนาด้านจิต เรียกว่า จิตภาวนา

4. พัฒนาด้านปัญญา เรียกว่า ปัญญาภาวนาเป็นเรื่องที่แปลกที่ว่า ภาวนานี้เป็นของเก่ามาก แต่ จำเพาะมาใกล้กันมากกับ development 4 อย่าง ของวงการการศึกษาสมัยใหม่ ซึ่งกล่าวถึงการพัฒนาที่แปล จากของฝรั่งว่า development 4 ด้าน หรือ growth 4 ด้าน คือ

1. Physical development พัฒนาทางกาย
2. Social development พัฒนาการทางสังคม
3. Emotional development พัฒนาการทางอารมณ์
4. Intellectual development พัฒนาการทางปัญญา

เรื่องนี้เราพูดกันมาหลายสิบปีแล้ว แต่ไม่เคยพูดถึงภาวนา 4 อย่างในพระพุทธศาสนา คำว่า ภาวนานี้ ให้ไปดู dictionary ภาษาบาลี-อังกฤษ เขาแปลเป็น development ทั้งนี้ ภาวนาเราแปลว่าพัฒนา ฝรั่งแปลว่า development ตรงกันเลย แล้วภาวนาก็มี 4 development ก็มี 4 ตรงกันอีก คือ

1. พัฒนากาย หรือพัฒนาทางกาย ได้แก่ Physical development ตรงกับ กายภาวนา
2. พัฒนาศีล หรือพัฒนาทางสังคม ได้บอกแล้วว่า ศีลคือการอยู่ร่วมสังคมโดยไม่เบียดเบียน กัน แต่มีชีวิตที่เกื้อกูลต่อกัน และมีวินัยจึงได้แก่ Social development ตรงกับ ศีลภาวนา

³ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)

3. พัฒนาจิตใจ หรือพัฒนาทางอารมณ์ เรื่องอารมณ์ที่พยามมาในภาษาไทยปัจจุบัน ก็คือเรื่องของจิตใจนั่นเอง พัฒนาด้านนี้ จึงได้แก่ Emotional development ตรงกับ จิตภาวนา

4. พัฒนาปัญญา หรือพัฒนาการทางปัญญา ได้แก่ Intellectual development ตรงกับ ปัญญาภาวนา พัฒนาศีดานี้ แต่โยงกันเป็นระบบอันเดียว เป็นอันว่า ภาวนา 4 กับ development ก็ตรงกันหมด แต่ความหมายมีนัยที่แยกกัน ต่างกัน กว้างกว่ากัน หรือลึกกว่ากันบ้าง คือ ภาวนา พระพุทธศาสนา ไม่เน้นที่การทำให้ร่างกายเติบโตแข็งแรง แต่ถือว่าการกินอาหารให้ได้คุณค่า กินพอดี ด้วยความรู้จักประมาณ ให้อารมณ์อยู่ผาสุก มีสุขภาพดี เป็นฐานให้การพัฒนาด้านอื่นๆ ต่อไป การมีร่างกายที่ระบบภายในต่างๆ ทำงานเรียบร้อยดี ท่านเรียกว่าเป็น ปธานียังคะ อย่างหนึ่ง คือเป็นองค์หนึ่งของสภาพชีวิตที่เหมาะสมแก่การใช้ความเพียรพยายามในการพัฒนาชีวิต แต่การพัฒนาที่ไม่ใช่แค่นั้น การพัฒนากายนี้ ท่านเน้นที่อะไร การที่เราดำรงชีวิตอยู่ในโลกนี้ ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในการดำรงอยู่ ก็คือ ตา หู จมูก ลิ้น และประสาทกาย ที่เรียกว่าอินทรีย์ ฉะนั้น การพัฒนากาย ในพระพุทธศาสนาจึงเน้นไปที่การพัฒนาอินทรีย์ ในการสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อันได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ให้อำนาจได้ดี เกิดประโยชน์สูงสุด มีผลในทางส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่นพัฒนาการใช้ตาให้ดูเป็น พัฒนาการใช้หูให้ฟังเป็น ฯลฯ การพัฒนากาย จะต้องไม่ลืมเรื่องนี้

การพัฒนาอินทรีย์ คือ การฝึกใช้อินทรีย์ให้เป็นประโยชน์แก่ชีวิต ไม่ใช่ใช้อินทรีย์ให้เกิดโทษ ฉะนั้น การศึกษาจะต้องมีกายภาวนา ซึ่งไม่ใช่เฉพาะเพียงฝึกให้ร่างกายเติบโต แข็งแรง มีสุขภาพดีเท่านั้น แต่ต้องพัฒนาให้อินทรีย์เป็น นอกจากนั้น การพัฒนาทักษะต่างๆ ในทางอาชีพ ก็รวมอยู่ในข้อนี้ด้วย แต่ที่เป็นแกนกลางก็คือการพัฒนาที่เป็นอินทรีย์นี้ จนพูดได้ว่า การพัฒนากายก็คือการพัฒนาอินทรีย์

ส่วน ศีลภาวนา ที่ว่าเป็นการพัฒนาทางสังคมนั้น ไม่มุ่งแต่การอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดีโดยไม่เบียดเบียนกันเท่านั้น แต่มุ่งถึงการฝึกอบรมกายวาจา ให้เป็นฐานในการพัฒนาจิตต่อด้วย กล่าวคือการฝึกอบรม ให้อารมณ์ควบคุมตนในเรื่องกาย วาจา นั้น เริ่มด้วยการไม่เบียดเบียนผู้อื่น ให้อยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้ดี เป็นไปในทางที่เกื้อกูลต่อกันในสังคม อันนี้เป็นศีลขั้นพื้นฐาน แต่นอกเหนือจากนั้น ยังมีการศึกษาอบรมกายวาจาให้ประณีตยิ่งขึ้นไปอีก โดยที่ความสามารถในการฝึกพฤติกรรมทางกายวาจาของตนนั้น จะเป็นฐานแก่การพัฒนาจิตต่อไปด้วย

เมื่อเรารู้จักควบคุมฝึกหัดกายและวาจาของเรา เราจะได้ฝึกฝนพัฒนาจิตใจพร้อมไปด้วย มันจะส่งผลต่อกันตามหลักปัจจัยสัมพันธ์ หมายความว่าภาวนา 4 ด้านนี้ จะต้องโยงเป็นระบบเดียวกัน ไม่ใช่แยกเป็นด้านๆ ไม่ใช่เป็นความคิดแบบ reductionist เพราะพวกนั้นแยกแล้วไม่โยง คือแยกภาวนา หรือพัฒนา 4 ด้าน แยกออกไปได้หมด แต่ไม่ได้ดูว่า 4 ด้านนั้น สัมพันธ์กันอย่างไร ทางที่ถูกต้องโยงด้วยว่า 4 ด้านนี้เกื้อกูลและอาศัยกันอย่างไรอีกที แยกแล้วต้องโยงด้วย

ทางด้านการพัฒนาจิตใจก็ต้องโยงว่า เมื่อพัฒนาจิตใจดี ก็ส่งผลดีออกมาต่อร่างกาย เช่น ใจไม่โกรธไม่เครียด ช่วยให้มีสุขภาพดีและมีผลในการสัมพันธ์หรือในการอยู่ร่วมสังคมด้วย ทำให้การสัมพันธ์กับโลกและสภาพแวดล้อมภายนอกพลอยดีไปด้วย และการพัฒนาจิตใจนั้น เช่น เมื่อมีสมาธิ ใจไม่ว้าวุ่นสับสน ก็เป็นฐานให้แก่การพัฒนาปัญญาต่อไป

เมื่อพัฒนาปัญญาดีแล้ว ก็ทำให้จิตใจเป็นอิสระ เพราะรู้ว่าจะทำอะไรปฏิบัติต่ออะไรอย่างไร แก้ไขข้อติดขัดขัดปัญหา หายอึดอัดหลุดโล่งไปได้ ตลอดจนรู้เท่าทันชีวิตและโลกตามเป็นจริง รู้เท่าทันเหตุปัจจัย มีอะไรเกิดขึ้นก็รู้จักมองตามเหตุปัจจัย ก็ไม่มีอะไร มาบีบคั้นตัว อย่างน้อยก็ไม่ค่อยมีการกระทบกระแทก เพราะทำตามปัญญา ไม่ใช่ทำตามใจอยาก

การพัฒนาปัญญาตามหลักพระพุทธศาสนานี้ จะใช้คำว่า intellectual ก็ไม่ค่อยตรง เพราะคำว่า intellectual เน้นไปที่ความคิดเหตุผล ซึ่งเป็นเพียงขั้นหนึ่งหรือด้านหนึ่งของปัญญา

ปัญญาในพระพุทธศาสนา มีอยู่หลายขั้น เริ่มตั้งแต่การรู้จักรับ รู้ประสบการณ์ให้ตรงตามเป็นจริง การคิดตามเป็นจริง โดยไม่ถูกครอบงำด้วยอคติ หรือโลภะ โทสะ โมหะ จนถึงความรู้ความเข้าใจโลกและชีวิตตามเป็นจริง ที่ทำให้มีจิตใจเป็นอิสระ ด้วยเหตุนี้ ปัญญาภาวนาอาจจะต้องใช้คำว่า wisdom development

ภาวนา 4 นี้เป็นหลักสำคัญอีกชุดหนึ่ง ขอบุद्धโดยรวบรัดว่า ภาวนาหรือพัฒนานี้ แสดงถึงหนทางในการพัฒนาคน เมื่อพูดแยกเป็นแง่ด้านต่างๆ แล้ว ก็ต้องเอามาโยงเข้าด้วยกันให้เป็นภาพรวมอันหนึ่งอันเดียวกันอีกที

จุดหมายของการศึกษา คือ จุดหมายของชีวิต

การพัฒนาสู่อิสระภาพ ผ่านจุดหมายหลายระดับ

ต่อไปก็จะต้องมีเรื่องจุดหมายในการพัฒนาคน ซึ่งเป็นจุดหมายของการศึกษา ซึ่งพูดสั้นๆ ได้ว่าจุดหมายนั้นก็คือ การพัฒนาตนของแต่ละคนให้เข้าถึง อุตถะ คือเข้าถึงจุดมุ่งหมายของชีวิตในระดับต่างๆ คือ

1. เริ่มด้วยชีวิตระดับรูปธรรม หรือชีวิตด้านนอก ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ตามองเห็น เช่น ให้พึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ ให้พึ่งตนได้ในทางสังคม โดยอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีความเจริญก้าวหน้าในสังคม มีฐานะตำแหน่งเป็นที่ยอมรับนับถือ เป็นต้น ซึ่งเป็นขั้นที่ทางพระเรียกว่า ทิฏฐธัมมิกัตถะ คือประโยชน์ที่ตามองเห็นอันเป็นประโยชน์ในขั้นของจุดหมายสามัญ เป็นอิสระภาพของชีวิตด้านนอก หรืออิสระภาพทางกายภาพและทางสังคม

ขั้นนี้แม้จะสำคัญ แต่ไม่เพียงพอ ถ้ามีได้เพียงขั้นนี้ ไม่มีขั้นที่ 2 จะไม่ปลอดภัย

2. ต้องเข้าถึงจุดหมายในทางชีวิตจิตใจที่ลึกซึ้งลงไป คือมีจิตใจที่ตั้งงาม เชื่อมั่นในความดีและการกระทำสิ่งที่ถูกต้องดีงาม มีคุณธรรมและรู้จักเสียสละสร้างสรรค์ทำประโยชน์ต่างๆ มีปัญญาถอดถอนด้วยวิจาร์ณญาณ ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจและความสุขในบุญกุศล หรือการมีชีวิตที่มีคุณค่า ซึ่งเรียกว่า สัมปรายิกัตถะ คือ ประโยชน์ที่ล้ำเลยจากที่ตามองเห็น เป็นอิสระภาพของชีวิตด้านใน ที่ปลอดภัยจากความชั่วร้ายตกต่ำและความทุกข์ที่ร้ายแรงขั้นที่เรียกว่าตกอับ

3. สุดท้ายคือ ปรมัตถะ แปลว่า ประโยชน์สูงสุด คือถึงขั้นที่มีจิตใจเป็นอิสระด้วยปัญญาที่รู้ความจริง อย่างที่เรียกว่ารู้แจ้งสังขารหรือรู้เท่าทันโลกและชีวิต ไม่ตกเป็นทาสของสิ่งทั้งหลาย ไม่หวั่นไหวตามความเป็นไปภายนอก เป็นภาวะเต็มอิ่มสมบูรณ์ ซึ่งมีแต่ความสุขที่โปร่งเบา ไร้ทุกข์ เป็นอิสระภาพขั้นสูงสุดหรือขั้นสุดท้าย ที่ความเป็นอิสระของชีวิตจิตใจถึงขั้นเป็นภาวะเด็ดขาดสิ้นเชิง เพราะปัญญากำจัดเหตุปัจจัยแห่งความติดข้องของจิตหมดสิ้นแล้ว

แม้แต่ความสุขก็แบ่งได้เป็นหลายประเภท หลายระดับ เช่นที่แบ่งอย่างง่าย ๆ ว่า ความสุขของมนุษย์ แยกออกเป็น 2 แบบ คือ

1. สามีสุข สุขที่อาศัยอามิส และ
2. นิรามิสสุข สุขที่ไม่อาศัยอามิส

สำหรับคนธรรมดาทั่วไป ที่ยังมีจิตใจไม่เป็นอิสระ ไม่ถึงปรมาตม ก็ต้องอาศัยสิ่งภายนอกมาเป็น ปัจจัยช่วยให้ได้รับความสุข ความสุขของเขาขึ้นต่อวัตถุ ต้องอาศัยสิ่งบำรุงบำเรอ หรือแหล่งความสุขจาก ภายนอก ถ้าไม่มีอะไรภายนอกมาช่วยให้ได้เสพได้บริโภค เป็นต้น ก็เป็นทุกข์ ไม่สบาย ไร้ความสุข อย่างนี้ เรียกว่ามีแต่สามีสุข พุดสั้น ๆ ว่า ความสุขที่ยังพึ่งพาวัตถุ

แต่ถ้าได้พัฒนาตนขึ้นไปถึงปรมาตมแล้ว หรือแม้แต่ในแนวทางของปรมาตม ก็จะมีนิรามิสสุข สุขที่ไม่ ต้องอิงอาศัยอามิส ไม่ต้องขึ้นต่อสิ่งภายนอก มีความสุขได้โดยลำพังตัว เป็นตัวของตัวเอง เป็นความสุขแบบ อิสระ เป็นการพึ่งตัวเองได้ด้วยอริสราภาพทางจิตทางปัญญา การพึ่งตนได้ ก็มีหลายขั้นเป็นระดับๆ ขึ้นมา เริ่มแต่พึ่งตนได้ทางรูปธรรม ไม่ต้องขึ้นต่อผู้อื่นในด้านวัตถุภายนอก ในทางสังคม ในทางจิตใจ จนถึงพึ่งตนเอง ได้ในทางปัญญา จึงเข้าถึงอริสราภาพอย่างแท้จริง รวมความว่า การพึ่งตนได้ก็คือ อริสราภาพในระดับต่างๆ จนถึง อริสราภาพสูงสุด ทั้งหมดนี้จึงกลับเข้าสู่หลักข้างต้น ที่ว่า

1. รู้ความจริงของสิ่งทั้งหลาย เข้าถึง สัจธรรม
2. จึงดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายได้สอดคล้องกับหลักความจริง เป็นผู้มี จริยธรรม
3. จึงสามารถแก้ปัญหาได้สำเร็จ ไร้ทุกข์ เกิดมี อริสราภาพ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ

คำว่า รูปแบบ หรือ Model เป็นคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายหลายๆอย่าง ในแวดวงวิชาการ โดยทั่วไปมักได้ยินคำว่า Model กันอย่างแพร่หลาย ทั้งในกลุ่มวิชาการบริหาร เศรษฐศาสตร์ รัฐประศาสนศาสตร์ และสาขาวิชาอื่นๆ คำศัพท์ดังกล่าวมีการเรียกแตกต่างกันไป เช่น “ต้นแบบ” “รูปแบบ” หรือบางกลุ่ม เรียกว่า “หุ่นจำลอง” หรือ “แบบจำลอง” บางคนเรียกทับศัพท์ว่า “โมเดล”(Model) ลักษณะคำที่เรียกใช้ ส่วนใหญ่ แตกต่างกันตามลักษณะที่มาและที่ใช้ เช่น ในวงการวิทยาศาสตร์ แพทย์ศาสตร์ และวิศวกรรม มักใช้ คำว่า “หุ่นจำลอง” จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งได้เป็นอย่างดี (สมบุญ ศรีสรพรธิรัฐ 2547 : 110) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดของนักวิชาการ พบว่า มีการให้ความหมายของคำว่ารูปแบบไว้ต่างกััน ดังนี้

อุทุมพร จามรมาน (2541 : 22) ได้กล่าวไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างของความเกี่ยวข้อง ระหว่างหน่วยต่างๆหรือตัวแปรต่างๆ ดังนั้น รูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่า 1 มิติ หลายตัวแปรและตัวแปร ดังกล่าวต่างมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

วิสุทธิ วิจิตรวีรชราภรณ์ (2542 : 10) ได้อธิบายความหมายของรูปแบบว่า รูปแบบ เป็นการจำลองภาพในอุดมคติที่นำไปสู่การอธิบายลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ที่ไม่มีองค์ประกอบตายตัว หรือรายละเอียดทุกแง่มุม โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ

ทิตินา แซมณี และคนอื่นๆ (2547 : 101) ได้ให้ความหมายของรูปแบบสำหรับการวิจัยและพัฒนาว่า หมายถึง การนำแบบแผนในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของรูปแบบ ซึ่งจะประกอบไปด้วย หลักการ/แนวคิด และกระบวนการที่ได้รับการพัฒนามาอย่างเป็นระบบที่สามารถทดสอบได้ว่าปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิผลในการช่วยให้การปฏิบัติเกิดผลตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบนั้น

ดิเรก วรรณเศียร (2545 : 49) กล่าวว่า รูปแบบหรือแบบจำลอง หมายถึง สิ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่ออธิบายหรือแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่ง

พรสันต์ เลิศวิทยาวิวัฒน์ (2550 : 38) อธิบายว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งหรือวิธีการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบของอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น รูปแบบจำลองสิ่งก่อสร้าง รูปแบบในการพัฒนาชนบท รูปแบบในการหาเสียงของผู้สมัครรับเลือกตั้งเป็นผู้แทนราษฎร

สมาน อัครวุฒิ (2551 : 5) ได้ให้ความหมายของรูปแบบหรือแบบจำลอง คือ แบบจำลองอย่างง่ายหรือย่อส่วน (Simplified Form) ของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ผู้เสนอได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น หรือในบางกรณีอาจจะใช้ประโยชน์จากการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

Hersey, Blanchard and Johnson (1966 : 145) ให้ความหมายของรูปแบบซึ่งสามารถสรุปได้ 3 ลักษณะใหญ่ คือ

1. รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองซึ่งเป็นที่ย่อส่วนของของจริง เช่น แบบจำลองของเรือดำน้ำ
2. รูปแบบ หมายถึง คนหรือสิ่งของที่สามารถนำมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินงานได้ เช่น ครูต้นแบบ นักเดินแบบ หรือแม่แบบในการวาดภาพศิลป์
3. รูปแบบ หมายถึง แบบหรือรุ่นของผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์รุ่น 486 เป็นต้น

Steiner (1988 : 4-5) ได้กล่าวถึงความหมายของรูปแบบ คือ สิ่งของสิ่งหนึ่งคล้ายคลึง กับสิ่งของอีกสิ่งหนึ่ง และได้จำแนกความหมายเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Models) เป็นรูปแบบสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model of) แบบจำลองที่ออกแบบมาจากของจริง เช่น แบบจำลองเครื่องบินเอฟ 16 ลำเล็กๆ ที่สร้างจำลองมาจากเครื่องบินเอฟ 16 จริงๆ เป็นแบบจำลองที่สร้างและออกแบบไว้เพื่อใช้เป็นต้นแบบสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
2. รูปแบบเชิงแนวคิด (Conceptual Model) แบ่งออกเป็น ดังนี้

2.1 รูปแบบเชิงแนวความคิดของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Conceptual Model- of) คือ แบบจำลองที่สร้างขึ้น โดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว

2.2 รูปแบบเชิงแนวความคิดเพื่อสร้างสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Conceptual Model- for) คือ แบบจำลองที่สร้างขึ้น เพื่อใช้อธิบายทฤษฎี

Willer (1968 : 15) กล่าวว่า รูปแบบเป็นการสร้างมโนทัศน์ (Conceptualization) เกี่ยวกับชุดของปรากฏการณ์ โดยอาศัยหลักการ (Rationale) ของระบบรูปนัย (Formal System) และมีจุดมุ่งหมายเพื่อการทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยาม ความสัมพันธ์ และประพจน์ที่เกี่ยวข้อง

Good (1973 : 39) ได้รวบรวมความหมายของรูปแบบไว้ 4 ความหมาย คือ

1. เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ
2. เป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ เป็นต้น
3. เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติ ซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหลักการ หรือแนวคิด
4. เป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมตัวกันเป็นตัวประกอบ และเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจเขียนเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์ หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

Tosi and Carroll (1982 : 163) กล่าวว่า รูปแบบหรือแบบจำลองเป็นนามธรรมของจริง หรือภาพจำลองของสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะเริ่มต้นรูปแบบอย่างง่ายไปถึงรูปแบบที่มีความซับซ้อน มีทั้งรูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) และรูปแบบเชิงคุณลักษณะ (Qualitative Model) ที่ใช้อธิบายสภาพการณ์หรือปรากฏการณ์ด้วยภาษาหรือสัญลักษณ์ต่างๆ

Stoner and Wankel (1986 : 12) กล่าวว่า รูปแบบเป็นการจำลองความจริงของปรากฏการณ์ เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้ง่ายขึ้น

Keeves (1988 : 559) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง การแสดงโครงสร้างเพื่อใช้ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร รูปแบบอาจสามารถสร้างจากหลักฐานต่างๆที่มีอยู่จากการหยั่งรู้ด้วยการเปรียบเทียบหรือแตกมาจากทฤษฎี

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนหรือเป็นการจำลองความจริงของปรากฏการณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์พฤติกรรม หรือองค์ประกอบของสิ่งที่สำคัญๆ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีลักษณะเป็นตัวแทนของความเป็นจริงที่เปลี่ยนความสลับซับซ้อน หรือจากสิ่งที่ใหญ่ให้เล็กลงให้เป็นความเข้าใจที่ง่ายขึ้น อาจเป็นได้ทั้งรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรมและรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม เพื่อใช้ในการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นและเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

ประเภทของรูปแบบ

นักวิชาการ ได้กล่าวถึงและแบ่งประเภทของรูปแบบไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้ กรรณิกา เจิมเทียนชัย (2539:82) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบเป็น 2 ชนิด ได้แก่ รูปแบบของสิ่งที่เป็นรูปธรรมและรูปแบบของสิ่งที่เป็นนามธรรม

Keeves (1988 : 561-565) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ในการอุปมาอุปมัย เทียบเคียงปรากฏการณ์ซึ่งเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม สร้างขึ้นโดยใช้หลักการเทียบเคียงโครงสร้างของรูปแบบ สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูลความรู้ที่มีอยู่ โดยมีองค์ประกอบของรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำไปทดสอบข้อมูลเชิงประจักษ์ได้และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง เช่น รูปแบบการพัฒนากาของอะตอม

2. รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยาย หรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วย ข้อความ ภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นรูปแบบที่ใช้สัญลักษณ์ หรือสมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ รูปแบบประเภทนี้นิยมใช้กันทั้งในสาขาจิตวิทยา โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมศาสตร์ ตลอดจนสาขาศึกษาศาสตร์ และบริหารการศึกษา

4. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Model) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง หรือที่เรียกว่า Path Analysis และหลักการสร้างรูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) ที่มีตัวแปรซับซ้อนได้ โดยการนำเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบในลักษณะสมการเส้นตรงซึ่งสามารถทดสอบได้

Smith and others (1980 : 461) จำแนกประเภทของรูปแบบออกเป็น ดังนี้

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) ได้แก่

1.1 รูปแบบคล้ายจริง (Iconic Model) มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นไล่กา หุ่นตามร้านตัดเสื้อผ้า เป็นต้น

1.2 รูปแบบเหมือนจริง (Analog Model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลองจริง เครื่องบินจำลองที่บินได้ หรือเครื่องบิน เป็นต้น แบบจำลองชนิดนี้ใกล้เคียงความจริงกว่าแบบแรก

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ได้แก่

2.1 รูปแบบข้อความ (Verbal Model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Model) รูปแบบนี้พบมากที่สุด เป็นการใช้อธิบายปฏิกิริยาในการอธิบายโดยย่อ เช่น คำพรรณนาลักษณะ

งาน คำอธิบายรายวิชา เป็นต้น การมีรูปแบบที่เป็นข้อความแม้บางครั้งจะเข้าใจได้ยากแต่ก็ยิ่งดีกว่าไม่มีรูปแบบเสียเลยเพราะอย่างน้อยก็เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบประเภทอื่นต่อไป

2.2 รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (quantitative model) เช่น สมการ และโปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

Hersey, Blanchard and Johnson (1996 : 61) ได้อธิบายว่า รูปแบบกับทฤษฎีไม่ใช่สิ่งเดียวกัน แต่มีความสัมพันธ์กันใน 2 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบเชิงทฤษฎี (Theoretical Model) เป็นโมเดลที่สร้างขึ้นจากประสบการณ์งานวิจัย หรือทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เพื่อหาข้อสรุปที่ใช้อธิบาย ทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ของเรื่อง ที่ศึกษา หรือโมเดลกับข้อมูลที่รวบรวมไว้แล้ว ถ้ามีความสอดคล้องกันโมเดลนั้นต้องมีความน่าเชื่อถือ อันจะนำไปสู่การสร้างทฤษฎีในเรื่องนั้นๆ ต่อไป ดังนั้น การสร้างโมเดลเชิงทฤษฎีจึงอาจเป็นเพียงขั้นตอนหนึ่งในการสร้างทฤษฎีใหม่ๆ เท่านั้น

2. รูปแบบเชิงปฏิบัติ (Practical Model) เป็นโมเดลที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้เข้าใจทฤษฎีนั้นได้ง่ายขึ้น หรือเพื่อนำไปใช้อธิบาย ทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังนั้น โมเดลจึงเป็นเพียงรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่งที่ได้จากการถ่ายทอดจากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ จากการศึกษาแนวคิดของนักวิชาการต่างๆ สรุปได้ว่า ประเภทของรูปแบบนั้น มีตั้งแต่รูปแบบอย่างง่ายไปจนถึงรูปแบบที่มีความซับซ้อน ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ด้วยภาษาหรือสัญลักษณ์เพื่อใช้นิยามคุณลักษณะหรือบรรยายคุณสมบัติต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย แต่ต้องมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และสามารถนำไปใช้หาข้อสรุปเพื่ออธิบายทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

องค์ประกอบของรูปแบบ

นักวิชาการ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของรูปแบบไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

สมาน อัครภูมิ (2537 : 17) ได้อธิบายถึงการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบหรือแบบจำลองว่า ประกอบด้วยอะไรบ้าง จำนวนเท่าใด มีโครงสร้างและสัมพันธ์กันอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ที่เราากำลังศึกษาหรือจะออกแบบแนวคิด ทฤษฎี หลักการพื้นฐานในการกำหนดแบบจำลองนั้นๆ เป็นหลักสำคัญขององค์ประกอบ

ทิตนา แคมมณี (2547 : 16) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของรูปแบบไว้ว่ามี 4 องค์ประกอบ ที่สำคัญคือ

1. วัตถุประสงค์ แนวคิด
2. บริบทและเงื่อนไข
3. ยุทธศาสตร์ กระบวนการดำเนินงาน
4. ผลที่ได้รับจากการนำรูปแบบไปใช้

ธีระ รุญเจริญ (2550 : 12) กล่าวว่า รูปแบบ มี 6 องค์ประกอบ คือ

1. หลักการของรูปแบบ
2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ
3. ระบบและกลไกของรูปแบบ
4. วิธีดำเนินการของรูปแบบ
5. แนวทางการประเมินผลรูปแบบ
6. เงื่อนไขของรูปแบบ

สมาน อัสวภูมิ (2551 : 10) ได้เสนอแนวคิดถึงองค์ประกอบของรูปแบบที่ดีควรจะประกอบไปด้วย 7 องค์ประกอบ คือ

1. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ
2. ทฤษฎีพื้นฐานและหลักการของรูปแบบ
3. ระบบงานและกลไกของรูปแบบ
4. วิธีการดำเนินงานของรูปแบบ
5. แนวการประเมินรูปแบบ
6. คำอธิบายประกอบรูปแบบ
7. ระบุเงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้

Bardo and Hardman (1982 : 64) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของรูปแบบไว้ว่า การที่จะระบุว่ารูปแบบใดรูปแบบหนึ่งจะต้องประกอบรายละเอียดมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้นควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดที่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์นั้นๆ ตัวอย่าง เช่น รูปแบบระบบที่มีลักษณะบางประการของระบบเปิด เป็นรูปแบบที่แสดงองค์ประกอบย่อยของระบบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1) ปัจจัยนำเข้า 2) กระบวนการ 3) ผลผลิต และ 4) ข้อมูลป้อนกลับจากสภาพแวดล้อมและตัวอย่างขององค์ประกอบรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ (สนานจิตร์ สุคนธ์ทรัพย์ 2544 : 47) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนกลยุทธ์ การดำเนินงาน และการควบคุม

กล่าวโดยสรุป การที่จะกำหนดว่ารูปแบบหรือแบบจำลองจะประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ที่จะศึกษาและมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ที่ต้องการเพราะองค์ประกอบของรูปแบบจะเป็นสิ่งทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ในการสร้างรูปแบบผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นกรอบในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบและเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

สิงหา จันทริยวงษ์ (2553 : 332-333) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและราชอาณาจักรกัมพูชาโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการวิจัยได้รูปแบบจำลองซึ่งประกอบด้วยพันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์และแผนงานโครงการสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท 5 ประการ คือ การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ การส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ

และครอบครัวอย่างหลากหลาย การส่งเสริมสวัสดิการคุ้มครองผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างเหมาะสม การส่งเสริมการบริหารจัดการและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุและครอบครัว และการส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้

แสงระวี แก้วเมืองฝาง (2552 : 86-89) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรในจังหวัดเชียงราย ซึ่งจากการศึกษาได้ข้อสรุปว่า การสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิต ของเกษตรกรในจังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยที่ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของเกษตรกรในเชียงราย ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ขั้นตอนที่ 3 สร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรในจังหวัดเชียงราย ซึ่งในขั้นตอนนี้ได้ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ การตรวจสอบผลทางสถิติของการวิเคราะห์ข้อคำถามโดยใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ การใช้กระบวนการชุมชน โดยได้ประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการ AIC (AIC : Appreciation Influence Control) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดกรอบแนวทางในการจัดประชุมเวทีชาวบ้าน 2) สร้างและจัดเตรียมแนวทางการตัดประชุม 3) คัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุม 4) การดำเนินการประชุม 5) การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล ขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรในจังหวัดเชียงราย

สุธรรม ธรรมทัศนานนท์ (2549 : 238-240) ได้ศึกษาการนำเสนอรูปแบบการพัฒนาผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อพัฒนาประเทศ จากการศึกษาได้ข้อสรุปว่า รูปแบบการพัฒนา มืองค์ประกอบ 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ส่วนที่ 2 แนวคิดหลักการและวัตถุประสงค์ทั่วไปของรูปแบบการพัฒนาผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ส่วนที่ 3 กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนา 4 ขั้น คือ ขั้นตอนการประเมินเพื่อกำหนดคุณลักษณะที่ต้องพัฒนา ขั้นเตรียมการพัฒนา ขั้นดำเนินการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ และขั้นการประเมินผลการพัฒนา และการดำเนินการ ส่วนที่ 4 แนวทางการนำรูปแบบไปใช้เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

อาชัญญา รัตนอุบล และคนอื่นๆ (2552 : 78) ได้ทำการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน โดยได้สร้างรูปแบบในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจสภาพปัญหา และความต้องการการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน เพื่อการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 3) การกำหนดเนื้อหาสาระอยู่ในขอบเขตเนื้อหาสาระ 4 ด้าน คือ ด้านการเตรียมความพร้อม ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวทางสังคมและจิตใจ ด้านพฤติกรรมกรออม และด้านพฤติกรรมกรการเรียนรู้ 4) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างบูรณาการ 5) การประเมินผลการเรียนรู้ และ 6) การถอดบทเรียน

พระครูวิสิฐพัฒนารามณ์ บัวศรี (2555 : 148 - 152) ได้ทำการศึกษา เรื่องรูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของเยาวชนในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) หลักการของรูปแบบการเรียนการสอน 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการสอน 3) กิจกรรมการเรียนการสอน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำ ขั้นสอน ขั้นสรุป และ 4) การวัดผลและประเมินผล

ภควา มุสิกวัน (2555 : 122-135) ได้ศึกษา รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำของผู้บริหาร จากการศึกษาได้ข้อสรุปว่า รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำของผู้บริหาร มีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 หลักการและวัตถุประสงค์ของรูปแบบโดยมีหลักการที่เน้นการพัฒนาตนเอง การจัดการความรู้มีความยืดหยุ่นสามารถปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม และมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผู้บริหารให้มีคุณลักษณะความเป็นผู้นำ 2) คุณลักษณะความเป็นผู้นำที่ต้องพัฒนา โดยมีคุณลักษณะความเป็นผู้นำที่ต้องพัฒนา 2 ด้าน 12 คุณลักษณะ 3) กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การประเมินเพื่อกำหนดคุณลักษณะความเป็นผู้นำที่ต้องพัฒนา ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ขั้นที่ 3 การพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการพัฒนา 4) เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ เงื่อนไขความสำเร็จคือ ผู้บริหารที่เข้ารับการพัฒนายต้องสามารถบริหารจัดการเวลาได้ มีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน และตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ ผู้บริหารมีคุณลักษณะความเป็นผู้นำด้านการบริหารงานและด้านการประสานสังคม

ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ (2548 : 82-90) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย พบว่า การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี หลักการ ตลอดจนนโยบายมาตรการต่างๆในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วนำผลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดประยุกต์ใช้เพื่อสร้างแบบจำลองรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำเอาปัจจัยและองค์ประกอบแต่ละปัจจัยที่ได้จากระยะที่ 1 มาเข้าสู่กระบวนการจัดกิจกรรมเป็นระบบบริการสุขภาพตามรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำลองขึ้น โดยจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง และการวิจัยระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการทดสอบความกลมกลืนของรูปแบบ (Goodness of Fit) ของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการวิเคราะห์เชิงเหตุและผลของรูปแบบโดยใช้โปรแกรม Lisrel

สุวรรณ อนุสันติ (2541 :124) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการพัฒนานิสิตนักศึกษาพยาบาลเพื่อลดความเครียด โดยจัดในลักษณะของโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับระดับความเครียดของบุคคล ประกอบด้วย 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหาและวิธีสอน

ผดุงศิษย์ ขำนาญบริรักษ์ (2552 : 67) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถ ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน : กรณีศึกษาในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จาก

การศึกษาได้ข้อสรุปว่า รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ประกอบด้วย 1) หลักการเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) กิจกรรม/เนื้อหาสาระ 4) การประเมินผลและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

ปานชีวา ณ หนองคาย (2551:70-77) ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 เตรียมการ ขั้นที่ 2 ศึกษา วิเคราะห์ปัญหาและวางแผน และนำปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมากำหนดเป็นเนื้อหา ตลอดจนแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยได้เป็นแผนการฝึกอบรมจำนวน 6 เรื่อง ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการ ขั้นที่ 4 ประเมินผล

ประมวล เกตรา (2553 : 89) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถการพึ่งตนเองของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยการสังเคราะห์แนวคิดการพึ่งตนเองของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการพึ่งตนเอง ของ ศิริ ฮามสุโพธิ์ และแนวคิดในการพัฒนารูปแบบของการควบคุมวิทยานิพนธ์ของ บุญชม ศรีสะอาด ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถการพึ่งตนเองของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) เตรียมชุมชน 2) สร้างแรงจูงใจ จิตสำนึก 3) จัดทำแผนค้นหาปัญหา 4) นำแผนไปปฏิบัติ ปรับปรุงแผน 5) ประเมินสรุปผล 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้

สุภาว อวาสกุลสุทธิ (2552 : 216-220) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ผลการสร้างและประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะภาวะผู้นำของหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่ต้องพัฒนา ส่วนที่ 2 แนวคิดและหลักการกำกับรูปแบบและวัตถุประสงค์ทั่วไปของรูปแบบ ส่วนที่ 3 กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการประเมินเพื่อกำหนดคุณลักษณะภาวะผู้นำที่ต้องพัฒนา ขั้นการเตรียมการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำ ขั้นการดำเนินการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำ ประกอบด้วย 4 รูปแบบย่อยตามกลุ่มคุณลักษณะที่ต้องพัฒนา คือ รูปแบบที่ 1 การพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำด้านการบริหาร รูปแบบที่ 2 การพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำด้านวิชาการ รูปแบบที่ 3 การพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำด้านบุคลิกภาพและภาพลักษณ์ และรูปแบบที่ 4 การพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำด้านคุณธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และการฝึกปฏิบัติแบบบูรณาการ และขั้นการประเมิน ผลการพัฒนาและการดำเนินการ ส่วนที่ 4 แนวทางการนำรูปแบบไปใช้ เงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ

ตารางที่ 2.1 แสดงการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	ผู้เสนอ											ความถี่	
	สิงหา จันทิรย์วงศ์	แสงระวี แก้วเมืองแฝง	สุธรรม ธรรมทัศน์านนท์	อาชญญา รัตน์อุบล และคนอื่นๆ	พระครูวิสุทธิพัฒนารามณ์ บัวศรี	ภควา มุสิกวัน	ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ	สุวรรณ อมสุสันติ	ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	ปานชีวา ณ ทองคาย	ประมวศ เกตรา		ศุภาร์ อวสกุศลสุทธิ.
1. แนวคิดหลักการของรูปแบบ			✓		✓	✓		✓	✓			✓	6
2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			✓	8
3. กระบวนการ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		10
3.1 การกำหนดเนื้อหาสาระ/ แผนการฝึกอบรม		✓		✓						✓			3
3.2 การดำเนินการประชุม /จัด อบรม		✓					✓		✓				3
3.3 คัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุม / เตรียมชุมชน	✓	✓					✓		✓				5
3.4 ศึกษาดูงานนอกสถานที่										✓			1
3.5 จัดเวทีประชาคม/เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	✓								✓		✓		3
4. การประเมินผลและการวัดผล		✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	9
5. การถอดบทเรียน				✓						✓			2
6. แนวทางการนำรูปแบบไปใช้ เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัด ความสำเร็จของรูปแบบ			✓	✓			✓	✓	✓			✓	6

จากการสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตารางที่ 2.1 ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

ตารางที่ 2.2 การสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบของรูปแบบที่ได้จากการสังเคราะห์	องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้วิจัย
1. แนวคิดหลักการของรูปแบบ	1. หลักการของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ	2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. กิจกรรม /กระบวนการจัดกิจกรรม 3.1 คัดเลือกผู้เข้าประชุม/เตรียมชุมชน 3.2 การกำหนดเนื้อหาสาระ/แผนการฝึกอบรม 3.3 การดำเนินการจัดประชุม/ อบรม 3.4 การประเมินผลและการวัดผล 3.5 การถอดบทเรียน	3. กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3.1 การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ 3.2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3.4 การประเมินผลการดำเนินงาน 3.5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. เงื่อนไขความสำเร็จ และตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ	4. เงื่อนไขความสำเร็จ และตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

จากตารางที่ 2.2 พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ชุดขององค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ

2. การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. การประเมินผลการดำเนินงาน

5. การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 4 เจ็อนไขความสำเร็จ และตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

การตรวจสอบรูปแบบ

การตรวจสอบรูปแบบ เป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้ทราบว่ารูปแบบนั้นๆ มีประสิทธิภาพมากน้อยแค่ไหน ซึ่งในการตรวจสอบรูปแบบมีนักวิชาการหลายท่าน ได้กล่าวถึงการตรวจสอบรูปแบบไว้ต่างๆ กัน ดังนี้

อุทุมพร จามรมาน (2541 : 23) ได้กล่าวถึง การตรวจสอบรูปแบบไว้ว่า อาจใช้การวิเคราะห์จากหลักฐานเชิงคุณลักษณะ (Qualitative) และเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยที่การตรวจสอบรูปแบบจากหลักฐานเชิงคุณลักษณะอาจใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบ ส่วนการตรวจสอบโมเดล จากหลักฐานเชิงปริมาณใช้เทคนิคทางสถิติ ซึ่งการตรวจสอบรูปแบบควรตรวจสอบคุณลักษณะ 2 อย่าง คือ

1. การตรวจสอบความมากน้อยของความสัมพันธ์/ความเกี่ยวข้อง/เหตุผลระหว่าง ตัวแปร
2. การประมาณค่าพารามิเตอร์ของความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งการประมาณค่านี้สามารถประมาณข้ามกาลเวลา กลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ได้ (Across Time, Sample, Site) หรืออ้างอิงจากกลุ่มตัวอย่างไปหาประชากรก็ได้ โดยผลการตรวจสอบ นำไปสู่คำตอบ 2 ข้อ คือ

2.1 การสร้างรูปแบบใหม่

2.2 การปรับปรุง หรือพัฒนารูปแบบเดิม

สมาน อัสวภูมิ (2551 : 9) ได้เสนอแนวทางในการตรวจสอบรูปแบบ ที่เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยและพัฒนารูปแบบไว้ อาจใช้วิธีใด วิธีหนึ่ง จาก 3 วิธี ดังนี้ คือ

1. การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 15-20 คน พร้อมกับแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ตลอดจนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่างๆ

2. ตรวจสอบโดยการประชุมสัมมนา โดยผู้วิจัยจัดประชุมสัมมนากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหนึ่ง แล้วนำเสนอรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เสร็จแล้วให้ผู้เข้าร่วมประชุมสัมมนา วิพากษ์ประเมินรูปแบบทั้งในด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และให้ข้อเสนอแนะต่อไป

3. ตรวจสอบโดยการทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในสภาพจริงหรือเหตุการณ์จำลอง ตามแบบแผนที่ออกแบบไว้ เพื่อสังเกต รวบรวมข้อมูล และความเห็นต่อผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบต่อไป หลังจากได้ข้อมูลจากการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยควรได้ดำเนินการปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติม พร้อมกับสรุปข้อมูล ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เห็นว่าสำคัญต่อรูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้ต่อไป

Eisner (1976 : 192-193) ได้เสนอแนวความคิดการตรวจสอบโดยการใช้ผู้ทรงคุณวุฒิในบางเรื่องที่ต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเชื่อว่าการรับรู้ที่เท่ากันนั้นเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของผู้รู้ และได้เสนอแนวความคิดการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิไว้ดังนี้

1. การประเมินโดยแนวทางนี้ มิได้เน้นผลสัมฤทธิ์ของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามรูปแบบการประเมินแบบอิงเป้าหมาย (Goal-based Model) การตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้องตามรูปแบบการประเมินแบบสนองตอบ (Responsive Model) หรือ กระบวนการตัดสินใจ (Decision Making Model) แต่อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจะเป็นการวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่นำมาพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานปัจจัยในการพิจารณาต่างๆ เข้าด้วยกัน หรือพิจารณาตามวิจารณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของสิ่งที่ทำการประเมิน

2. เป็นรูปแบบการประเมินที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมิน โดยที่พัฒนามาจากรูปแบบการวิจารณ์งานศิลป์ (Art Criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูง มาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่า ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใดๆ ได้ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะองค์ความรู้เฉพาะสาขานั้น ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริงๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

3. เป็นรูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือว่า ผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรมและมีคุณวิญญูที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่างๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิผู้นั้นเอง

4. เป็นรูปแบบที่ยอมรับความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอัธยาศัย และความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่พิจารณา การบ่งชี้ข้อมูล ที่ต้องการ การเก็บรวบรวม การประเมินผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ ทั้งนี้การเลือก

ผู้ทรงคุณวุฒิจะเน้นที่สถานภาพทางวิชาชีพ ประสบการณ์ และการเป็นที่เชื่อถือ (High Credit) ของวิชาชีพนั้นเป็นสำคัญ กล่าวโดยสรุป ในการตรวจสอบรูปแบบนั้น จะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบที่อาจมีหลายขั้นตอน ทั้งนี้เพื่อต้องการที่จะให้ได้รูปแบบที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้ ซึ่งอาจใช้การตรวจสอบโดย การใช้เทคนิควิธีการทางสถิติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบโดยการ สัมมนา ประชาพิจารณ์ หรือการนำไปทดลองใช้ตามสภาพจริง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนวทางที่จะตรวจสอบรูปแบบ 2 วิธี คือ 1) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เฉพาะทาง และ 2) การนำไปทดลองใช้ตามสภาพจริง

2.6 บริบทพื้นที่วิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทพื้นที่เขตทุ่งกุลาร้องไห้ ซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโพนทราย อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย และอำเภอปทุมรัตน์ และการใช้รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอโพนทราย

ข้อมูลทั่วไปจังหวัดร้อยเอ็ด

คำขวัญของจังหวัดร้อยเอ็ด

“สิบเอ็ดประตูเมืองงาม เรืองนามพระสูงใหญ่ ผ้าไหมสาเกต บุญผะเหวดประเพณี มหาเจดีย์ชัยมงคล งามน่ายลบึงพลาญชัย เขตกว้างไกลทุ่งกุลา โลกลือชาข้าวหอมมะลิ”



สัญลักษณ์ประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

ตราประจำจังหวัด

ตราประจำจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยสัญลักษณ์รูปบึงพลาญชัยศาลหลักเมือง พระมหาเจดีย์ชัยมงคล ตัวเลข 101 และรวงข้าวหอมมะลิ พลาญชัย เป็นบึงน้ำใสสะอาดตั้งอยู่กลางเมือง บ่งบอกว่าประชาชนชาวจังหวัดร้อยเอ็ดมีน้ำใจโอบอ้อมอารี รักความสงบและมีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย รวมทั้งเป็นแหล่งอาหารที่มีความอุดมสมบูรณ์ ศาลหลักเมือง เป็นที่เคารพสักการะและเป็นศูนย์รวมจิตใจของประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ด พระมหาเจดีย์ชัยมงคล บ่งบอกถึงความเป็นเมืองแห่งพระพุทธศาสนาที่เจริญรุ่งเรือง ตัวเลข 101 แสดงถึงเป็นเมืองใหญ่ในอดีตที่ชื่อสาเกตนครและเป็นจังหวัดเดียวที่สามารถเขียนชื่อเมืองเป็นตัวเลขได้

รวงข้าวหอมมะลิ เป็นผลิตผลทางการเกษตรชั้นเลิศที่มีชื่อเสียงไปทั่วโลกจากทุ่งกุลาร้องไห้จังหวัดร้อยเอ็ด

ธงประจำจังหวัด

พื้นธงเป็นสีเหลือง ตรงกลางมีตราประจำจังหวัด รูปศาลหลักเมืองบนเกาะกลางบึงพลาญชัย

พระพุทธรูปประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

“พระพุทธรูปมิ่งมงคล” เป็นพระพุทธรูปปางมารวิชัย ขนาดความสูงรวมฐาน 60 เซนติเมตร ฐานสูง 8 เซนติเมตร หน้าตักกว้าง 35 เซนติเมตร แบบศิลปะรัตนโกสินทร์ ช่างพื้นถิ่นอีสาน ทำจากโลหะผสมทองแดง พุทธลักษณะ พระพักตร์รูปไข่ พระขนงโก่ง พระเนตรเหลือบลงต่ำ พระนาสิกโด่งเป็นสัน ปลายบานเล็กน้อย มีไรพระศก เม็ดพระศกแหลมเล็ก ห่มเฉียงเปิดพระอังสาขวา ชายสังฆาฏิเป็นแถบสี่เหลี่ยมปลายตกแต่งเป็น ลายกลีบบัวยาวเหนือพระนาภี ประทับนั่งขัดสมาธิราบ บนฐานเชิงมีจารึกอักษรธรรมอีสาน จำนวน 3 บรรทัด ที่หน้าฐาน ความว่า “ศักราช 2 พัน 367 พระสัสสา ปีฮับเป้า เดือนยี่ แรม 4 ค่ำ 4 มหาราชครูเจ้าทั้ง 2 วัดกลางเมืองร้อยเอ็ด ทั้งอันเตวาสิก แลมหาราชเจ้า แลกรมการ แล อุปาสก อุปาสิกา พร้อมกันหล่อ พระพุทธเจ้าไว้เพื่อเป็นที่ไหว้ แลบูชาแก่คน แลเทพยดาทั้งหลาย”

แร่ประจำจังหวัดร้อยเอ็ด

“ซากดึกดำบรรพ์หอยน้ำจืดจากโพนซันก (ซันกอินทรี)” มีความสัมพันธ์กับประวัติศาสตร์ท้องถิ่นและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวร้อยเอ็ดมาตั้งแต่อดีต ดังเห็นได้จากตำนานพื้นบ้านที่บอกเล่าเรื่องราวต่างๆ ของทุ่งกุลาร้องไห้และบริเวณใกล้เคียง การที่ในอดีตชาวบ้านใช้ซากดึกดำบรรพ์เป็นวัตถุดิบในการทำปูนเพื่อก่อสร้างศาสนสถาน และความสำคัญของทุ่งกุลาร้องไห้จากพื้นดินที่แห้งแล้งสู่การเป็นแหล่งผลิตข้าวหอมมะลิ คุณภาพดีของโลก

ดังนั้น จังหวัดร้อยเอ็ดจึงเลือกซากดึกดำบรรพ์ของหอยน้ำจืดหรือที่ชาวบ้านเรียก “ซันกอินทรี” จากโพนซันกในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ เป็นแร่ที่เป็นสัญลักษณ์หรือจุดเด่นของจังหวัดที่สื่อถึงพระราชกรณียกิจของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและพระบรมวงศานุวงศ์ ทั้งในด้านการบำรุงพระพุทธศาสนาและการบำบัดทุกข์ บำรุงสุขของราษฎร เพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นน้อมนำกระแสพระราชดำริสและพระราชดำริในการพัฒนา คุณภาพชีวิตของราษฎรมาปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนอยู่ดีกินดีและอยู่ร่วมกันอย่างสงบร่มเย็น

ต้นไม้ประจำจังหวัด

อินทนิลเป็นไม้ยืนต้นขนาดกลางถึงใหญ่สูงประมาณ 50 ฟุต ลำต้นตรงเปลือกค่อนข้างดำหรือน้ำตาล มีตะครุขรุขระกิ่งแผ่กว้างใบมาแกมขอบขนานยาวประมาณ 10 นิ้วเนื้อใบหนาเป็นมันดอกออกเป็นช่อยาวตาม ปลายกิ่งช่อตั้งตรงดอกมีทั้งสีม่วงม่วงแกมชมพูกลีบรองดอกติดกันเป็นรูปถ้วยปลายแยกเป็น 6 แฉกผลรูปไข่เกลี้ยง ยาวประมาณ 9 นิ้วออกดอกราวเดือนมีนาคมถึงมิถุนายนการขยายพันธุ์ใช้วิธีเพาะเมล็ด

ประวัติความเป็นมาจังหวัดร้อยเอ็ด

เมืองร้อยเอ็ด แต่เดิมเคยเป็นเมืองใหญ่เจริญรุ่งเรืองมาก เรียกว่า เมืองสาเกตุนครหรืออาณาจักรกุลน ทะนคร มีประตูเข้า 11 ประตู มีเมืองขึ้นทั้งสิ้น 11 เมือง ตามตำนานอุรังคธาตุได้เล่าว่ามีนครใหญ่แห่งหนึ่งชื่อ

อาณาจักรกุลนทนครมีเมืองหลวงชื่อสาเกตุ เจริญรุ่งเรืองเป็นปึกแผ่น เจ้าผู้ครองนครชื่อ พระเจ้า “กุลนทะ” มีกุศโลบายในการปกครองที่ชาญฉลาดโดยให้ชุดคนน้ำ ทำคันดิน เป็นกำแพงสูงรอบเมืองเจาะช่องทางเข้าเมืองจำนวน 11 ประตู ตามจำนวนเมืองขึ้น 11 เมือง (เดิมเขียน 10,1 หรือ สิบหนึ่ง) กำหนดรหัสเข้าเมืองอย่างรัดกุม เมื่อมีเหตุร้ายเกิดขึ้นให้เป่าปี่ชาววา (ปี่ 20 วา) เป็นสัญญาณและใช้ม้าเร็วชื่อ แม่แล แจ้งเหตุนั้นๆ การปกครองมีความร่มเย็นเป็นสุขสืบมาจนถึงสมัยพระเจ้าสุริยวงษาราชธรรมมิกราช ประชาชนได้รับความเดือดร้อนเนื่องจากถูกพวกขอมคุกคาม จึงพาไพร่พลอพยพไปอยู่แหล่งใหม่ หัวเมืองขึ้นก็เกิดการกระด้างกระเดื่องจนถึงการวิบัติในที่สุด

ปี 2256 พระเจ้าสร้อยศรีสมุทรพุทธางกูร เจ้าผู้ครองเมืองจำปาศักดิ์ได้มอบหมายให้อาจารย์แก้วคุมไพร่พลมาสร้างเมืองชื่อว่าเมืองทุ่ง (อำเภอสุวรรณภูมิ) ให้อาจารย์แก้วเป็นเจ้าเมืองขึ้นตรงต่อนครจำปาศักดิ์ เมื่ออาจารย์แก้วถึงแก่กรรม ท้าวमितบุตรคนโตของอาจารย์แก้วได้เป็นเจ้าเมือง และท้าวทนต์ ผู้น้องชายเป็นอุปราช เมื่อท้าวमितถึงแก่กรรมท้าวทนต์ได้ขึ้นเป็นเจ้าเมืองแทน สร้างความไม่พอใจแก่ท้าวเชียง และท้าวศุณย์บุตรชาย ท้าวमितเป็นอันมาก ท้าวเชียงกับท้าวศุณย์ได้แต่งเครื่องบรรณาการไปขอพึ่งพระบรมโพธิสมภารของพระเจ้าเอกทัศแห่งกรุงศรีอยุธยา ให้ส่งคนมาเจรจาขอคืนอำนาจจากท้าวทนต์สำเร็จ เมื่อท้าวทนต์สละตำแหน่งให้แก่หลานทั้งสองก็ได้รวมไพร่พลกลุ่มหนึ่งอพยพมาสร้างเมืองใหม่ที่บริเวณบ้านกุ่มร้าง หรือเมืองสาเกตุเดิม (เมืองร้อยเอ็ดปัจจุบัน) และมีใบบอกไปยังกรุงธนบุรีขอพระราชทานอนุญาตตั้งบ้านกุ่มร้างขึ้นเป็นเมืองร้อยเอ็ด

เมืองร้อยเอ็ดได้ปกครองตนเองมาด้วยความร่มเย็นเป็นสุข จนกระทั่งปี พ.ศ. 2445 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวโปรดให้จัดการปกครองขึ้นใหม่โดยแบ่งภาคอีสานออกเป็นสองมณฑล คือ มณฑลลาวพวน กับมณฑลลาวกาว ตั้งเมืองร้อยเอ็ดเป็นศูนย์กลางการบริหารภาคอีสานตอนกลางและล่าง ต่อมาในปี พ.ศ. 2453 ได้แยกมณฑลลาวกาวออกเป็นสองมณฑล คือมณฑลอุบลและมณฑลร้อยเอ็ด จนกระทั่งหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 มณฑลร้อยเอ็ดจึงถูกเปลี่ยนแปลงมาเป็น จังหวัดร้อยเอ็ดในปัจจุบัน

จำนวนอำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ด : 20 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด- อำเภอเกษตรวิสัย- อำเภอปทุมรัตต์- อำเภอจตุรพักตรพิมาน- อำเภอธวัชบุรี- อำเภอพนมไพร- อำเภอโพนทอง- อำเภอโพธิ์ชัย- อำเภอหนองพอก- อำเภอเสลภูมิ- อำเภอสุวรรณภูมิ- อำเภอเมืองสรวง- อำเภอโพนทราย- อำเภออาจสามารถ- อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย- อำเภอศรีสมเด็จ- อำเภอจังหาร- อำเภอเชียงขวัญ- อำเภอหนองฮี- และอำเภอทุ่งเขาหลวง

ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งอยู่ตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างละติจูดที่ 15 องศา 24 ลิปดาเหนือ ถึง 16 องศา 19 ลิปดาเหนือ และลองจิจูดที่ 103 องศา 16 ลิปดาตะวันออก ถึง 104 องศา 21 ลิปดาตะวันออก อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยทางรถยนต์ประมาณ 512 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งสิ้น 8,299.46 ตารางกิโลเมตร หรือ 5,187,156 ไร่ มีเขตแดนติดต่อกับจังหวัดอื่นดังนี้

- ทิศเหนือและตะวันตกเฉียงเหนือ จรดจังหวัดกาฬสินธุ์
- ทิศตะวันออกเฉียงเหนือ จรดจังหวัดมุกดาหาร
- ทิศตะวันออก จรดจังหวัดยโสธร
- ทิศตะวันออกเฉียงใต้ จรด จังหวัดศรีสะเกษ
- ทิศใต้ จรดจังหวัดสุรินทร์
- ทิศตะวันตก จรดจังหวัดมหาสารคาม

ลักษณะภูมิประเทศ

จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่บริเวณตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง สูงจากระดับน้ำทะเลปานกลางประมาณ 120-160 เมตร มีภูเขาทางตอนเหนือซึ่งติดต่อกับเทือกเขาภูพาน บริเวณตอนกลางของจังหวัด มีลักษณะเป็นที่ราบลูกคลื่น บริเวณตอนล่างมีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำมูลและสาขา ได้แก่ ได้แก่ลำน้ำชี ลำน้ำพลับพลา ลำน้ำเตา เป็นต้น บริเวณที่ราบต่ำอันกว้างขวาง เรียกว่า ทุ่งกุลาร้องไห้ มีพื้นที่ประมาณ 80,000 ไร่ มีลักษณะเป็นที่ราบแอ่งกระทะ

ลักษณะภูมิอากาศ

จังหวัดร้อยเอ็ดได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือและลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ สภาพภูมิอากาศอยู่ในประเภทฝนเมืองร้อน ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 1,196.8 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ฝนตกชุกในเดือนมิถุนายนถึงกันยายน อากาศร้อนแห้งแล้งในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน

การคมนาคม

ทางรถยนต์: ห่างจากกรุงเทพมหานคร ระยะทางประมาณ 520 กม. เส้นทางที่สะดวกคือใช้เส้นทางถนนพหลโยธินเข้าสู่สระบุรี และเลี้ยวขวาเข้าสู่ถนนมิตรภาพ ผ่านนครราชสีมา เมืองพล บ้านไผ่ แล้วเลี้ยวขวาเข้าสู่ถนนแจ้งสนิท ผ่านมหาสารคาม แล้วเข้าสู่ร้อยเอ็ด ทางรถโดยสารประจำทาง : โดยที่สถานีขนส่งจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่บริเวณใกล้ๆ กับห้างเทสโก้โลตัส ร้อยเอ็ด โดยมีหลายบริษัทที่บริการเที่ยวรถจากกรุงเทพฯ สู่อ้อยเอ็ด เช่น บริษัท ขนส่ง จำกัด บริษัท นครชัยแอร์ จำกัด (กรุงเทพฯ-ร้อยเอ็ด) บริษัท สหพันธ์ร้อยเอ็ดทัวร์ จำกัด (กรุงเทพฯ-ร้อยเอ็ด) และยังมีหลายบริษัทที่เปิดให้บริการ โดยผ่านร้อยเอ็ด หลายบริษัท ในอำเภอต่างๆ ก็มีรถประจำทางบริการ ได้แก่ โพนทอง เสดภูมิ สุวรรณภูมิ พนมไพร ปทุมรัตน์ ศรีสมเด็จ สุรปุคือมีรถไปทุกอำเภอ

นอกจากนี้ยังมีรถโดยสารประจำทางไปในจังหวัดต่างๆ ด้วย เช่น เชียงใหม่ อุบลราชธานี อุดรธานี ขอนแก่น กาฬสินธุ์ สุรินทร์ บุรีรัมย์ เป็นต้น

ทางรถไฟ : จังหวัดร้อยเอ็ดนั้น ปัจจุบันยังไม่มีทางรถไฟตัดผ่าน อย่างไรก็ตามสามารถใช้บริการได้ที่สถานีรถไฟในจังหวัดขอนแก่น ดังนี้

สถานีรถไฟขอนแก่น จากนั้นต่อรถยนต์มาจังหวัดร้อยเอ็ด (อำเภอเมืองร้อยเอ็ด) ในอนาคตมีโครงการก่อสร้างรถไฟ สายบ้านไผ่ ร้อยเอ็ด นครพนม และขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ คาดว่าจะเปิดใช้ในปี 2562

ทางเครื่องบิน : ท่าอากาศยานร้อยเอ็ด หรือ สนามบินร้อยเอ็ด (อังกฤษ: Roi Et Airport) ตั้งอยู่เลขที่ 135 ถนนร้อยเอ็ด-โพนทอง (ทางหลวงหมายเลข 2044) ตำบลมะฮี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ห่างจากตัวเมืองประมาณ 11 กิโลเมตร เป็นท่าอากาศยานในสังกัดกรมการบินพลเรือน กระทรวงคมนาคม[1] ประกอบด้วยอาคารที่พักผู้โดยสารขนาด 3,013 ตารางเมตร ประตูผู้โดยสารขาเข้าและขาออกอยู่ชั้นเดียวกัน ทางวิ่ง (รันเวย์) 45 x 2,100 เมตร ท่าอากาศยานร้อยเอ็ด มีสายการบินที่ให้บริการอยู่ 2 สายการบิน

สายการบินนกแอร์ ให้บริการทุกวันๆละ 3 เที่ยวบิน

สายการบินไทยแอร์เอเชีย ให้บริการทุกวันๆละ 2 เที่ยวบิน

รวมวันละ 5 เที่ยวบิน

ประชากรศาสตร์

มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,310,259 คน แยกเป็นชาย 654,508 คน หญิง 655,751 คน โดยมีอำเภอที่มีประชากรมากที่สุดได้แก่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด 118,789 คน รองลงมาได้แก่ อำเภอเสลภูมิ มีจำนวน 108,063 คน และอำเภอสุวรรณภูมิ มีจำนวน 106,451 คน สำหรับอำเภอที่มีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุด คือ อำเภอจังหาร โดยมีอัตราความหนาแน่น 295 คนต่อตารางกิโลเมตร รองลงมาได้แก่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีอัตราความหนาแน่น 240 คนต่อตารางกิโลเมตร และอำเภอเชียงขวัญมีอัตราความหนาแน่น 215 คนต่อตารางกิโลเมตร โดยอัตราความหนาแน่นโดยเฉลี่ยของจังหวัดอยู่ในระดับ 158 คนต่อตารางกิโลเมตร

โดยประชากรมีกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- **กลุ่มไทย-ลาว** เป็นกลุ่มชนพื้นเมืองเดิม อาศัยทั่วไปในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด
- **กลุ่มไทย-เขมร** เป็นคนที่อยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด แต่มีบรรพบุรุษที่มีเชื้อสายเขมร อยู่ในอำเภอสุวรรณภูมิ และเกษตรวิสัย
- **กลุ่มไทย-ส่วย** เป็นคนที่อยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด มีเชื้อสายเป็นชาวส่วยหรือกวย อยู่บริเวณอำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอปทุมรัตต์ และอำเภอโพนทราย ติดต่อกับจังหวัดศรีสะเกษ
- **กลุ่มภูไทหรือผู้ไทย** เป็นกลุ่มที่ตั้งถิ่นฐานในเขตอำเภอเมยวดี หนองพอก ซึ่งติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์ ุยโสธร และมุกดาหาร
- **กลุ่มไทยย้อ** เป็นกลุ่มที่มีเชื้อสายมาจากแขวงคำมวน ประเทศลาว อาศัยอยู่ในเขตอำเภอโพธิ์ชัย

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มคนอพยพเข้ามาอาศัยในจังหวัดร้อยเอ็ดในภายหลัง ได้แก่ กลุ่มไทย-จีน กลุ่มไทย-ยวน กลุ่มไทย

ประวัติอำเภอโพนทราย

เดิมเป็นเขตการปกครองของตำบลสามขาและตำบลโพนทรายซึ่งขึ้นอยู่กับอำเภอสุวรรณภูมิ แต่เนื่องจากสภาพพื้นที่อยู่ห่างไกลจากอำเภอสุวรรณภูมิ การคมนาคมไม่สะดวก การไปมาหาสู่กันระหว่างอำเภอกับตำบลลำบากและเป็นปัญหามาก เนื่องจากดินส่วนใหญ่เป็นดินทราย ทำให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อน

ในการสัญจรไปมา จึงได้ขอแยกตำบลสามขาตั้งเป็นตำบลศรีสว่าง และแยกพื้นที่ตำบลโพนทรายตั้งเป็นตำบลยางคำเพิ่มขึ้นอีกต่อมาในปี พ.ศ. 2512-2518 กลุ่มผู้นำท้องถิ่น นำโดยกำนันสุณีย์ พวงจันทร์และสภาตำบลโพนทรายเห็นว่าการไปติดต่อราชการที่อำเภอสุวรรณภูมิไม่สะดวกเป็นอย่างมาก จึงได้มีการเคลื่อนไหวเรียกร้องขอยกฐานะเป็นอำเภอเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของราษฎร จนกระทั่งใน ปี พ.ศ. 2519 จึงได้มีการประกาศพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งเป็น กิ่งอำเภอโพนทราย ต่อมาใน ปี พ.ศ. 2532 ได้มีพระราชกฤษฎีกายกฐานะเป็น อำเภอโพนทราย เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2532 โดยมีนายสุภาพ จันทร์ภิรมย์ เป็นสมาชิกสภาจังหวัด (สจ.) คนแรก จากอำเภอโพนทราย ในปี พ.ศ. 2533

ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอโพนทรายตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอข้างเคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอสุวรรณภูมิและอำเภอหนองฮี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอศิลาลาดและอำเภอราชไพศาล (จังหวัดศรีสะเกษ)

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอรัตนบุรี (จังหวัดสุรินทร์)

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอสุวรรณภูมิ

การแบ่งเขตการปกครอง

อำเภอโพนทรายแบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น 5 ตำบล 58 หมู่บ้าน ได้แก่

1. ตำบลโพนทราย	(Phon Sai)	14 หมู่บ้าน
2. ตำบลสามขา	(Sam Kha)	8 หมู่บ้าน
3. ตำบลศรีสว่าง	(Si Sawang)	15 หมู่บ้าน
4. ตำบลยางคำ	(Yang Kham)	10 หมู่บ้าน
5. ตำบลท่าหาดยาว	(Tha Hat Yao)	10 หมู่บ้าน

การปกครองส่วนท้องถิ่น

ท้องที่อำเภอโพนทรายประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลโพนทราย ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลโพนทราย
2. เทศบาลตำบลสามขา ครอบคลุมพื้นที่ตำบลสามขาทั้งตำบล
3. องค์การบริหารส่วนตำบลศรีสว่าง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลศรีสว่างทั้งตำบล
4. องค์การบริหารส่วนตำบลยางคำ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลโพนทราย (เฉพาะนอกเขตเทศบาลตำบลโพนทราย) และตำบลยางคำทั้งตำบล
5. องค์การบริหารส่วนตำบลท่าหาดยาว ครอบคลุมพื้นที่ตำบลท่าหาดยาวทั้งตำบล

ข้อมูลสถิติ

พื้นที่	215.852 ตร.กม.
ประชากร	28,022 คน (พ.ศ. 2559)
ความหนาแน่น	129.82 คน/ตร.กม.

จำนวนประชากรใน อำเภอโพธาราม

จำนวนหลังคาเรือน	:	3,392	หลังคาเรือน
จำนวนประชากร	:	17,416	คน
จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี	:	1,904	คน
จำนวนสตรีตั้งครรภ์	:	86	คน
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป	:	4,568	คน
จำนวนผู้สูงอายุ	:	2,300	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	:	288	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	:	19	คน
จำนวนผู้พิการ	:	213	คน

แบ่งเขตการปกครอง เป็น 5 ตำบล , 43 หมู่บ้าน ประกอบด้วย ตำบลโพธาราม ,ตำบลสามขา , ตำบลศรีสว่าง ,ตำบลยางคำ และตำบลท่าหาดยาว

1. ตำบลโพธาราม

แบ่งเขตการปกครอง เป็น 2 หมู่บ้านประกอบด้วย หมู่3 บ้านดอนหม่วย , หมู่5 บ้านหนองสรวง
จำนวนประชากรใน ตำบลโพธาราม

จำนวนหลังคาเรือน	:	147	หลังคาเรือน
จำนวนประชากร	:	609	คน
จำนวนผู้สูงอายุ	:	39	คน
จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี	:	32	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	:	6	คน
จำนวนสตรีตั้งครรภ์	:	1	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	:		คน
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป	:	20	คน
จำนวนผู้พิการ	:	17	คน

สถานที่บริการด้านสุขภาพจำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลโพนทราย

2. ตำบลสามขา

แบ่งเขตการปกครอง เป็น 8 หมู่บ้านประกอบด้วยหมู่บ้าน หมู่1 บ้านสามขา ,หมู่ 2 บ้านหนองทุ่ม ,หมู่3 บ้านสำโรง ,หมู่4 บ้านหมากยาง ,หมู่5 บ้านหนองพลับ ,หมู่6 บ้านม่วงน้อย ,หมู่7 บ้านโพนทอง ,หมู่8 บ้านปลาคุณ

จำนวนประชากรใน ตำบลสามขา

จำนวนหลังคาเรือน	:	887	หลังคาเรือน
จำนวนประชากร	:	4,822	คน
จำนวนผู้สูงอายุ	:	532	คน
จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี	:	384	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง :		52	คน
จำนวนสตรีตั้งครรภ์	:	15	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ :		8	คน
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป	:	1,043	คน
จำนวนผู้พิการ	:	80	คน

สถานที่บริการด้านสุขภาพจำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเกาะแก้ว ตำบลสามขา

3. ตำบลศรีสว่าง

แบ่งเขตการปกครอง เป็น 14 หมู่บ้าน

ประกอบด้วยหมู่บ้าน หมู่1 โนนดวน , หมู่2 บ้านสะแบงตาก , หมู่3 บ้านดอนขาม , หมู่4 บ้านสว่าง , หมู่5 บ้านดงหมากไฟ , หมู่6 บ้านหัวดง , หมู่7 บ้านโนนเจริญ ,หมู่8 บ้านโนนพยอม , หมู่9 บ้านโนนสะอาด , หมู่10 ศรีสว่าง , หมู่11 บ่อแก้ว , หมู่12 หัวดง ,หมู่13 พุงสระแก , หมู่14 บ้านบาก

จำนวนประชากรใน ตำบลศรีสว่าง

จำนวนหลังคาเรือน	:	1,381	หลังคาเรือน
จำนวนประชากร	:	7,080	คน
จำนวนผู้สูงอายุ	:	1,257	คน
จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี	:	1,123	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง :		180	คน
จำนวนสตรีตั้งครรภ์	:	52	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ :		10	คน
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป	:	2,385	คน

จำนวนผู้พิการ : 72 คน
 สถานที่บริการด้านสุขภาพจำนวน 4 แห่ง ได้แก่
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสว่าง ตำบลศรีสว่าง
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโพนดวนตำบลศรีสว่าง
 สถานีอนามัยบ้านสว่าง
 สถานีอนามัยบ้านโพนดวน

4. ตำบลยางคำ

แบ่งเขตการปกครอง เป็น 10 หมู่บ้าน ประกอบด้วยหมู่บ้าน หมู่1 บ้านยางคำ ,
 หมู่2 บ้านขี้เหล็ก ,หมู่3 บ้านเหล่าข้าว ,หมู่4 บ้านดอนสำราญ ,หมู่5 บ้านท่างาม ,หมู่6 บ้านดอนจิก หมู่7 บ้าน
 ดอนไร่ ,หมู่8 บ้านหนองฝั่งแดง ,หมู่9 บ้านกุ่มคันทนาม ,หมู่10 บ้านหนองเหล็ก

จำนวนประชากรใน ตำบลยางคำ

จำนวนหลังคาเรือน	:	73 หลังคาเรือน
จำนวนประชากร	:	368 คน
จำนวนผู้สูงอายุ	:	44 คน
จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี	:	30 คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง :		9 คน
จำนวนสตรีตั้งครรภ์	:	3 คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ :		1 คน
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป	:	96 คน
จำนวนผู้พิการ	:	7 คน

สถานที่บริการด้านสุขภาพจำนวน 2 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางคำ ตำบลยางคำ
 สถานีอนามัยตำบลยางคำ

5. ตำบลท่าหาดยาว

แบ่งเขตการปกครอง เป็น 9 หมู่บ้าน

ประกอบด้วยหมู่บ้าน หมู่1 บ้านดงกลาง ,หมู่2 บ้านเหล่าแถม ,หมู่3 บ้านนิคมพัฒนา,
 หมู่ 4 บ้านดงหวาย ,หมู่5 บ้านโคกกลาง ,หมู่6 บ้านท่าสี ,หมู่7 บ้านตลาดค้อ ,หมู่8 บ้านโคกแสง ,
 หมู่9 บ้านโคกสูง

จำนวนประชากรใน ตำบลท่าหาดยาว

จำนวนหลังคาเรือน	:	904 หลังคาเรือน
จำนวนประชากร	:	4,537 คน

จำนวนผู้สูงอายุ	:	428	คน
จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี	:	335	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	:	41	คน
จำนวนสตรีตั้งครรภ์	:	15	คน
จำนวนผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้	:	-	คน
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป	:	1,024	คน
จำนวนผู้พิการ	:	37	คน

สถานที่บริการด้านสุขภาพจำนวน 3 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอนสัมพันธ์ ตำบลท่าหาดยาว

สถานีอนามัยบ้านดอนสัมพันธ์

สถานีอนามัยบ้านเกาะแก้ว

2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พระมหาสุทิตย์ อากาศโร (2558) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา ผลการวิจัยพบว่า ด้านการพัฒนาารูปแบบของคณะสงฆ์ในการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ของสังคม พบว่ารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ทางพระพุทธศาสนาสามารถพัฒนาบุคคลและสังคมตามหลัก ภาวนา 4 คือ ประการหนึ่ง กายภาวนามุ่งเน้นการพัฒนากาย การฝึกอบรมกายให้รู้จักเป็นระบบ ระเบียบ และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตนเอง รวมทั้งเข้าใจความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เกิดความยั่งยืน

ธรรธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในด้านต่างๆ คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง การจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ และการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี⁴

เตือนใจ ทองคำ (2549) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย และด้านสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรม

⁴ธรรธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550). พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. นครปฐม : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การเห็นคุณค่าตนเอง และโลกทัศน์ต่อชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 36.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โลกทัศน์ต่อชีวิตของผู้สูงอายุ และการเห็นค่าในตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 44.5 อย่างมีนัยสำคัญ

5. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001⁵

พระสุนทรภักดีคุณ,ผศ. ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง หลักพุทธธรรมกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอย แนวคิดทางพระพุทธศาสนาได้กล่าวถึงองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตที่มีองค์รวม 3 ด้าน มีชื่อว่า ไตรสิกขา ซึ่งการดำเนินชีวิตเป็นองค์รวมทั้ง 3 ด้านนั้นต้องมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงถึงกันอย่างต่อเนื่อง และแนวคิดหลักไตรสิกขาสามารถนำมาพัฒนา 4 ด้านคือ ภาวนา 4 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสู่การดำเนินชีวิตที่ดีงามได้นั้นหลักไตรสิกขาเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถนำไปพัฒนา 4 ด้าน คือ ภาวนา 4 ประกอบด้วย กายภาวนา คือ การดูแลตนเองด้วยกายภาพ ศีลภาวนาคือ การดูแลตนเองด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น จิตภาวนาคือ การดูแลสภาพจิตใจตนเอง และปัญญาภาวนาคือ การคิดพิจารณาทุกสิ่งทุกอย่างรอบคอบ บุคคลที่ปฏิบัติตามหลักภาวนา 4 ย่อมส่งผลให้มีความสุขดีตามมา เพราะเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

สมพร ใจสมุทร (2547) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตตลาดกระบี่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความสามารถในการช่วยตนเอง ดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 87.7 และมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 76.6 ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.8

ด้านสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อเสื่อม และโรคเบาหวาน ด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการเหงา/ว้าเหว่ มีการป้องกัน

⁵ เตือนใจ ทองคำ (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ด้านการดูแลตนเอง พบว่า อายุ รายได้ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กับความสามารถในการช่วยตัวเองดำเนินกิจกรรมประจำวัน

เพศ และสิทธิในการรักษาพยาบาล กับการบริหารโภชนาการ อายุ ระดับการศึกษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ด้านสภาวะสุขภาพกับความสามารถในการช่วยตนเองและผู้อื่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (87.4%) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสามารถในการช่วยตัวเองและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ($P < .05$)⁶

กรทิพย์ ลดาวัลย์ (2536) ได้ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ภายใน พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านมหาสารคามเกือบทั้งหมดมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคอีสานเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ไม่รู้หนังสือ เป็นหม้าย และไม่มีบุตรหรือบุตรเสียชีวิตหมดแล้ว ก่อนเข้าสถานสงเคราะห์มีความต้องการด้านร่างกายเกี่ยวกับปัจจัยสี่ในการครองชีพและผู้ดูแลช่วยเหลือ ส่วนทางด้านจิตใจมักจะมีควาหวาดระแวง คิดมาก ว่าแห้ว และเพื่อชีวิตต้องการมีคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้ไว้ปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ ส่วนใหญ่มีฐานะพอกินพอใช้และปลอดภัยเมื่อเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ก็ได้รับการดูแลแก้ไข้ปัญหาต่างๆ ทำให้ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมดีขึ้นพอสมควร แต่ก็ยังมีความต้องการในด้านต่างๆ อยู่ไม่ขาด เช่น ต้องการผู้ดูแลด้านสุขภาพร่างกายให้มากกว่าปกติ ต้องการเพื่อนคู่คิดที่ไว้วางใจกันได้มากเป็นพิเศษ ต้องการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนเดิมและต้องการเงิน โดยถือว่าเมื่อมีเงินก็จะแก้ปัญหาทุกข์ยากและลดการพึ่งพาคนอื่นลงได้ ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ การให้บริการในสถานสงเคราะห์ควรพิจารณาดำเนินการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และควรมีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพของตนเอง และรู้จักปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงต่างๆ

ศรีน้อย มาศเกษม (2534) ได้ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับลูกหลานได้รับการดูแลเอาใจใส่ตามควรแก่ฐานะ เป็นหม้ายและรู้หนังสือประมาณครึ่งหนึ่ง ผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่ร้อยละ 66.3 และดื่มสุราร้อยละ 37.1 ส่วนผู้สูงอายุหญิง กินหมากร้อยละ 75.9 ส่วนใหญ่เป็นผู้อยู่นอกเขตเทศบาล ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีมากกว่าผู้อยู่นอกเขตเทศบาล และแก้ปัญหาการเจ็บป่วย โดยการไปหาหมอร้อยละ 41.2 และซื้อยากินเองร้อยละ 39.0 ในด้านโภชนาการยังคงนิยมกินอาหารสุกๆ ดิบๆ อยู่ร้อยละ 36.4 น้ำหนักเทียบส่วนสูงหรือค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) ของผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลต่ำกว่ามาตรฐานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล และผู้สูงอายุ

⁶สมพร ใจสมุทร (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตตลาดกระบัง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต วิทยาศาสตร์ (เวชศาสตร์ชุมชน) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยังเป็นโรคพยาธิชนิดเดียวและเป็นโรคพยาธิหลายชนิด ผู้อยู่นอกเขตเทศบาลเป็นโรคพยาธิหลายชนิดมากกว่า ผู้อยู่ในเขตเทศบาล ชนิดพยาธิที่เป็นมากที่สุดคือพยาธิใบไม้ในตับ สรุปว่าผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นยังมีพฤติกรรมอนามัยไม่ดี สูบบุหรี่ ดื่มสุรา กินหมาก และกินอาหารสุกๆ ดิบๆ ทำให้เป็นโรคพยาธิกันมาก ผู้สูงอายุร้อยละ 68 เห็นว่าลูกหลานยังให้ความเคารพนับถือดี แต่ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกเขตเทศบาลรู้สึกเหงาและว้าเหว่ เนื่องจากคู่ครองเสียชีวิตไป และลูกหลานในวัยทำงานก็ไปทำงานที่ต่างไกล มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.2 โรคปวดหลัง ปวดเอว และปวดตามแขน-ขา มากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาได้แก่โรคทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องสุขภาพ มีผู้รู้ประมาณร้อยละ 34.3 เท่านั้น และร้อยละ 93.7 เห็นว่าการออกกำลังกายและการพักผ่อนมีความจำเป็นมาก โดยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลออกกำลังกายโดยการเดินและการบริหารร่างกาย ส่วนผู้อยู่นอกเขตเทศบาลใช้วิธีเดินเพียงอย่างเดียว สำหรับการพักผ่อนใช้ชีวิตนอนหลับคืนละประมาณ 8 ชั่วโมง ส่วนการนอนกลางวันพบผู้สูงอายุ นอนทุกวันร้อยละ 26.3 เป็นผู้อยู่ในเขตเทศบาลมากกว่าผู้อยู่นอกเขตเทศบาล⁷

ศิริลักษณ์ จันทน์น้อย (2528) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพเกี่ยวกับตนเองกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุในอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาจากผู้สูงอายุในเขตชนบทยากจน ได้สรุปผลการศึกษาวิจัยว่าภาพเกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยรวมดีปานกลางในด้านสังคม ด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนทุกประเภทในเกณฑ์สูง และเรียงลำดับเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับสาธารณสุขและอนามัย กิจกรรมเกี่ยวกับงานเทศบาล กิจกรรมการพัฒนาการศึกษา กิจกรรมด้านชนบประเพณีและกิจกรรมทางศาสนา ภาพเกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุทุกด้านมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน คือผู้ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมากจะมีภาพเกี่ยวกับตนเองดีกว่าผู้ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนน้อย⁸

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน สว่างดี (2530) ได้ศึกษาวิจัยผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาจากหมู่บ้านในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 2 หมู่บ้าน คือบ้านมะขามโพรง หมู่ที่ 4 ตำบลสะเดา และบ้านหนองสะแก หมู่ที่ 5 ตำบลเจริญสุข พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับความเอาใจใส่ดูแลความสะดวกรสบายในการอยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การเงิน การประกอบอาชีพและการปรับตัว โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนได้รับผลกระทบในทางลบมากกว่าผู้ที่มีฐานะดี

⁷ ศรีน้อย มาศเกษม, พฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น, 2534.

⁸ ศิริลักษณ์ จันทน์น้อย, ความสัมพันธ์ระหว่างภาพเกี่ยวกับตนเองกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุในอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา, 2528.

ส่วนโครงการพัฒนาในชนบทนั้นพบว่า ไม่มีโครงการพัฒนาหรือกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงเลย⁹

กรทิพย์ ลดาวัลย์ (2536) ได้ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ภายใน พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านมหาสารคามเกือบทั้งหมดมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคอีสานเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ไม่รู้หนังสือ เป็นหม้าย และไม่มีบุตรหรือบุตรเสียชีวิตหมดแล้ว ก่อนเข้าสถานสงเคราะห์มีความต้องการด้านร่างกายเกี่ยวกับปัจจัยสี่ในการครองชีพและผู้ดูแลช่วยเหลือ ส่วนทางด้านจิตใจมักจะมีความหวาดระแวง คิดมาก ว่าแห้ว และเบื่อชีวิต ต้องการมีคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้ไว้ปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ ส่วนใหญ่มีฐานะพอกินพอใช้และปลอดภัยสิ้นเมื่อเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ก็ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหามากมาย ทำให้ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมดีขึ้นพอสมควร แต่ก็ยังมีความต้องการในด้านต่างๆ อยู่ไม่ขาด เช่น ต้องการผู้ดูแลด้านสุขภาพร่างกายให้มากกว่าปกติ ต้องการเพื่อนคู่คิดที่ไว้วางใจกันได้มากเป็นพิเศษ ต้องการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนเดิมและต้องการเงิน โดยถือว่าเมื่อมีเงินก็จะแก้ปัญหาทุกข์ยากและลดการพึ่งพาคนอื่นลงได้ ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ การให้บริการในสถานสงเคราะห์ควรพิจารณาดำเนินการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และควรมีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพของตนเอง และรู้จักปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงต่างๆ¹⁰

ศรีน้อย มาศเกษม (2534) ได้ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับลูกหลานได้รับการดูแลเอาใจใส่ตามควรแก่ฐานะ เป็นหม้ายและรู้หนังสือประมาณครึ่งหนึ่ง ผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่ร้อยละ 66.3 และดื่มสุราร้อยละ 37.1 ส่วนผู้สูงอายุหญิง กินหมากร้อยละ 75.9 ส่วนใหญ่เป็นผู้อยู่นอกเขตเทศบาล ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีมากกว่าผู้อยู่นอกเขตเทศบาล และแก้ปัญหาการเจ็บป่วย โดยการไปหาหมอร้อยละ 41.2 และซื้อยากินเองร้อยละ 39.0 ในด้านโภชนาการยังคงนิยมกินอาหารสุกๆ ดิบๆ อยู่ร้อยละ 36.4 น้ำหนักเทียบส่วนสูงหรือค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) ของผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลต่ำกว่ามาตรฐานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล และผู้สูงอายุยังเป็นโรคพยาธิชนิดเดียวและเป็นโรคพยาธิหลายชนิด ผู้อยู่นอกเขตเทศบาลเป็นโรคพยาธิหลายชนิดมากกว่าผู้อยู่ในเขตเทศบาล ชนิดพยาธิที่เป็นมากที่สุดคือพยาธิใบไม้ในตับ สรุปว่าผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นยังมีพฤติกรรมอนามัยไม่ดี สูบบุหรี่ ดื่มสุรา กินหมาก และกินอาหารสุกๆ ดิบๆ ทำให้เป็นโรคพยาธิกันมาก ผู้สูงอายुर้อยละ 68 เห็นว่าลูกหลานยังให้ความเคารพนับถือดี แต่ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกเขตเทศบาลรู้สึกเหงาและว่าแห้ว เนื่องจากคู่ครองเสียชีวิตไป และลูกหลานในวัยทำงานก็ไปทำงานที่

⁹ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน สว่างดี, ศึกษาวิจัยผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2530.

¹⁰ กรทิพย์ ลดาวัลย์, ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ภายใน, 2536.

ห่างไกล มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.2 โรคปวดหลัง ปวดเอว และปวดตามแขน-ขา มากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาได้แก่โรคทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องสุขภาพ มีผู้รู้ประมาณร้อยละ 34.3 เท่านั้น และร้อยละ 93.7 เห็นว่าการออกกำลังกายและการพักผ่อนมีความจำเป็นมาก โดยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลออกกำลังกายโดยการเดินและการบริหารร่างกาย ส่วนผู้อยู่นอกเขตเทศบาลใช้วิธีเดินเพียงอย่างเดียว สำหรับการพักผ่อนใช้วิธีนอนหลับคืนละประมาณ 8 ชั่วโมง ส่วนการนอนกลางวันพบผู้สูงอายุ นอนทุกวันร้อยละ 26.3 เป็นผู้อยู่ในเขตเทศบาลมากกว่าผู้อยู่นอกเขตเทศบาล¹¹

ศิริลักษณ์ จันทน์น้อย (2528) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพเกี่ยวกับตนเองกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุในอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาจากผู้สูงอายุในเขตชนบทยากจน ได้สรุปผลการศึกษาวินิจฉัยว่าภาพเกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยรวมดีปานกลางในด้านสังคม ด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนทุกประเภทในเกณฑ์สูง และเรียงลำดับเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับสาธารณสุขและอนามัย กิจกรรมเกี่ยวกับงานเทศบาล กิจกรรมการพัฒนาการศึกษา กิจกรรมด้านชนบทประเพณีและกิจกรรมทางศาสนา ภาพเกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุทุกด้านมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน คือผู้ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมากจะมีภาพเกี่ยวกับตนเองดีกว่าผู้ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนน้อย¹²

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน สว่างดี (2530) ได้ศึกษาวิจัยผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาจากหมู่บ้านในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 2 หมู่บ้าน คือบ้านมะขามโพรง หมู่ที่ 4 ตำบลสะเดา และบ้านหนองสะแก หมู่ที่ 5 ตำบลเจริญสุข พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับความเอาใจใส่ดูแลความสะดวกสบายในการอยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การเงิน การประกอบอาชีพและการปรับตัว โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนได้รับผลกระทบในทางลบมากกว่าผู้ที่มีฐานะดี ส่วนโครงการพัฒนาในชนบทนั้นพบว่า ไม่มีโครงการพัฒนาหรือกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงเลย¹³

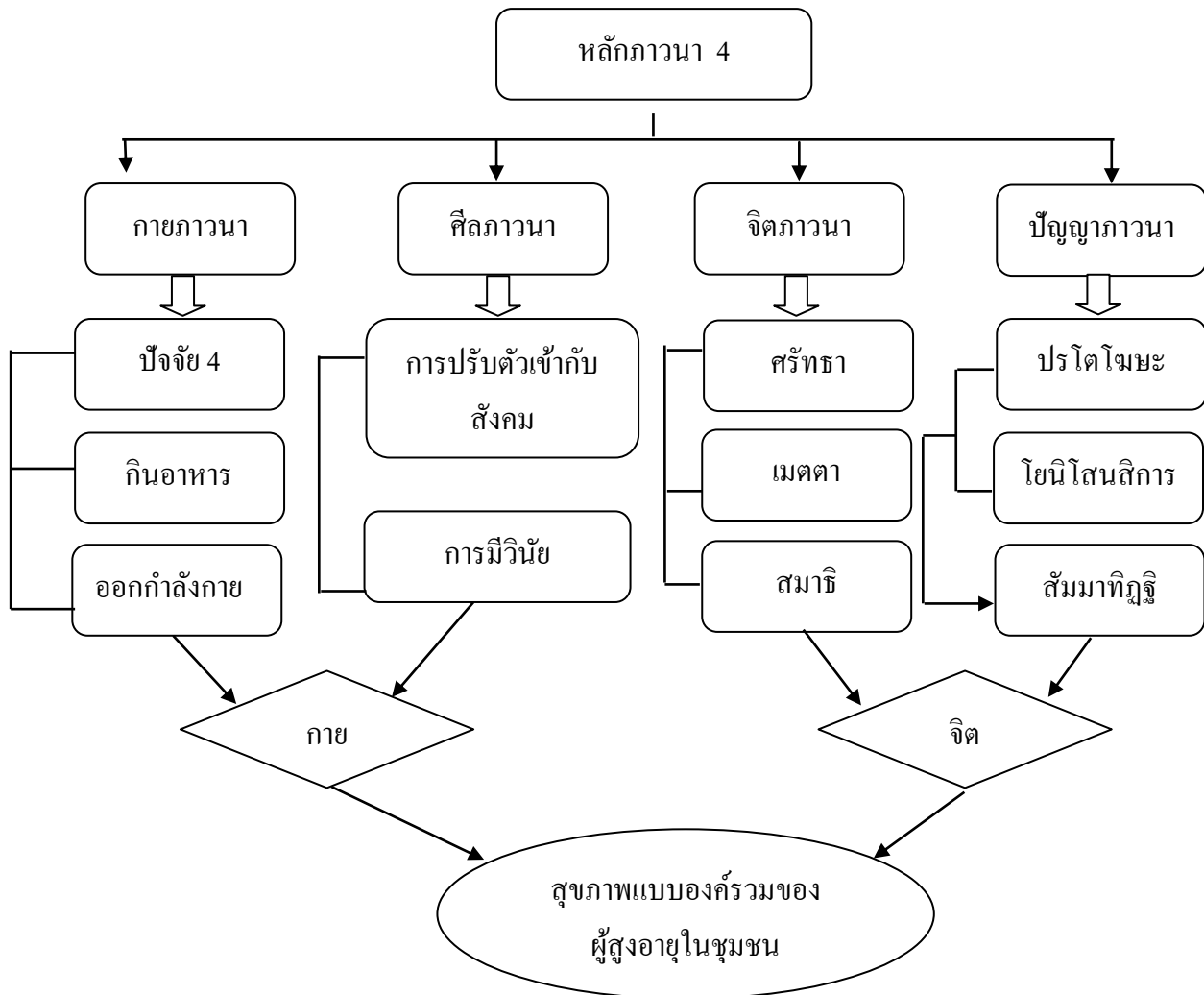
¹¹ ศรีน้อย มาศเกษม, ศึกษาพฤติกรรมการอนามัยของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น, 2534.

¹² ศิริลักษณ์ จันทน์น้อย, ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพเกี่ยวกับตนเองกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุในอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา, 2528.

¹³ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน สว่างดี, ศึกษาวิจัยผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2530.

2.8 กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำผลที่ได้จากการสังเคราะห์มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภาวะ 4 ดังภาพ 1.1



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพขององค์กรรวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภาวะ 4

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ดำเนินการในลักษณะการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) ผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย อำเภอโพธิ์ทราย อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอสุวรรณภูมิ และอำเภอปทุมรัตน์

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

ระยะที่ 3 หาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

การเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ประกอบด้วย ประกอบด้วย อำเภอโพธิ์ทราย อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอสุวรรณภูมิ และอำเภอปทุมรัตน์

การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ ประกอบด้วย อำเภอโพธิ์ทราย อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอสุวรรณภูมิ และอำเภอปทุมรัตน์

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 เพื่อสร้างแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก หรือมีตำแหน่งทางวิชาการตั้งแต่รองศาสตราจารย์ขึ้นไป จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ คือ

คะแนนระดับ +1 หมายถึง แน่ใจว่าประเด็นคำถาม ตรงหรือสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการในแต่ละด้านของการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภานา 4

คะแนนระดับ 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าประเด็นคำถาม ตรงหรือสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการในแต่ละด้านของการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภานา 4

คะแนนระดับ -1 หมายถึง แน่ใจว่าประเด็นคำถาม ไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการในแต่ละด้านของการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภานา 4

4. นำคะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ระหว่างประเด็นคำถามกับนิยามปฏิบัติการในแต่ละด้านของสภาวะสุขภาพสูงอายุ โดยผู้วิจัยคัดเลือกประเด็นคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป กรณีที่ประเด็นคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.6 และเป็นประเด็นที่มีเนื้อหาสำคัญ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำแบบสอบถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 100 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .800 - .899 และความเชื่อมั่นโดยภาพรวมเท่ากับ .953

6. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภานา 4 ในเขตพื้นที่ อำเภอโพหนองทราย

3.1 ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ที่อาศัยอยู่ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ จำนวน 4 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอโพหนองทราย อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอสว่างแดนดิน และอำเภอบึงสามพัน จำนวน 357,363 คน (ที่มา : ระบบสถิติทางการทะเบียน,2559)

ตารางที่ 3.1 จำนวนอำเภอและผู้สูงอายุ ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
1.	อำเภอโพธาราม	164,698
2.	อำเภอสวรรณภูมิ	136,575
3.	อำเภอเกษตรวิสัย	30,995
4.	อำเภอบุพผรัตน์	25,095
รวม	4 อำเภอ	357,363

2. กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณของ Taro Yamane (1973 : 887, อ้างถึงใน ธีรวุฒิ เอกะกุล 2546 : 135) โดยผู้วิจัยกำหนดให้ระดับของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05

---2.1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

--- เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 --- N แทน จำนวนประชากร คือ 357,363 คน
 --- e แทน ความคลาดเคลื่อน คือ .05

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{357,363}{1+357,363(0.05)^2}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง = 399.55

จากการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 399.55 คน ดังนั้น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มใช้วิธีการสุ่มกลุ่ม (Cluster Random Sampling)

1) การสุ่มเลือกอำเภอ ใช้วิธีการสุ่มกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยการจับฉลาก อำเภอ 1 อำเภอ จากแต่ละจังหวัด 4 อำเภอ ได้จำนวน 1 อำเภอ ได้แก่อำเภอโพธาราม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุและความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ที่ได้สร้างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสภาพที่เป็นอยู่จริงและสภาพที่ควรจะเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | สภาพที่เป็นอยู่จริง และสภาพที่ควรจะเป็นมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | สภาพที่เป็นอยู่จริง และสภาพที่ควรจะเป็นมาก |
| 3 | หมายถึง | สภาพที่เป็นอยู่จริง และสภาพที่ควรจะเป็นปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | สภาพที่เป็นอยู่จริง และสภาพที่ควรจะเป็นน้อย |
| 1 | หมายถึง | สภาพที่เป็นอยู่จริง และสภาพที่ควรจะเป็นน้อยที่สุด |

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้นำชุมชนเพื่อประสานพื้นที่ของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยนัดหมายเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประชุมชี้แจงทำความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล มอบหมายให้เป็นผู้ช่วยผู้วิจัย และนัดหมายขอรับแบบสอบถามคืน

2. นำรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. ประเมินผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตร (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2550 : 183)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง คำนีความสอดคล้องของประเด็นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมคะแนนความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ วิเคราะห์ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach Method (ธีรวุฒิ เอกะกุล 2546 : 182-183) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ดังนี้

ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบถามทั้งฉบับ (Reliability)

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.800
2. ด้านการออกกำลังกาย	.843
3. ด้านโภชนาการ	.801
4. ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	.893
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ	.835
6. ด้านการจัดความเครียด	.899
ทั้งฉบับ	.953

3. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภวนา 4

ศึกษาความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภวนา 4 ประกอบด้วย อำเภอโพธิ์ทราย อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย และอำเภอบุพผรัตน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 เป็นกลุ่มเดียวกันกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามฉบับเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาใน ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 เกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภวนา 4 ที่ได้สร้างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภวนา 4 โดยการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญความต้องการจำเป็นใช้สูตร Priority Needs Index (PNI) แบบปรับปรุง หรือ Modified Priority Needs Index (PNI Modified) (สุวิมล ว่องวานิช 2550 : 279)

$$(PNI_{\text{Modified}}) = \frac{(I - D)}{D}$$

(PNI Modified)	แทน	ดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น
I	แทน	ค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น
D	แทน	ค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นอยู่จริง

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

การวิจัยในระยะที่ 2 ดำเนินการ ดังนี้

1. ยกร่างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 โดยใช้ข้อมูลตามที่ศึกษาไว้ในระยะที่ 1 และจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ การสังเคราะห์รูปแบบ มาเป็นข้อมูลประกอบในการยกร่างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 ซึ่งรูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการเสริมสร้างสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 4 เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

2. ผู้วิจัยร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอรับคำแนะนำและปรับปรุงแก้ไข

3. ประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการดำเนินงาน หรือการดูแลและการเสริมสร้างสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ ๆ โดยประเมินความเหมาะสมขององค์ประกอบกับเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

4. ปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ ๆ ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อนำไปทดลองใช้ต่อไป

กลุ่มเป้าหมาย

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายการวิจัยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเจาะจงเลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในดำเนินงาน หรือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิไว้ ดังนี้

1. จบการศึกษาชั้นปริญญาเอกสาขาแพทยศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ หรือสาขาอื่น ที่ใกล้เคียง หรือ

2. จบการศึกษาชั้นปริญญาโทสาขาสาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ หรือสาขาอื่นที่ใกล้เคียง หรือ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานหรือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หรือ

3. จบการศึกษาชั้นปริญญาตรีสาขาสาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ หรือสาขาอื่นที่ใกล้เคียงหรือ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานหรือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. มีหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการประเมินความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรรวมของผู้สูงอายุ ฯ
2. นำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการประเมิน โดยผู้วิจัยนำส่งและขอรับคืนด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ คือ แบบประเมินที่ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการประเมินความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรรวมของผู้สูงอายุ ฯ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง มีความเหมาะสมมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความเหมาะสมมาก
- 3 หมายถึง มีความเหมาะสมปานกลางหรือไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อย
- 1 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 หาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิจัยในระยะที่ 3 แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสาธารณสุขทั้ง 4 อำเภอ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แต่เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา ในการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้ จึงกำหนดระยะเวลาการทดลองใช้ไว้ 1 เดือน

3. ทำการหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ในเขตพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 10,175 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) และทำการจับฉลากตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเมือง ได้ตำบลคูเมือง มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,169 คน แล้วเจาะจงเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ จำนวน 60 คน เพื่อทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การหาประสิทธิภาพของรูปแบบ

การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่ได้สร้างไว้แล้วในระยะที่ 1 และแบบสอบถามสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ เพื่อ สอบถามถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 ก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน

2. ทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างซ้ำเป็นครั้งที่ 2 หลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้มีระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน

3. เปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน จากการประเมินทั้ง 2 ครั้ง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มี ปัญหาด้านการสื่อสาร ในเขตพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 357,363 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) มีผู้สูงอายุทั้งหมด 400 คน โดยผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.5

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภูวนา 4 ที่ได้สร้างไว้แล้วในระยยะที่ 1 แบบสอบถามสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงรูปแบบหลังการทดลองใช้และหาประสิทธิภาพของรูปแบบ โดยการปรับปรุง สรุปล และอภิปรายผล ด้วยการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากทุกขั้นตอนมาทำการทบทวน วิเคราะห์ปรับปรุง แล้วสรุปเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ และรายงานสรุปผลการวิจัย ที่สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักภูวนา 4 ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ สรุปล ผลการตรวจสอบ ประเมิน ความคิดเห็น ความเหมาะสม ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่า t (t - test)

ตารางที่ 3.3 ระยะเวลาทำการวิจัย และแผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

ระยะเวลาและแผนการดำเนินงานตลอดโครงการ (1 ต.ค. 2559 - 30 ก.ย. 2560)

แผนการดำเนินงาน	ระยะเวลา												
	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	
- ศึกษาค้นคว้าข้อมูลและปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ	←	→											
- สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล		←	→										
- เก็บรวบรวมข้อมูล			←	→									
- วิเคราะห์ข้อมูล						←	→						
- สรุปผลการทำรายงานการวิจัย									←	→			
- พิมพ์รายงานเผยแพร่											←	→	

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 และเพื่อหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้จัดลำดับการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เสนอผลการศึกษาสภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตรวจราชการสาธาณสุขในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ ประกอบด้วย อำเภอโพธารามอำเภอเกษตรวิสัย อำเภอปทุมรัตน์ และอำเภอสวรรณภูมิ ดังตารางที่ 4.1 – 4.9

ตอนที่ 2 เสนอผลการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดังตารางที่ 4.10 – 4.17

ตอนที่ 3 เสนอผลการหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดังตารางที่ 4.18 – 4.23

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้สื่อความหมายในการวิจัย

n	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
I	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยสภาพที่ควรจะเป็น
D	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยสภาพที่เป็นอยู่จริง
S_1	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสภาพที่เป็นอยู่จริง
S_2	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสภาพที่ควรจะเป็น
$PNI_{Modified}$	หมายถึง	ดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 เสนอผลการศึกษาสภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ ประกอบด้วย อำเภอโพธาราย อำเภอสวรรณภูมิ อำเภอเกษตรวิสัยและอำเภอบุพผรัตน์ ดังตารางที่ 4.1 - 4.9

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้วิเคราะห์ค่าสถิติและนำค่าสถิติดังกล่าวมากำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ (บุญส่ง โกละ 2542 : 228-229)

ค่ามัธยฐาน 4.50 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50 – 4.49 หมายถึง มาก

ค่ามัธยฐาน 2.50 – 3.49 หมายถึง ไม่แน่ใจ

ค่ามัธยฐาน 1.50 – 2.49 หมายถึง น้อย

ค่ามัธยฐาน ต่ำกว่า 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	169	42.20
1.2 หญิง	231	57.80
รวม	400	100
2.อายุ		
2.1 อายุ 60 – 69 ปี	203	50.80
2.2 อายุ 70 – 79 ปี	162	40.50
2.3 อายุ 80 ปี ขึ้นไป	35	8.70
รวม	400	100
3. ระดับการศึกษา		
3.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	3.00
3.2 ระดับประถมศึกษา	207	51.75
3.3 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	93	23.25
3.4 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	51	12.75
3.5 ระดับ ปวส. หรือ อนุปริญญา	13	3.25

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3.6 ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า	24	6.00
รวม	400	100
4. อาชีพ		
4.1 ไม่ได้ทำงาน	53	13.25
4.2 ทำนา / ทำสวน / ทำไร่ / เลี้ยงสัตว์	121	30.25
4.3 ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว	140	35.00
4.4 ทำงานบ้าน / แม่บ้าน / พ่อบ้าน	62	15.50
4.5 ข้าราชการบำนาญ	24	6.00
รวม	400	100
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
5.1 600 – 5000 บาท	114	28.50
5.2 5001 – 10,000 บาท	77	19.25
5.3 10,001 – 15,000 บาท	110	27.50
5.4 15,001 – 20,000 บาท	86	21.50
5.5 20,001 บาท ขึ้นไป	13	3.25
รวม	400	100
6. การมีโรคประจำตัว		
6.1 ไม่มีโรคประจำตัว	43	10.75
6.2 มีโรคประจำตัว	357	89.25
รวม	400	100
7. การเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)		
7.1 มาทุกครั้ง	239	59.75
7.2 มาบางครั้ง	148	37.00
7.3 ไม่มา	13	3.25
รวม	400	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ ในด้านต่างๆ มีดังนี้

1. เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 57.80 และเพศชาย จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 42.20 ตามลำดับ
2. อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.80 รองลงมา มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 40.50 และอายุ 80 ปี ขึ้นไปจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.70 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ มีอายุน้อยที่สุด 60 ปี และมีอายุสูงสุด 87 ปี และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71.4 ปี
3. ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 51.75 รองลงมาคือ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.25 และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 12.75 ตามลำดับ
4. อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือ มีอาชีพ ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ /เลี้ยงสัตว์ จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 30.25 และมีอาชีพ ทำงานบ้าน / แม่บ้าน / พ่อบ้าน จำนวน 62 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.50
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600 – 5000 บาท จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.50 รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50 ตามลำดับ
6. การมีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 89.25 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 10.75 และเมื่อพิจารณาในแต่ละโรคพบว่า ผู้สูงอายุ 1 คน มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค
7. การเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้ง จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 59.75 รองลงมา คือ มาร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 37 และไม่มาร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.25 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว แยกรายโรค

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
โรคเบาหวาน	300	26.09
โรคความดันโลหิต	236	20.52
โรคไต	160	13.91
โรคข้อ ปวดข้อ ปวดหลัง	268	23.30
โรคหัวใจ	27	2.35
โรคกระเพาะอาหาร	131	11.39
โรคหอบหืด	28	2.43
รวม	1,150	100.00

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 26.09 รองลงมา มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคข้อ ปวดข้อ ปวดหลัง จำนวน 268 คน คิดเป็นร้อยละ 23.30 และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 20.52 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในแต่ละโรคพบว่า ผู้สูงอายุ 1 คน มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุใน อำเภอโพธาราย ดังตารางที่ 4.3

เกณฑ์ในการแปลความหมาย คะแนนเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งเกณฑ์เป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด 2545 : 165-166)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง	ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง	ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง	ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง	ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพดี
คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง	ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพดีมาก

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอโพธาราย

สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	\bar{X}	S	ระดับสภาวะสุขภาพ
1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง	3.20	0.17	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.27	0.22	ปานกลาง
3. ด้านโภชนาการ	3.26	0.18	ปานกลาง
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.28	0.21	ปานกลาง
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ	3.34	0.28	ปานกลาง
6. ด้านการจัดความเครียด	3.27	0.20	ปานกลาง
รวม	3.27	0.10	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอโพธาราย มีสภาวะสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.27$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ($\bar{x} = 3.20$) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 3.27$) ด้านโภชนาการ ($\bar{x} = 3.26$) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{x} = 3.28$) ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ($\bar{x} = 3.34$) ด้านการจัดความเครียด ($\bar{x} = 3.27$) อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน

การจัดลำดับความสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็น เป็นสิ่งสำคัญ เพราะเมื่อทราบว่าสิ่งใดเป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วนก็ควรได้รับการตอบสนอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยวิธี Modified Priority Needs Index หรือ ($PN_{Modified}$) ดังปรากฏตามตารางที่ 4.4 – 4.7

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า $PNI_{Modified}$ และลำดับความสำคัญของความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่ จริง		สภาพที่ ควรจะเป็น		$PNI_{Modified}$	ลำดับ ความสำคัญ
	D	S_1	I	S_2		
1. สังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ	3.37	0.57	4.41	0.49	0.31	8
2. รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี	3.42	0.59	4.76	0.43	0.39	1
3. ได้ตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันทุก 6 เดือน	3.27	0.58	4.49	0.50	0.37	2
4. ได้รับการตรวจเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.11	0.66	4.01	0.10	0.29	9
5. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน	3.18	0.63	4.20	0.41	0.32	6
6. ไม่เคยสังเกตอาการแขนขาอ่อนแรง	3.11	0.78	4.00	0.50	0.29	10
7. ไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า	3.16	0.60	4.01	0.86	0.27	15
8. ไม่เคยสังเกตว่ามีอาการเคลื่อนไหว หรือทำกิจวัตรประจำวันได้ช้าลง	3.11	0.73	3.96	0.25	0.27	16
9. ไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆ ของร่างกาย	3.07	0.73	4.18	0.38	0.36	3
10. นอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก	3.09	0.72	4.05	0.22	0.31	7
11. ไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย	3.08	0.74	3.97	0.23	0.28	14
12. ท้องผูก ขับถ่ายอุจจาระ	3.14	0.74	4.06	0.25	0.29	11

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่		สภาพที่ควรจะเป็น		PNI _{Modified}	ลำดับความสำคัญ
	จริง					
ลำบาก						
13. เพศชาย ปัสสาวะลำบาก และในเพศหญิงกลั้น ปัสสาวะไม่ได้	3.05	0.78	3.95	0.24	0.29	12
14. อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน	3.03	0.68	3.89	0.35	0.28	13
15. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยท่านไปพบและปรึกษาแพทย์	3.47	0.53	4.70	0.46	0.35	4
16. รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ	3.54	0.51	4.71	0.45	0.33	5

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในสภาพที่เป็นอยู่จริง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.03 ถึง 3.54 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ (3.54) รองลงมาคือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์ (3.47) รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี (3.42) ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน (3.03) เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยมีค่า PNI_{Modified} อยู่ระหว่าง 0.27 ถึง 0.39 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ 5 ลำดับแรก คือ รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี ได้ตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันทุก 6 เดือน ไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลังปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆของร่างกาย เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์ และรีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ซึ่งมีค่า PNI_{Modified} เท่ากับ 0.39, 0.37, 0.36, 0.35 และ 0.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า $PNI_{Modified}$ และลำดับความสำคัญของความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่ จริง		สภาพที่ ควรจะเป็น		$PNI_{Modified}$	ลำดับ ความสำคัญ
	D	S_1	I	S_2		
1. ออกกำลังกายเป็นประจำ สม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	3.19	0.74	4.73	0.44	0.48	1
2. แต่งกายได้เหมาะสมกับ ประเภทการออกกำลังกาย	3.26	0.70	4.45	0.49	0.37	6
3. มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่าง สม่ำเสมอ เช่น การทำกิจวัตร ประจำวัน ทำงานบ้านจนเหงื่อ ออก	3.25	0.72	4.14	0.35	0.27	9
4. ได้ประเมินการเต้นของหัวใจ จากการจับชีพจรก่อนและหลังการ ออกกำลังกาย	3.26	0.69	4.65	0.47	0.43	3
5. หลังการออกกำลังกายทำความ สะอาดร่างกาย	3.36	0.67	4.55	0.49	0.35	7
6. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออก กำลังกายทุกครั้ง	3.32	0.70	4.66	0.48	0.40	5
7. ได้ทำกิจกรรมอื่นๆที่ต้องใช้ กำลัง เช่น ทำสวน ทำนา ทำงาน บ้าน	3.38	0.61	4.30	0.46	0.27	10
8. ไม่ออกกำลังกายเพราะ ทำให้ เกิดอุบัติเหตุได้	3.20	0.73	4.67	0.47	0.46	2
9. การออกกำลังกายทำให้ สุขภาพทรุดโทรม	3.24	0.69	4.18	0.38	0.29	8
10. ปรีกษาแพทย์ก่อนออก กำลัง กาย	3.33	0.67	4.72	0.45	0.42	4

จากตารางที่ 4. 5 พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย ในสภาพที่เป็นอยู่จริง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.19 ถึง 3.38 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องใช้กำลัง เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน (3.38) รองลงมา คือ หลังการออกกำลังกายทำความสะอาดร่างกาย (3.36) และปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย (3.33) ความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (3.19) เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.27 ถึง 0.48 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ 5 ลำดับแรก คือ ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ได้ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย ปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง ซึ่งมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.48, 0.46, 0.43, 0.42 และ 0.40 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า $PNI_{Modified}$ และลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการ

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่จริง		สภาพที่ควรจะเป็น		$PNI_{Modified}$	ลำดับความสำคัญ
	D	S_1	I	S_2		
1. ดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว	3.26	0.68	4.58	0.49	0.40	3
2. ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กล่อง	3.23	0.69	4.39	0.48	0.36	6
3. รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน	3.24	0.63	4.35	0.47	0.34	7
4. รับประทานอาหารประเภทผักปลา นม นมถั่วเหลือง	3.26	0.71	4.54	0.50	0.39	4
5. รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช	3.28	0.66	4.21	0.40	0.28	12
6. รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีปิ้งย่าง รมควัน	3.26	0.70	4.30	0.46	0.32	9

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่		สภาพที่ควรจะเป็น		PNI _{Modified}	ลำดับความสำคัญ
	จริง					
7. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ	3.33	0.65	4.58	4.49	0.38	5
8. ชอบรับประทานของหวานขนมที่มีรสหวาน	3.27	0.70	4.29	0.45	0.31	10
9. ชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทุเรียน	3.21	0.73	4.27	0.44	0.33	8
10. หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล	3.28	0.70	4.62	0.48	0.41	2
11. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง	3.25	0.70	4.72	0.45	0.45	1
12. รับประทานอาหารรสจัด	3.21	0.66	4.14	0.34	0.28	13
13. รับประทานอาหารด้วยช้อนจาน ชาม ที่ล้างสะอาด	3.32	0.64	4.14	0.35	0.24	16
14. ดื่มชา กาแฟ	3.24	0.65	4.19	0.39	0.29	11
15. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง	3.30	0.72	4.20	0.40	0.27	14
16. สูบบุหรี่	3.25	0.69	4.09	0.47	0.26	15

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านโภชนาการ ในสภาพที่เป็นอยู่จริง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.21 ถึง 3.33 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านโภชนาการ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ (3.33) รองลงมา คือ รับประทานอาหารด้วยช้อน จาน ชาม ที่ล้างสะอาด (3.32) และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง (3.30) ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านโภชนาการ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ รับประทานอาหารรสจัด (3.21) เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยมีค่า PNI_{Modified} อยู่ระหว่าง 0.24 ถึง 0.45 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ 5 ลำดับแรก คือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง และ

รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ ซึ่งมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.45, 0.41, 0.40, 0.39 และ 0.38 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า $PNI_{Modified}$ และลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่จริง		สภาพที่ควรจะเป็น		$PNI_{Modified}$	ลำดับความสำคัญ
	D	S_1	I	S_2		
1. ทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น เล่นกีฬาทำสวนร่วมกัน	3.27	0.71	4.08	0.28	0.25	8
2. สนทนาเกี่ยวกับสุขภาพกับเพื่อน ร่วมงาน เพื่อนบ้านเสมอ	3.36	0.63	4.16	0.37	0.24	9
3. ขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีปัญหาสุขภาพ	3.28	0.70	4.24	0.42	0.29	6
4. ให้การดูแลสุขภาพกับบุคคลใกล้ชิด	3.31	0.72	4.03	0.16	0.22	11
5. แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงจัง เช่น เมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้	3.20	0.69	4.32	0.47	0.35	3
6. ทำกิจกรรมด้านสุขภาพคนเดียวโดยไม่ชวนเพื่อนร่วมงาน	3.27	0.67	4.15	0.36	0.27	7
7. เมื่อมีโอกาสจะไปพูดคุยกับเพื่อน บ้าน	3.25	0.62	4.29	0.45	0.32	4
8. พูดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบ ต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกใน ครอบครัว	3.21	0.69	4.48	0.50	0.40	2
9. มีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน	3.27	0.70	4.29	0.46	0.31	5

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่		สภาพที่ควรจะเป็น		PNI _{Modified}	ลำดับความสำคัญ
	จริง					
เลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้						
10. ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆ ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ	3.31	0.67	4.67	0.47	0.41	1
11. ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดยังคงให้ความสนใจยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	3.32	0.68	4.10	0.30	0.23	10
12. สังสรรค์พูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.32	0.68	4.02	0.14	0.21	12

จากตารางที่ 47. พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในสภาพที่เป็นอยู่จริง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.20 ถึง 3.36 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สนทนาเกี่ยวกับสุขภาพกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านเสมอ (3.36) รองลงมา คือ ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดยังคงให้ความสนใจยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ (3.32) สังสรรค์พูดคุยกับเพื่อนบ้าน (3.32) และไปร่วมทำบุญ หรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ (3.31) ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้ (3.20) เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล โดยมีค่า PNI_{Modified} อยู่ระหว่าง 0.21 ถึง 0.41 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ 5 ลำดับแรก คือ ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ พูดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้ และ เมื่อมีโอกาสจะไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้ซึ่งมีค่า PNI_{Modified} เท่ากับ 0.41, 0.40, 0.35, 0.32 และ 0.31 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า $PNI_{Modified}$ และลำดับความสำคัญของความต้องการ
จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่ จริง		สภาพที่ ควรจะเป็น		$PNI_{Modified}$	ลำดับ ความสำคัญ
	D	S_1	I	S_2		
1. กำหนดเป้าหมาย และวางแผน ใน การดำเนินชีวิตของตนเองไว้ ชัดเจน	3.31	0.68	4.07	0.26	0.23	7
2. ใช้ความพยายาม และความ อดทน ในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จน บรรลุ เป้าหมายที่วางไว้	3.29	0.65	4.38	0.48	0.33	5
3. เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตน มี	3.33	0.65	4.49	0.50	0.35	4
4. สำนวญข้อดี และข้อเสียของ ตนเอง แล้วพิจารณาปรับปรุง แก้ไข	3.37	0.66	4.24	0.42	0.26	6
5. ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์	3.35	0.67	4.58	0.49	0.37	3
6. ทำกิจกรรมที่สร้างเสริม สุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ	3.40	0.63	4.81	0.38	0.41	1
7. ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ร้าย หรือเรื่องดี	3.38	0.66	4.68	0.46	0.38	2

จากตารางที่ 4. 8 พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการ
ส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ในสภาพที่เป็นอยู่จริง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.31 ถึง 3.40 ความ
ต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ที่มีค่าเฉลี่ย
สูงสุด คือ ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ (3.40) รองลงมา คือ ยอมรับได้
กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี (3.38) และสำนวนญข้อดี และ
ข้อเสียของตนเองแล้วพิจารณาปรับปรุงแก้ไข (3.37) ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุด้านจิตวิญญาณ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการดำเนินชีวิตของตนเองไว้ชัดเจน (3.31) เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.23 ถึง 0.41 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ 5 ลำดับแรก คือ ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ ใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์ เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี และใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ซึ่งมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.41, 0.38, 0.37, 0.35 และ 0.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า $PNI_{Modified}$ และลำดับความสำคัญของความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการจัดความเครียด

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่จริง		สภาพที่ควรจะเป็น		$PNI_{Modified}$	ลำดับความสำคัญ
	D	S_1	I	S_2		
1. หลีกเลียงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	3.28	0.70	4.39	0.49	0.34	5
2. เมื่อมีความเครียด พยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข	3.25	0.70	4.48	0.50	0.38	3
3. ปรึกษาปัญหา พุดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด	3.21	0.66	4.60	0.49	0.43	1
4. ผ่อนคลายความเครียด โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย	3.32	0.64	4.48	0.50	0.35	4
5. ผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนา	3.24	0.65	4.31	0.46	0.33	6
6. เมื่อไม่สบายใจปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก	3.30	0.73	4.61	0.48	0.40	2

รายการ	สภาพที่เป็นอยู่		สภาพที่ควรจะเป็น		PNI _{Modified}	ลำดับความสำคัญ
	จริง					
7. เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ คิดว่าจะแก้ไข ปัญหาได้	3.25	0.69	4.12	0.31	0.27	12
8. พยายามทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ได้ ตั้งใจไว้	3.27	0.71	4.22	0.42	0.29	7
9. หากไม่สมหวังในสิ่งที่ต้องการทั้งหมดมักจะคิดว่าเพียงพอแล้ว	3.36	0.63	4.28	0.45	0.27	11
10. รู้สึกว่าช่วงนี้เป็นเวลาที่น่าเบื่อที่สุดในชีวิต	3.28	0.71	4.24	0.42	0.29	8
11. ตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต	3.31	0.72	4.24	0.43	0.28	9
12. รู้สึกไม่พอใจถ้าบุตรหลานหรือ บุคคลรอบข้างไม่เป็นอย่างที่ ต้องการ	3.20	0.69	4.09	0.28	0.28	10

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการจัดความเครียดในสภาพที่เป็นอยู่จริง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.20 ถึง 3.36 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดความเครียด ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หากไม่สมหวังในสิ่งที่ต้องการทั้งหมดมักจะคิดว่าเพียงพอแล้ว (3.36) รองลงมา คือ ผ่อนคลายความเครียด โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย (3.32) และตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต (3.31) ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดความเครียด ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ รู้สึกไม่พอใจถ้าบุตรหลาน หรือบุคคลรอบข้างไม่เป็นอย่างที่ ต้องการ (3.20) เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดความเครียด โดยมีค่า PNI_{Modified} อยู่ระหว่าง 0.27 ถึง 0.43 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ 5 ลำดับแรก คือ ปรึกษาปัญหา พูดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด เมื่อไม่สบายใจ ปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก เมื่อมีความเครียดพยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขผ่อนคลายความเครียด โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีค่า PNI_{Modified} เท่ากับ 0.43, 0.40, 0.38, 0.35 และ 0.34 ตามลำดับ

จากการศึกษาสภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 ด้าน 73 ประการ และมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านแตกต่างกันไป ตามค่า PNI_{Modified} ตั้งแต่ 0.21 ถึง

0.48 ผู้วิจัยได้นำมาจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นเพื่อระบุความต้องการจำเป็นที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนามาก่อน ภายใต้เงื่อนไขทรัพยากรที่มีจำกัด (สุวิมล ว่องวานิช 2550 : 263) และผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาและงบประมาณ หากจะพัฒนาทั้ง 6 ด้าน 73 ประการ อาจต้องใช้เวลาเนิ่นนาน ผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือกความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีค่า $PNI_{Modified}$ ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป (ภควา มุสิกะวัน 2555 : 120 - 122) มากำหนดเป็นสาระเพื่อนำไปใช้เป็นองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีค่า $PNI_{Modified}$ ตั้งแต่ .300 ขึ้นไป มีจำนวน 8 ประการ ดังนี้

1. รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี
2. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน
3. ไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆ

ของร่างกาย

4. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์
5. รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ
6. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน
7. นอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก
8. สังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ

ด้านการออกกำลังกาย ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีค่า $PNI_{Modified}$ ตั้งแต่ .300 ขึ้นไป มีจำนวน 7 ประการ ดังนี้

1. ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
2. ไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้
3. ได้ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย
4. ปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย
5. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง
6. แต่งกายได้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกาย
7. หลังการออกกำลังกายทำความสะอาดร่างกาย

ด้านโภชนาการ ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีค่า $PNI_{Modified}$ ตั้งแต่ .300 ขึ้นไป มีจำนวน 10 ประการ ดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง
2. หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล
3. ดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว
4. รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง

5. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
6. ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง
7. รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน
8. ชอบรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน
9. รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้ง ย่าง รนควัน
10. ชอบรับประทานอาหารของหวาน ขนมที่มีรสหวาน

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีค่า PNI_{Modified} ตั้งแต่ .300 ขึ้นไป มีจำนวน 5 ประการ ดังนี้

1. ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ
 2. พุดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว
 3. แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้
 4. เมื่อมีโอกาสจะไปพุดคุยกับเพื่อนบ้าน
 5. มีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวเช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน
- ดูแลต้นไม้

ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีค่า PNI_{Modified} ตั้งแต่ .300 ขึ้นไป มีจำนวน 5 ประการ ดังนี้

1. ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ
 2. ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี
 3. ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์
 4. เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี
 5. ให้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมาย
- ที่วางไว้

ด้านการขจัดความเครียด ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีค่า PNI_{Modified} ตั้งแต่ .300 ขึ้นไป มีจำนวน 6 ประการ ดังนี้

1. ปรึกษาปัญหา พุดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด
2. เมื่อไม่สบายใจปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก
3. เมื่อมีความเครียด พยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข
4. ผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย
5. หลีกเสี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
6. ผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทาง

ศาสนา

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถสรุปได้ว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีจำนวน 6 ด้าน 73 ประการ ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 16 ประการ 2) ด้านออกกำลังกาย จำนวน 10 ประการ 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 16 ประการ 4) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จำนวน 12 ประการ 5) ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ประการ และ 6) ด้านการจัดความเครียด จำนวน 12 ประการ แต่เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้ว พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีจำนวน 6 ด้าน 41 ประการ คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 8 ประการ 2) ด้านออกกำลังกาย จำนวน 7 ประการ 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 10 ประการ 4) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จำนวน 5 ประการ 5) ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ประการ และ 6) ด้านการจัดความเครียด จำนวน 6 ประการ

ตอนที่ 2 เสนอผลการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การยกร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ การสังเคราะห์รูปแบบ และการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรูปแบบประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ

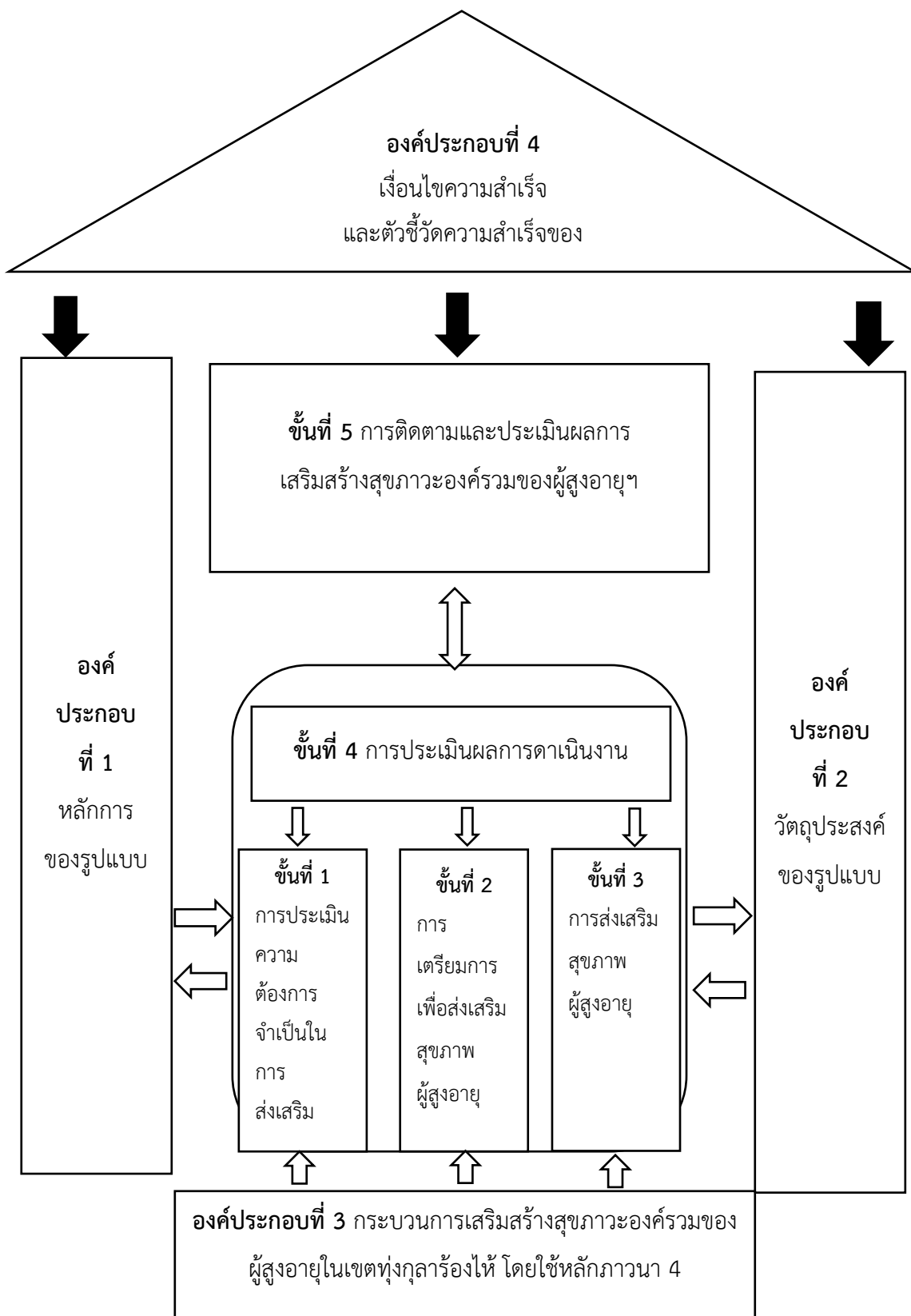
ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน

ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 4 เงื่อนไขความสำเร็จ และตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบรายละเอียด รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำเสนอพร้อมคำอธิบายรูปแบบ ตามภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 แสดงยกร่างรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ

หลักการของรูปแบบ

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ตามแนวคิด ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ และรูปแบบที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด มาเป็น แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างเป็นระบบ ด้วยการประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริม สุขภาพและการเลือกแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีเป้าหมาย
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการจัดการความรู้โดยการคิดวิเคราะห์การถ่ายทอด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์ ด้วยวิธีการและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ หลากหลาย
3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นรูปแบบที่ใช้หลักความยืดหยุ่น สามารถปรับ ประยุกต์วิธีการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

เพื่อให้เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการ ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม และรูปแบบที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างเป็นระบบสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาวิเคราะห์ แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และผล การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน 41 ประการ ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง มี 8 ประการ ประกอบด้วย
 - 1.1 รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี
 - 1.2 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน
 - 1.3 ไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆ ของร่างกาย
 - 1.4 เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์
 - 1.5 รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ
 - 1.6 แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน
 - 1.7 นอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก
 - 1.8 สังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ
2. ด้านการออกกำลังกาย มี 7 ประการ ประกอบด้วย
 - 2.1 ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

- 2.2 ไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้
- 2.3 ได้ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย
- 2.4 ปรีกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย
- 2.5 ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง
- 2.6 แต่งกายได้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกาย
- 2.7 หลังการออกกำลังกายทำความสะอาดร่างกาย
3. ด้านโภชนาการ มีจำนวน 10 ประการ ประกอบด้วย
 - 3.1 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง
 - 3.2 หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล
 - 3.3 ดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว
 - 3.4 รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง
 - 3.5 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
 - 3.6 ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง
 - 3.7 รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน
 - 3.8 ชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน
 - 3.9 รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้ง ย่าง รนควัน
 - 3.10 ชอบรับประทานของหวาน ขนมที่มีรสหวาน
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีจำนวน 5 ประการ ประกอบด้วย
 - 4.1 ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆ ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ
 - 4.2 พุดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว
 - 4.3 แสดงความรู้สึกร่วมชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้
 - 4.4 เมื่อมีโอกาสจะไปพุดคุยกับเพื่อนบ้าน
 - 4.5 มีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวเช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ มี จำนวน 5 ประการ ประกอบด้วย
 - 5.1 ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ
 - 5.2 ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้ายหรือเรื่องดี
 - 5.3 ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์
 - 5.4 เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี

ที่วางไว้

5.5 ใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมาย

6. ด้านการจัดความเครียด มีจำนวน 6 ประการ ประกอบด้วย
- 6.1 ปรีกษาปัญหา พุดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด
 - 6.2 เมื่อไม่สบายใจปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก
 - 6.3 เมื่อมีความเครียด พยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข
 - 6.4 ผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วม
 - 6.5 หลีกเลี้ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
 - 6.6 ผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความ

ด้วย

เชื่อทางศาสนา

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ชั้น ดังนี้

- ชั้นที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ
- ชั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- ชั้น ที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- ชั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน
- ชั้น ที่ 5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ชั้นที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิด การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนจะเข้าสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ทราบว่าตนเองมีสุขภาพในแต่ละด้านเป็นอย่างไรและมีความจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพอย่างไรบ้างโดยการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น (PNI_{Modified})

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกำหนดความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการได้

สาระการประเมิน

การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน 41 ประการ
วิธีการ/กิจกรรม

1. ผู้สูงอายุประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน
2. วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ

3. จัดลำดับความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ (PNI Modified)

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุทราบถึงสภาวะสุขภาพที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ
2. ผู้สูงอายุยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิด การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อม ก่อนการดำเนินงาน ซึ่งการเตรียมการนี้เป็นการเตรียมการใน 3 ด้าน คือ

1. การเตรียมการด้านผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ให้เข้าใจถึงความจำเป็นและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. การเตรียมการด้านกลไกการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมการด้านงบประมาณ ทีมงาน และสถานที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. การเตรียมการด้านกระบวนการ กลวิธีและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมการด้านเอกสาร สื่อ อุปกรณ์ นวัตกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในแต่ละขั้นตอนของการส่งเสริมสุขภาพ
3. เพื่อเป็นการจัดเตรียมทรัพยากรด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สาระการพัฒนา

1. ความสำคัญและความจำเป็นของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ทรัพยากรด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีการ/กิจกรรม

1. ประชุมชี้แจงกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ
2. ประสานหน่วยงาน ทีมงาน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจน งบประมาณ และสถานที่ในการดำเนินการ
3. ศึกษากระบวนการ กลวิธี และกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและมีความตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ
2. ทรัพยากรในด้านต่างๆมีความพร้อมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิด การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบ ได้รับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติ การสังเกต การซักถาม ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามวิธีการ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 1 ด้านความรับผิดชอบตนเอง

แนวคิด คนเราเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นหรือก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้วย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะทางด้านร่างกายที่ปรากฏความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ แต่จะมากน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและกรรมพันธุ์ของแต่ละคน การดูแลสุขภาพที่ดีที่ถูกสุขลักษณะ การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคต่างๆ ตั้งแต่ต้น จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหรือลดปัญหาทางสุขภาพที่มักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้พื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่าเหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา รวมถึงแนวทางในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ โดยการดูแลสุขภาพ และมีความตระหนักในการสังเกตความผิดปกติต่างๆในร่างกาย ตลอดจนการไปรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี
2. การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน
3. การสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆของร่างกาย

4. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์
5. พบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ
6. แปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน
7. นอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก
8. การสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การฝึกอบรม การสาธิต การฝึกปฏิบัติกิจกรรม

1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน การสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆ ของร่างกาย การสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ การนอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก และการพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

2. สาธิตการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น การแปรงฟันและการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันที่ถูกวิธี

3. ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การแปรงฟัน

4. ศึกษาเพิ่มเติมจากสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก ตารา เอกสารวิชาการต่างๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์กับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

6. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ของตนเอง อย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อตนเองเพิ่มขึ้น
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง

การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย

แนวคิด มนุษย์เกิดมาพร้อมปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ซึ่งความสุขของมนุษย์ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆหลายประการ แต่ที่สำคัญคือ สภาพความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยวิธีการออกกำลังกาย เป็นอีกวิธีหนึ่งที่เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ และนอกจากนั้นแล้วการออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการยืน การเดิน การทรงตัว และช่วยให้การเคลื่อนไหวร่างกายสามารถทำได้ในวงกว้างมากขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ในหลักของการออกกำลังกายตลอดจนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการออกกำลังกายได้

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์

2. ไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

3. ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย

4. ปรีกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

5. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง

6. ท่านแต่งกายได้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกายของท่าน

7. หลังการออกกำลังกายท่านทำความสะอาดร่างกาย

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การบรรยาย การเรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบ การสาธิต การฝึกปฏิบัติและการสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

กิจกรรม

1. ใช้การบรรยายและฝึกปฏิบัติ โดยวิทยากรกล่าวนำหลักการออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย การประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย การแต่งกายที่เหมาะสมกับประเภทของการออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการออกกำลังกาย การทำความสะอาดร่างกายหลังการออกกำลังกาย และ ปรีกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

2. เรียนรู้วิธีการออกกำลังกายจากสื่อ และผู้สูงอายุต้นแบบในด้านการออกกำลังกาย

3. สาธิตการออกกำลังกายโดยวิทยากร และผู้สูงอายุต้นแบบ

4. ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายพร้อมกันทั้งหมด วิทยากรคอยสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรมของผู้สูงอายุ

5. เข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

6. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ด้านการออกกำลังกายกับผู้สูงอายุต้นแบบด้านการออกกำลังกายหรือผู้สูงอายุสุขภาพดี

7. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของตนเองอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายมากขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 3 ด้านโภชนาการ

แนวคิด อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีภาวะโภชนาการที่ดีส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย อาหารจึงเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตทุกชนิด ร่างกายของเราจะเจริญเติบโตมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อเราบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยอาหารที่บริโภคนั้นต้องสะอาด ไม่มีสารพิษปราศจากสัตรูหรือสารเจือปน ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย แต่ถ้าได้รับอาหารไม่ครบถ้วนหรือในปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย คุณภาพอาหารไม่ดีพอ ก็จะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารหรือเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆตามมาได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน ดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง อาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้ง ย่าง ร่มควัน ของหวาน ขนมที่มีรสหวาน และผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง
2. หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล
3. ดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว
4. รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง
5. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
6. ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง
7. รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน
8. รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน
9. รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้ง ย่าง ร่มควัน
10. รับประทานอาหารของหวาน ขนมที่มีรสหวาน

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การบรรยาย การสาธิต การซักถาม เล่นเกม

กิจกรรม

ใช้การบรรยายประกอบการสาธิต ซักถาม เล่นเกมทนายปัญหาระหว่างการเรียนรู้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้ประกอบการสาธิตเกี่ยวกับ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง รับประทานผักและผลไม้ทุกวันดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง อาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้ง ย่าง ร่มควัน ของหวาน ขนมที่มีรสหวาน และผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน
2. สาธิต ตัวอย่างอาหาร 1 วัน สำหรับผู้สูงอายุ
3. ศึกษาและเรียนรู้ จากสื่อ เอกสาร ตาราวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ธงโภชนาการ
4. อภิปราย ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของตนเองอย่างเป็นระบบ และมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

แนวคิด การที่ผู้สูงอายุจะดำเนินชีวิตร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุขทางใจได้นั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน ซึ่งอาจจะประกอบไปด้วย คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ มิตร และผู้ดูแล เป็นต้น ผู้สูงอายุควรปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกทุกคนในครอบครัวและคนรอบข้าง ไม่ปล่อยให้มีความห่างเหินห่างเหิน ให้ความร่วมมือกับผู้อื่น ได้เคารพในบทบาทหน้าที่ของกันและกัน ตลอดจนร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวโดยไม่ย่อท้อ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้สูงอายุควรวางตัวเสมอต้นเสมอปลาย ปฏิบัติตัวสม่ำเสมอ และให้ความเสมอภาคในครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ ด้านสุขภาพเพื่อช่วยแก้ไข ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆ ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ
2. พุดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว

3. แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้
4. เมื่อมีโอกาสจะไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน
5. มีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวเช่นดูแลบ้านเลี้ยงหลานดูแลต้นไม้

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การบรรยาย การเรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติกิจกรรม

1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น การแสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ การ ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆ ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ การพูดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว และการช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวเช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้
2. เข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ
3. เรียนรู้จากสื่อ ตารา เอกสารวิชาการต่างๆที่เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ
4. เรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพ หรือผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
5. เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความสามารถในการ สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ
6. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ด้านการ สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล กับผู้มีประสบการณ์และผู้สูงอายุคนอื่น
7. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการ สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ของตนเองอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 5 ด้านส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

แนวคิด ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่สร้างคุณประโยชน์แก่ลูกหลาน และประเทศชาติ เป็นอันมากเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่า จากการที่ท่านได้สั่งสมประสบการณ์จากชีวิตของท่าน ท่านจึงเป็นผู้ที่ได้รับการยกย่อง เคารพนับถือของผู้ที่อ่อนวัยกว่า อันเป็นประเพณีที่ยึดถือกันมาตั้งแต่สมัยก่อน

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มิใช่อยู่ที่อายุซึ่งเป็นเพียงตัวเลขอย่างเดียวนั้น แต่จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น พันธุกรรม การดำรงชีวิต การดำเนินชีวิตและสภาพจิตใจ ซึ่งจะเห็นว่าบางคนแม้อายุมาก ทำไมจึงดูไม่แก่ แต่บางคนอายุไม่มาก ทำไมดูแก่เกินวัย ทั้งนี้เป็นเพราะองค์ประกอบดังได้กล่าวมาแล้ว ฉะนั้น การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าการใช้อารมณ์ การปรับตัวในการยอมรับสิ่งต่างๆ รวมทั้งการทำกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจที่เหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิตเช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจและ ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในการ ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถเตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตน
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ
2. ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี
3. ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์
4. เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี
5. ใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การบรรยายให้ความรู้ การเรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากผู้สูงอายุ ต้นแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

กิจกรรม

1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ การทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ การยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่อง

ร้าย หรือเรื่องดีใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และ การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์ ตลอดจนการเตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี

2. เข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ สำหรับผู้สูงอายุ
3. เรียนรู้จากสื่อ ตารา เอกสารวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ
4. เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความสามารถในการ ส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ
5. ศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ
6. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์กับผู้สูงอายุคนอื่น
7. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ของตนเองอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 6 ด้านการจัดความเครียด

แนวคิด สภาวะจิตใจของผู้สูงอายุมีการแสดงออกที่หลากหลายในแต่ละคน รวมถึงความเครียดที่มักเกิดขึ้นได้กับวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป เช่น การเกษียณอายุ กำลังร่างกายที่ถดถอยลง บางคนต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาลูกหลานหรือผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น ผู้สูงอายุจะมีกระบวนการคิดต่างๆ ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดได้สำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ได้ ความเครียดและกระบวนการจัดการกับความเครียดนั้น เน้นที่ความเชื่อของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับการควบคุมตนเอง ในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น หรือการประเมินสถานการณ์ต่างๆ และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง หรือสิ่งที่มีกระทบในชีวิต ตัวอย่างเช่น การมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น การมีสังคมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ลดลงสุขภาพที่แย่ลง ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความพร้อม สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตใจที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆตามความเชื่อทางศาสนาหรือผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรึกษาปัญหา พุดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียดตลอดจนการค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. ปรึกษาปัญหา พุดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด
2. เมื่อไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก
3. เมื่อมีความเครียด ท่านพยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข
4. ผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย
5. หลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
6. ผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนา

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ บรรยายให้ความรู้ เรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติการ

กิจกรรม

1. บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ การจัดการความเครียดโดยการ หลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถ ผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆตามความเชื่อทางศาสนาหรือผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย
2. เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความสามารถในการ ส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกหายใจ
3. เรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบ
4. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์กับผู้สูงอายุคนอื่นๆ
5. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ของตนเองอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน

แนวคิด การประเมินผลการดำเนินงานเป็นขั้นตอนหลังจากการดำเนินงานขั้นที่ 3 เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแต่ละขั้นและในภาพรวม
2. เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงการดำเนินงานในขั้นต่างๆ รวมทั้งกระบวนการจัดการดำเนินงานทั้งหมด
3. เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการประเมินประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแต่ละขั้นและในภาพรวม

วิธีการ/กิจกรรม

ประเมินการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแต่ละขั้นและในภาพรวมโดยใช้แบบสอบถามและการสังเกตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

ผลที่คาดหวัง

ทำให้ทราบถึงผลของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละขั้นและในภาพรวม

ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิด การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นขั้นหลังจากการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามรูปแบบ เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ อันเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำมาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด
2. การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพขั้นที่ 3 เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน 41 ประการ
 สาระการประเมินติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ การนำ
 ความรู้ไปปฏิบัติและไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และติดตามประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ
 ผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน 41 ประการ

วิธีการ/กิจกรรม

1. ประเมินผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แบบประเมิน เพื่อประเมิน
 ความรู้ความเข้าใจ การส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
2. การสังเกตพฤติกรรมความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. การติดตามผลการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติและประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริม
 สุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบ
4. ประเมินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน 41 ประการ

ผลที่คาดหวัง

ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน 41 ประการ เพิ่มมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 4 เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ ผู้วิจัยได้กำหนดเงื่อนไขความสำเร็จของ
 รูปแบบและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบไว้ ดังนี้

เงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม สามารถเรียนรู้กระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพ ตาม
 ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพครบทุกขั้นตอน
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม จะต้องมีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ตลอดจน
 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานหรือผู้ที่สนใจที่จำนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ ต้องศึกษา
 รูปแบบให้เข้าใจและควรมีการดำเนินการให้ครบทุกองค์ประกอบ

ตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน 41 ประการ คือ

1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านโภชนาการ
4. ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

6. ด้านการจัดความเครียด

การประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยประจำกร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไข และทำการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผลการประเมิน ดังตารางที่ 4.10 – 4.17

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ	4.60	0.57	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.10 พบว่า องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ	4.67	0.49	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.11 พบว่า องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับ
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ชั้นที่ 1

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
ชั้นที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นใน การส่งเสริมสุขภาพ			
วัตถุประสงค์	4.53	0.52	มากที่สุด
สาระการประเมิน	4.60	0.51	มากที่สุด
วิธีการ/กิจกรรม	4.73	0.46	มากที่สุด
ผลที่คาดหวัง	4.47	0.51	มาก

จากตารางที่ 4.12 พบว่า การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพวัตถุประสงค์
สาระการประเมิน วิธีการ/กิจกรรม มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนผลที่คาดหวัง มีความ
เหมาะสมในระดับมาก

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับ
รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการ
ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชั้นที่ 2

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
ชั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ			
วัตถุประสงค์	4.67	0.49	มากที่สุด
สาระการเตรียมการส่งเสริมสุขภาพ	4.40	0.51	มาก
วิธีการ/กิจกรรม	4.87	0.35	มากที่สุด
ผลที่คาดหวัง	4.57	0.37	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.13 พบว่า การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ วัตถุประสงค์วิธีการ/กิจกรรม
ผลที่คาดหวังมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนสาระการเตรียมการส่งเสริมสุขภาพมีความ
เหมาะสมในระดับมาก

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับ
รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการ
ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 1 – 6

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
ชั้นที่ 3 การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 1 ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง			
วัตถุประสงค์	4.47	0.52	มาก
สาระส่งเสริมสุขภาพ	4.60	0.51	มากที่สุด
วิธีการ/กิจกรรม	4.62	0.45	มากที่สุด
ผลที่คาดหวัง	4.76	0.34	มากที่สุด
การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย			
วัตถุประสงค์	4.53	0.64	มากที่สุด
สาระส่งเสริมสุขภาพ	4.27	0.59	มาก
วิธีการ/กิจกรรม	4.73	0.36	มากที่สุด
ผลที่คาดหวัง	4.60	0.48	มากที่สุด
การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 3 ด้านโภชนาการ			
วัตถุประสงค์	4.71	0.43	มากที่สุด
สาระส่งเสริมสุขภาพ	4.58	0.45	มากที่สุด
วิธีการ/กิจกรรม	4.40	0.63	มาก
ผลที่คาดหวัง	4.53	0.57	มากที่สุด
การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล			
วัตถุประสงค์	4.24	0.51	มาก
สาระการส่งเสริมสุขภาพ	4.80	0.41	มากที่สุด
วิธีการ/กิจกรรม	4.78	0.37	มากที่สุด
ผลที่คาดหวัง	4.40	0.63	มาก
การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่			

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
5 ด้านส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ			
วัตถุประสงค์	4.27	0.59	มาก
สาระการส่งเสริมสุขภาพ	4.62	0.44	มากที่สุด
วิธีการ/กิจกรรม	4.42	0.61	มาก
ผลที่คาดหวัง	4.63	0.43	มากที่สุด
การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 6 ด้านการจัดความเครียด			
วัตถุประสงค์	4.87	0.35	มากที่สุด
สาระการส่งเสริมสุขภาพ	4.80	0.37	มากที่สุด
วิธีการ/กิจกรรม	4.47	0.51	มาก
ผลที่คาดหวัง	4.51	0.50	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.14 พบว่า องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 1 – 6 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 1 ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง สาระการส่งเสริมสุขภาพ วิธีการ/กิจกรรม ผลที่คาดหวัง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนวัตถุประสงค์มีความเหมาะสมในระดับมาก
2. การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย วัตถุประสงค์ วิธีการ/กิจกรรมผลที่คาดหวัง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนสาระการส่งเสริมสุขภาพ มีความเหมาะสมในระดับมาก
3. การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 3 ด้านโภชนาการ วัตถุประสงค์ สาระการส่งเสริมสุขภาพผลที่คาดหวัง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนวิธีการ/กิจกรรมมีความเหมาะสมในระดับมาก
4. การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สาระการส่งเสริมสุขภาพ วิธีการ/กิจกรรม มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนวัตถุประสงค์ และผลที่คาดหวังมีความเหมาะสมในระดับมาก
5. การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯ ชุดที่ 5 ด้านส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ สาระการส่งเสริมสุขภาพ ผลที่คาดหวัง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนวัตถุประสงค์ และวิธีการ/กิจกรรมมีความเหมาะสมในระดับมาก

6. การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมฯชุดที่ 6 ด้านการจัดความเครียด
วัตถุประสงค์ สารการส่งเสริมสุขภาพ ผลที่คาดหวัง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนวิธีการ/
กิจกรรม มีความเหมาะสมในระดับมาก

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ขั้นที่ 4

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน			
วัตถุประสงค์	4.72	0.35	มากที่สุด
สารการประเมิน	4.78	0.56	มากที่สุด
วิธีการ/กิจกรรม	4.80	0.41	มากที่สุด
ผลที่คาดหวัง	4.20	0.37	มาก

จากตารางที่ 4.15 พบว่า การประเมินผลการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ สารการประเมิน
วิธีการ/กิจกรรม มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนผลที่คาดหวังมีความเหมาะสมในระดับมาก

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ขั้นที่ 5

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ			
วัตถุประสงค์	4.13	0.64	มาก
สารการประเมิน	4.87	0.35	มากที่สุด
วิธีการ/กิจกรรม	4.76	0.28	มากที่สุด
ผลที่คาดหวัง	4.84	0.35	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.16 พบว่า การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สาร

การประเมิน วิธีการ/กิจกรรม ผลที่คาดหวัง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมในระดับมาก

ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบกับ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 4 เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัด ความสำเร็จของรูปแบบ

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความเหมาะสม
เงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ	4.53	0.52	มากที่สุด
ตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ	4.73	0.59	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.17 พบว่า เงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ และตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการประเมินความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเหมาะสมในระดับมากและระดับมากที่สุด

ตอนที่ 3 เสนอผลการหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์ (บุญชม ศรีสะอาด 2545 : 103) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

ผู้วิจัยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใน ตำบลโพหนองทราย อำเภอโพหนองทราย ผลการประเมิน ดังตารางที่ 4.18 – 4.23

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	23	38.33
1.2 หญิง	37	61.67
รวม	60	100
2.อายุ		
2.1 อายุ 60 – 69 ปี	28	46.66
2.2 อายุ 70 – 79 ปี	21	35.00
2.3 อายุ 80 ปี ขึ้นไป	11	18.34
รวม	60	100
3. ระดับการศึกษา		
3.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	3.33
3.2 ระดับประถมศึกษา	47	78.34
3.3 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	5	8.33
3.4 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	2	3.33
3.5 ระดับ ปวส. หรือ อนุปริญญา	1	1.67
3.6 ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า	3	5.00
รวม	60	100
4. อาชีพ		
4.1 ไม่ได้ทำงาน	3	5.00
4.2 ทำนา / ทำสวน / ทำไร่ / เลี้ยงสัตว์	21	35.00
4.3 ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว	24	40.00
4.4 ทำงานบ้าน / แม่บ้าน / พ่อบ้าน	9	15.00
4.5 ข้าราชการบำนาญ	3	5.00
รวม	60	100
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
5.1 600 – 5000 บาท	39	65.00
5.2 5001 – 10,000 บาท	10	16.67
5.3 10,001 – 15,000 บาท	8	13.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5.4 15,001 – 20,000 บาท	2	3.33
5.5 20,001 บาท ขึ้นไป	1	1.67
รวม	60	100
6. การมีโรคประจำตัวหรือไม่		
6.1 ไม่มีโรคประจำตัว	4	6.67
6.2 มีโรคประจำตัว	56	93.33
รวม	60	100
7. การเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)		
7.1 มาทุกครั้ง	36	60.00
7.2 มาบางครั้ง	23	38.33
7.3 ไม่มา	1	1.67
รวม	60	100

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในด้านต่างๆ มีดังนี้

1. เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 61.67 และเพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 38.33 ตามลำดับ
2. อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 46.68 รองลงมา มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35 และอายุ 80 ปี ขึ้นไปจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.34 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง มีอายุต่ำสุด 61 ปี และมีอายุสูงสุด 82 ปี และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 70.5 ปี
3. ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.34 รองลงมาคือ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 และการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ตามลำดับ
4. อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ มีอาชีพ ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ /เลี้ยงสัตว์ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35 และมีอาชีพ ทำงานบ้าน /แม่บ้าน/พ่อบ้าน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 15
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600 – 5000 บาท จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 –

10,000 บาท จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

6. การมีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และเมื่อพิจารณาในแต่ละโรคพบว่า ผู้สูงอายุ 1 คน มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

7. การเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้ง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา คือ มาร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 38.33 และไม่มาร่วมกิจกรรม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว แยกรายโรค

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
โรคเบาหวาน	30	28.85
โรคความดันโลหิต	23	22.11
โรคไต	2	1.93
โรคข้อ ปวดข้อ ปวดหลัง	34	32.69
โรคหัวใจ	1	0.96
โรคกระเพาะอาหาร	13	12.50
โรคหอบหืด	1	0.96
รวม	104	100

จากตารางที่ 4.19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคข้อ ปวดข้อ ปวดหลัง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 32.69 รองลงมา มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.85 และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 22.11 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในแต่ละโรคพบว่า ผู้สูงอายุ 1 คน มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 4.20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยใช้หลักภavana 4

รายการ	\bar{x}	S	ระดับความพึงพอใจ
การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ			
1. การชี้แจงทำความเข้าใจในการประเมินความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความชัดเจน	4.53	0.57	มากที่สุด
2. ความเข้าใจในแบบประเมิน ความต้องการจำเป็นในการ	4.10	0.60	มาก
รวม	4.31	0.39	มาก
การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ			
1. การประชุมชี้แจงผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่งเสริมสุขภาพมีความชัดเจน	4.47	0.62	มาก
2. ความสามารถของวิทยากรในการถ่ายทอดความรู้	4.13	0.70	มาก
3. ความครบถ้วนของเนื้อหาสาระในแนวทางการใช้รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	4.48	0.65	มาก
4. การใช้เวลาของวิทยากรตามที่กำหนด	4.18	0.57	มาก
5. การตอบข้อซักถามของวิทยากร	4.23	0.67	มาก
6. สถานที่ที่มีความเหมาะสม	4.45	0.59	มาก
7. ความพร้อมของเอกสารแนวทางการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	4.35	0.61	มาก
8. ความพร้อมของอุปกรณ์วัสดุอุปกรณ์	4.33	0.63	มาก
9. ระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม	4.50	0.50	มาก
10. อาหาร/อาหารว่าง มีความเหมาะสม	4.25	0.47	มาก
รวม	4.33	0.55	มาก
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวม	4.28	0.59	มาก

รายการ	\bar{x}	S	ระดับ ความพึงพอใจ
รวม	4.28	0.59	มาก

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.28$)

ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ความเข้าใจ การประจำความรู้ไปใช้ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายการ	ก่อนการทดลองใช้			หลังการทดลองใช้		
	\bar{x}	s	ระดับความรู้ ความเข้าใจและ การนำไปใช้	\bar{x}	s	ระดับความรู้ ความเข้าใจ และการ นำไปใช้
1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง	3.37	0.55	ปานกลาง	4.60	0.53	มากที่สุด
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.43	0.56	ปานกลาง	4.57	0.56	มากที่สุด
3. ด้านโภชนาการ	3.48	0.50	ปานกลาง	4.58	0.49	มากที่สุด
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.38	0.55	ปานกลาง	4.52	0.50	มากที่สุด
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ	3.47	0.50	ปานกลาง	4.40	0.58	มาก
6. ด้านการจัดความเครียด	3.45	0.50	ปานกลาง	4.48	0.65	มาก
7. ด้านการประจำความรู้ไปใช้						
1. สามารถประจำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	3.49	0.50	ปานกลาง	4.63	0.48	มากที่สุด
2. สามารถประจำความรู้ไปเผยแพร่ถ่ายทอดได้	3.42	0.49	ปานกลาง	4.68	0.47	มากที่สุด

รายการ	ก่อนการทดลองใช้			หลังการทดลองใช้		
	\bar{x}	s	ระดับความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้	\bar{x}	s	ระดับความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้
รวม	3.44	0.25	ปานกลาง	4.56	0.21	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.21 พบว่า การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจโดยภาพรวมก่อนการทดลองใช้อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 3.44$) หลังการทดลองใช้ ระดับมากที่สุด ($X = 4.56$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า

1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจก่อนการทดลองใช้ระดับปานกลาง ($X = 3.37$) หลังการทดลองใช้ ระดับมากที่สุด ($X = 4.60$)
2. ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจก่อนการทดลองใช้ระดับปานกลาง ($X = 3.43$) หลังการทดลองใช้ ระดับมากที่สุด ($X = 4.57$)
3. ด้านโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจก่อนการทดลองใช้ระดับปานกลาง ($X = 3.48$) หลังการทดลองใช้ ระดับมากที่สุด ($X = 4.58$)
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจก่อนการทดลองใช้ระดับปานกลาง ($X = 3.38$) หลังการทดลองใช้ ระดับมากที่สุด ($X = 4.52$)
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจก่อนการทดลองใช้ระดับปานกลาง ($X = 3.47$) หลังการทดลองใช้ ระดับมาก ($X = 4.40$)
6. ด้านการจัดความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจก่อนการทดลองใช้ระดับปานกลาง ($X = 3.45$) หลังการทดลองใช้ ระดับมาก ($X = 4.48$)
7. ด้านการ ภูมิปัญญาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และสามารถประจำความรู้ไปเผยแพร่ ถ่ายทอดได้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจก่อนการทดลองใช้ ระดับปานกลาง ($X = 3.49, 3.42$) หลังการทดลองใช้ ระดับมากที่สุด ($X = 4.68$) การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเว้นระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ดังตารางที่ 4.22 – 4.23

ตารางที่ 4.22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t ของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบทั้ง 6 ด้าน

รายการ	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		t	p
	\bar{x}_1	S_1	\bar{x}_2	S_2		
1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง	2.68	0.68	4.05	0.50	15.97	.000
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.88	0.78	4.22	0.53	11.07	.000
3. ด้านโภชนาการ	2.93	0.76	4.37	0.52	11.32	.000
4. ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	2.75	0.75	4.32	0.60	14.26	.000
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านจิตวิญญาณ	3.03	0.71	4.42	0.50	11.86	.000
6. ด้านการจัดความเครียด	2.98	0.73	4.40	0.49	12.62	.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.22 พบว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณและด้านการจัดความเครียด ก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t ของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

รายการ	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		t	p
	\bar{x}_1	S_1	\bar{x}_2	S_2		
1. ดัดนิมมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ / หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ	3.03	0.64	3.35	0.48	4.11	.000
2. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 – 30 นาที	2.87	0.43	3.43	0.50	6.77	.000
3. มีสุขภาพจิตดี	2.97	0.66	3.05	0.59	2.31	.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพ เกี่ยวกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ / หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15- 30 นาที ก่อนและ หลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนการมีสุขภาพจิตดีก่อนและ หลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างสภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 และ เพื่อหาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน มีทั้งเพศชาย และเพศหญิง ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ ประกอบด้วย อำเภอโพธาราย อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย และอำเภอปทุมรัตน์ จำนวน 357,363 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 400 คน จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamanea ซึ่งทำการสุ่มตัวอย่างแบบวิธีการสุ่มใช้วิธีการสุ่มกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ส่วนประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน มีทั้งเพศชาย และเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน มีทั้งเพศชาย และเพศหญิง ในเขตพื้นที่ ตำบลโพธาราย อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender 6 ด้าน และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .800 - .899 และความเชื่อมั่นโดยภาพรวมเท่ากับ .953 โดยวิธีของ Cronbach Coefficient Alpha

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ห้อยค์ประกอบ ค่า $PNI_{Modified}$ และการทดสอบค่า t

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ข้อสรุปดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ ในด้านต่างๆพบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 57.80 และเพศชาย จำนวน 169 คน คิดเป็น

ร้อยละ 42.20 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.80 โดยกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในเขตตรวจราชการสาธารณสุข เขต 13 มีอายุ ต่ำสุด 60 ปี และมีอายุสูงสุด 87 ปี และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71.4 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 51.75 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600 – 5000 บาท จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.50 โรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 26.09 และเมื่อพิจารณาในแต่ละโรคพบว่า ผู้สูงอายุ 1 คน มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค สำหรับการมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบล โดยจัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นประจำทุกเดือน พบว่า ส่วนใหญ่จะมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้ง จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 59.75

2. สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตรวจราชการสาธารณสุข เขต 13 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตตรวจราชการสาธารณสุข เขต 13 มีสภาวะสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3. สภาวะสุขภาพและ ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตรวจราชการสาธารณสุข เขต 13 พบว่า ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ 6 ด้าน 73 ประการ และมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านแตกต่างกันไป ตามค่า $PNI_{Modified}$ ตั้งแต่ 0.21 ถึง 0.48 ผู้วิจัยได้นำมาจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นเพื่อระบุความต้องการจำเป็นที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนา ก่อน ภายใต้งานโครงการที่มีจำกัด (สุวิมล ว่องวานิช 2550 : 263) และผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาและงบประมาณ หากจะพัฒนาทั้ง 6 ด้าน 73 ประการ อาจต้องใช้เวลานาน ผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือกความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีค่า $PNI_{Modified}$ ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป มาเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 8 ประการ ได้แก่ รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน ไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆของร่างกาย เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์ รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน นอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก และสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ

3.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ความต้องการ จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 7 ประการ ได้แก่ ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ได้ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย ปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง แต่งกายได้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกาย และ หลังการออกกำลังกายทำความสะอาดร่างกาย

3.3 ด้านโภชนาการ พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ประการ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ต้มยำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ต้ม นมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 ถ้วย รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน ชอบรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้ง ย่าง รมควัน และชอบรับประทานอาหารของหวาน ขนมที่มีรสหวาน

3.4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 5 ประการ ได้แก่ ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ พูดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้ เมื่อมีโอกาสจะไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และมีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวเช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลานดูแลต้นไม้

3.5 ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ มีจำนวน 5 ประการ ได้แก่ ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์ เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมีใช้ความพยายาม และความอดทน ในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

3.6 ด้านการขจัดความเครียด พบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 6 ประการ ได้แก่ ปรึกษาปัญหา พูดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียดเมื่อไม่สบายใจปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก เมื่อมีความเครียด พยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข ผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย หลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนา

4. การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน

ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
องค์ประกอบที่ 4 เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ การนำ
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ ผู้วิจัยได้กำหนดเงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบและตัวชี้วัด
ความสำเร็จของรูปแบบไว้ ดังนี้

เงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม สามารถเรียนรู้กระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพ
ตามผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพครบทุกขั้นตอน
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม จะต้องมีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์
ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานหรือผู้ที่สนใจที่จะนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ ต้อง
ศึกษารูปแบบให้เข้าใจและควรมีการดำเนินการให้ครบองค์ประกอบตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ
ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน 41 ประการ คือ

1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านโภชนาการ
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ
6. ด้านการขจัดความเครียด

5. การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการนำ
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลโพนทราย อำเภ
โพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลโพนทราย อำเภโพนทราย จังหวัด
ร้อยเอ็ด ในด้านต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 37 คน คิดเป็น
ร้อยละ 61.67 และเพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 38.33 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี
จำนวน 28 คนคิดเป็นร้อยละ 46.68 มีอายุต่ำสุด 61 ปี และมีอายุสูงสุด 82 ปี และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่
70.5 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.34 ส่วนใหญ่มี
อาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600 – 5000
บาท จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 65 โรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคข้อ
ปวดข้อปวดหลัง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 32.69 และเมื่อพิจารณาในแต่ละโรคพบว่า ผู้สูงอายุ 1
คนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค สำหรับการมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบล โดยจัด
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นประจำทุกเดือน พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมาร่วม
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้ง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 60

5.2 การประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจต่อการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

5.3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจโดยภาพรวมและรายด้าน ก่อนการทดลองใช้อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองใช้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจระดับมากที่สุด

5.4 การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า

5.4.1 หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยหลังจากการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.4.2 สุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพ เกี่ยวกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ /หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15- 30 นาที ก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนการมีสุขภาพจิตดีก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ1

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย เรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ พบว่า ผู้สูงอายุ มีสภาวะสุขภาพด้านความรับผิดชอบตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการ ศึกษาของ ชุตติกาญจน์ฉัตรรุ่ง และ นพนนท์ สิงห์ลาว (2545 : 64) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี

2. สภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบมี 6 ด้าน 73 ประการ สำหรับความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมี 6 ด้าน 41 ประการ ประกอบด้วย

2.1 ด้านความรับผิดชอบตนเอง มีจำนวน 8 ประการ ได้แก่ การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน การสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆ ของร่างกาย เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์ พบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอนนอนไม่หลับ

และชอบตื่นกลางดึก และการสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่างๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมสมาคมต่างๆ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา วงแหลมทอง (2542 : 83) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่จะตรวจร่างกายหรือสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง

2.2 ด้านการออกกำลังกาย มีจำนวน 7 ประการ ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย ปรีกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง แต่งกายได้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกาย และ หลังการออกกำลังกายทำความสะอาดร่างกาย ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องและกระทำสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุ มีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวร่างกาย ชะลอความเสื่อมของกระดูกและกล้ามเนื้อ ร่างกายแข็งแรงและอายุยืนยาว ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ และควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละ 15-30 นาที

2.3 ด้านโภชนาการ มีจำนวน 10 ประการ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน รับประทานอาหารที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีปิ้งย่าง รนควัน รับประทานอาหารของหวาน ขนมที่มีรสหวาน ผู้วิจัยมีความคิดเห็นเห็นว่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน รวมทั้งตอม น้ำลายน้อยลง ส่งผลทำให้การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย โรคที่เป็นอยู่ และสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดอาหารจึงควรคำนึงถึงสภาพร่างกายและจิตใจด้วย มิใช่คุณค่าทางโภชนาการเท่านั้น

2.4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีจำนวน 5 ประการ ได้แก่ ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆ ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ พุดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้ เมื่อมีโอกาสจะไปพุดคุยกับเพื่อนบ้าน มีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ทั้งวัยเดียวกันและต่างวัย นอกเหนือไปจากสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้อง แม้ว่าศูนย์กลางของสัมพันธภาพทางสังคมจะเน้นในครอบครัวก็ตาม การร่วมกิจกรรมทางสังคม งานพิเศษและงานอดิเรกเป็นหนทางสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลด้วย

2.5 ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ มีจำนวน 5 ประการ ได้แก่ ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์ เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี ใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางเสื่อมย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมก็มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ไม่พอใจในสภาพที่เป็นอยู่ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจตนเอง จึงไม่ค่อยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ จึงควรส่งเสริมผู้สูงอายุให้รับรู้ความจริงอย่างมีประสิทธิภาพ การยอมรับตนเอง การแสดงความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ตามสภาพธรรมชาติ การเอาใจใส่ต่อสวัสดิการของมนุษย์ มีความหวังใยสังคมประเทศชาติ มีความประทับใจในประสบการณ์พื้นฐานอย่างลึกซึ้ง สร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างจริงใจ และเข้าใจชีวิตจากโลกทัศน์ที่มีเป้าหมาย

2.6 ด้านการจัดความเครียด มีจำนวน 6 ประการ ได้แก่ ปรึกษาปัญหา พุดคุยปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด เมื่อไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก เมื่อมีความเครียด ท่านพยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข ผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย หลีกเลี้ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนา ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียด สามารถทำได้โดย เมื่อลูกหลานแยกครอบครัวออกไป ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการใช้ชีวิตร่วมกับคู่สมรสมากขึ้นและอยู่ตามลำพังมากขึ้น สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตสมรสในช่วงนี้คือ การเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ร่วมคิดแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งการพุดคุยหรือระบายความทุกข์ใจให้ผู้ใกล้ชิดได้รับทราบ ก็ถือว่าเป็นการผ่อนคลายความเครียดหนทางหนึ่งเช่นกัน

ผู้สูงอายุมีความต้องการหลายด้านทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจและสังคม หากผู้สูงอายุได้รับสิ่งที่ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวในปริมาณที่เหมาะสมก็จะทำให้มีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่หากความต้องการดังกล่าว ไม่ได้รับการตอบสนองก็อาจจะทำให้เกิดปัญหา

ด้านร่างกายและจิตใจได้เช่นเดียวกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2550 : 73) ได้ทำการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุไทยด้วยการสนทนากลุ่ม และสรุปความต้องการของผู้สูงอายุเป็น 2 ประเด็น คือ ความต้องการด้านร่างกาย โดยที่มีความต้องการให้รัฐบาลส่งเสริมการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ การให้ความรู้ความเข้าใจการให้การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุและการเตรียมตัวเพื่อรองรับเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการให้รัฐบาลส่งเสริมการรวมกลุ่มกันระหว่างผู้สูงอายุเช่น การตั้งสมาคมและสมาคมผู้สูงอายุต่างๆ เพื่อให้เกิดกิจกรรมในหมู่ผู้สูงอายุและการทำงานที่ตนเองรัก เช่น การรวมกลุ่มร้องเพลง การสอนหนังสือพิเศษ การช่วยเหลือสังคม และการเป็นครูภูมิปัญญาให้แก่ชุมชน วิไลวรรณ ทองเจริญ และ ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ (2543 : 8-14) ได้ศึกษาความต้องการสุขภาพกายของผู้สูงอายุก่อนวัยเกษียณ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพ 3 ประการ คือ ความต้องการความรู้ด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล ความต้องการการตรวจสุขภาพประจำปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 1 ครั้ง โดยต้องการคลินิกตรวจรักษาเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด และความต้องการได้รับจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินีวงศ์สิทธิ์ (254 5 : 16-22) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ในตำบลแม่สา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับปัญหาด้านความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ปรากฏผลว่าปัญหาของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านเศรษฐกิจ ยังมีปัญหาด้านการขาดแคลน หรือถูกลูกหลานทอดทิ้ง ซึ่งอาจโยกไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ ผู้นำชุมชนมีความคิดเห็นว่าคุณสูงอายุในชุมชนต้องการความช่วยเหลือหลักๆ คือการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ซึ่งหมายถึงการมีคนช่วยพาไปสถานพยาบาลจัดยารักษาโรคจัดหาอุปกรณ์การออกกำลังกาย การให้ความรักความอบอุ่น การหาอาชีพให้ทำ และจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภค วันเพ็ญ ปันราช (2552 : 163) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า 1) ผู้สูงอายุต้องการมีชีวิตอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับลูกหลาน เพื่อที่ลูกหลานจะได้ให้การดูแล 2) ผู้สูงอายุทุกคนอยากได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เพื่อมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและซื้อสิ่งของไปทำบุญ 3) ผู้สูงอายุต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง จะได้สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่เป็นภาระของลูกหลาน 4) ผู้สูงอายุต้องการให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้คุณสูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน 5) ผู้สูงอายุต้องการให้มีการส่งเสริมการประกอบอาชีพ เพื่อจะได้มีรายได้เป็นของตนเอง จะได้ไม่เป็นภาระของลูกหลาน และ บรรลุ ศิริพานิช (2552 :18-21) ได้กล่าวถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ ต้องเสริมการพัฒนาให้ช่วยตัวเองได้ตลอดไปและให้ดียิ่งขึ้น จนสามารถช่วยเหลือผู้อื่นยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่อยากมีสุขภาพที่ดีต้องหมั่นออกกำลังกาย กินอาหารที่มีประโยชน์ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องสงเคราะห์เพื่อให้สามารถช่วยตนเองให้ได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่แค่ดูแลเรื่องสุขภาพเพียงอย่างเดียว ต้องบูรณาการแบบองค์รวม และต้องสร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ มิใช่แค่หน้าที่ของสายสุขภาพเพียงอย่างเดียว

3. 2. รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพขององค์กรของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4 พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมขององค์ประกอบกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่ามีเหมาะสมในระดับมากที่สุด และระดับมาก องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมี 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบองค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ขั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 4 เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาชญญา รัตนอุบล และคนอื่นๆ (2552 : 78) ได้ทำการศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน โดยได้สร้างรูปแบบในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจสภาพปัญหา และความต้องการการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน เพื่อการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 3) การกำหนดเนื้อหาสาระอยู่ในขอบเขตเนื้อหาสาระ 4 ด้านคือ ด้านการเตรียมความพร้อม ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวทางสังคมและจิตใจ ด้านพฤติกรรมกรรมกรออม และด้านพฤติกรรมกรรมกรเรียนรู้ 4) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างบูรณาการ 5) การประเมินผลการเรียนรู้ และ 6) การถอดบทเรียน สุวรรณ อนุสันติ (2541 : 124) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการพัฒนานิสิต นักศึกษาพยาบาลเพื่อลดความเครียด โดยจัดในลักษณะของโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับระดับความเครียดของบุคคล ประกอบด้วย 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหาและวิธีสอน ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ (2552 : 67) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถในการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน : กรณีศึกษาในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จากการศึกษาได้ข้อสรุปว่า รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ประกอบด้วย 1) หลักการเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) กิจกรรม/เนื้อหาสาระ 4) การประเมินผลและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ ปานชีวา ณ หนองคาย 2 (51 : 70-77) ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 เตรียมการ ขั้นที่ 2 ศึกษา วิเคราะห์ ปัญหาและวางแผน และนำปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมากำหนดเป็นเนื้อหา ตลอดจน แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยได้เป็นแผนการฝึกอบรมจำนวน 6 เรื่อง ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการ ขั้นที่ 4 ประเมินผล และ ภควา มุสิกวัน (2555 : 122-135) ได้ศึกษา รูปแบบการพัฒนาคูณลักษณะความเป็น

ผู้นำของผู้นำชุมชน จากการศึกษาได้ข้อสรุปว่า รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำของผู้นำชุมชน มีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 หลักการและวัตถุประสงค์ของรูปแบบ โดยมีหลักการที่เน้นการพัฒนาตนเอง การจัดการความรู้มีความยืดหยุ่นสามารถปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม และมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผู้นำชุมชนให้มีคุณลักษณะความเป็นผู้นำ 2) คุณลักษณะความเป็นผู้นำที่ต้องพัฒนา โดยมีคุณลักษณะความเป็นผู้นำที่ต้องพัฒนา 2 ด้าน 12 คุณลักษณะ 3) กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การประเมินเพื่อกำหนดคุณลักษณะความเป็นผู้นำที่ต้องพัฒนา ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ขั้นที่ 3 การพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการพัฒนา 4) เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัด ความสำเร็จของรูปแบบเงื่อนไขความสำเร็จ คือ ผู้นำชุมชนที่เข้ารับการพัฒนาดังกล่าวสามารถบริหารจัดการเวลาได้ มีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน และตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ ผู้นำชุมชนมีคุณลักษณะความเป็นผู้นำด้านการบริหารงานและด้านการประสานสังคม

4. การหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า

4.1 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยหลังจากการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.2 ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์ เกี่ยวกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ /หรือ รอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 – 30 นาที ก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนการมีสุขภาพจิตดีก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ผู้วิจัยเห็นว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้นั้น จะต้องเรียนรู้และเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นเสียก่อน เพราะความเข้าใจเป็นพื้นฐานของความคิด การไตร่ตรองและการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ การเรียนรู้จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีผลทำให้บุคคลเกิดการพัฒนาเทคนิคนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมลักษณ์ สุวรรณศิริ (2551 : 158) การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ อนุรักษ์ และคนอื่นๆ (2550 : 45) พบว่า การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นงคราญ ปุ๊งไธสง (2543 :93) พบว่า การสังเกตการณ์พูดคุยเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นสิ่งที่มีผลต่อความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ หากบุคคลนั้นได้ฝึกฝนจนเกิดทักษะ ความชำนาญและความเชื่อมั่น ก็จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและเกิดเป็นพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลางดังนั้น ควรมีการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้านไปพร้อมๆกันและควรมีการปรับรูปแบบให้มีความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 ด้าน 73 ประการ แต่ด้วยเงื่อนไขด้านเวลาและงบประมาณ ผู้วิจัยจึงเลือกเฉพาะ ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีค่า PNI ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงยังมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อีกส่วนหนึ่งที่ควรนำมาทำการวิจัยและพัฒนาเพิ่มเติม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2. 1 ควรมีการวิจัยเพื่อหาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น

2.2 ควรให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้และเกิดประโยชน์สูงสุด

บรรณานุกรม

- กรรณิกา เจริญเทียนชัย. การพัฒนารูปแบบการประเมินประสิทธิผลองค์การของวิทยาลัยพยาบาล สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย , 2539.
- กัลยาณี ทองสว่าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนออมเงิน. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2546. การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม, ศูนย์.
รายงานการสำรวจความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ , 2550.
- การศึกษานอกโรงเรียน, กรม. การศึกษาตามอัธยาศัยแนวความคิดและประสบการณ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.) , 2544.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. อาการและการบำบัดโรคจิตโรคประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สนุกอ่าน, 2545.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
ฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙. (ออนไลน์) 2555 (อ้างเมื่อ 20 สิงหาคม 2555) จาก:
<http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p11/plan11.pdf>
- จิตติมา วุฒิอิน. การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุตำบลเวียง อำเภอ เวียงป่าเป้า
จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย ราชภัฏเลย, 2548.
- จงกลณี ศรีจักรโคตร. การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน. วิทยานิพนธ์
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ข้อมูลผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (ออนไลน์) 2553 (อ้างเมื่อ 30 สิงหาคม
2553) จาก http://www.cps.chula.ac.th/cps/html_th/th.
- ฉลองชัย ภิรมย์. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2547.
- ชนิดา สุ่มมาตย์. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน . วิทยานิพนธ์
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
- ชลธร รักษาณวงศ์. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพาน พระรามหก เขต
บางซื่อ กรุงเทพมหานคร . วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2545.
- ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ. การศึกษานอกระบบ : พื้นฐานการวางแผนโครงการ. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ , 2544.
- ชุติกานุจน์ ฉัตรรุ่ง และนพนันท์ สิงห์ลาว. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชน
จังหวัดสุพรรณบุรี. สุพรรณบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 2545.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้อายุยืน. กรุงเทพฯ: ศุภานิชการพิมพ์, 2532.

- दनัย ทิพยกนก. ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: เอส เอส, 2544.
- ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. แผนธุรกิจของสถานบริการสุขภาพแบบองค์รวม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
- ดิเรก วรรณเศียร. การพัฒนารูปแบบการจำลองสมบูรณในการบริหารโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานสำหรับ สถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- ถวิล จอมสืบ. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ เพื่อลดการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเลือด เกษตรกร : กรณีศึกษาเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านคลองระหัน หมู่ที่ 5 ตำบล บ้านหลุม อำเภอเมือง สุโขทัย จังหวัดสุโขทัย . วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม , 2547.
- ทิพวรรณ ประเสริฐอำไพสกุล. การเปรียบเทียบผลการประเมินความต้องการจำเป็นและการ ยอมรับในผลการ ประเมินของครุคณิตศาสตร์ระหว่างการประเมินความต้องการ จำเป็นแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วน ร่วม. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- ทิตนา แคมมณี. กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการท างานและการจัดการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: นิชินแอต เวอร์ไทซิง, 2547.
- ธีระ รุญเจริญ. ความเป็นมืออาชีพในการจัดการและบริหารการศึกษายุคปฏิรูปการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ แอล.ที.เพรส., 2550.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี: วิทยาการ พิมพ์, 2546.
- นงคราญ ปุงไธสง. การพัฒนาแกนนำครอบครัวในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุข บัญญัติแห่งชาติ . วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- นันทน์ภัส หงส์เวียงจันทร์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.
- นิคม ชูเมือง. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลโพนางตา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
- นิธิวดี ปิยสุทธิ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
- นิตา ชูโต. การประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ: เพมโปรดักชั่นส์, 2536.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น, 2545.
- บุญส่ง โกสะ. วิธีวิจัยทางพลศึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2542.

- บรรลุ ศิริพานิช. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนและแข็งแรง. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์, 2542.
- _____ .การพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุ. นครปฐม: สหพัฒนไพศาล, 2552.
- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ. ชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยุญาณ, 2540.
- ประครอง อินทรสมบัติ. “การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ,” งามาธิบดีพยาบาลสาร. 3 (กันยายน – ธันวาคม 2539): 4 – 15.
- ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ. รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
- ประชาสงเคราะห์, กรม. การสงเคราะห์คนชรา. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม, ม.ป.ป.
- ประมวล เกตตรา. รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถพึ่งตนเองของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2553.
- ประเวศ วะสี. กระบวนการนโยบายสาธารณะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547.
- _____ . การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานทั้งมวล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน, 2549.
- _____ . จุดประกายการปฏิรูปการเรียนรู้สู่สหัสวรรษใหม่. กรุงเทพฯ: ครุสภาลาดพร้าว, 2543.
- _____ . บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2541.
- ปรากฏ วุฒิพงศ์. มาตรการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ช่วง พ.ศ. 2545-2546. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ., 2546.
- ปราณี อิมสมบัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรม ผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช, 2546
- ปานชีวา ณ หนองคาย. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
- ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ. ปัญหาและแนวทางพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
- ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน ชุมชน: กรณีศึกษาในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 2552.

พรเทพ มนต์รัชชินทร์. การสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริม คุณภาพชีวิตของ **ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

พรสันต์ เลิศวิทยาวิวัฒน์. รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักเรียนอาชีวศึกษา เอกชน. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550.

พระครูวิสิฐพัฒนารามณ์ บัวศรี. รูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของเยาวชน ในโรงเรียน **พระปริยัติธรรม**. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี, 2555.

พระพรหมคุณาภรณ์. **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**. นนทบุรี: กองการแพทย์ทางเลือก สถาบันวิจัย ระบบ สาธารณสุข, 2548.

พัฒนาการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยภาคเหนือ, สถาบัน. **มาตรฐานความรู้วิชาชีพครู นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการศึกษา**. (ออนไลน์) 2556 (อ้างเมื่อ 30 สิงหาคม 2556) จาก: <http://teacher80std.blogspot.com/2012/06/101-learning-ecology.html>

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. **ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2550.

_____ . **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**. กรุงเทพฯ: เจ.เอส.การพิมพ์, 2547.

_____ . **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550**. (ออนไลน์) 2555 (อ้างเมื่อ 20 เมษายน 2555) จาก: <http://www.m-society.go.th/>

เพ็ญแข ประจันปัจฉนิก. **สูงอายุวัยศึกษา**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2545.

ภควา มุสิกะวัน. รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นผู้นำของผู้มาชุมชน. วิทยานิพนธ์ปรัชญา ดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2555.

มนทิรา เยื่อใย. การศึกษาความรู้และเจตคติของพยาบาลประจำการต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาล **ภาครัฐ ใน จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย รามคำแหง, 2548.

มยุรี ถนอมสุข. การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549.

มาลินี วงษ์สิทธิ์. “ชุมชนและผู้สูงอายุ,” ใน **ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ ความรู้และ สถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2545.

ยุทธนา บุคเนตร. **ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาสารคาม, 2548.

- เยาวลักษณ์ อนุรักษ์ และคนอื่นๆ. “การศึกษากระบวนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ : กรณีศึกษา บ้านไผ่งาม ตำบลสำน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน,” วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ. 19 (ตุลาคม 2550): 45-49.
- รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล. การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว และ สุขภาพจิต ของ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี. สารนิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2547.
- รัตนา สินธีรภาพ. ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2541.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชันส์, 2546.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. สถิติการสำหรับผู้สูงอายุ และบทบาทของสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์, 2545.
- วันเพ็ญ ปันราช. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
- วิชัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, สำนักงาน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ. นครปฐม: สหพัฒนไพศาล, 2552.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคนอื่นๆ. โครงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนา นโยบายและแผน. กรุงเทพฯ: วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขต ความรับผิดชอบ ของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอมือง จังหวัด พิษณุโลก. พิษณุโลก: วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, 2550.
- วิสุทธิ วิจิตรวัชรภรณ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาชั้น พื้นฐาน แนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. วิทยานิพนธ์ ครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. “การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุ ปัญหาและการแก้ไข,” วารสารสภากา รพยาบาล. 12 (มิถุนายน – ตุลาคม 2539): 31-38.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ และ ลีวรรณ อุนนาภิรักษ์. “ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคมและความ ต้องการของ บุคคลก่อนวัยเกษียณ,” พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2543): 8 –14.
- เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, สถาบัน. กรมการแพทย์. มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.

ศรวณีย์ กิจเดช. ผลของการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทาง ชีวิตดีโดยวิธีสตอ
รีไลน์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

ศรีทับทิม พาณิชพันธ์. **สวัสดิการครอบครัวและเด็ก**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. **จิตวิทยาพัฒนาการ**. กรุงเทพฯ: แพรววิทยา, 2543. .

_____. **แบบทดสอบพฤติกรรมจิต-สังคม สำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์,
2542.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี,
2549.

_____. **ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน : กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน**. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์
ก๊อปปี, 2550.

_____. **สวัสดิการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2549.

_____. **สวัสดิการผู้สูงอายุ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์
ก๊อปปี, 2549.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. **ปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

สกุณา บุญรากร. **การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย**. สงขลา: เทมการพิมพ์, 2551.

ส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สำนักงาน. **รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยการศึกษา ดำเนินงาน
โครงการขยายผลการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์, 2550.

ส่งเสริมสุขภาพ, สำนักงาน. **คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย, 2547.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. **ผู้สูงอายุกับการทำงาน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549.

_____. **สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550**.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550.

_____. **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543. .

_____. **“ผู้สูงอายุไทยกับการทำงาน,” สารสถิติ**. 16 (มิถุนายน 2549): 4-5.

सनานจิตร์ สุคนธ์ทรัพย์. **แนวคิดและรูปแบบการบริหารจัดการของสถานศึกษาโดยใช้โรงเรียน เป็นฐาน :
ประสบการณ์สู่ทฤษฎี**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 2544.

- สมบูรณ์ ศิริสรรหิรัญ. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณะบดี. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร
 ดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะผู้สูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: โรง
 พิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- สมาน อัครภูมิ. การบริหารการศึกษาสมัยใหม่ : แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. อุบลราชธานี: อุบล
 กิจอพอเซทการพิมพ์, 2551.
- _____ . การพัฒนารูปแบบการบริหารประถมศึกษาระดับจังหวัด. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร ดุษฎีบัณฑิต
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- สาธารณสุข, กระทรวง. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
- สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, สำนักงาน. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัย เสี่ยงด้าน
 สุขภาพ. (ออนไลน์) 2553 (อ้างเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2555) จาก:
www.phoubon.in.th/download/...E1.../0308%20ผู้สูงอายุ_ok.doc
- _____ . คู่มือนักสุขภาพครอบครัว (นสค.)จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: วีแคน เซอร์วิส เอ็กซ์เพรส,
 2556.
- สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, สำนักงาน. คู่มือการดูแลผู้สูงวัยอายุยืน. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง, 2550.
- สิงหา จันทริย์วงศ์. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและ ราชอาณาจักร
 กัมพูชาโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์,
 2553.
- สิริพร สุัญญา. พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ
 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.
- สุโขทัยธรรมาราช, มหาวิทยาลัย. เอกสารการเรียนรู้การทาวิจัยด้วยตนเอง. นนทบุรี:
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2550.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. “ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต,” วารสารพถมาวิทยาและเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ. 1
 (มกราคม 2543): 3-4.
- สุธรรม ธรรมทัศน์านนท์. การนำเสนอรูปแบบการพัฒนาผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อ พัฒนาประเทศ.
 วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, 2549.
- สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดย กระบวนการสร้างเสริม
 พลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา, 2551.
- สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, สำนักงาน. คู่มือการดูแลผู้สูงวัยอายุยืน. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง, 2550.

สิงหา จันทริย์วงศ์. **รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและ ราชอาณาจักร
กัมพูชาโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.** วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์,
2553.

สิริพร สุัญญา. **พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ
กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.

สุโขทัยธรรมาธิราช, มหาวิทยาลัย. **เอกสารการเรียนรู้การทาวิจัยด้วยตนเอง.** นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2550.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. “ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต,” **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ.** 1
(มกราคม 2543): 3-4.

สุธรรม ธรรมทัศนานนท์. **การนำเสนอรูปแบบการพัฒนาผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อ พัฒนาประเทศ.
วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา,** 2549.

สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. **การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดย กระบวนการสร้างเสริม
พลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์
สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา, 2551.

Aderson, T. P. **Instructional Development Paradigms.** New Jersey: Education, 1971.

Aphrodite, S., R. F. Kenneth and J. McKenna. “Phycical Activity and Dimensions of Subjective
Well-Being in Older Adults,” **Journal of Aging and Physical Activity.** 10 (January 2002):
76-92.

Ballard, D. “Community Needs and Strengths Assessment as Active Learning Project,” **The
journal of School Health.** 73 (September 2003): 267-269.

Bardo, J. W. and J. I. Hardman. **Urban Society : a Systematic Introduction.** New York: F.E.
Peacock, 1982.

Barrow G. M. and P. A. Smith. **Aging, Ageism and Society.** New York: Westt, 1979.

Boyle, Geraldine. “Facilitating Choice and Control for Older People in Long-Term Care,” **Health
& Social Care in the Community.** 12(May 2004): 212 – 220.

Buccolar, V. A. and W. I. Stone. “Effects of Jogging and Cycling Programs on Physiological Aged
Men,” **The Research Quarterly.** 40 (May 1975): 134-139.

Caffrey, R. **Family Caregiving to the Elderly in Northeast Thailand : Changing Pattern.**
Doctoral Dissertation Oregon: Oregon University, 1991.

- Cicarelli, Victor G. **Helping Elderly Parents: The Role of Adult Children**. Boston: Auburn House, 1981.
- Cormack, D. F. **Geriatric Nursing : A Conceptual Approach**. Boston: Blackwell Scientific, 1985.
- Eisner, E. "Educational Connoisseurship and Criticism : Their Form and Function in Education Evaluation," **Journal of Aesthetic Education**. 11 (March 1976): 192-193.
- Gilmore, G. D. and M. D. **Campbell. Needs Assessment Strategies for Health Education and Health Promotion**. Madison, WI: Brown and Benchmark, 1996.
- Grandall, Richard C. **Gerontology : A Behavior Science Approach**. Massachusetts: Addison-Wesley, 1980.
- Green, L. W. and M. W. Kreuter. **Health Promotion Planning : An Educational and Environmental Approach**. New York: Mayfield, 1991.
- Gress, Lucille D. and Bahr, Rose Therese. **The Aging Person: A Holistic Perspective**. Louis: Mosby, 1984.
- Greenberg, J. and R. B. Baron. **Behavior in Organizations**. 7th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 2000.
- Good, Carter V. **Dictionary of Education**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1973.
- Hanlon, J. J. **Public Health : Administration and Practice**. London: The C.V. Mosby, 1979.
- Hellriegel Don, John W. **Slocum and Richard W. Woodman**. Organizational Behavior. 9th ed. Chula Vista, CA: South Western, 2001.
- Hersey Paul, Kenneth H. **Blanchard and Dewey E. Johnson**. Management of Organization Behavior Utilizing Human Resources. Englewood Cliffs : Prentice-hall, 1996.
- Herth, K. A. "Hop in Order Adult in Community and Institutional Settings," **Mental Health Nursing**. 14 (1993): 139-156.
- Jessell, Martha A. "Activities, Control, and Health in Older Adults," **Dissertations Abstracts International**. 68 (September 2007): 55-70.
- John, Kemm and Ann Close. **Health Promotion: Theory and Practice**. New York: Macmillan, 1995.
- Kaufman, R. and F. W. English. **Needs Assessment : Concepts and Application**. Englewood Cliffs, NJ: Education Technology, 1992.

- Keeves, J. Peter. **Education Research, Methodology and Measurement : An International Handbook**. Oxford: Pergamon, 1988.
- Kitchie, Sharon Stadel. **Rural Elders with Chronic Disease : Place of Residence, Social Network, and Medication Adherence**. Doctoral Dissertation State University of New York at Binghamton, 2003.
- Knowles, M. S. **The Modern Practice of Adult Education : from Pedagogy on Andragogy**. New York: Cambridge, 1980.
- Kodner, Dennis L. "Whole-system Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: an Exploration of North American Models and Lessons," **Health and Social Care in the Community**. 14 (September 2006): 384- 390.
- Kuzuya, Masafumi and others. "Day Care Service use is Associated with Lower Mortality in Community-Dwelling Frail Older People," **Journal of the American Geriatrics Society**. 54 (September 2006): 1364-1371.
- Leiby, S. A. and D. R. Shupe. "Does Home Care Lesson Hospital Readmission for the Elderly," **Home Healthcare Nurse**. 10 (January 1992): 37-41.
- Marquardt, M. J. **Action Learning in Action: Transforming Problems and People for World-Class Organization Learning**. Palo Alto, CA: Davies-Black, 1999.
- Mary P. Gallant, Glenna Spitze, and G. Joshua. "Chronic Illness Self-care and the Family Lives of Older Adults: A Synthetic Review Across Four Ethnic Groups," **Journal NIHPA Author Manuscripts**. 25 (March 2010): 21-43.
- Maslow, Abraham. **Motivation and Personality**. New York: Harper and Rows, 1954.
- McKillip, J. **Needs analysis : Tools for the Human Services and Education**. Newbury Park, CA: Sage, 1987.
- Moone, P. J. **Predictors of Life Satisfaction in Retired College and University Presidents**. Columbia: Columbia University Teacher College, 1998.
- Orem, E. Dorothea. **Nursing Concepts of Practice**. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book, 1995.
- Pender, N. J. **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed. California: Appleton and Lange, 1996.

- Powell, Laura. "Behaviors and Beliefs about Food Safety and Instructional Delivery Strategies Among Limited Elderly Enrolled in Community Nutrition Education Programs," **Masters Abstracts International**. 46 (February 2008): 105-120.
- Ritchie, D. M. "Examining the Outcomes of the Home Support Exercise Program on Community-Dwelling Older Adults," **Journal of Physical Activity and Aging**. 53 (December 2004): 334-350.
- Schmid, Hillel. "The Israeli Long-term Care Insurance Law: Selected Issues in Providing Home Care Services to the Frail Elderly," **Health and Social Care in the Community**. 13 (May 2005): 191-200.
- Slavin, E. Robert. **Cooperative Learning : Theory, Research and Practices Massachusetts**. New Jersey: Prentice-Hall, 1995.
- Smith, R. H. and others. **Management : Making Organizations Perform**. New York: Macmillan, 1980.
- Steiner, E. **Methodology of Theory Construction**. (online) 1988 (cited 5 December 2012) Available from: http://www.academia.edu/193039/The_Theory_of_Totally_Integrated_Education.
- TIE Stoner, A. F. and C. Wankel. **Management**. 3rd ed. New Delhi: Prentice-Hall, 1986.
- Tousignant, M., N. R. Dubuc and C. Coulomb. "Home-care Programmes for Older Adults with Disabilities in Canada: How Can we Assess the Adequacy of Services Provided Compared With The Needs of Users?," **Health and Social Care in the Community**. 15 (January 2007): 1-7.
- Tosi, H. L. and S. J. **Carroll. Management**. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons, 1982.
- United Nations, ESCAP. **Population Ageing and Development**. (online) 1995 (cited 12 December 2012) Available from: <http://www.unescap.org/publications/detail.asp?id=986>
- Willer, D. **Scientific Sociology : Theory and Method**. New Jersey: Prentice Hall, 1968.
- Witkin , B. R. **Assessing Needs in Education and Social Program**. San Francisco: Jossey – Boss, 1984.
- Woo, Duk Sun. "Long-Term Care Policy for Functionally Dependent Older People in The Republic of Korea," **International Social Security Review**. 57 (April- June 2004): 47–62.

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพขององค์กรของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ

หลักการของรูปแบบ

หลักการของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ และรูปแบบที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดความเครียด มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างเป็นระบบ ด้วยการประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพและการเลือกแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีเป้าหมาย
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการจัดการความรู้ โดยการคิดวิเคราะห์ การถ่ายทอด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์ ด้วยวิธีการและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่หลากหลาย
3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นรูปแบบที่ใช้หลักความยืดหยุ่น สามารถปรับ ประยุกต์วิธีการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

เพื่อให้เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม และรูปแบบที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างเป็นระบบ สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องส่งเสริมสุขภาพ ได้จากการสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน 41 ประการ ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง มี 8 ประการ ประกอบด้วย
 - 1) การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี

ร่างกาย

- 2) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน
- 3) ไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆ ของ

- 4) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์
- 5) รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ
- 6) แปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน
- 7) นอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก
- 8) สังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ

2. ด้านการออกกำลังกาย มี 7 ประการ ประกอบด้วย

- 1) ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
- 2) ไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้
- 3) ได้ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย
- 4) ปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย
- 5) ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง
- 6) แต่งกายได้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกาย
- 7) หลังการออกกำลังกายทำความสะอาดร่างกาย

3. ด้านโภชนาการ มีจำนวน 10 ประการ ประกอบด้วย

- 1) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง
- 2) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล
- 3) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว
- 4) รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง
- 5) รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
- 6) ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง
- 7) รับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน
- 8) ชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน
- 9) รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้ง ย่าง รนคั่ว
- 10) ชอบรับประทานของหวาน ขนมที่มีรสหวาน

น้ำหนักได้

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีจำนวน 5 ประการ ประกอบด้วย

- 1) ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆ ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ
- 2) พุดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว
- 3) แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลด
- 4) เมื่อมีโอกาสจะไปพุดคุยกับเพื่อนบ้าน
- 5) มีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวเช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้

5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ มีจำนวน 5 ประการ ประกอบด้วย

- 1) ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ
- 2) ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้ายหรือเรื่องดี
- 3) ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์
- 4) เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี
- 5) ใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

6. ด้านการจัดความเครียด มีจำนวน 6 ประการ ประกอบด้วย

- 1) ปรึกษาปัญหา พุดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด
- 2) เมื่อไม่สบายใจปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก
- 3) เมื่อมีความเครียด พยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข
- 4) ผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย
- 5) หลีกเลี้ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
- 6) ผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนา

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ
- ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- ขั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน
- ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 4 เงื่อนไขความสำเร็จและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบเงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ

การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ ผู้วิจัยได้กำหนดเงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบและตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบไว้ ดังนี้

เงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม สามารถเรียนรู้กระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพ ตามผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพครบทุกขั้นตอน
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม จะต้องมีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานหรือผู้ที่สนใจที่จําแนกรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ ต้องศึกษารูปแบบให้เข้าใจและควรมีการดำเนินการให้ครบทุกองค์ประกอบ

ตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ

ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน 41 ประการ คือ

1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านโภชนาการ
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ
6. ด้านการจัดความเครียด

ส่วนที่ 2 แนวทางการนำรูปแบบไปใช้

1. ก่อนนำไปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ ผู้ใช้ต้องทำความเข้าใจ โดยศึกษารูปแบบในแต่ละองค์ประกอบและในภาพรวม

2. หน่วยงานที่นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ นอกจากศึกษารูปแบบให้เข้าใจแล้ว ผู้ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุหรือรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน ควรได้รับการอบรมให้เข้าใจในรายละเอียดของการดำเนินงานตามรูปแบบเพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3. รูปแบบนี้ เป็นรูปแบบที่ใช้การวิเคราะห์หาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพต้องมีความต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพตามความต้องการจำเป็นและเน้นการส่งเสริมสุขภาพตนเองเป็นส่วนใหญ่

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การดำเนินงานตามกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินเพื่อกำหนดความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพิจารณาจากค่า PNI_{Modified} แล้วเรียงลำดับความสำคัญจากค่ามากไปหาค่าน้อย โดยใช้สูตรดังนี้

$$PNI_{Modified} = \frac{(I-D)}{D}$$

PNI_{Modified} = แทน ดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น

I = แทน ค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น

D = แทน ค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นอยู่จริง

2. การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงาน ซึ่งการเตรียมการนี้เป็นการเตรียมการใน 3 ด้าน คือ

2.1 การเตรียมการด้านผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ให้เข้าใจถึงความจำเป็นและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 การเตรียมการด้านกลไกการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมการด้านงบประมาณ ทีมงาน และสถานที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 การเตรียมการด้านกระบวนการ กลวิธีและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมการด้านเอกสาร สื่อ อุปกรณ์ นวัตกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้วยการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ การสังเกต การซักถาม ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการ/กิจกรรม การให้ความรู้จัดในรูปของฐานการเรียนรู้ โดยแบ่งเป็นฐานการเรียนรู้ตามชุดการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 1
ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 1 ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง

แนวคิด คนเราเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นหรือก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้วย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะทางด้านร่างกายที่ปรากฏความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ แต่จะมาน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและกรรมพันธุ์ของแต่ละคน การดูแลสุขภาพที่ดี ที่ถูกสุขลักษณะ การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคต่างๆ ตั้งแต่ต้นจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหรือลดปัญหาทางสุขภาพที่มักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้พื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่าเหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา รวมถึงแนวทางในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ โดยการดูแลสุขภาพและมีความตระหนักในการสังเกตความผิดปกติต่างๆในร่างกายตลอดจนการไปรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี
2. การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน
3. การสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆของร่างกาย
4. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปพบและปรึกษาแพทย์
5. พบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ
6. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน
7. นอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก
8. การสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การฝึกอบรม การสาธิต การฝึกปฏิบัติ

กิจกรรม

1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน การสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆของร่างกาย การสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ การนอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก และการพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

2. สาธิตการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น การแปรงฟันและการดูแลสุขภาพสุขภาพช่องปากและฟันที่ถูกต้องวิธี

3. ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การแปรงฟัน

4. ศึกษาเพิ่มเติมจากสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก ตำรา เอกสารวิชาการต่างๆ ด้วยตนเองอย่าง

ต่อเนื่อง

5. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์กับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

6. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ของตนเองอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อตนเองเพิ่มขึ้น
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง



ใบความรู้..... ด้านความรับผิดชอบตนเอง



เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้น การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก ที่ควรทำความเข้าใจ เพื่อที่จะได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถวิเคราะห์และสรุปได้ดังต่อไปนี้

- ผิวหนัง ผิวเหี่ยวย่น เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้เกิดแผล เมื่อเกิดแผลจะหายช้า ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้หนาวได้ง่าย เมื่ออากาศเย็น ผิวแห้ง คัน การรับความรู้สึกเจ็บปวดลดลง กระดูก กระดูกเสื่อม พรุน หักได้ง่าย

ข้ออักเสบ เกิดอาการบวม ปวดตามข้อ

- กล้ามเนื้อ ความอ่อนแอ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวช้าลง หกล้มได้ง่าย มือสั่น จับของไม่แน่น ของหลุดมือได้ง่าย
- หัวใจ เหนื่อยง่ายเนื่องจากหัวใจบีบตัวได้น้อยลง หากทำงานหนัก หรือตื่นเต้นมากเกินไป อาจทำให้เกิดหัวใจวายได้ง่าย
- เส้นเลือดตีบแข็ง ทำให้ความดันเลือดสูงได้ง่าย เป็นลมหน้ามืดง่าย ขณะเปลี่ยนท่าทาง เช่น จากท่านอนเป็นท่านั่ง
- ระบบหายใจ เหนื่อยง่าย สำลักอาหารเข้าหลอดลงได้ง่าย
- ระบบทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร (น้ำลายลดลง การรับรสและกลิ่นไม่ดี) อาหารลงกระเพาะได้ช้า ท้องผูกง่าย กลั้นอุจจาระไม่ค่อยได้

- ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ขนาดกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้น้ำปัสสาวะเต็มเร็ว ถ่ายปัสสาวะบ่อย ในผู้สูงอายุชาย ปัสสาวะไม่สะดวก ใช้เวลานานในการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง (อาจเนื่องจากต่อมลูกหมากโต)
 - ช่องคลอด อักเสบและติดเชื้อง่าย
 - สมอง ความจำเสื่อม (ซีลีม) พุดช้ำเรื้อรังเดิม นอนหลับยาก
 - ตา พร่ามัวมองไม่ชัด น้ำตาไหล สายตายาว
 - หู ได้ยินไม่ชัดเจน (หูตึง)
 - การดมกลิ่น การรับกลิ่นไม่ดี ทำให้เบื่ออาหาร ไม่ได้กลิ่นบูดเน่า

การดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

ความสะอาดเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องคำนึงถึง เพราะผู้สูงอายุมีความต้านทานโรคต่ำกว่าบุคคลในวัยหนุ่มสาว ความสะอาดที่จะต้องดูแลได้แก่

- **ผิวหนัง** ควรรักษาความสะอาด โดยการอาบน้ำตามความเหมาะสม เช่น ในวันอากาศร้อนอบอ้าว อาจอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง และใช้วิธีเช็ดตัวเช็ดหน้า ล้างมือ ล้างเท้าก่อนเข้านอน แต่ถ้าอากาศแห้งและหนาว ควรอาบน้ำสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้งก็เพียงพอแล้ว

- **ปากและฟัน** ต้องทำความสะอาดทุกวันตอนเช้า เมื่อตื่นนอน และทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ฟันปลอม ต้องดูแลเรื่องความสะอาดของฟันปลอม ด้วยการถอดออกล้างทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และถอดฟันปลอมออกก่อนนอนตอนกลางคืนทุกคืน

- **เล็บและผม** ต้องหมั่นตัดเล็บให้สั้น และรักษาความสะอาดอยู่เสมอ สำหรับผมก็ต้องดูแลเรื่องความสะอาด ด้วยการสระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือนานกว่านั้นก็ ได้ เพราะผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องสระผมบ่อย เนื่องจากหนังศีรษะแห้ง

- **อวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก** เป็นจุดที่ต้องให้ความสำคัญมากในเรื่องของการรักษาความสะอาด คือต้องล้างทุกครั้งหลังขับถ่าย หรืออาจใช้ผ้านุ่มชุบน้ำเช็ดจนสะอาดแทนการล้างก็ได้

- **อาหาร** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักจะรับประทานอาหารน้อยลง จนอาจเกิดปัญหาการได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จึงควรเอาใจใส่ในเรื่องนี้ ด้วยการจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ



แต่ละคน อาจจะเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย หรืออาหารประเภทที่ไม่ต้องเคี้ยวลำบาก รสชาติ ไม่จืด หรือบางคนอาจต้องรับประทานอาหารผสม บดละเอียด เป็นต้น อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรเน้นที่คุณค่าทางโภชนาการ งดเครื่องดื่มประเภทมีนเมา หรือของหมักดอง แต่ควรให้อาหารเสริมประเภท นม ผลไม้สด หรืออาหารที่มีคุณค่าชนิดอื่นๆ

- **การออกกำลังกายและการพักผ่อน** ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพทางร่างกายของแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุไม่ควรหักโหมในเรื่องของการออกกำลังกาย แต่ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อาจเป็นที่สาธารณะหรือตามสถานที่ออกกำลังกายโดยทั่วไป หรืออาจใช้วิธีออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน หรือสูดหายใจเข้าออกลึกๆ ถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกายที่ดีสำหรับผู้ชรา และเมื่อมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลให้นอนหลับสบาย ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอซึ่งจะช่วยให้กระฉับกระเฉง สุขภาพดี สดชื่นและอายุยืน

- **นอนไม่หลับ** ผู้สูงอายุที่มีปัญหาอนไม่หลับ มักชอบตื่นกลางดึก ตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นแล้วหลับต่อไม่ได้ หรือเป็นตั้งแต่เข้านอน นอนหลับยากกว่าปกติ โดยทั่วไปในวัยสูงอายุ มักต้องการเวลานอนน้อยลงจากการเปลี่ยนแปลงของสรีระวิทยา ทำให้นอนหลับน้อยลง ตื่นเช้ากว่าปกติ แต่ผู้สูงอายุบางท่านอาจกังวลมาก ทำให้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุมักมีปัญห สุขภาพอื่นๆ อาทิ ปวดเข่า ปวดท้อง ทำให้เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับด้วย

การช่วยเหลือ



1. หาสาเหตุของการนอนไม่หลับ ที่มีจากโรคทางกาย อาทิ โรคปวดต่างๆ การปัสสาวะบ่อย ถ้าแก้ปัญหาด้านเหตุได้ จะทำให้หลับดีขึ้น

2. การ ฝึกการนอน อาทิ เข้านอนให้ตรงเวลา ตื่นตรงเวลา ไม่งีบหลับเวลากลางวัน ไม่ตื่นนอนถ้าไม่หลับ ควรลุกขึ้นมาทำโน่น ทำนี่ รอให้วังงจึงเข้านอนใหม่ ออกกำลังกายตอนเย็น จะช่วยให้หลับง่ายขึ้น

3. การปรึกษาแพทย์ เพื่อขอความช่วยเหลือ

ใบงาน รู้ไว้ใช้ว่า.....

แบบบันทึก.....สุขภาพ

ชื่อ-นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

วัน เดือน ปี	น้ำหนัก (กก.)	ส่วนสูง (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	ดัชนีมวลกาย	โรคประจำตัว

$$\text{สูตรการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ดังนั้น ดัชนีมวลกาย จึงมีหน่วยเป็นกิโลกรัม / ตารางเมตร (กก./ม²)



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย

แนวคิด มนุษย์เกิดมามีพรปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ซึ่งความสุขของมนุษย์ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆหลายประการ แต่ที่สำคัญคือ สภาพความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยวิธีการออกกำลังกาย เป็นอีกวิธีหนึ่งที่เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ และนอกจากนั้นแล้วการออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการยืน การเดิน การทรงตัว และช่วยให้การเคลื่อนไหวร่างกายสามารถทำได้ในวงกว้างมากขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ในหลักของการออกกำลังกายตลอดจนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการออกกำลังกายได้

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
2. ไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้
3. ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย
4. ปรีกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย
5. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง
6. ท่านแต่งกายได้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกายของท่าน
7. หลังการออกกำลังกายท่านทำความสะอาดร่างกาย

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การบรรยาย การเรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบ การสาธิต การฝึกปฏิบัติและการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

กิจกรรม

1. ใช้การบรรยายและฝึกปฏิบัติ โดยวิทยากรกล่าวนำหลักการออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย การประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย การแต่งกายที่เหมาะสมกับประเภทของการออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดจากการออกกำลังกาย การทำความสะอาดร่างกายหลังการออกกำลังกาย และปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย
2. เรียนรู้วิธีการออกกำลังกายจากสื่อ และผู้สูงอายุต้นแบบในด้านการออกกำลังกาย
3. สาธิตการออกกำลังกายโดยวิทยากร และผู้สูงอายุต้นแบบ
4. ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายพร้อมกันทั้งหมด วิทยากรคอยสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรมของผู้สูงอายุ
5. เข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
6. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ด้านการออกกำลังกายกับผู้สูงอายุต้นแบบด้านการออกกำลังกายหรือผู้สูงอายุสุขภาพดี
7. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของตนเองอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายเพิ่มขึ้น
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายมากขึ้น



ใบความรู้.....เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุซึ่งจุดมุ่งหมายหลักของการออกกำลังกาย คือ ทำให้ร่างกายมีสุขภาพดีขึ้น ไม่ใช่ การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพื่อการแข่งขัน เมื่อออกกำลังกายให้มีสุขภาพดีแล้วร่างกายก็จะชะลอความเสื่อมของต่างๆทำให้สนุกสนาน เพลิดเพลิน ที่สำคัญทำให้ดูแก่ช้าลง คนอายุ 60 ปีเท่ากันถ้าคนหนึ่งออกกำลังกายสม่ำเสมอและอีกคนหนึ่งไม่ออกกำลังกายหรือไม่เคยออกกำลังกาย ถ้ามายืนใกล้กันจะเห็นได้ชัดเจนว่า คนที่ออกกำลังกายจะดูหนุ่มกว่าอย่างน้อยถึง 5 ปี

คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ก่อนออกกำลังกายจะต้องมีการตรวจร่างกายก่อนที่จะเริ่มออกกำลังกาย เพราะคนที่มียาอายุมากขึ้นมักจะมีโรคภัยไข้เจ็บซ่อนเร้นอยู่ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น
2. ผู้สูงอายุที่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ใช่ว่าจะออกกำลังกายไม่ได้ ออกได้แต่ต้องออกกำลังกายใต้การดูแลและ คำแนะนำของแพทย์ และควรมีการตรวจสมรรถภาพทางกายด้วย

หลักการออกกำลังกาย

1. ความหนัก ของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดของแต่ละบุคคล และไม่ควรเกินร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด แต่ละบุคคล
2. ความบ่อยหรือความถี่ในการออกกำลังกาย ในช่วงต้นของการออกกำลังกาย ควรปฏิบัติอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำวันเว้นวัน ให้กล้ามเนื้อมีการพักผ่อน เมื่อร่างกายเริ่มปรับตัวได้แล้วก็สามารถเพิ่มเป็น 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน 5 ครั้งต่อสัปดาห์
3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายควรอยู่ในช่วง 20-30 นาที โดยแบ่งเป็นช่วงอบอุ่นร่างกาย ซึ่งรวมการเหยียดยืดกล้ามเนื้อประมาณ 5-10 นาที ช่วงออกกำลังกาย ไม่ต่ำกว่า 12

นาที และช่วงฟื้นฟูร่างกายสู่สภาพปกติประมาณ 5-10 นาที เวลาในแต่ละช่วงต่างๆสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

4. ความก้าวหน้าในการออกกำลังกาย ควรเริ่มด้วยจำนวนน้อยก่อนแล้วจึงค่อยๆ เพิ่มขนาดหรือความหนักของการออกกำลังกาย ในช่วงแรกควรเริ่มด้วยการออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 55 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด จากนั้นก็อาจค่อยๆเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ร้อยละ 65 ร้อยละ 70 ไปตามลำดับ

5. ชนิดของการออกกำลังกาย เล่นกีฬาชนิดต่างๆแต่ต้องหลีกเลี่ยงกีฬา ที่ต้องใช้แรงปะทะหรือกีฬาที่ต้องใช้ความสัมพันธ์ของประสาทสูง เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ ถ้าเป็นโรคความดันโลหิต ไม่ควรออกกำลังกายด้วยการยกน้ำหนักเลย เพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดได้ เพราะการออกกำลังกายชนิดนี้ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

1. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ

1.1 อายุ ผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน แนะนำให้เริ่มจากการเดินแล้วค่อยปรับเปลี่ยนต่อไปอย่างช้าๆ แต่ถ้าผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว สามารถออกกำลังกายได้เช่นเดิมแต่ควรเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นถ้ามีโรคประจำตัว

1.2 เพศ เพศหญิงมีความสามารถในการออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย เพราะมีกล้ามเนื้อน้อยกว่าและความเข้มข้นของเลือดก็น้อยกว่าด้วย

1.3 น้ำหนัก พบโรคหัวใจได้บ่อยในคนอ้วน การออกกำลังกายของคนที่อ้วนควรตรวจสภาพร่างกายให้แน่ใจก่อน โดยเฉพาะถ้าเป็นชนิดที่ใช้ความรุนแรง

1.4 การทรงตัวและการเดิน ถ้ามีปัญหาเรื่องนี้ ควรระมัดระวังมากขึ้น โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่มีการเดินหรือวิ่ง ร่วมด้วยเพราะอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.5 โรคประจำตัว และยาที่รับประทานเป็นประจำ ยาบางตัวมีผลลดระดับน้ำตาลในเลือด อาจทำให้ผู้สูงอายุเป็นลมจากจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำขณะออกกำลังกาย หรือยากล่อมประสาทสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหรือมีอาการเครียดอาจทำให้เกิดอาการง่วงนอน จึงควรเพิ่มความระมัดระวังขณะออกกำลังกาย

2.ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย

1. ระยะเวลา ประมาณครั้งละ 30 นาที

2. ความถี่ สัปดาห์ละ 3-5 วัน

3. ความรุนแรง ประมาณร้อยละ 55, 60, 65, 70 ตามลำดับ ของอัตราการเต้นของหัวใจ

สูงสุด

ภาวะที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย

1. อาการเจ็บแน่นหน้าอก ที่ยังควบคุมไม่ได้
2. มีความดันโลหิตสูงขณะออกกำลังกาย
3. การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ
4. อาการเวียนศีรษะ
5. สภาวะแวดล้อม และภูมิอากาศไม่เหมาะสม
6. หลังรับประทานอาหารเช้า

อาการแสดงขณะออกกำลังกายที่บ่งถึงการออกกำลังกายที่มากเกินไป

1. เจ็บหรือแน่นหน้าอก
2. มึนงง เวียนศีรษะ
3. คลื่นไส้อาเจียน
4. ปวดน่อง
5. หน้าซีด หรือแดงคล้ำ
6. หายใจลำบากหรือหายใจเร็ว เกิน 10 นาทีหลังหยุดพัก
7. ชีพจรเต้นช้าลง
8. ปวดข้อ
9. น้ำหนักขึ้นชัดเจน

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การออกกำลังกายเฉพาะส่วน เช่น การบริหารข้อไหล่ ในผู้ป่วยโรคไหล่ติด การบริหารกล้ามเนื้อหลัง ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง และการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ในกรณีข้อเข่าเสื่อม
2. การออกกำลังกายโดยทั่วไป ซึ่งจะมีผลทำให้จิตใจแจ่มใสร่างกายแข็งแรงและมีผลดีต่อโดยอ้อมทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้นลดอุบัติเหตุการลื่นล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุของกระดูกหัก รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆ เช่น ภาวะปอดบวม ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ เช่น การวิ่งเหยาะๆ ในกรณีที่ไม่มีข้อเข่าเสื่อม การเดิน การเดินแอโรบิค การรำมวยจีน การรำไม้พลอง เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 3 ด้านโภชนาการ



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 3 ด้านโภชนาการ

แนวคิด อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีภาวะโภชนาการที่ดีย่อมส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย อาหารจึงเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตทุกชนิด ร่างกายของคนเราจะเจริญเติบโตมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์ได้ก็

ต่อเมื่อเราบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยอาหารที่บริโภคนั้นต้องสะอาด ไม่มีสารพิษปราศจากสัตถุหรือสารเจือปน ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย แต่ถ้าได้รับอาหารไม่ครบถ้วนหรือในปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย คุณภาพอาหารไม่ดีพอ ก็จะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารหรือเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆตามมาได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน ดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง อาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้งย่าง ร่มควัน ของหวาน ขนมที่มีรสหวาน และผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง
2. หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล
3. ดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว
4. รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง
5. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
6. ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง
7. รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน
8. รับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน
9. รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้งย่าง ร่มควัน
10. รับประทานของหวาน ขนมที่มีรสหวาน

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การบรรยาย การสาธิต การซักถาม เล่นเกมส์

กิจกรรม

ใช้การบรรยายประกอบการสาธิต ซักถาม เล่นเกมส์ท้ายปัญหาระหว่างการเรียนรู้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้ประกอบการสาธิตเกี่ยวกับการ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
รับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง อาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้งย่าง ร่มควัน ของหวาน ขนมที่มีรสหวาน และผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน
2. สาธิต ตัวอย่างอาหาร 1 วัน สำหรับผู้สูงอายุ
3. ศึกษาและเรียนรู้ จากสื่อ เอกสาร ตำราวิชาการต่างๆที่เกี่ยวกับด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ธงโภชนาการ
4. อภิปราย ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของตนเองอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมาย ที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

โภชนาการ...กินอย่างไรดี



ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงวัยใด การรับประทานอาหาร ถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งผลต่อสุขภาพของร่างกายของเรา ตามที่หลายๆคน คงเคยได้ยินมาแล้วว่า “กินอะไรก็เป็นอย่างนั้น” ยิ่งในวัยสูงอายุด้วยแล้ว การใส่ใจเรื่องการรับประทานอาหารนั้น เป็นสิ่งที่สำคัญมากๆ อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นก็ควรมีครบ 5 หมู่ เช่นเดียวกับคนในวัยอื่นๆ แต่ก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนอยู่บ้าง มีอะไรบ้างลองมาดูกัน

หมู่ที่ 1 แป้ง คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุจะมีความต้องการ การใช้พลังงานลดลงกว่าคนในวัยอื่นๆ เนื่องจากความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารกลุ่มนี้แต่พออิ่ม ไม่ควรกินมากเกินไป เพราะส่วนที่เกินจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมตามแหล่งที่ต่างๆ อันจะเป็นผลเสียต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม มีผลต่อข้อเข่า ทำให้เสื่อมเร็วขึ้นและปวดเข่าเวลาเดินภายหลัง

หมู่ที่ 2 โปรตีน เนื้อสัตว์ ถั่วชนิดต่างๆ โปรตีนนั้นมีความจำเป็นในการซ่อมแซมร่างกาย ส่วนที่สึกหรอ และช่วยในการสร้างเซลล์ใหม่ๆ ผู้สูงอายुर่างกายก็ต้องมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่เช่นกัน เพื่อทดแทนของเดิมที่สูญเสียไปตลอดเวลา ผู้สูงอายุจึงยังต้องการสารอาหารกลุ่มนี้ มากกว่าในวัยหนุ่มสาว เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว เนื้อสัตว์ที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน คือ เนื้อไก่ที่ลอกหนังออกเนื่องจากหนังไก่จะมีไขมันมากเกินไป เนื้อปลาซึ่งยังมีกรดไขมันชนิดโอเมก้า 3 ที่สามารถป้องกันหลอดเลือดแข็งตัว และโรคหัวใจได้ รวมทั้งยังมีแร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการอีกด้วย ถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ก็เป็นแหล่งอาหารโปรตีน ราคาไม่แพงที่ให้คุณค่าได้ ไม่แพ้เนื้อสัตว์ ทั้งยังมีกากเส้นใยทำให้ลำไส้บีบตัวดี ป้องกันเรื่องท้องผูกได้

หมู่ที่ 3 ไขมัน ให้พลังงานสูงมากที่สุด ซึ่งถ้าร่างกายรับประทาน ไขมันมากเกินไป จะเป็นผลเสีย คือ ทำให้หลอดเลือดแข็ง และเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญลดลง เช่น สมองและหัวใจ ผู้สูงอายุจึงควรกินไขมันน้อยที่สุด

หมู่ที่ 4 อาหารที่ให้ เกลือแร่ แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการ มากที่สุด คือ แคลเซียม และ สังกะสี แคลเซียมเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม ก้อนเต้าหู้ ผักผลไม้ เมล็ดงา กระดุกสัตว์ เช่น ปลาป่นหรือปลากระป๋อง ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานนมบ้าง โดยเฉพาะนมถั่วเหลืองที่มี แคลเซียมสูง ส่วนธาตุสังกะสี มีความจำเป็นต่อร่างกายหลายระบบ โดยเฉพาะผิวหนัง ซึ่งมีมากในอาหารทะเล ปลา เป็นต้น

หมู่ที่ 5 อาหารที่ให้ วิตามิน วิตามินนั้นมีหลายชนิด แต่ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจจะขาดได้บ่อยเช่น วิตามินบีหนึ่ง วิตามินอี วิตามินดีและกรดโฟลิก ถ้าผู้สูงอายุท่านนั้นอยู่แต่ในบ้าน โดยไม่ออกนอกบ้าน เพื่อรับแสงแดดบ้างเพราะแสงแดดอ่อนๆ สามารถกระตุ้นให้ผิวหนังสร้างวิตามินขึ้นเองได้ ส่วนวิตามินบีหนึ่ง พบมากในข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ ส่วนวิตามินอี พบมากในน้ำมันพืช ถั่วชนิดต่างๆ กรดโฟลิกจะพบมากในพืชผักสดใบเขียวทุกชนิด ขณะที่ผู้สูงอายุไทยมักไม่ขาดวิตามินบีสิบสอง ซึ่งต่างจากประเทศทางตะวันตกเพราะวิตามินบีสิบสอง มีมากในกะปิและน้ำปลา



ใบงาน....สิ่งที่ฉันจะทำและสิ่งที่ฉันจะลด

อาหารที่ชอบรับประทาน.....

.....

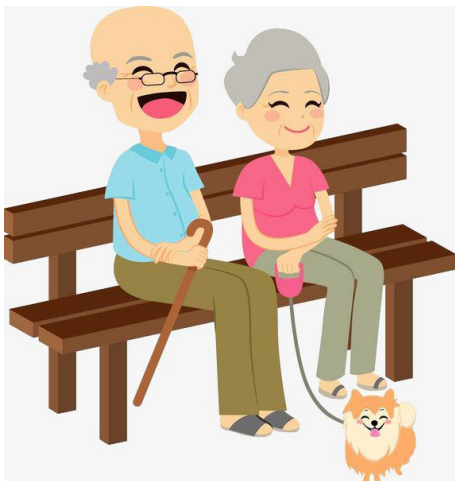
.....

เครื่องดื่มที่ชอบ.....

.....

.....

สิ่งที่ฉันจะกิน	สิ่งที่ฉันจะลด ละ เลิก



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

แนวคิด การที่ผู้สูงอายุจะดำเนินชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุขทางใจได้นั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน ซึ่งอาจ ประกอบไปด้วย คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ มิตร และผู้ดูแล เป็นต้น ผู้สูงอายุควรปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกทุกคนในครอบครัว และคนรอบข้าง ไม่ปล่อยให้มีความห่างเหินว่างว้างระหว่างวัย ให้ความร่วมมือกับผู้อื่นได้ เคารพในบทบาทหน้าที่ของกัน และกัน ตลอดจนร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวโดยไม่ย่อท้อ เพื่อให้เกิด ประโยชน์สุขร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้สูงอายุควรวางตัวเสมอต้นเสมอปลาย ปฏิบัติตัว สม่ำเสมอ และให้ความเสมอภาคในครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆด้านสุขภาพเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. ไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ
2. พุดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว
3. แสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถ ลดน้ำหนักได้
4. เมื่อมีโอกาสมักจะไปพุดคุยกับเพื่อนบ้าน
5. มีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวเช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การบรรยาย การเรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบ การสาธิต และ การฝึกปฏิบัติ

กิจกรรม

1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การแสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ การไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆ ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ การพุดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวและการช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวเช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้
2. เข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ
3. เรียนรู้จากสื่อ ตำรา เอกสารวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ
4. เรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพ หรือผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
5. เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความสามารถในการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ
6. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ด้านการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับ ผู้มีประสบการณ์และผู้สูงอายุคนอื่น
7. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนเองอย่างเป็นระบบ และมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 5 ด้านส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 5 ด้านส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

แนวคิด ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่สร้างคุณประโยชน์แก่ลูกหลาน และประเทศชาติเป็นอันมาก เป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่า จากการทำท่านได้สั่งสมประสบการณ์จากชีวิตของท่าน ท่านจึงเป็นผู้ที่ได้รับการยกย่อง เคารพนับถือของผู้ที่อ่อนวัยกว่า อันเป็นประเพณีที่ยึดถือกันมาตั้งแต่สมัยก่อน การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มิใช่อยู่ที่อายุซึ่งเป็นเพียงตัวเลขอย่างเดียวเท่านั้น แต่จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆอย่าง เช่น พันธุกรรม การดำรงชีวิต การดำเนินชีวิตและสภาพจิตใจ ซึ่งจะเห็นว่าบางคนแม้อายุมาก ทำไม่จึงดูไม่แก่ แต่บางคนอายุไม่มาก ทำไม่ดูแก่เกินวัย ทั้งนี้เป็นเพราะองค์ประกอบดังได้กล่าวมาแล้ว ฉะนั้น การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าการ

ใช้อารมณ์ การปรับตัวในการยอมรับสิ่งต่างๆ รวมทั้งการทำกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจที่เหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจและยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิต ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถเตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตน
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ
2. ยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี
3. ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์
4. เตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี
5. ใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

วิธีการ/กิจกรรม

วิธีการ การบรรยายให้ความรู้การเรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

กิจกรรม

1. วิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ การยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี ใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์ ตลอดจนการเตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี
2. เข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ
3. เรียนรู้จากสื่อ ตำรา เอกสารวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ
4. เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ สำหรับผู้สูงอายุ เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ

5. ศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ
6. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์กับผู้สูงอายุคนอื่น
7. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณของตนเองอย่างเป็น

ระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ
2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 6 ด้านการจัดการความเครียด



การส่งเสริมสุขภาพชุดที่ 6 ด้านการจัดการความเครียด

แนวคิด สภาวะจิตใจของผู้สูงอายุมีการแสดงออกที่หลากหลายในแต่ละคน รวมถึงความเครียดที่มักเกิดขึ้นได้กับวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป เช่น การเกษียณอายุ กำลังร่างกายที่ถดถอยลง บางคนต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาลูกหลานหรือผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น ผู้สูงอายุจะมีกระบวนการคิดต่างๆ ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดได้สำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ได้ ความเครียดและกระบวนการจัดการกับความเครียดนั้น เน้นที่ความเชื่อของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับการควบคุมตนเองในเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น หรือการประเมิน

สถานการณ์ต่างๆและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงหรือ สิ่งที่มากระทบในชีวิต ตัวอย่างเช่น การมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น การมีสังคมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง สุขภาพที่แย่ลง ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความพร้อม สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตใจที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนาหรือผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรึกษาปัญหา พูดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียดตลอดจนการค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข

สาระการส่งเสริมสุขภาพ

1. ปรึกษาปัญหา พูดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด
2. เมื่อไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก
3. เมื่อมีความเครียด ท่านพยายามค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไข
4. ผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย
5. หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
6. ผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนา

วิธีการ/กิจกรรม วิธีการ

บรรยายให้ความรู้ เรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรม

1. บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนาหรือผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย
2. เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการ ฝึกหายใจ
3. เรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบ
4. ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์กับผู้สูงอายุคนอื่น

5. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของตนเองอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลที่คาดหวัง

1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบโดยสามารถระบุประเด็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด 2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น

2. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น

ใบความรู้ การจัดการความเครียด

ความเครียด คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของร่างกาย ซึ่งทุกคนจำเป็นต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว เคลื่อนไหวต่างๆ ไป ทุกครั้งที่เราคิดหรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้นจะต้องมีการหดตัว เคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่งในร่างกายเกิดขึ้นควบคู่เสมอ ความเครียดเกิดจาก สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการปรับตัว และถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดความเครียด หรือ ความเครียด คือ สิ่งที่ทำให้รู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้ตื่นเต้น กลียุคกลัว หรือความรู้สึกที่ไม่ชอบสิ่งนั้นสิ่งนี้ ข้างต้นอาจเป็นแค่ความเครียดในระดับประจำวัน แต่ถ้าระดับความเครียดมีมากกว่าที่กล่าวข้างต้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เช่น มีการสูญเสีย การผิดหวัง หรือหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความเครียดนั้นก็จะเป็นความทุกข์แสนสาหัสขึ้นมา และสามารถกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เราเจ็บป่วย จากระดับรุนแรงน้อยไปจนถึงป่วยหนักได้

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด

1. ทางด้านร่างกาย เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ทั้งรุนแรงและไม่รุนแรงทำให้เกิดความเครียดได้ การพักผ่อนไม่เพียงพอ
2. ทางด้านจิตใจ เช่น ผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง เวลาที่มีเรื่องต่างๆ เข้ามากระตุ้นก็จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย หรือเป็นผู้ที่วิตกกังวลง่าย ขาดทักษะในการปรับตัว
3. ทางด้านสังคม มีสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดความบกพร่องในเรื่องของการปรับตัว ขาดผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ถ้ามีผู้ที่ให้ความช่วยเหลือก็จะทำให้ความเครียดลดน้อยลงไป มีสิ่งมากระตุ้นมากเกินไป ความสามารถของตนเอง ความขัดแย้งในครอบครัว

รู้ได้อย่างไรว่าเกิดความเครียด

โดยปกติแล้วผู้ที่มีความเครียดเกิดขึ้นมักจะรู้ได้ด้วยตนเอง เช่น หงุดหงิด โมโหง่ายอ่อนเพลีย เป็นเวลานาน ขาดสมาธิในการทำงาน หรือมีอาการทางด้านร่างกายร่วมด้วย เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นประจำ

วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

การจัดการความเครียดให้ได้ผล 100% นั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ในกรณีที่มาพบแพทย์ แพทย์จะแนะนำวิธีการผ่อนคลาย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ จะช่วยลดความเครียดลงได้ วิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นพิจารณาจาก 3 สาเหตุ ได้แก่

1. ทางด้านร่างกาย คือ การกำจัดสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาสุขภาพร่างกาย
2. ทางด้านจิตใจ คือ การปรับสภาพจิตใจของเราเอง รู้จักปรับเข้ากับปัญหา ยอมรับในสิ่งที่ยังแก้ไขไม่ได้
3. ทางด้านสิ่งแวดล้อม คือ ถ้ามีภาระงานมากจนรับไม่ไหว ควรทำงานให้น้อยลง รู้จักแบ่งเวลาในการทำงานและแบ่งเวลาให้กับตัวเอง

วิธีการผ่อนคลายความเครียด

สำหรับในผู้สูงอายุนั้นอาจจะใช้ออกกำลังกายเบาๆ เป็นประจำและสม่ำเสมอ หากงานอดิเรกทำสำหรับผู้ที่มีการงานประจำมาก ควรให้เวลากับตัวเองบ้าง จัดเวลาให้เหมาะสม หากที่ปรึกษาหรือเพื่อนเพื่อรับฟังหรือช่วยตัดสินใจในบางเรื่อง รวมทั้งยอมรับในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

วิธีการคลายเครียด

ทางด้านจิตวิทยาถือว่าความเครียดก็เป็นสิ่งที่ดี ช่วยให้เราเกิดการตื่นตัวอยู่เสมอมีการป้องกันตัวเอง และปรับปรุงตัวเองอยู่ตลอดเวลา ถ้าเราไม่มีความเครียดเลยก็จะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี แต่ถ้าจะไม่ได้เกิดความเครียดคงจะเป็นไปไม่ได้ จึงควรแบ่งเวลา หาเวลาให้กับตัวเอง ออกกำลังกาย สม่ำเสมอ หรืออาจใช้วิธีการทางศาสนาช่วยโดยการนั่งสมาธิ โดยปกติ ผู้สูงอายุสามารถเลือกกลวิธีในการจัดการกับความเครียดของตนได้ อย่างน้อย 10 วิธี ดังนี้

1. ฟังเพลง หามุมสงบ โดยการนั่งปล่อยใจให้ล่องลอยอย่างเป็นธรรมชาติแล้วฟังเพลงเบาๆ โดยเฉพาะเพลงจำพวกสร้างเสริมสมาธิ ซึ่งเดี๋ยวนี้มีให้เลือกหลากหลายแบบตามความต้องการ ทั้งเสียงของดนตรี บรรเลงหรือเสียงธรรมชาติ จำพวกเสียงคลื่น เสียงน้ำตก เสียงนกร้อง รับรองว่าจะช่วยสร้างสมาธิให้กลับคืนสู่สมองและจิตใจได้อย่างน่ามหัศจรรย์ ในช่วงระยะเวลาเพียงสั้นๆ ได้
2. ชมภาพยนตร์ ขอแนะนำให้ตัดตัวดูหนังดีๆ สักกรอบ เพราะการไปดูหนังเป็นวิธีที่ดีอย่างหนึ่งที่จะปลดปล่อยความรู้สึกให้ ล่องลอยอย่างเป็นอิสระไม่จมอยู่กับปัญหา แลระบายความอัดอั้นตันใจได้อย่างเห็นผล แต่ต้องถามตัวเองก่อนด้วยว่ากำลังอยู่ในอารมณ์ไหน เช่น ถ้าอยากร้องไห้ก็ไปดูหนังรักเศร้า เคล้าน้ำตาแล้วก็ร้องไห้ออกมาให้พอหรือถ้าเครียดจัดก็ไปดูหนังตลกแล้วหัวเราะให้ หลุดโลกไปเลย
3. โทรหาเพื่อนรู้ใจ อย่าคิดว่าตัวเองจะแก้ปัญหาคับปัญหาได้ดีไปทั้งหมด หัวใจแม้จะแกร่งเพียงใดก็ยังต้องการที่พึ่งพิงเสมอ ยกหูโทรศัพท์หาเพื่อนรู้ใจสักคนแล้วระบายความรู้สึกให้เพื่อนได้รับรู้

เพราะการมีคนรับฟังและให้คำปรึกษา จะทำให้ชีวิตที่ไม่สมดุลเข้าที่เข้าทางมากขึ้น อย่างน้อยก็ยังรู้สึกว่าจะไม่ได้แบกปัญหาอยู่คนเดียวในโลก

4. เขียนไดอารี่ การเขียนไดอารี่เปรียบเสมือนการเปิดประตูอารมณ์ที่ปล่อยให้ความอัดอั้นตันใจต่างๆ ได้ไหลลงสู่หน้ากระดาษอย่างเป็นอิสระและเป็นส่วนตัวที่สุด เพราะการถ่ายทอดความรู้สึกในใจออกมา จะทำให้จิตใจปรับสมดุลได้เร็วขึ้น อีกทั้งระหว่างการเขียนไดอารี่นั้นยังถือเป็นการทบทวนความรู้สึกตัวเองที่ดี ที่สุดด้วย ส่วนข้อดีสุดเลิศอีกข้อก็คือ ไดอารี่เป็นเพื่อนสนิทที่ไว้ใจได้ที่สุด เพราะรับฟังเราเสมอและไม่เคยเอาความลับไปบอกต่อ



5. พลังแห่งการสัมผัส ลองมองหาใครสักคนช่วยโอบกอดหรือสัมผัสเบา ๆ เวลาารู้สึกเหนื่อยล้า เพราะร่างกายคนเราเวลาถูกสัมผัส จะทำให้เกิดฮอร์โมนที่ชื่อ "ออกซีโทซิน" ซึ่งมีผลในการลดระดับความเหนื่อยและความเครียด ช่วยให้ร่างกายที่กำลังอ่อนล้ารู้สึกผ่อนคลายได้อย่างไม่น่าเชื่อ

6. สร้างอารมณ์ขัน พยายามมองหาเพื่อนที่มีอารมณ์ขันช่วยกระตุ้นจิตใจที่แสนเหนื่อยหน่ายให้หัวเราะได้อีกครั้ง เพราะคนที่หัวเราะง่ายจะมีสุขภาพจิตที่ดี เนื่องจากการหัวเราะจะช่วยลดความ

ดันโลหิตและระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลลง (ฮอร์โมนคอร์ติซอล = ฮอร์โมนแสดงความเหนื่อยล้าในกระแสเลือด) แถมยังช่วยเสริมสร้างระดับของ "อิมีโมโนโกลบูลินเอ" ซึ่งเป็นสารแอนติบอดีที่สร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายอีกด้วยนะ เพราะฉะนั้นหัวเราะเข้าไว้ แล้วจะดีเอง

7. สูดกลิ่นหอม รู้หรือไม่ว่า กลิ่นหอมของดอกไม้บานาพันธุ์มีผลในการช่วยปลูกประสาทสัมผัสให้สดชื่นตื่นตัว แถมยังกระตุ้นพลังงานในจิตใจได้เป็นอย่างดี เวลาเครียด ๆ ก็ลองสูดกลิ่นหอมของดอกไม้สิ อย่างกลิ่นกุหลาบ มะลิ ลาเวนเดอร์ หรือจะหยดน้ำมันหอมระเหยในน้ำอุ่นกำลังดี แล้วนอนแช่ตัวให้เพลินสักครึ่งชั่วโมงก็ได้ กลิ่นหอมจะช่วยให้รู้สึกดีขึ้นได้

8. ไปตากอากาศ หาเวลาหลบไปสูดอากาศบริสุทธิ์กับชีวิตท่ามกลางธรรมชาติสักพักหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ปล่อยให้สมองให้ว่างที่สุด แล้วก็นอนให้มากที่สุดเท่าที่อยากจะนอน เพราะบางทีความรู้สึกเหนื่อยล้าและหดหู่แบบไม่ทราบสาเหตุมักมาจาก ชีวิตที่ยุ่งเหยิงจนเกินไป เพราะฉะนั้นหลบไปนอนตากน้ำค้างดูดาวเสียบ้าง หัวใจจะได้ชาร์จพลังได้ดีขึ้น

9. หาสัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อน ลองหาสัตว์เลี้ยงสักตัวมาเป็นเพื่อนเล่น เพราะการให้เวลากับสัตว์เลี้ยงตัวโปรด คุยเล่น หยอกล้อกับมันเสียบ้าง จะช่วยให้จิตใจที่ฟุ้งซ่าน สงบลงได้ แถมรู้จักการให้และมองโลกในแง่ดีมากขึ้นอีกต่างหาก ที่สำคัญยังช่วยลดความดันโลหิตได้อีกด้วย

10. จินตนาการแสนสุข อีกทางเลือกสำหรับการบรรเทาความหดหู่ในส่วนลึก เป็นการดึงตัวเองออกจากโลกปัจจุบัน ทำได้โดยหลับตาแล้วหายใจลึกๆ จากนั้นก็สร้างจินตนาการถึงภาพทิวทัศน์สบายๆ เช่น น้ำตก ภูเขา หรือแม้แต่ความหลังอันแสนสุขที่เคยมีการดึงความสุขจากจินตนาการมาใช้ จะทำให้เกิดพลังสร้างสรรค์ในหัวใจ และยังช่วยคลายความเครียดข้างในได้เป็นอย่างดีทำแบบนี้เรื่อยๆ สัก 5 นาที

ผู้สูงอายุสามารถบริหารจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง ด้วยวิธีการง่ายๆ 4 วิธี คือ วิธีแรกเป็นการคลายเครียดที่เราแต่ละคนปฏิบัติกันอยู่แล้วในชีวิตประจำวัน เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ ดูหนัง ฟังเพลง อ่านนิยาย ไปท่องเที่ยว ไปช้อปปิ้ง ไปเสริมสวย ไปเล่นกีฬา ออกกำลังกาย พูดคุยกับคนรู้ใจ ทำงานอดิเรก เล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นต้น วิธีที่สอง เป็นวิธีการคลายเครียดโดยการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เพราะปัญหาจะเป็นบ่อเกิดแห่งความเครียด หากแก้ปัญหาได้สำเร็จความเครียดก็จะหมดไปด้วย วิธีที่สามคือการปรับเปลี่ยนความคิด เนื่องจากความเครียดจะเกิดจากการที่คนเราหมกมุ่นครุ่นคิดแต่ในเรื่องที่ไม่ดี เรื่องที่ทำให้รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ เรื่องเศร้า เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจนั่นเอง ถ้าฝึกคิดในทางบวกเสียบ้าง มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน คิดถึงประสบการณ์ดีๆ ที่ผ่านมาในชีวิตให้บ่อยขึ้นกว่าเดิม คิดถึงความปรารถนาดีของคนอื่นที่มีต่อเราก็จะช่วยให้เป็นคนที่เครียดน้อยลงและมีความสุขมากขึ้นได้ วิธีสุดท้าย คือ การฝึกคลายเครียดด้วยวิธีทางจิตวิทยา เช่น ฝึกการหายใจ ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกสมาธิ



ใบงาน

☛ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

☛ แนวทางการแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

☛ วิธีการผ่อนคลายความเครียด

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก

<input type="checkbox"/> ก่อน
<input type="checkbox"/> หลัง

แบบสอบถามรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขต
ทุ่งกุลาร้องไห้ โดยประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

.....

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ออกแบบเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์และประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และเติมข้อความใน

ช่องว่างให้สมบูรณ์ตรงกับการให้ข้อมูล

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.

ระดับ ปวส. หรืออนุปริญญา ระดับ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

4. อาชีพ

ทำนา / ทำสวน / ทำไร่ / เลี้ยงสัตว์ ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว

ทำงานบ้าน / แม่บ้าน / พ่อบ้าน ข้าราชการบำนาญ

ทำงานโรงงาน / บริษัทเอกชน อื่นๆ.....

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน 6. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มีโรคประจำตัว

มีโรคประจำตัว 1. โรค

2. โรค

3. โรค

7. หากมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบล โดยจัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) เป็นประจำทุกเดือน ท่านคิดว่าจะมาร่วมกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่

1. มาทุกครั้ง
 2. มาบางครั้ง
 3. ไม่มา

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงในสภาพที่เป็นอยู่จริง (ช่องซ้ายมือ) และ สภาพที่ควรจะเป็น (ช่องขวามือ) ที่ตรงกับกรให้ข้อมูล โดย

สภาพที่เป็นอยู่จริง หมายถึง สภาพหรือสภาวะ สุขภาพที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบัน	สภาพที่ควรจะเป็น หมายถึง สภาพหรือสภาวะ สุขภาพที่ควรจะเป็นหรือที่คาดหวัง
5 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับมากที่สุด	5 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับมากที่สุด
4 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับมาก	4 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับมาก
3 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับปานกลาง	3 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับปานกลาง
2 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับน้อย	2 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับน้อย
1 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับน้อยที่สุด	1 หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่จริง ระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

สภาพที่เป็นอยู่จริง					สภาวะสุขภาพ	สภาพที่ควรจะเป็น				
5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ										
			✓		ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ	✓				
		✓			ท่านรับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี	✓				

สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สภาพที่เป็นอยู่จริง					สภาวะสุขภาพ	สภาพที่ควรจะเป็น				
5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ										
					1.1 ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอยู่เสมอ					
					1.2 ท่านรับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีทุกปี					
					1.3 ท่านได้ตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันทุก 6 เดือน					
					1.4 ท่านได้รับการตรวจเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
					1.5 ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน					
					1.6 ท่านไม่เคยสังเกตอาการแขน ขา อ่อนแรง					
					1.7 ท่านไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า					
					1.8 ท่านไม่เคยสังเกตว่ามีการเคลื่อนไหว หรือทำกิจวัตรประจำวันได้ช้าลง					
					1.9 ท่านไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า และตามข้อต่างๆของร่างกาย					
					1.10 ท่านนอนไม่หลับและชอบตื่นกลางดึก					
					1.11 ท่านไม่เคยสังเกตว่าตนเองมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย					
					1.12 ท่านท้องผูก ขับถ่ายอุจจาระลำบาก					
					1.13 เพศชาย ปัสสาวะลำบาก และในเพศหญิงกลั้นปัสสาวะไม่ได้					
					1.14 ท่านอ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้ และอ่านได้ไม่นาน					
					1.15 เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยท่านไปพบและปรึกษาแพทย์					
					1.16 ท่านรีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ					

2. ด้านการออกกำลังกาย

สภาพที่เป็นอยู่จริง					สภาวะสุขภาพ	สภาพที่ควรจะเป็น				
5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
					2.1 ท่านออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์					
					2.2 ท่านแต่งกายได้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกายของท่าน					
					2.3 ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน ทำงานบ้านจนเหงื่อออก					
					2.4 ท่านได้ประเมินการเต้นของหัวใจจากการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย					
					2.5 หลังการออกกำลังกายท่านทำความสะอาดร่างกาย					
					2.6 ท่านยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกาย ทุกครั้ง					
					2.7 ท่านได้ทำกิจกรรมอื่นๆที่ต้องใช้กำลัง เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน					
					2.8 ท่านไม่ออกกำลังกายเพราะทำให้เกิด อุบัติเหตุได้					
					2.9 การออกกำลังกายทำให้สุขภาพทรุดโทรม					
					2.10 ท่านปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย					
3. ด้านโภชนาการ										
					3.1 ท่านดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว					
					3.2 ท่านดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง					
					3.3 ท่านรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน					
					3.4 ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก ปลา นม นมถั่วเหลือง					
					3.5 ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช					
					3.6 ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี ปิ้ง ย่าง รมควัน					
					3.7 ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ					
					3.8 ท่านขอรับประทานของหวาน ขนมที่มีรสหวาน					
					3.9 ท่านขอรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ทูเรียน					

สภาพที่เป็นอยู่จริง					สภาวะสุขภาพ	สภาพที่ควรจะเป็น				
5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
					3.10 ท่านหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล					
					3.11 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง					
					3.12 ท่านรับประทานอาหารรสจัด					
					3.13 ท่านรับประทานอาหารด้วยช้อน จาน ชาม ที่ล้างสะอาด					
					3.14 ท่านดื่มชา กาแฟ					
					3.15 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง					
					3.16 ท่านสูบบุหรี่					
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล										
					4.1 ท่านทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น เล่นกีฬา ทำสวนร่วมกัน					
					4.2 ท่านสนทนากเกี่ยวกับสุขภาพกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านเสมอ					
					4.3 ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีปัญหาสุขภาพ					
					4.4 ท่านให้การดูแลสุขภาพกับบุคคลใกล้ชิด					
					4.5 ท่านแสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสำเร็จของผู้อื่นอย่างจริงใจ เช่นเมื่อเพื่อนสามารถลดน้ำหนักได้					
					4.6 ท่านทำกิจกรรมด้านสุขภาพคนเดียวโดยไม่ชวนเพื่อนร่วมงาน					
					4.7 เมื่อท่านมีโอกาสท่านมักจะไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน					
					4.8 ท่านพูดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว					
					4.9 ท่านมีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้านเลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้					
					4.10 ท่านไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนาอย่าง					

สภาพที่เป็นอยู่จริง					สภาวะสุขภาพ	สภาพที่ควรจะเป็น				
5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
					สม่ำเสมอ					
					4.11 ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดยังคงให้ความสนใจ ยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ					
					4.12 ท่านสังสรรค์พูดคุยกับเพื่อนบ้าน					
5. การส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ										
					5.1 ท่านกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการดำเนินชีวิต ของตนเองไว้ชัดเจน					
					5.2 ท่านใช้ความพยายาม และความอดทนในการปฏิบัติสิ่ง ต่างๆ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้					
					5.3 ท่านเตือนตนเองให้พอใจในสิ่งที่ตนมี					
					5.4 ท่านสำรวจข้อดี และข้อเสียของตนเองแล้วพิจารณา ปรับปรุงแก้ไข					
					5.5 ท่านใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา มากกว่าใช้อารมณ์					
					5.6 ท่านทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ					
					5.7 ท่านยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตไม่ว่า จะเป็นเรื่องร้าย หรือเรื่องดี					
6. ด้านการจัดความเครียด										
					6.1 ท่านหลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด					
					6.2 เมื่อมีความเครียด ท่านพยายามค้นหาปัญหาและหา ทางแก้ไข					
					6.3 ท่านปรึกษาปัญหา พุดคุย ปรับทุกข์กับผู้ใกล้ชิดที่ ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด					
					6.4 ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อและฝึกการหายใจร่วมด้วย					
					6.5 ท่านผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ หรือวิธีอื่นๆ ตามความเชื่อทางศาสนา					

สภาพที่เป็นอยู่จริง					สภาวะสุขภาพ	สภาพที่ควรจะเป็น				
5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
					6.6 เมื่อท่านไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก					
					6.7 เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านคิดว่าท่านจะแก้ไขปัญหาได้					
					6.8 ท่านพยายามทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ท่านได้ตั้งใจไว้					
					6.9 หากท่านไม่สมหวังในสิ่งที่ต้องการทั้งหมดท่านมักจะคิดว่าท่านเพียงพอแล้ว					
					6.10 ท่านรู้สึกว่าคุณนี่เป็นเวลาที่น่าเบื่อที่สุดในชีวิตของท่าน					
					6.11 ท่านตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของท่าน					
					6.12 ท่านรู้สึกไม่พอใจถ้าบุตรหลาน หรือบุคคลรอบข้างไม่เป็นอย่างที่ท่านต้องการ					

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง
ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

แบบสอบถามสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

- ก่อนทดลอง
 หลังทดลอง

คำชี้แจง แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบให้ครบทั้ง 2 ส่วน เพื่อประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์ตรงกับการให้ข้อมูล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
4. ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม / เมตร² เส้นรอบเอว.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2. สุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์ตรงกับการให้ข้อมูล

1. มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ /หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - 1.1 ชาย น้อยกว่า 90 เซนติเมตร เกิน ไม่เกิน
 - 1.2 หญิง น้อยกว่า 80 เซนติเมตร เกิน ไม่เกิน
2. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 – 30 นาที
 - 2.1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 – 30 นาที
 - 2.2 ไม่ออกออกกำลังกาย
3. มีสุขภาพจิตดี แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) โดย เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม
 - 3.1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่
 - 3.2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการทดลองใช้

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตทุ่งกุลาร้องไห้ โดย
ประยุกต์ใช้หลักทฤษฎี 4

.....

คำชี้แจง แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบให้ครบทั้ง 3 ตอน เพื่อประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์ตรงกับการให้ข้อมูล

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ

ระดับประถมศึกษา

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.

ระดับ ปวส. หรืออนุปริญญา

ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า

4. อาชีพ

ทำนา / ทำสวน / ทำไร่ / เลี้ยงสัตว์

ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว

ทำงานบ้าน / แม่บ้าน / พ่อบ้าน

ข้าราชการบำนาญ

ทำงานโรงงาน / บริษัทเอกชน

อื่นๆ.....

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน 6. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มีโรคประจำตัว

มีโรคประจำตัว 1. โรค

2. โรค

3. โรค

7. หากมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบล โดยจัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นประจำทุกเดือน ท่านคิดว่าจะมาร่วมกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่

1. มาทุกครั้ง

2. มาบางครั้ง

3. ไม่มา

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านเพียงระดับเดียว

- 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ					
1. การชี้แจงทำความเข้าใจในการประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความชัดเจน					
2. ความเข้าใจในแบบประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ					
การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ					
1. การประชุมชี้แจงผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่งเสริมสุขภาพมีความชัดเจน					
2. ความสามารถของวิทยากรในการถ่ายทอดความรู้					
3. ความครบถ้วนของเนื้อหาสาระในแนวทางการใช้รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ					
4. การใช้เวลาของวิทยากรตามที่กำหนด					
5. การตอบข้อซักถามของวิทยากร					
6. สถานที่มีความเหมาะสม					
7. ความพร้อมของเอกสารแนวทางการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ					
8. ความพร้อมของอุปกรณ์วัสดุทัศนูปกรณ์					
9. ระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม					
10. อาหาร/อาหารว่าง มีความเหมาะสม					

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวม					

ตอนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาของสาระของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการนำความรู้ไปใช้
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการ ที่ตรงกับความเป็นจริง
เพียงระดับเดียว

- 5 หมายถึง มากที่สุด
- 4 หมายถึง มาก
- 3 หมายถึง ปานกลาง
- 2 หมายถึง น้อย
- 1 หมายถึง น้อยที่สุด

รายการ	ก่อนดำเนินการ					หลังดำเนินการ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง										
2. ด้านการออกกำลังกาย										
3. ด้านโภชนาการ										
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล										
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ										
6. ด้านการจัดความเครียด										
7. ด้านการนำความรู้ไปใช้										
1. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน										
2. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ถ่ายทอดได้										

ประโยชน์ที่ได้รับจากการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนา

.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....
.....
.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ- นามสกุล	นายสุรสิทธิ์ ไกรสิน
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่17 มกราคม 2517
สถานที่เกิด	บ้านเหล่าน้อย หมู่ที่ 4 อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร 49160
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 121 หมู่ที่ 4 ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
ตำแหน่ง	อาจารย์ประจำ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด ตำบลดงลาน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2542	ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต (ศศ.บ.) สาขาการจัดการทั่วไป สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์
พ.ศ. 2544	ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาการศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ. 2552	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม