

รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ
ใน สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*
A MODEL OF AGING'S HOLISTIC WELLNESS PROMOTION LIVING
IN THE NORTHEAST ELDERLY WELFARE CENTER

ณัฐริษา ภาภักธนานันท์

Nutsicha Papuktananun

กฤติกา แสนโภชน์

Krittikar Sanposh

ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ

Prachon Kingminghae

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Udon Thani Rajabhat University, Thailand

E-mail: nutsicha@outlook.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะ และพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะ เป็นผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวนรวม 67 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น (Alpha Coefficient) เท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สำหรับการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมนั้น ได้ดำเนินการโดยวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับผู้สูงอายุแล้วกำหนดรูปแบบกิจกรรม ผนวกกับการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีของ Pender PROCEDE - PROCEED และ Care Model แล้วนำเสนอเพื่อหาข้อสรุปในการสนทนากลุ่ม Focus Group Discussion)

* Received 8 December 2019; Revised 7 January 2020; Accepted 9 January 2020



ผลการวิจัยพบว่า

ผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านจิตใจ รองลงมาคือด้านร่างกาย ด้านปัญญา/จิตวิญญาณ และด้านสังคมตามลำดับรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา/จิตวิญญาณ 2) ระบบการบริหารจัดการของศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา และ 3) การสนับสนุนจากชุมชน สังคม และภาครัฐ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, สุขภาวะแบบองค์รวม, สถานสงเคราะห์คนชรา

Abstract

This research purposed to investigate aging's wellness problem and need, and to develop a model of aging's holistic wellness promotion in the Northeast Elderly Welfare Center. Samples for studying problem and need involving wellness consisted of 67 agings living in Nahonpanom Provincial Elder Social Welfare Development Center and Bann Thammakorn Pho Klang Elderly Home, Nakhorn Ratchasima Province. Research instruments were 4 rating scale questionnaires of aging wellness problem a need, with reliability (Alpha Coefficient) of .90 and .89, respectively. The data were then analysed by using Mean and Standard Deviation and interpreted results according to specified criteria. In the development of aging's holistic wellness promotion model, was carried out by analyzing the problems and need regarding the elderly well-being, and specified the activities combined with the synthesis of Pender's theory of health promotion, PROCEDE - PROCEED, and Care Model, the developing model was then present for summarizing in the focus group discussion.

Results revealed as follow:

Agings living in the Northeast Elderly Welfare Center had a well-being problems and needs at a high level both overall and each aspect, the highest mean score was the aspect of mental wellness, followed by physical wellness aspect, intelligence/spiritual wellness aspect, and social wellness aspect, respectively. A model of aging's holistic wellness promotion consisting of 3 components, which were 1) activities enhanced wellness of physical, mental,



social, and intelligence/spiritual aspects, 2) the management system of the elderly welfare center, and 3) encouragement from community, society, and government.

Keywords: Elderly, Holistic wellness, Elderly welfare center

บทนำ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเด็นเกี่ยวกับประชากรที่โลกกล่าวถึงกันมาก ก็คือ โครงสร้างประชากรของประเทศต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยประชากรมีอายุยืนมากขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกลดน้อยลง เป็นเหตุให้จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น จนกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) จากข้อมูลประชากรในประเทศไทย จำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2559 มีทั้งสิ้น 65.9 ล้านคน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดนี้ ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.9 ของประเทศ รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 25.6 ร้อยละ 21.1 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560)

ผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค มีปัญหาหลายส่วนที่คล้ายกัน และมีหลายส่วนที่แตกต่างกัน ส่วนสำคัญที่คล้ายกันประการหนึ่งก็คือ การที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปกลายเป็นกระแสทุนนิยม ได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ซึ่งถือเป็นปัญหาทางสังคมที่ต้องช่วยกันเข้ามาแก้ไข (เบญจวรรณ ชูสารอ, 2558) โดยเฉพาะภาครัฐตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับท้องถิ่นที่จะต้องจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งได้เข้าพักพิงในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ หรือในสถานสงเคราะห์คนชรา

ในปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นบริการสวัสดิการสังคมที่รัฐได้จัดตั้งขึ้นโดยมีนโยบายที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อรับเลี้ยงผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย ไร้ที่พึ่ง สาเหตุหลักที่ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มี 4 สาเหตุ คือ 1) ขาดการดูแลเอาใจใส่ 2) ผู้สูงอายุไม่ต้องการเป็นภาระให้ลูกหลาน 3) ผู้สูงอายุขาดคนอุปการะดูแล และ 4) ผู้สูงอายุถูกผลักดันให้เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ (นิภาพร พุ่มซ้อน และสุทธิดา สิงหสุต, 2552) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ตัดสินใจเข้ามาพักพิงในสถานสงเคราะห์คนชราก็ยังคงมีปัญหาในหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย พบว่า มีสุขภาพไม่ดี มีอาการของโรคต่าง ๆ เช่น ด้านจิตใจ พบว่า มีความวิตกกังวลในเรื่องความเจ็บป่วย และมีอาการซึมเศร้า ด้านสังคมพบว่า มีปัญหาการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น



และด้านเศรษฐกิจ ก็ยังพบว่า มีปัญหาการขาดรายได้ แม้ว่าจะได้รับบริการต่าง ๆ จากสถานสงเคราะห์ก็ตาม (ภิรมย์ เจริญผล, 2553) นอกจากนี้ภายในสถานสงเคราะห์คนชรา หรือในศูนย์สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ยังมีปัญหาการดำเนินงานที่ไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการ การดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล และขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ต้องอยู่อย่างไรความหวัง รู้สึกถูกทอดทิ้ง และต้องช่วยเหลือตนเองมากกว่าที่ควรจะเป็น (ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) ที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ดังกล่าวไปได้ระยะหนึ่ง มักมีปัญหสุขภาพตามมา โดยพบว่าร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในภาวะที่พึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

จากการสำรวจข้อมูล สถานสงเคราะห์คนชราในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นองค์กรของรัฐ มีจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ นครพนม และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบุรีรัมย์ และสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา, สถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา และสถานสงเคราะห์คนชราร้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์การดำเนินงานเช่นเดียวกันคือ เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจน ถูกทอดทิ้ง ไร้ที่พึ่ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือมีที่อยู่อาศัยแต่ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข เพื่อป้องกันมิให้ผู้สูงอายุเร่ร่อนหรืออยู่อย่างไร้ที่พึ่งเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือยากจนไม่สามารถเลี้ยงดูได้ เพื่อการตอบสนองคุณงามความดีและเป็นหลักประกันความมั่นคงให้กับผู้สูงอายุในบั้นปลายชีวิต และเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน รวมถึงเพื่อส่งเสริมศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและเพื่อส่งเสริมสนับสนุนชุมชน/เครือข่ายในงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และทั้ง 5 แห่ง มีการจัดบริการที่เป็นแนวทางเดียวกันคือ ด้านปัจจัย 4 (ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค), บริการด้านสังคมสงเคราะห์ การจัดทำทะเบียนผู้รับบริการ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาแนะนำ การจัดกิจกรรมกลุ่ม บริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการทำกายภาพบำบัด บริการด้านอาชีพบำบัด บริการด้านนันทนาการ บริการด้านศาสนา และบริการด้านอาปนกิจศพ เมื่อผู้สูงอายุไม่มีญาติหรือญาติไม่สามารถจัดการเองได้ อย่างไรก็ตาม สถานสงเคราะห์คนชราในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นองค์กรของรัฐทั้ง 5 แห่ง มีวัตถุประสงค์และการจัดบริการต่าง ๆ แบบแยกส่วนหรือตามสภาพปัญหาแบบเฉพาะหน้าและขาดความต่อเนื่อง โดยแต่ละแห่งยังไม่



มีการจัดบริการในระยะยาวที่มีการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่มีการจัดกิจกรรมจากประเด็นปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ

ในประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบสุขภาพของ เฮ็ทเลอร์ (Hettler, B, 1976) อัดัมส์ เบซเนอร์ และสไตน์ฮาร์ดท์ (Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M, 1997) ไมเออร์ สวีนีย์ และวิทเมอร์ (Myers, J.T. Sweeney, T.J., and Witmer, T.M, 2000) และสุขภาพขององค์รวมแนวพุทธ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), 2548) จึงสรุปเป็นสุขภาพแบบองค์รวมได้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านสังคม และด้านปัญญาหรือจิตวิญญาณ และนำมาพัฒนารูปแบบจำลองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกันในสถานสงเคราะห์คนชราหรือในศูนย์สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ขึ้น อีกทั้งเพื่อให้เกิดประโยชน์และคุณค่าทั้งในระดับนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเกิดการบูรณาการและประสานกันอย่างเป็นระบบทั้งในระดับองค์กรท้องถิ่น ชุมชน และสังคม ในการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความสุขทั้งด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญาหรือจิตวิญญาณที่พึงประสงค์แก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย มีกระบวนการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การศึกษาในขั้นตอนนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อให้เห็นสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในแต่ละด้านของสุขภาพขององค์รวม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดกิจกรรมและการบริหารจัดการในรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายต่อไป

ขอบเขตของการศึกษา

ตัวแปรที่จะศึกษา ได้แก่

- ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ
- ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ



ทั้งปัญหาและความต้องการจะเกี่ยวกับสุขภาวะด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา/จิตวิญญาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีอายุ 60–69 ปี ที่สามารถช่วยเหลือตนเองและสื่อสารเข้าใจเท่านั้น ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ นครพนม จังหวัดนครพนม และศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 แห่ง ประกอบด้วย สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนทั้งสิ้น 158 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ นครพนม จังหวัดนครพนม และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้และสื่อสารเข้าใจ รวม 2 แห่ง จำนวน 67 คน มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้บริหารให้ความร่วมมือและพร้อมให้ดำเนินการวิจัย
2. เป็นสถานสงเคราะห์ฯ ที่มีจำนวนผู้สูงอายุแห่งละไม่น้อยกว่า 30 คน
3. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้, สื่อสารเข้าใจ และเต็มใจให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย

ใจให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- แบบสอบถามปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะผู้สูงอายุ
- แบบสอบถามความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะผู้สูงอายุ

แบบสอบถามทั้งสองฉบับ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วลงความเห็นว่าเป็นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน มีอาการ เหตุการณ์ ความคิดหรือความรู้สึกแต่ละข้อเกิดขึ้นบ่อยมากน้อยเพียงใด มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index Of Congruence) จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ระหว่าง .60 - 1.00 และ .80 - 1.00 ตามลำดับ มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวม (Item-total Correlation) ระหว่าง .31 - .54 ($p < .05$, one-tailed) และ .30 - .51 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ



เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน
การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของแบบสอบถามนี้ในแต่ละข้อและผลรวม ใช้เกณฑ์
ดังนี้ (ภาควิชาอนามัยครอบครัว, 2542)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
3.50–4.00	เคยมีอาการ เหตุการณ์ ความคิดหรือความรู้สึกนั้นมากที่สุด
2.50–3.49	เคยมีอาการ เหตุการณ์ ความคิดหรือความรู้สึกนั้นมาก
1.50–2.49	เคยมีอาการ เหตุการณ์ ความคิดหรือความรู้สึกนั้นเพียงเล็กน้อย
1.00–1.49	เคยมีอาการ เหตุการณ์ ความคิดหรือความรู้สึกนั้นน้อยที่สุด หรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาระยะที่ 1 จะดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์หาค่าระดับของปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แล้วแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. สรุประดับของปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การดำเนินการในตอนนี้มีขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนองค์ความรู้จากทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender, PROCEDE-PROCEED และ Care Model

2. วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการสุขภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จากการศึกษาในระยะที่ 1)

3. ร่างรูปแบบและองค์ประกอบของกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุโดยใช้ฐานขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาในการศึกษาระยะที่ 1

ตอนที่ 2 การกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการและดำเนินงานการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การดำเนินการในตอนที่ 2 จะกระทำหลังผ่านการร่างรูปแบบกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในตอนที่ 1 ซึ่งได้มีรูปแบบฉบับร่างแล้ว



โดยผู้วิจัยจะจัดเวทีสนทนา (Focus Group Discussion) เพื่อยืนยันและประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยมีผู้ร่วมสนทนาประกอบด้วย ผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์ฯ จำนวน 2 คน, ผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์ฯจำนวน 2 คน, ตัวแทนผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์ฯ จำนวน 2 คน, แพทย์ จำนวน 1 คน, พยาบาล จำนวน 1 คน, ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน, ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 1 คน รวมจำนวน 10 คน ประเด็นการสนทนาเป็นเรื่องเกี่ยวกับ กิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาวะ และรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา หลังการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะนำประเด็นข้อเสนอแนะต่าง ๆ และแนวคิดเหล่านั้นมาพิจารณา เพื่อปรับปรุงและสรุปเป็นรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการวิจัย

ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สุขภาวะ	ปัญหา			ความต้องการ		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	2.63	.29	มาก	2.69	.34	มาก
ด้านจิตใจ	2.67	.31	มาก	2.81	.30	มาก
ด้านสังคม	2.58	.32	มาก	2.51	.31	มาก
ด้านปัญญา/จิตวิญญาณ	2.59	.32	มาก	2.65	.25	มาก
รวม	2.62	.25	มาก	2.66	.22	มาก

N = 67

จากตารางที่ 1 สรุปได้ว่า

1. ผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.62$, SD = .25) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน



พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงจากค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้คือ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 2.67$, $SD = .31$) ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.63$, $SD = .29$) ด้านปัญญา/จิตวิญญาณ ($\bar{X} = 2.59$, $SD = .32$) และด้านสังคม ($\bar{X} = 2.58$, $SD = .32$) ตามลำดับ

2. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, $SD = .22$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงจากค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้คือ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 2.81$, $SD = .30$) ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.69$, $SD = .34$) ด้านปัญญา/จิตวิญญาณ ($\bar{X} = 2.65$, $SD = .25$) และด้านสังคม ($\bar{X} = 2.51$, $SD = .31$) ตามลำดับ

รูปแบบกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวม

จากผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา โดยการเชื่อมโยงระหว่างปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุข้างต้น กับกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวม โดยมีกิจกรรมใน 4 ด้าน ดังนี้

1. กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมกายบริหารในการยืดกล้ามเนื้อ (Stretching) บริหารร่างกายเพื่อการอบอุ่นร่างกาย (Warming up) ให้มีความพร้อมก่อนร่วมกิจกรรมอื่นต่อไป

2. กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะด้านจิตใจ เป็นการฝึกทำสมาธิ โดยการกำหนดลมหายใจ ทำให้จิตใจสงบ มั่นคง ไร้ความวิตกกังวล จัดการกับความเครียด และสุขใจ

3. กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะด้านปัญญา/จิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง การคิด การแก้ปัญหา เข้าใจหลักธรรมและชีวิต และใช้หลักธรรมเพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

4. กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะด้านสังคม เป็นกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเข้าใจตนเองและผู้อื่น ความสัมพันธ์ที่ดี การตระหนักในคุณค่าของตน รวมถึงการมีส่วนร่วมและการร่วมทำประโยชน์แก่สังคม

รูปแบบการดำเนินกิจกรรม

รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การสนทนาเพื่อสร้างความคุ้นเคย

ขั้นที่ 2 : การสร้างแรงจูงใจ

ขั้นที่ 3 : การให้ความรู้

ขั้นที่ 4 : กิจกรรมปฏิบัติตน



ขั้นที่ 5 : สรุปและประเมินผล

หลังจากการร่วมกิจกรรม วิทยากรจะเปิดโอกาสให้สมาชิกที่ร่วมกิจกรรมสรุปผลที่ได้จากกิจกรรมนั้น ๆ และให้สมาชิกสะท้อนผลย้อนกลับ (Feedback) ว่าเกิดความรู้ความเข้าใจ และมีประโยชน์อย่างไร กิจกรรมนั้น ๆ จะส่งผลต่อสุขภาพตามวัตถุประสงค์หรือไม่เพียงใด และจะนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างสุขภาพของตนในชีวิตประจำวันอย่างไร

รูปแบบกิจกรรมข้างต้นได้นำเสนอในเวทีสนทนา (Focus Group Discussion) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดและกำหนดรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้ข้อสรุปได้ดังนี้

กิจกรรมระดับบุคคล มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยหลัก กับรูปแบบการดำเนินกิจกรรม

ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย การให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

ปัจจัยหลักแต่ละปัจจัย จะประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ และกิจกรรมปฏิบัติ กล่าวคือ ในปัจจัยรับรู้ถึงความสามารถแห่งตน จะสร้างแรงจูงใจด้วยกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในคุณค่าแห่งตนและการมุ่งเสริมสร้างสุขภาพ มีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพในแต่ละด้าน สำหรับปัจจัยการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพนั้น จะสร้างแรงจูงใจด้วยกิจกรรมสร้างในประโยชน์และคุณค่าของการเสริมสร้างสุขภาพ มีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการประโยชน์และความจำเป็นในการเสริมสร้างสุขภาพในแต่ละด้าน การดำเนินการทั้ง 2 ปัจจัยดังกล่าวจะนำไปสู่กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา/จิตวิญญาณ

การบริหารจัดการในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา การเสริมสร้างสุขภาพจะประสบผลมากน้อยเพียงใด ไม่ได้จำกัดเฉพาะกิจกรรมระดับบุคคล แต่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา โดยศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์ฯ จะต้องกำหนดเป็นวิสัยทัศน์ มีนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ มีการดำเนินงาน การปฏิบัติเพื่อสนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดสรรงบประมาณ สิ่งอำนวยความสะดวก และจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดี

การสนับสนุนจากชุมชน สังคม และภาครัฐ ชุมชน สังคม และภาครัฐต้องให้การสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา โดยผู้บริหารภาครัฐ ผู้นำชุมชนควรจัดให้มีแหล่งทรัพยากรทั้งบุคคล วัสดุ อุปกรณ์ แหล่งเรียนรู้เพื่อเอื้อให้กิจการการเสริมสร้างสุขภาพดำเนินไปอย่างบูรณาการ และให้สอดคล้องกับสภาพสังคม การเมืองและเศรษฐกิจชุมชนและสังคมที่เป็นอยู่



อภิปรายผล

1. ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา

จากการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับสภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.62$, $SD. = 0.29$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านก็พบว่า มีปัญหาในระดับมากทุกด้าน โดยด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.67$, $SD. = 0.31$) รองลงมาคือด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.63$, $SD. = 0.29$) ด้านปัญญา/จิตวิญญาณ ($\bar{X} = 2.59$, $SD. = 0.32$) และด้านสังคม ($\bar{X} = 2.58$, $SD. = 0.32$) ตามลำดับ ผลที่พบนี้มีส่วนที่แตกต่างจากการศึกษาของไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย ที่พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ปัญหาสภาวะของตนเองในด้านร่างกายสูงสุด รองลงมาคือด้านจิตใจ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตามลำดับ (ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย, 2557) แต่ก็สอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา พาลี ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจเป็นสำคัญ ทั้งนี้ก็เนื่องจากปัจจัยทางด้านร่างกาย เมื่อร่างกายเสื่อมไปย่อมกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความสับสน รู้สึกขาดความรักการดูแลอย่างใกล้ชิดของลูกหลาน ไม่มีเพื่อนคุย ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า มีเรื่องต้องครุ่นคิด เกิดความวิตกกังวลตลอดเวลา และมองตนเองว่าไม่มีความสำคัญและไร้ค่า (ปนัดดา พาลี, 2553) ข้อเสนอแนะสอดคล้องกับการวิจัยในพื้นที่ต่าง ๆ ทางภาคเหนือ ที่พบว่า ปัญหาสภาวะด้านจิตใจเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจระดับใด และไม่ว่าจะอยู่ในเขตพื้นที่ชนบทหรือเมือง และปัญหาสภาวะด้านจิตใจนี้เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาถึงปัญหาสภาวะทางกาย และความสามารถในการทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหานี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ และสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ซึ่งสถาบันที่จะทำหน้าที่ในด้านนี้ได้ดีที่ สุด คือ สถาบันครอบครัว (สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2558) เมื่อพิจารณากลุ่มวิจัยและสังคมศูนย์/สถานสงเคราะห์คนชราแล้ว ก็ย่อมเกิดเกิดปัญหาสภาวะด้านจิตใจมากกว่าด้านอื่น เนื่องจากห่างไกลครอบครัวและคนใกล้ชิด เหตุแห่งปัญหานี้ย่อมกระทบต่อสภาวะด้านอื่น ๆ อีกหลายด้าน

ในส่วนของความต้องการเกี่ยวกับสภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ก็พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการเกี่ยวกับสภาวะ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, $SD. = 0.22$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ก็พบว่า มีความต้องการในระดับมากทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านจิตใจ ($\bar{X} = 2.81$, $SD. = 0.30$) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.69$, $SD. = 0.34$) ด้านปัญญา/จิตวิญญาณ ($\bar{X} = 2.65$, $SD. = 0.25$) และด้านสังคม ($\bar{X} = 2.51$, $SD. = 0.31$) ตามลำดับ มีข้อสังเกตว่า ค่าเฉลี่ยของความต้องการเกี่ยวกับสภาวะของผู้สูงอายุเรียงจากมากไปน้อย สอดคล้องกับปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งกล่าวได้ว่า



ปัญหาและความต้องการในด้านนั้นมาก ด้านที่มีปัญหาน้อยกว่า ก็มีความต้องการเกี่ยวกับด้านนั้นน้อยกว่า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์และคณะ ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการมีกิจกรรมสุขภาพและกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ ต้องการกิจกรรมตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย ต้องการมีบริเวณหรือสถานที่พักผ่อนเพื่อจิตใจที่เป็นสุขและคลายความเครียด ต้องการมีกิจกรรมทางศาสนา รวมถึงกิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ (กาญจนา พิบูลย์ และคณะ, 2559) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จารุวรรณ สุกใส และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์ ที่พบว่าผู้สูงอายุต้องการกิจกรรมนันทนาการด้านสังคม และด้านสุขภาพอนามัย ในผลงานวิจัยนี้ พบว่า ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา มีค่าเฉลี่ยของสุขภาวะด้านจิตใจสูงกว่าด้านอื่น ๆ (จารุวรรณ สุกใส และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์, 2556) อาจอธิบายได้ว่า เป็นเพราะผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์ ขาดการติดต่อจากครอบครัว ขาดความรักความอบอุ่นจากคนในครอบครัว มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง และมีภาวะซึมเศร้าสูง (สุนนทิพย์ บุญเกิด และคณะ, 2561)

2. รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา

รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ได้พัฒนาขึ้นจากข้อมูลพื้นฐานด้านปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุจากการศึกษาในระยะที่ 1 และได้รับข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบดังกล่าวให้มีลักษณะบูรณาการระหว่างรูปแบบกิจกรรม การบริหารจัดการในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราและบริบทต่าง ๆ ในชุมชน สังคม และภาครัฐ รูปแบบกิจกรรมที่จะใช้ดำเนินการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มิติคือ มิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญาและจิตวิญญาณ โดยเน้นปัจจัย 2 ประการ คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสำคัญคือ การสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้และการปฏิบัติกิจกรรม กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมระดับบุคคล ในระดับศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา นั้น จะเกี่ยวกับการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะดำเนินไปอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังต้องมีภาคชุมชน สังคม และภาครัฐ มีส่วนร่วมในการสนับสนุนส่งเสริมอย่างสอดคล้องกัน รูปแบบดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมูจลินท์ แปงศิริ ที่สรุปว่า รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะต้องพิจารณาระดับบุคคล ที่ต้องเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุเกิดพลังอำนาจ (Empowerment) หรือสร้างพลังให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก ให้เชื่อมั่นในการพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ในตน เพื่อมีพฤติกรรมสุขภาวะที่ดี นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงบริบท ความร่วมมือจากทุกฝ่ายโดยเฉพาะแกนนำชุมชนร่วมกันกำหนดแนวทางและกิจกรรมที่จะเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ (มูจลินท์ แปงศิริ, 2558) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธุ์ และคณะ ที่



สรุปว่า รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม จะประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคลหรือผู้ป่วยเอง 2) อิทธิพลของแหล่งอ้างอิงหรือบุคคลรอบข้าง เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ 3) อิทธิพลจากสถานการณ์ เช่นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มของตนเอง หรือจากบุคคลที่เขายึดเป็นตัวอย่าง (Model) และ 4) ความจำเป็นอื่น ๆ และตัวเลือกอื่น เช่นปัจจัยอุปสรรค เป็นต้น (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และประทีป ปัญญา, 2555) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกรณีศึกษาที่พบว่าชุมชน และองค์กรในสังคมสามารถเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันของฝ่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา วัด องค์กรชุมชน ซึ่งปัจจุบันได้เน้นพหุภาคีในการพัฒนาและมีส่วนร่วมที่จะทำให้โครงการเสริมสร้างสุขภาพประสบความสำเร็จ (พระมหาสุทิตย์ อาภาโร และสายชล ปัญญาชิต, 2558)

สรุป

รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราแบบองค์รวมในการศึกษานี้ ได้ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นฐาน โดยได้สังเคราะห์รูปแบบเชิงทฤษฎีในการเสริมสร้างสุขภาพ PROCEDE – PROCEED (Raingruber, B, 2012) รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพของ Pender (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ, 2556) และ Care Model (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013) และนำเสนอเพื่อพิจารณาอภิปรายในเวทีสนทนา (Focus Group Discussion) จนได้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชราแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมระดับบุคคลการบริหารจัดการในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา และการสนับสนุนจากชุมชน สังคม และภาครัฐ ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ต้องมีความสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จึงจะทำให้การเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่คาดหวัง

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับกระทรวง ควรกำหนดเป็นนโยบายในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา โดยให้การสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างพอเพียง และต่อเนื่อง
2. ระดับศูนย์ฯ/สถานสงเคราะห์คนชรา ควรมีวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติที่ชัดเจน กำหนดตัวชี้วัดและให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก ที่จะเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่



3. ระดับบุคคล ผู้สูงอายุต้องตระหนักรู้เกี่ยวกับศักยภาพของตน และคุณค่าของการดูแลสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม และรายบุคคลตามรูปแบบกิจกรรมที่กำหนดไว้ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา พิบูลย์ และคณะ. (2559). ความต้องการในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 11(2), 44-52.
- จารุวรรณ สุกใส และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. (2556). ปัญหาและความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สำนักงานเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร. วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย, 20 (1), 46-56.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 5(ฉบับพิเศษ), 387-405.
- นิภาพร พุ่มซ้อน และสุทธิดา สิงหสุต. (2552). วิถีชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2. ใน สารนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการชุมชน. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2556). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model). เรียกใช้เมื่อ 2 ตุลาคม 2562 จาก <https://www.gotoknow/Org/post/115422>
- เบญจวรรณ ชูสารอ. (2558). แนวทางการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ เทคโนโลยีภาคใต้ วิทยาลัยครั้งที่ 5 "Social Concern : Engaging Minds for a Sustainable Future". วิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้.
- ปณิตดา พาลี. (2553). กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านโนนคูณและบ้านโนนคำ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2548). สุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธ. วารสารพุทธจักร, 59(11), 5-10.
- พระมหาสุทิตย์ อาภาโร และสายชล ปัญญาชิต. (2558). รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา. Veridian E-Journal, Silpakon University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 8(1), 958-971.



- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธุ์ สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และประทีป ปัญญา. (2555). การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปรณาวาส. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2(3), 100-111.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธุ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(2), 13-20.
- ภาควิชาอนามัยครอบครัว. (2542). เครื่องมืองานวิจัยด้านอนามัยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภิรมย์ เจริญผล. (2553). ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จังหวัดนครปฐม. ใน วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธ ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพระพุทธศาสนา. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- มุลินท์ แสงศิริ. (2558). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการภูมิ ปัญญาท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง อำเภอบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่, 16(2), 87-95.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2560). สสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. เรียกใช้เมื่อ 15 กันยายน 2562 จาก http://www.cps.chula.ac.th/newcps/hot_news_detail.php?id=24
- สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2558). นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการ สังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต. เรียกใช้เมื่อ 10 พฤศจิกายน 2562 จาก http://www.sri.cmu.ac.th/~srilocal/research_a/DATA/39_B.html
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง. เรียกใช้เมื่อ 29 ตุลาคม 2562 จาก <https://www.samatcha.org/node/97>
- สุนนทิพย์ บุญเกิด และคณะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารพยาบาลทหารบก, 19 (1), 182-190.
- Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness : integrating balance across and



- within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 208–218.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). *Practice Facilitation Handbook Module 16. Introduction to the Care Model*. Retrieved September 15, 2019, from <https://www.ahrq.gov/ncepcr/tools/pf-handbook/mod16.html>
- Hettler, B. (1976). *Six Dimensions of Wellness Model*. Wisconsin USA: National Wellness Institute.
- Myers, J.T. Sweeney, T.J., and Witmer, T.M. (2000). *The Wheel of Wellness Counseling for Wellness : A Wholistic Model for Treatment planning*. *Journal of Counseling and Development*, 78, 251–266.
- Raingruber, B. (2012). *Health Promotion Theories*. Retrieved September 15, 2019, from <https://www.verpleegkunde.net/assets/health-promotion-theories.pdf>