



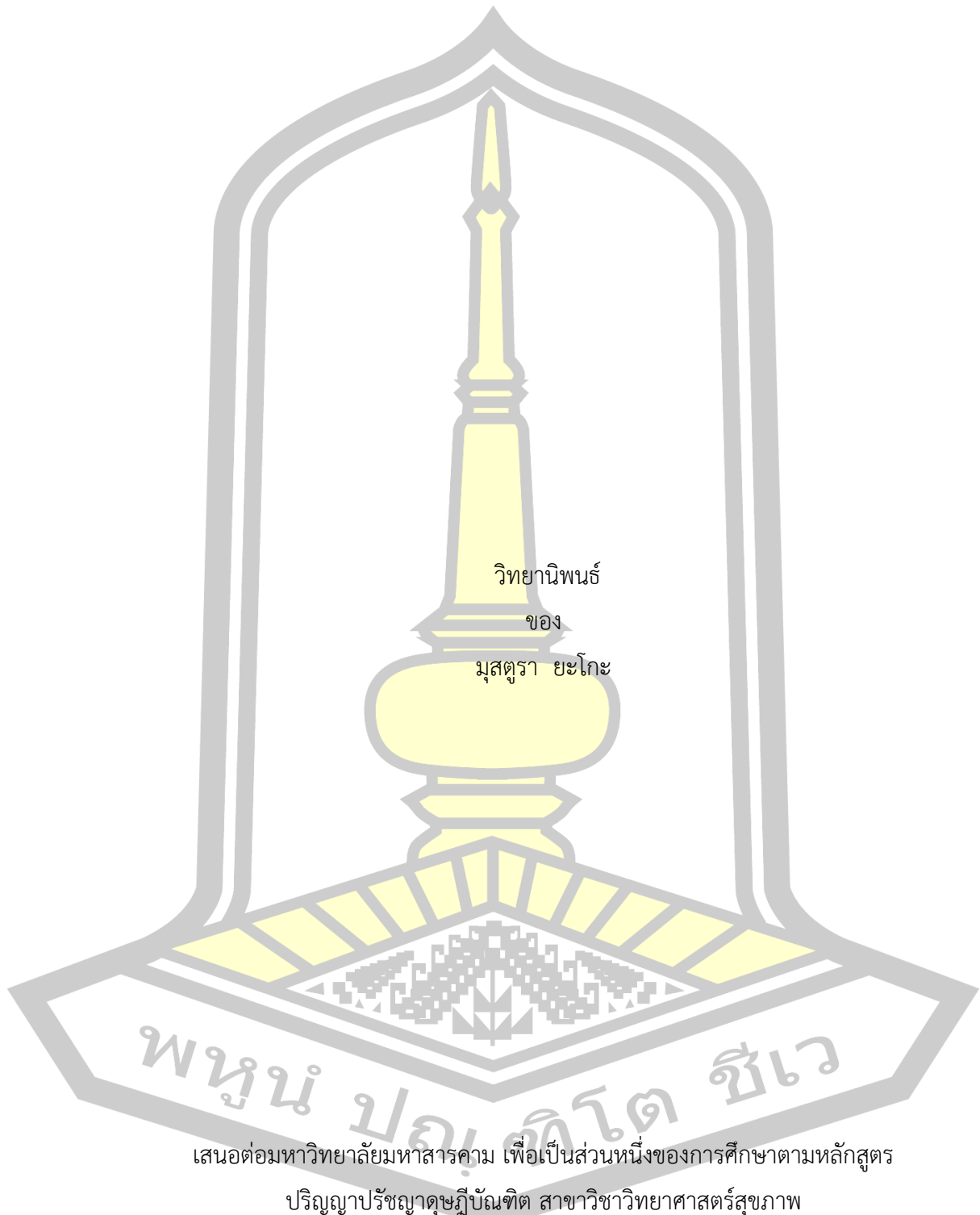
ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย

วิทยานิพนธ์
ของ
มุตตารา ยะโกะ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
กันยายน 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย



วิทยานิพนธ์

ของ

มุตตรา ยะโกะ

พูน ปอ คิโต ซเว

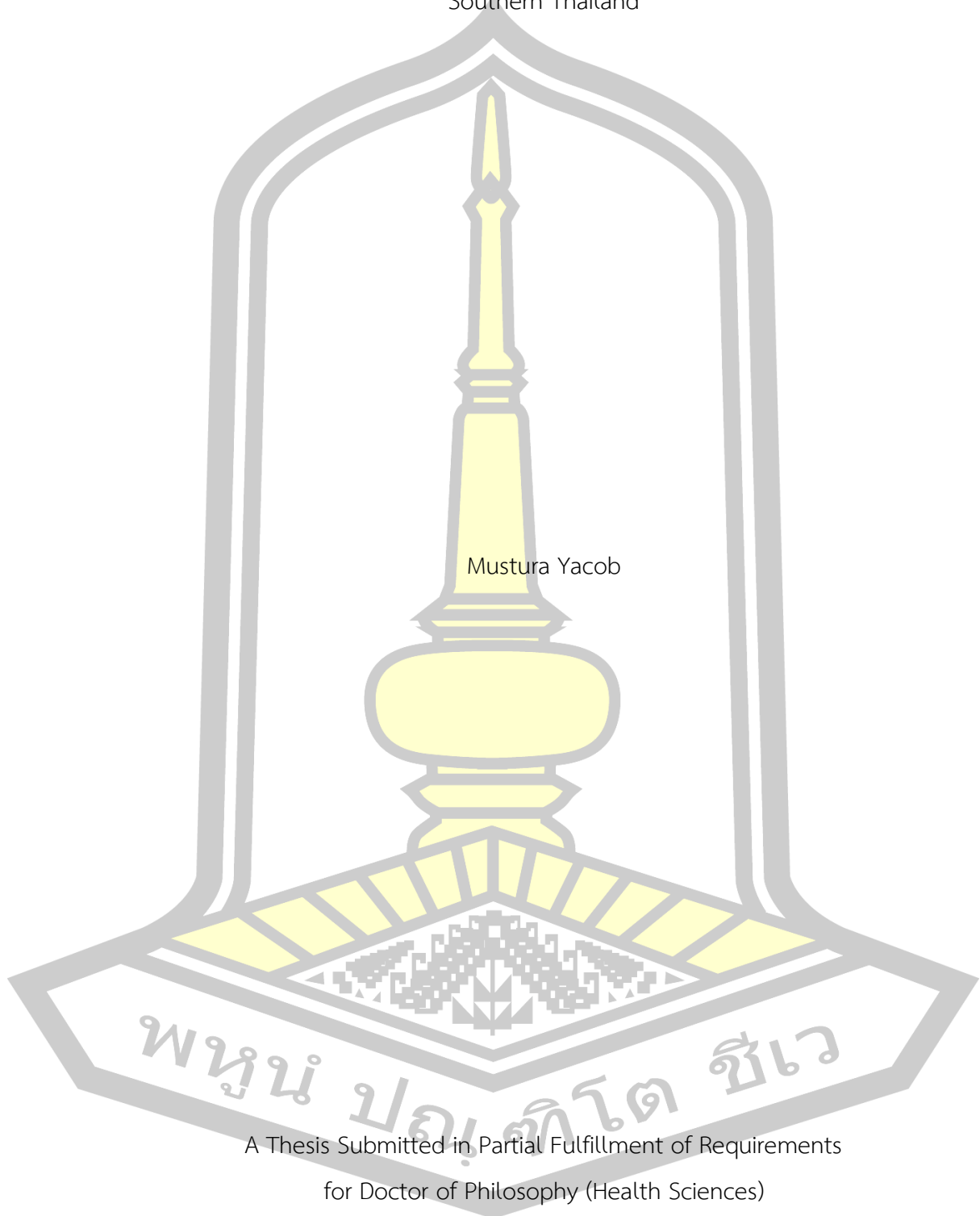
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กันยายน 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Health Promotion Model for the Elderly Residents in Social Welfare Institutions in
Southern Thailand



Mustura Yacob

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Health Sciences)

September 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวมยุสตรา ยะโกะ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. พิศมัย หอมจำปา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. นพ. เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ดร. นที บัญจันทร์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กุหลาบ รัตนสังข์ธรรม)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย)

..... (ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

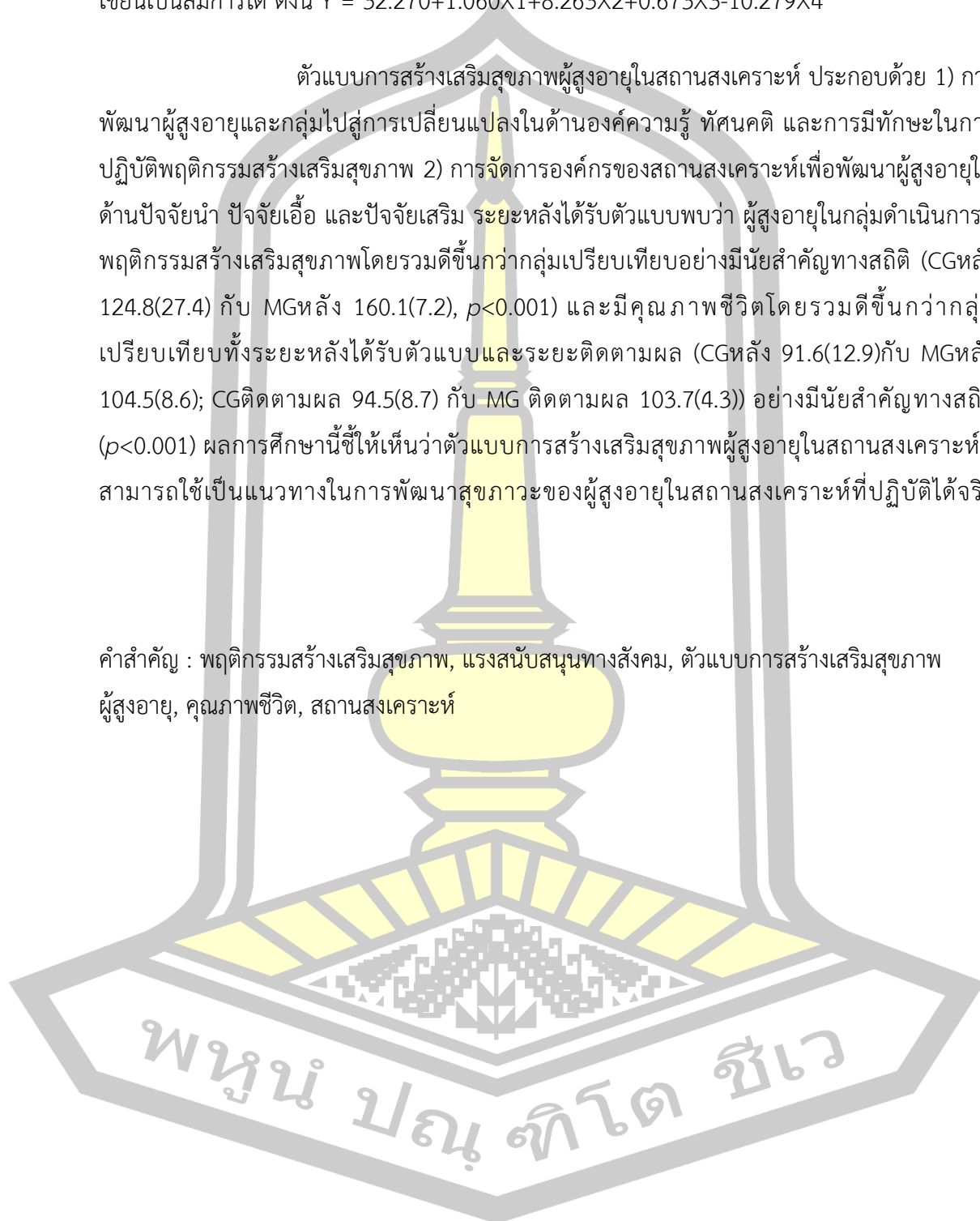
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

พูน บันทิต สีวะ

สร้างเสริมสุขภาพ(X_3) และ ประเภทของสถานสงเคราะห์ (X_4) โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 38.5 ซึ่งเขียนเป็นสมการได้ ดังนี้ $Y = 32.270 + 1.060X_1 + 8.263X_2 + 0.673X_3 - 10.279X_4$

ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาผู้สูงอายุและกลุ่มไปสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านองค์ความรู้ ทักษะ และการมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2) การจัดการองค์กรของสถานสงเคราะห์เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ระยะเวลาหลังได้รับตัวแบบพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (CG หลัง 124.8(27.4) กับ MG หลัง 160.1(7.2), $p < 0.001$) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งระยะเวลาหลังได้รับตัวแบบและระยะติดตามผล (CG หลัง 91.6(12.9) กับ MG หลัง 104.5(8.6); CG ติดตามผล 94.5(8.7) กับ MG ติดตามผล 103.7(4.3)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์นี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ปฏิบัติได้จริง

คำสำคัญ : พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, สถานสงเคราะห์



TITLE	Health Promotion Model for the Elderly Residents in Social Welfare Institutions in Southern Thailand		
AUTHOR	Mustura Yacob		
ADVISORS	Assistant Professor Pissamai Homchampa , Ph.D. Assistant Professor Teabpaluck Sirithanawuthichai , M.D. Assistant Professor Nattee Boonjan , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Health Sciences
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

This research study was aimed to construct the Institution-based Health Promotion Model for the Social Welfare Older Residents residing in government social welfare facilities. The overall objectives were to assess effectiveness of the model on health promotion behaviors-HPB, health status, and quality of life of the older residents, and to assess institution-based health promotion projects and activities, as well as provision of health information to senior residents by staff and relevant sources. Data on older HPB in an institution and related factors (n = 126), views of staff towards organization management and health promotion policies in the four studied institutions (n = 16), and the effectiveness of the model study of the intervention (n=30)- and the comparative group (n = 30) were collected using the older residents interview guide, the staff interview guide, questionnaire, focused-group discussion, the WHOQOL-BREF-THAI, the Suanprung's Stress test, and health assessment tools. Data analysis used descriptive and analytical statistics for quantitative data and content analysis for qualitative data.

Results showed older residents in the study social welfare institutes in southern Thailand (average age (SD) = 72.9(6.2), 54.0%, being women, 54.8% having primary education, having average time duration of stay (SD) = 4.4(4.8) years) had HPB ((SD)) in a low level (95.8(18.4)) with practices on spiritual enhancement and on food consumption being in moderate level, while such practices as social engagement,

self-care, exercising, and stress management being in low level. Factors predicting health promotion behavior (Y) of this older groups were received social support(X_1), having asset (X_2), attitude toward health promotion (X_3) and type of an institution(X_4) Such factors contributed to explain 38.5% of the health promotion behaviors of the older participants. The prediction was as in the following formula: $Y = 32.270+1.060X_1+8.263X_2+0.673X_3-10.279X_4$

The Institution-based Health Promotion Model for the Social Welfare Older Residents

comprised 1) Health promotion capacity building for older residents; 2) Organization development for promoting health of the older residents regarding predisposing-, reinforcing-and enabling factors. The management group (MG), compared to the comparative group (CG) demonstrated significant improvements in overall health promotion behaviors after intervention(CG 124.8(27.4) vs MG 160.1(7.2), $p<0.001$). Their quality of life also significantly improved compared to the comparative group after the intervention (CG 124.8(27.4) vs MG 160.1(7.2), $p<0.001$) and at follow-up (CG 94.5(8.7) vs MG 103.7(4.3), $p<0.001$). Modification solutions for suitable health promotion behaviors of the institutionalized older persons should emphasize on enhancing their attitudes and social support from the older home service institute and their peers.

Keyword : Health promotion behavior, social support, institution-based health promotion model for older residents, quality of life, social welfare institution

พหุ ประถมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากคณะกรรมการที่ปรึกษาซึ่งประกอบไปด้วย ผศ.ดร.พิศมัย หอมจำปา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก พร้อมด้วย ผศ.นพ.เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย และอาจารย์ ดร.นันทิ บัญจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และความช่วยเหลือ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย อีกทั้งยังช่วยให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ปิยธิดา คุณิทธิบุญรัตน์ อาจารย์ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูริย์ คุณไพฑูริย์ ไชยเชื้อ พญ.จรัญญา จุฬาริ และอาจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจแก้ไขให้คำแนะนำ และให้คุณภาพแก่เครื่องมือ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากผู้อำนวยการ บุคลากร และผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุทอง-พังกัดก จังหวัดชุมพร ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามของผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา ที่เป็นสถานที่ดำเนินการและรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ จึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ที่ได้สนับสนุนทุนโครงการพัฒนาอาจารย์และบุคลากรสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในเขตพัฒนาเฉพาะกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ที่อนุญาตให้ลาศึกษาต่อในการศึกษาระดับปริญญาเอกในครั้งนี้ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดามารดา และครอบครัว ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียน ตลอดจนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ตลอดจนผู้เขียนหนังสือและบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยจนสามารถให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

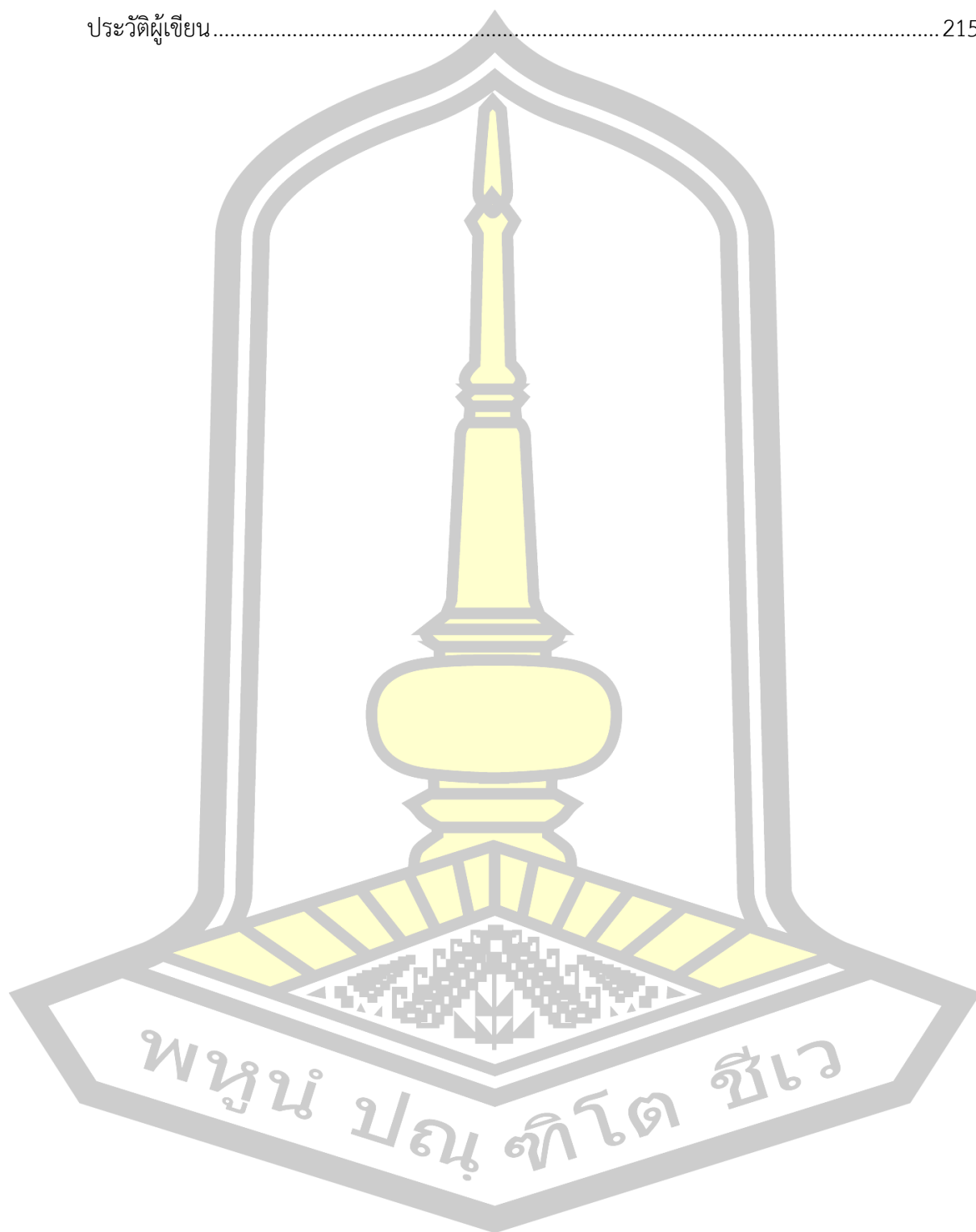
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	8
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	8
1.4 สมมติฐานการวิจัย	9
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	9
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล	13
2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ.....	14
2.2 โครงสร้างประชากรและสถานการณ์ผู้สูงอายุ.....	15
2.3 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	16
2.4 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	25
2.5 สถานสงเคราะห์.....	40
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
2.7 กรอบแนวคิดของการวิจัย	46

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
3.1 วิธีการและขั้นตอนในการวิจัย	47
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	53
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	55
3.5 จริยธรรมการวิจัย.....	56
3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	57
3.7 เกณฑ์การคัดเลือกประชากร	58
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	59
4.1 สภาพปัจจุบัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ในพื้นที่ภาคใต้	59
4.2 กระบวนการและผลลัพธ์การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ภาคใต้	91
4.3 ประสิทธิภาพของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้.....	94
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	106
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	107
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	110
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	113
บรรณานุกรม.....	115
ภาคผนวก.....	117
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	118
ภาคผนวก ข เครื่องมือวิจัย.....	120
ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	164
ภาคผนวก ง ตารางภาพรวมของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีในศูนย์ พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ.....	169

ภาคผนวก จ ตารางทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... 176

ประวัติผู้เขียน..... 215



สารบัญตาราง

หน้า	
ตาราง 1	ข้อมูลพื้นฐานของสถานสงเคราะห์ที่ศึกษา จำนวน 4 แห่ง 66
ตาราง 2	ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n = 126)..... 67
ตาราง 3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและ ในภาพรวม (n = 126) 71
ตาราง 4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 76
ตาราง 5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 126)..... 77
ตาราง 6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 126)..... 79
ตาราง 7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพ (n=126)..... 80
ตาราง 8	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 126) 80
ตาราง 9	เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์กับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n = 126) 82
ตาราง 10	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n=126)..... 85
ตาราง 11	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (n =126) 86
ตาราง 12	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n = 126)..... 88
ตาราง 13	ระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n = 126) 88
ตาราง 14	ความซึมเศร้าและระดับความซึมเศร้า 89
ตาราง 15	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์รายด้านและในภาพรวม 90

ตาราง 17 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะก่อน ได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพ..... 94

ตาราง 18 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุได้รับ จำแนกตามผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะก่อนได้รับตัวแบบฯ..... 95

ตาราง 19 เปรียบเทียบการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ที่กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการได้รับในระยะหลังได้รับตัวแบบฯและในระยะติดตามผล..... 97

ตาราง 20 เปรียบเทียบการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการได้รับในระยะหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะติดตามผล..... 98

ตาราง 21 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์โดยรวมและรายด้าน (กลุ่มเปรียบเทียบ n=29, กลุ่มดำเนินการ n=29)..... 99

ตาราง 22 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะหลังได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และระยะติดตามผล..... 101

ตาราง 23 เปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนได้รับ ตัวแบบฯ หลังได้รับตัวแบบฯ และระยะติดตาม..... 102

ตาราง 24 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อน และหลังได้รับตัวแบบฯและระยะติดตามผล..... 105



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1	แผนภูมิ 1 The PRECEDE PROCEED Framework.....	20
ภาพประกอบ 2	แผนภูมิ 2 รูปแบบของการวิจัยในขั้นที่ 3 การทดลองใช้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่พัฒนาขึ้น (Model experiment)	50
ภาพประกอบ 3	กรอบในการดำเนินงานตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย.....	52
ภาพประกอบ 4	สถานสงเคราะห์ของรัฐที่ให้บริการสังคมด้านที่พักอาศัยในพื้นที่ภาคใต้.....	60
ภาพประกอบ 5	ขั้นตอนการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์.....	92
ภาพประกอบ 6	ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฉบับร่าง (Prototype of a social welfare institution-based health promotion model for older residents-D1).....	95
ภาพประกอบ 7	ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์.....	93

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันเกือบทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing society) และประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้กลายเป็นสังคมสูงอายุ (Aged society) โดยสมบูรณ์แล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีฐานมาจากการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุนี้เริ่มขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ตามมาด้วยประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา ในภาพรวมพบว่าสัดส่วนของประชากรโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ข้อมูลจากหน่วยงานด้านเศรษฐกิจและสังคม ขององค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก WHO (2014) ระบุว่าจำนวนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในระหว่างปี พ.ศ. 2493 ถึง พ.ศ. 2553 พบว่าประชากรในกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2493 ที่มีจำนวน 202 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.2 เป็นจำนวน 605 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.0 และในพ.ศ. 2556 ทั่วโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 841 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.7 ของประชากรทุกกลุ่มอายุ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นไปอีก 35 ปีข้างหน้า คือ ปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) ทั่วโลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 2,000 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 22.0 ซึ่งในจำนวนประชากรสูงอายุนี้เป็นประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 14.0 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.0 ในอีก 35 ปีข้างหน้าอีกด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 80.0 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา United Nations (2013) ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศอาเซียนมีประชากรรวมกันทั้งหมด 633 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 59 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.32 ของประชากรทั้งหมด โดยประเทศไทยมีผู้สูงอายุอยู่เป็นอันดับที่ 2 ในกลุ่มประเทศประชาคมอาเซียน

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุจำนวนมากขึ้นเช่นเดียวกับอีกหลายประเทศ จากสถิติในอดีตเมื่อ 50 ปีที่ผ่านมา พบว่าจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเทียบกับประชากรทั้งหมดมีเพียง 1.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 แล้วจึงเพิ่มเป็น 4.0 ล้านคน หรือร้อยละ 7.4 ในปี พ.ศ. 2533 ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 8.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.0 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2563) จะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.0 สกฤณา บุญรากร (2555) และคาดว่าจะประมาณประชากรไทยในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2583 พบว่า ประชากรไทยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นสูงสุด 66.37 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2569 เพิ่มจากปี พ.ศ. 2553 ซึ่งมีประชากรเพียง 63.7 ล้านคน โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) แต่หลังจากปี พ.ศ. 2569 เป็นต้นมา กลับมีจำนวนประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากร 63.8 ล้านคน แต่เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ในช่วงระยะเวลา 30 ปีข้างหน้า

ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนสูงถึง 20.5 ล้านคน หรือเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.1 ของประชากรไทยทั้งหมด อังคณา ฉายวิริยะ (2556)

ในปี พ.ศ. 2557 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีประมาณ 10.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2557) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทยเป็นผลมาจากอัตราการเกิดลดลง ในขณะที่อัตราการตายของประชากรโดยรวมก็ลดลงด้วย ประเสริฐ อัสสันตชัย (2554) ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น สืบเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ จึงทำให้ประเทศไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากร (Life expectancy at birth) ในภาพรวมอยู่ที่ 75.3 ปี โดยประชากรเพศหญิง (81.0 ปี) มีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมากกว่าประชากรเพศชาย (79.0 ปี) เล็กน้อย และมีแนวโน้มที่ประชากรจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงยิ่งขึ้นไปอีกในอีกห้าถึงสิบปีข้างหน้า แต่เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามธรรมชาติ การเข้าสู่สังคมสูงอายุจึงหมายถึงการที่ประชากรกลุ่มนี้จะต้องใช้ชีวิตอยู่กับร่างกายที่มีความเสื่อมถอยไปตามวัยในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ทำให้การปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวันทำได้น้อยลงหรือช้าลง ภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ เข้ามาแทนที่ ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ทศนิ ญาณะ (2557)

แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตไม่ได้ดีขึ้นตามไปด้วย ภาวะสุขภาพในลักษณะของจำนวนปีที่คาดว่าจะมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุไทย พบว่า การที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้น มิได้หมายถึงประชากรผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น แต่ดูเหมือนว่าช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้น จะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับด้วย ดังจะเห็นได้จากจำนวนปีที่คาดหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี (Healthy life expectancy) ลดลงเป็นลำดับ ตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในประชากรเพศชายและเพศหญิง และเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนร้อยละของอายุคาดหวัง ที่มีสุขภาพดีต่อความคาดหวังการคงชีพ จะพบว่า ในแต่ละอายุกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย ของจำนวนปีที่คาดหวังมีชีวิต จะเป็นปีที่มีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี และอัตราส่วนจะลดลงเป็นลำดับ ตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ชาย แต่ไม่ได้หมายความว่ามีความคาดหวังชีวิตที่ดีกว่า เพราะจากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า อัตราส่วนของจำนวนปีที่คาดหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีต่อจำนวนปีที่คาดหวังจะมีชีวิต และอัตราส่วนร้อยละที่ผู้สูงอายุของเพศหญิง จะต่ำกว่าเพศชายอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงวัยสูงอายุตอนปลาย วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2557)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน โดยเฉพาะความเสื่อมถอยจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมตามมา เมื่อภาวะสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยลง อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาร่างกายให้เหมาะสมกับภาวะของโรคอาจเกิด

ภาวะแทรกซ้อน ด้านภาวะสุขภาพจิต อารมณ์ หากบุคคลใดมีจิตใจดี อารมณ์ดี สุขุม บุคคลนั้นจะหน้าตาสดชื่น แจ่มใส ดูอ่อนกว่าวัย ตรงกันข้ามกับบุคคลที่เจ้าอารมณ์ เครียด หน้าตาก็จะบึ้งตึงไร้ความสุข ใบหน้าดูแก่กว่าวัย ผู้ที่อารมณ์เครียดอยู่เสมอจะส่งผลทำให้เกิดโรคหรือป่วยรุนแรงได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดในสมองแตก มะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

พรรณธร เจริญกุล (2555)จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 31.7 อันดับที่ 2 คือ โรคเบาหวาน พบร้อยละ 13.3 และอันดับที่ 3 คือ โรคหัวใจ พบร้อยละ 7.0 ส่วนด้านโภชนาการของผู้สูงอายุจากการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุ มีการบริโภคอาหารกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะเพศชายรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง คิดเป็นร้อยละ 78.2 และเพศหญิง รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง คิดเป็นร้อยละ 76.2 และด้านการออกกำลังกาย พบว่า เพศชายไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 71.9 และเพศหญิงไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 72.1 สุปราณี แดงวงษ์ (2552)และข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ปัญหาสุขภาพของคนไทย เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง ฤกษ์มลโป่งพอง และเบาหวาน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2554) ในปี 2560 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาเรื่องการเป็นโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง โรคเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนไทยตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนเป็นผู้สูงอายุ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ (บรรลุ ศิริพานิช (2541))

ถึงแม้ว่าการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในส่วนขององค์การสหประชาชาติได้ดำเนินการมาระยะหนึ่งก่อนการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ครั้งที่ 1 ที่กรุงเวียนนาประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 (ค.ศ. 1982) แต่การดำเนินการในระดับนานาชาติได้เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมครั้งนี้ได้ทำให้ทั่วโลกตื่นตัวต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพและโภชนาการของผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดสวัสดิการ การจัดการรายได้และการทำงานที่เหมาะสม รวมทั้งการจัดการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 (ค.ศ. 1991) ที่ประชุมองค์การสหประชาชาติได้บัญญัติหลักการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (United Nations Principles for Older Persons) ครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับการไม่เป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น การมีส่วนร่วมในสังคม การดูแล การอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี เป็นต้น แล้วได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2542 (ค.ศ. 1999) เป็นปีผู้สูงอายุสากล (The International Year of Older Persons) United Nations (2013) จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002) จึงได้มีการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ครั้งที่ 2 (The Second World Assembly on Ageing) ที่เมืองมาดริด ประเทศสเปน ซึ่งสาระการประชุมครั้งนี้ได้กระตุ้นให้ผู้นำของประเทศต่างๆ ได้ปรับทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนสร้างนโยบาย การ

ดำเนินงาน และการจัดการเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เพื่อรองรับประชากรสูงอายุในศตวรรษที่ 21 ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ และเป็นผู้มีคุณค่าต่อสังคม

สำหรับประเทศไทย พบว่ามีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุมาระยะหนึ่งแล้ว โดยในปี พ.ศ. 2496 ภาครัฐได้มีการจัดตั้งบ้านสงเคราะห์คนชราขึ้นเป็นครั้งแรกที่บ้านบางแค ต่อมามีการดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุมากขึ้น นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2525 ที่ประเทศไทยได้ส่งผู้แทน คือ พล.อ.สิทธิ จิโรจน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยในสมัยนั้น ในฐานะผู้นำประเทศเข้าร่วมประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ซึ่งจัดโดยองค์การสหประชาชาติที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปีเดียวกันนี้เองที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2525 เป็นปีรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกำหนดคำขวัญว่า “Add life to years” เพื่อให้ประเทศต่างๆ ช่วยกันส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้ขานรับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นวาระสำคัญ โดยคณะกรรมการอำนวยการวันอนามัยโลกของกระทรวงสาธารณสุขได้มีมติให้ใช้คำขวัญเป็นภาษาไทยว่า “ให้ความรักพิทักษ์อนามัย ผู้สูงวัยอายุยืน” สมัยนั้นรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2525 อนุมัติให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปี เป็น “วันผู้สูงอายุ” ซึ่งมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องทุกปีจนถึงปัจจุบัน สกนมา บุญนรากร (2555) ต่อมาประเทศไทยได้บัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 54 ไว้ว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ และมาตรา 80 บัญญัติไว้ว่า รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยได้จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ และออกปฏิญญาผู้สูงอายุไทยมีจำนวน 9 ข้อ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ และในปี พ.ศ. 2550 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 51 บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ มาตราที่ 53 บัญญัติไว้ว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ วลัยพร นันทศุภวัฒน์ (2551) และสภาวิชาชีพไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2554-2558 ในด้านการพัฒนาและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน ที่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามต้นแบบของสภาวิชาชีพไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข พรรณธร เจริญกุล (2555) รวมทั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 โดยมียุทธศาสตร์ 5 ด้าน ในการก่อเกิดสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ยุทธศาสตร์ ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนา องค์ความรู้ ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ พบว่า แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มีการกำหนด วิสัยทัศน์ความสำเร็จของแผนซึ่งได้แก่ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม โดยในแผนมียุทธศาสตร์ 5 วิธปฏิบัติ วิโรจน์รัตน์ and และคณะ (2554)

สำหรับภาคใต้ ใน พ.ศ. 2553 ประชากรผู้สูงอายุหรือตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในสี่จังหวัด ชายแดนภาคใต้ซึ่งครอบคลุมจังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีจำนวน 347,858 คน หรือร้อยละ 10.1 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่สี่จังหวัดดังกล่าว และในปี พ.ศ. 2558 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 423,944 คนหรือร้อยละ 11.6 ของประชากรในพื้นที่ หากพิจารณาตามเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ซึ่งกำหนดว่าพื้นที่ใดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด พื้นที่นั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงนับได้ว่ากลุ่มจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่ที่กำลังเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุแล้ว พิชาย รัตนดิกลง ภูเก็ต (2556) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องวางแผนรองรับทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์ของผู้สูงอายุในภาคใต้ จากการศึกษาเรื่อง ปัญหาสู่นโยบาย: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ของ พิชาย รัตนดิกลง ภูเก็ต (2556) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีปัญหาหลัก 4 ประการ คือ 1) การลดคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งมีสาเหตุจากการลดลงของการเคารพนับถือสมาชิก อาวุโสในครอบครัว 2) การถูกทอดทิ้งและความโดดเดี่ยวซึ่งมีสาเหตุคือการไปทำงานต่างถิ่นของบุตรในประเทศมาเลเซียหรือต่างจังหวัด การสูญเสียบุตรหลานในเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และการขยายตัวของค่านิยมแบบปัจเจกชนนิยม 3) ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการและสิทธิ มีสาเหตุจากหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบ ใน

การดำเนินงานไม่จัดบริการให้เพียงพอ ขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และขาดการปฏิบัติงานในเชิงรุกเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิ และ 4) ปัญหาองค์กรหรือชมรมผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อยและขาดความเข้มแข็งสำหรับนโยบายที่ใช้ควรแก้ปัญหา ได้แก่ นโยบายส่งเสริมคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุ การคุ้มครองและดูแลผู้สูงอายุ และการขยายและสร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรผู้สูงอายุ ในสังคมไทยพบปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งเกิดขึ้นทั่วทั้งสังคม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 72.8 ในปี พ.ศ.2537 เหลือ ร้อยละ 56.7 ในปี พ.ศ.2554 ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ.2554 และผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสก็เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.6 ในปี พ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี พ.ศ.2554 วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2554) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเชิงกววิสัยจากการสำรวจสอดคล้องกับข้อมูลจากการวิจัยของผู้ศึกษาในเชิง “อัตวิสัยร่วม” โดยการประเมินจากประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากลุ่มในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นักวิจัยประเมินว่า ผู้สูงอายุในสี่จังหวัดคือ สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ถูกทอดทิ้งมากขึ้นตามลำดับ สำหรับรูปแบบของการทอดทิ้งสามารถจำแนกได้เป็น 4 ลักษณะคือ การไม่ดูแลอย่างเพียงพอ การทอดทิ้งแบบจำเป็น การจงใจปล่อยปละละเลย และการทอดทิ้งอย่างสมบูรณ์แบบ พิษายัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2556) จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องจากครอบครัวไปอาศัยในสถานสงเคราะห์ทั้งภาครัฐและเอกชน

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีทั้งหมดจำนวน 12 แห่ง ซึ่งกระจายอยู่ในส่วนกลาง (กรุงเทพมหานคร 1 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค) และส่วนภูมิภาค ซึ่งกระจายอยู่ในภาคต่างๆ ทั้งภาคเหนือ (2 แห่ง) ภาคกลาง (2 แห่ง) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(3 แห่ง) ภาคตะวันออก (1แห่ง) และภาคใต้ (3 แห่ง) สำหรับภาคใต้ มีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต จ.ภูเก็ต ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จ.ยะลา และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.ขอนแก่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.ปทุมธานี ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

จ.นครพนม ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.ลำปาง ได้ดำเนินการทำให้บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมการจัดกิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุ การให้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และการให้บริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ

รวมทั้งการเสริมสร้างโอกาสใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ เพื่อทำประโยชน์และสร้างรายได้ สำนักบริการสวัสดิการสังคม (2558)

จากการทบทวนเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว พบว่าผู้สูงอายุในสถาบันเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น มีภาวะภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบริบทครอบครัว ศิริราไพ สุวัฒนคุปต์ (2555) มีเครือข่ายทางสังคมที่จำกัด เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนตัดสินใจมาอยู่บ้านพักคนชราเนื่องจากถูกทอดทิ้งเป็นส่วนใหญ่ สมใจ โชติธนพันธ์ (2550) จากการสำรวจและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภาคใต้ในยังขาดความรู้ การปฏิบัติด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยกลุ่มผู้สูงอายุจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพบางกิจกรรม และการและยังขาดการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิลาวัลย์ รัตนา (2552)

การศึกษาวิจัยนี้มุ่งพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ โดยประยุกต์ใช้และบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ดังนี้: 1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) ที่อธิบายถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมการปฏิบัติ 6 ด้าน ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ N.J. Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) 2) แนวคิด Active ageing ขององค์การอนามัยโลกที่เสนอว่าผู้สูงอายุควรมีสติที่จะได้รับการสนับสนุนและปฏิบัติต่ออย่างเสมอภาค (Right-based approach) เหมาะสมตามช่วงชีวิต (Life course) เพศ (Gender) และวัฒนธรรม (Culture) เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังที่จะกระทำการต่างๆ ในชีวิต ตระหนักถึงศักยภาพตนเอง กระดับกระแงและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ รวมทั้งมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ทั้งนี้ โดยคำนึงถึง 6 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมของบุคคล และ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ WHO (2002) 3) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม Lakey and Cohen (2000) อธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนจากคนอื่นๆ จะทำให้บุคคลคลายความวิตกกังวลในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ซึ่งจะต้องเป็นสิ่งสนับสนุนที่ตรงกับความต้องการของบุคคลที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งความถี่ของการได้รับการสนับสนุนนั้น ครอบคลุมการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนในการให้ประเมินผล การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ; 4) กรอบแนวคิดการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE PROCEED Framework) เป็นแนวคิดที่อธิบายว่า ก) สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เกิดขึ้นเนื่องจากหลายสาเหตุ และ ข) สุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงมีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคม จำเป็นจะต้องใช้หลายวิธีการผสมผสานกัน ซึ่งเป็นส่วนของการประเมินปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการดำเนินการ 9 ระยะ คือ การวิเคราะห์ทางสังคม การวิเคราะห์ทางวิทยาการระบาด การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการศึกษาและบริบทพื้นที่ (เช่น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม) การวิเคราะห์นโยบายทางการบริหาร การดำเนินงานตามแผน การวิเคราะห์และประเมินการดำเนินงาน การวิเคราะห์และประเมินผลกระทบ และการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

ผลจากการศึกษาวิจัยนี้ จะทำให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตจังหวัดภาคใต้ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะ และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีช่วงอายุที่มีสุขภาพดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมให้ยาวนานที่สุด อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและหน่วยงานอื่นๆ สามารถนำไปพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1. ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในบริบทของภาคใต้เป็นอย่างไร
2. ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทยที่สามารถส่งผลต่อการจัดดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ในบริบทของภาคใต้เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อสร้างตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับตัวแบบ
3. เพื่อเปรียบเทียบการจัดดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ในบริบทของภาคใต้ก่อนและหลังการได้รับตัวแบบ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย (กลุ่มดำเนินการ) มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพภายหลังและระยะติดตามผลเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการได้รับตัวแบบ
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย (กลุ่มดำเนินการ) มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นภายหลังและระยะติดตามผลมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. การจัดทำดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ในบริบทของภาคใต้ของประเทศไทย (กลุ่มดำเนินการ) ภายหลังและระยะติดตามผลเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการได้รับตัวแบบ
4. การจัดทำดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ในบริบทของภาคใต้ของประเทศไทย (กลุ่มดำเนินการ) ภายหลังและระยะติดตามผลเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้นำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) และแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ที่คำนึงถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการจัดดำเนินการขององค์กร รวมทั้งการบริหารและนโยบายขององค์กร การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

2. ขอบเขตด้านประชากรและพื้นที่

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุและบุคลากรในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ ซึ่งมีทั้งหมด 5 แห่ง ประกอบด้วย สถานสงเคราะห์ที่สังกัดกรมส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ 1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จ.ตรัง และ 2. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุทอง-พินังตัก จ.ชุมพร และสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ 1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักซิณ จ.ยะลา 2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา และ 3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จ.ภูเก็ต มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ แบ่งเป็น

2.1.1 ระยะการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำนวน 5 แห่ง รวมทั้งหมด 381 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2560) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากสถานสงเคราะห์ 4 แห่ง จำนวน 126 คน

2.1.2 ระยะพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และระยะทดลองใช้ตัวแบบฯ ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจากสถานสงเคราะห์ 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มดำเนินการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับตัวแบบฯ หนึ่งแห่ง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมที่เคยปฏิบัติของสถานสงเคราะห์ หนึ่งแห่ง จำนวน 30 คน โดยผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กล่าวคือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีค่าดัชนีบาเรล (Bathel index) อยู่ระหว่าง 12 - 20 คะแนน พร้อมทั้งสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาชาวใต้ได้ดี มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างบุคลากรในสถานสงเคราะห์ แบ่งเป็น

2.2.1 ระยะการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ครอบคลุมประชากรบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ จำนวน 5 แห่ง รวมทั้งหมด 140 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2560) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากสถานสงเคราะห์ 4 แห่ง จำนวน 16 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการศูนย์ฯ จำนวน 2 คน พนักงานช่วยการพยาบาล จำนวน 2 คน เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีธนาคาร จำนวน 1 คน เจ้าพนักงานพัฒนาสังคมชำนาญงาน จำนวน 3 คน นักพัฒนาสังคม จำนวน 6 คน นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน

2.2.2 ระยะพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และระยะทดลองใช้ตัวแบบฯ ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจากสถานสงเคราะห์ 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มดำเนินการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับตัวแบบฯ หนึ่งแห่ง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 1 คน พี่เลี้ยง 3 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมที่เคยปฏิบัติของสถานสงเคราะห์ หนึ่งแห่ง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 1 คน พี่เลี้ยง 3 คน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การวิจัยและพัฒนาในการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 2 ปี 6 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2562 แบ่งเป็น ระยะในการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ ใช้เวลา 1 ปี ระยะพัฒนาตัวแบบฯ และทดลองใช้ตัวแบบฯ ใช้เวลา 1 ปี 5 เดือน ระยะสรุป

ผลการวิจัยและเขียนรูปเล่มรายงาน ใช้เวลา 1 เดือน

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน
 2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุม 6 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูง
 - 2.1 ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตน โดยมีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆของร่างกาย
 - 2.2 ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวออกแรงในการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง นานครั้งละ 20-30 นาที
 - 2.3 ด้านบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุ ในการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม
 - 2.4 ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุร่วมกับบุคคลอื่นโดยให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือกัน ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และเจ้าหน้าที่ในองค์กร
 - 2.5 ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ผู้สูงอายุแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีต่อการดำเนินชีวิตที่ดี และมีจุดหมายในชีวิต
 - 2.6 ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุที่จะทำให้ตนคลายความวิตกกังวลในชีวิตลง โดยการสวดมนต์ หรือปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การละหมาด การนั่งสมาธิ การทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ
3. ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย รายได้ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.1 ความรู้ หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพตนเอง การพัฒนาจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
 - 3.2 ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพตนเอง การพัฒนาจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

3.3 การรับรู้ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพตนเอง การพัฒนาจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

4. ปัจจัยเอื้อ หมายถึง การมีแหล่งทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่จำเป็นและพร้อมใช้ในสถานสงเคราะห์ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์อย่างสม่ำเสมอ การมีสถานที่ให้ผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณหรือศาสนกิจต่างๆ รวมทั้งการมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1 การมีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง สถานสงเคราะห์จัดให้มีอาหาร การจัดการกิจกรรมการออกกำลังกาย จัดให้มีอุปกรณ์การออกกำลังกาย มีสถานที่เหมาะสมตามสมควร เป็นต้น

4.2 การสนับสนุนการจัดการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การจัดโครงการหรือกิจกรรมต่างๆในสถานสงเคราะห์ ได้แก่ การจัดโครงการนันทนาการ โครงการสิ่งเสพติด โครงการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เป็นต้น

5. ปัจจัยเสริม หมายถึง การได้รับสิ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ การได้รับคำชมเชยในการปฏิบัติ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากผู้สูงอายุด้วยกันเอง และจากบุคลากร

5.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ โปสเตอร์ ป้ายประกาศ วิทยุ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต ไลน์ เฟสบุ๊ก และอื่นๆ

5.2 การได้รับคำแนะนำ สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจาก บุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหาร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์

6. ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ หมายถึง แบบแผนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้สถาบันเป็นฐาน ครอบคลุมการดำเนินงาน 2 ส่วน คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย การสร้างความรู้ และการรับรู้การปรับทัศนคติ การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพจากผู้สูงอายุด้วยกันเอง เช่น การประกวดคู่หูสุขภาพผู้สูงอายุ และจากบุคลากร เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดเวลาและสถานที่ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพ การจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการตรวจประเมินคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถนะทางกาย รวมทั้งการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า เป็นต้น

7. ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุในสถาน สงเคราะห์ ครอบคลุมถึง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การมีโรคประจำตัว การ มีความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และ สมรรถภาพทางกาย

8. สถานสงเคราะห์ หมายถึง สถานที่ให้บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ไม่มีที่ อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ ครอบคลุมทั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์ ที่จัดโดยหน่วยงานของภาครัฐ

9. ประสิทธิผลของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ หมายถึง ผลจาก การดำเนินงานตามตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ที่เกิดขึ้นในระยะหลัง การได้รับตัวแบบฯ และระยะติดตามผล ในเรื่อง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ตลอดจน ความรู้ ทักษะ ทักษะชีวิต การรับรู้

10. คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิด และตั้งสมมติฐานในการวิจัย ประเด็นสำคัญที่ทำการทบทวนมีดังนี้

- 2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
- 2.2 โครงสร้างประชากรและสถานการณ์ผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดของการวิจัย

2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

การกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” สามารถพิจารณาตามเกณฑ์ต่างๆ ได้หลายเกณฑ์ เช่น พิจารณาจากสภาพที่เกิดจากการสูงอายุดำเนินวัย (Chronological aging) การสูงอายุดำเนินสภาพร่างกายหรือความสามารถในการดำเนินชีวิต (Biological or functional ageing) การสูงวัยตามสภาพจิตใจ (Psychological ageing) และการสูงวัยตามสภาพและบทบาททางสังคม (Sociological ageing) จากการประชุมสมัชชาโลกโดยองค์การสหประชาชาติเกี่ยวกับผู้ ฒ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย ในปี ค.ศ.1982 ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ว่าหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปทั้งชายและหญิง” วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558) ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เกณฑ์ 65 ปี ตามเกณฑ์อายุเริ่มต้นในการรับสิทธิประโยชน์หรือบำนาญหลังเกษียณของแรงงานในประเทศ (Pensionable age) ในขณะที่ประเทศในทวีปแอฟริกาหลายประเทศ ใช้อายุ 50 หรือ 55 ปี เป็นเกณฑ์ เนื่องจากอายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรค่อนข้างสั้น เอลิมพล แจ่มจันทร์ (2555) สำหรับประเทศไทย ให้นิยาม ผู้สูงอายุ โดยใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์ บรรลุ ศิริพานิช (2541) ; วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์ (2551)ถึงแม้ว่าจะมีนักวิชาการวิเคราะห์ว่านิยามผู้สูงอายุนั้น ที่เกณฑ์อายุ 60 ขึ้นไป อาจไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริงที่ผู้สูงอายุในช่วงวัยดังกล่าวจำนวนมากยังแข็งแรงและยังคงเป็นกำลังแรงงานในภาคส่วนต่างๆ เอลิมพล แจ่มจันทร์ (2555)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541) ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ซึ่งในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้แบ่ง ผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง และผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปทั้งชายและหญิง นอกจากนี้ สกฤณา บุญนารากร (2555) ได้ให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ เพิ่มเติมว่า เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ไปในทางที่เสื่อมลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ง่าย

สรุปแล้ว ประเทศไทยในปัจจุบันยังคงนิยาม ผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปีปฏิทิน

2.2 โครงสร้างประชากรและสถานการณ์ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ประชากรที่กำลังได้รับความสนใจในสังคมโลกปัจจุบัน คงจะหนีไม่พ้นเรื่อง โครงสร้างประชากรที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุไปแล้ว จึงทำให้โครงสร้างทางประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งในส่วนนี้จะกล่าวถึงโครงสร้างประชากร สถานการณ์ผู้สูงอายุและการพักอาศัย โครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัย” (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 และในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัย (aging society)” อย่างสมบูรณ์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะการเจริญพันธุ์ และภาวะการตายของประชากรได้ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย ซึ่งพบว่าในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาทั้งจำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลง ในขณะที่จำนวนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต กล่าวคือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากประมาณ 5 ล้านคนในปัจจุบันเป็นประมาณ 10 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุ จะเร็วกว่าประชากรโดยรวมทั้งหมด ดังจะเห็นได้จาก ระหว่างปี 2523 ถึงปี 2563 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 47 โดยเพิ่มจากจำนวน 2.5 ล้านคน (ร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด) ในปี พ.ศ. 2523 ไปเป็น 5.3 ล้านคน (ร้อยละ 8.7) ในปี 2543 คาดหมายว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคน (ร้อยละ 15.2) ในปี 2563 วลัยพร นันทศุภวัฒน์ (2551) สาเหตุของการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เป็นเพราะภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยสูงในอดีต ทำให้ประชากรในรุ่นที่เคยเป็นเด็ก ซึ่งเกิดมาเป็นจำนวนมากในอดีต ได้ค่อยๆ หายไปเข้าสู่วัยแรงงานและวัยสูงอายุในที่สุด และภาวะการมรณะที่ลดลง เนื่องจากเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้สามารถช่วยรักษาโรค

ร้ายแรง และโรคต่าง ๆ ได้ เมื่อประชาชนมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ประชากรในสังคมไทยจึงมีอายุมากขึ้นตามไปด้วย โดยเพศชายมีอายุเฉลี่ยประมาณ 71.3 ปี ขณะที่ เพศหญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 78.2 ปี จุฬารัตน์ แสงทอง (2560) ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

2.3 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ครอบคลุมแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE PROCEED Framework) และแนวคิดนโยบายและการจัดการองค์กร โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

2.3.1.1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model)

การสร้างเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ N.J. Pender (1987) ได้กล่าวไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง และจะต้องผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล และจะมีผลให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่ โดยมีผลในการเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง (Self Awareness) ความพึงพอใจ (Self Satisfaction) ความเพลิดเพลินและความยินดี นอกจากนี้ยังเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการกระทำของบุคคลที่บุคคลมุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นมากกว่า การโต้ตอบอิทธิพลที่คุกคามสุขภาพที่มาจากภาวะแวดล้อม ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นและรูปแบบที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) N. J. Pender (1996) โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy value theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าและการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งผลประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) โดยพฤติกรรมของ บุคคลจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอกจากการมี ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเพนเดอร์ N. J. Pender (1996) ได้มีการพัฒนาปรับปรุงจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเดิม N.J. Pender (1987) โดยอาศัยงานวิจัยที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาพิจารณา และเสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริม

สุขภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยในแต่ละด้านประกอบด้วย

(1) ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำที่แสดงออก การมีพฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน มโนทัศน์ของลักษณะและประสบการณ์แบ่งออกเป็น 2 มโนทัศน์ย่อย คือ

มโนทัศน์ย่อยที่ 1-1 ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Prior related behavior) เป็นประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลเคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นในอดีตซึ่งมีผลต่ออารมณ์หรือความคิดต่อพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ามีประสบการณ์ทางบวกบุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมนั้นอีก

มโนทัศน์ย่อยที่ 1-2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เพนเดอร์ได้ปรับปรุงแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพใหม่จากแบบจำลองเดิมที่นำเสนอในปี ค.ศ.1987 โดยแบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 หมวด คือ N. J. Pender (1996)

หมวดที่ 1 ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะหมดประจำเดือน สมรรถนะความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น

หมวดที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการให้ความหมายหรือความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง

หมวดที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีผลทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลโดยอ้อมผ่านปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

(2) ความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) การรับรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติหรือการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มโนทัศน์นี้ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ย่อยที่เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีโนทัศน์เหล่านี้จะเป็นแกนกลางในการที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ N. J. Pender (1996) ได้แก่

มโนทัศน์ย่อยที่ 2-1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceive benefits of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นจะมีประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร

มโนทัศน์ย่อยที่ 2-2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceive barriers to action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้ตนเองเกิดความยากลำบากหรือไม่สะดวกสบายอย่างไร

มโนทัศน์ย่อยที่ 2-3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น (Perceive self-efficacy) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้หรือเชื่อว่าตนเองจะกระทำสำเร็จ

มโนทัศน์ย่อยที่ 2-4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity - related affect) เป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือหลังการเกิดพฤติกรรม ความรู้สึกนี้จะเก็บไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ

มโนทัศน์ย่อยที่ 2-5 อิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยระหว่างบุคคลเป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ ทศนคติของผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการสุขภาพ อิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการมีบุคคลเป็นแบบอย่าง

มโนทัศน์ย่อยที่ 2-6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลจากสถานการณ์ประกอบด้วย การรับรู้ว่ามีข้อเสนอที่สามารถทำได้ การมีคุณลักษณะที่ต้องการ และปัจจัยแวดล้อมที่สร้างสุนทรีย์ในการปฏิบัติ

(3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ มโนทัศน์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย ดังนี้

มโนทัศน์ย่อย 3-1 คำมั่นสัญญาต่อแผนการกระทำ (Commitment to a plan of action) เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยทำให้คำมั่นสัญญาว่าจะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ล่วงและกำหนดกลวิธีในการกระทำ และให้การเสริมแรงต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มโนทัศน์ย่อย 3-2 ความชอบหรือความจำเป็นที่เกิดขึ้นทันที (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นๆที่เกิดขึ้นทันทีในจิตสำนึกของบุคคลก่อนที่จะวางแผนปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น จะไปออกกำลังกายแต่ระหว่างการเดินทางไปออกกำลังกายผ่านห้างสรรพสินค้าจึงตัดสินใจไปเดินซื้อสินค้าไม่ไปออกกำลังกาย เพราะชอบซื้อของมากกว่าการออกกำลังกาย หรือมีความจำเป็นไม่สามารถไปออกกำลังกายได้ เพราะจำเป็นต้องทำงานที่รับผิดชอบ

มโนทัศน์ย่อย 3-3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) เป็นความสามารถที่แท้จริงของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลในการส่งเสริมสุขภาพ N.J. Pender (1987) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำซึ่งเป็นจุดสุดท้ายในโมเดลการส่งเสริมสุขภาพ เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการบรรลุผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของ

แบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวก N. J. Pender (1996)

จะเห็นได้ว่าแบบจำลองดังกล่าว มุ่งเน้นการอธิบายปัจจัยที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมที่สร้างเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี ซึ่งบุคลากรและเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพในหลายสถานการณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของมนุษย์ ซึ่งหมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุกสูงสุด การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพในทุกๆ ด้านของชีวิต จะทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวกตลอดช่วงชีวิต N. J. Pender (1996)

2.3.1.2 กรอบแนวคิดการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE PROCEED Framework)

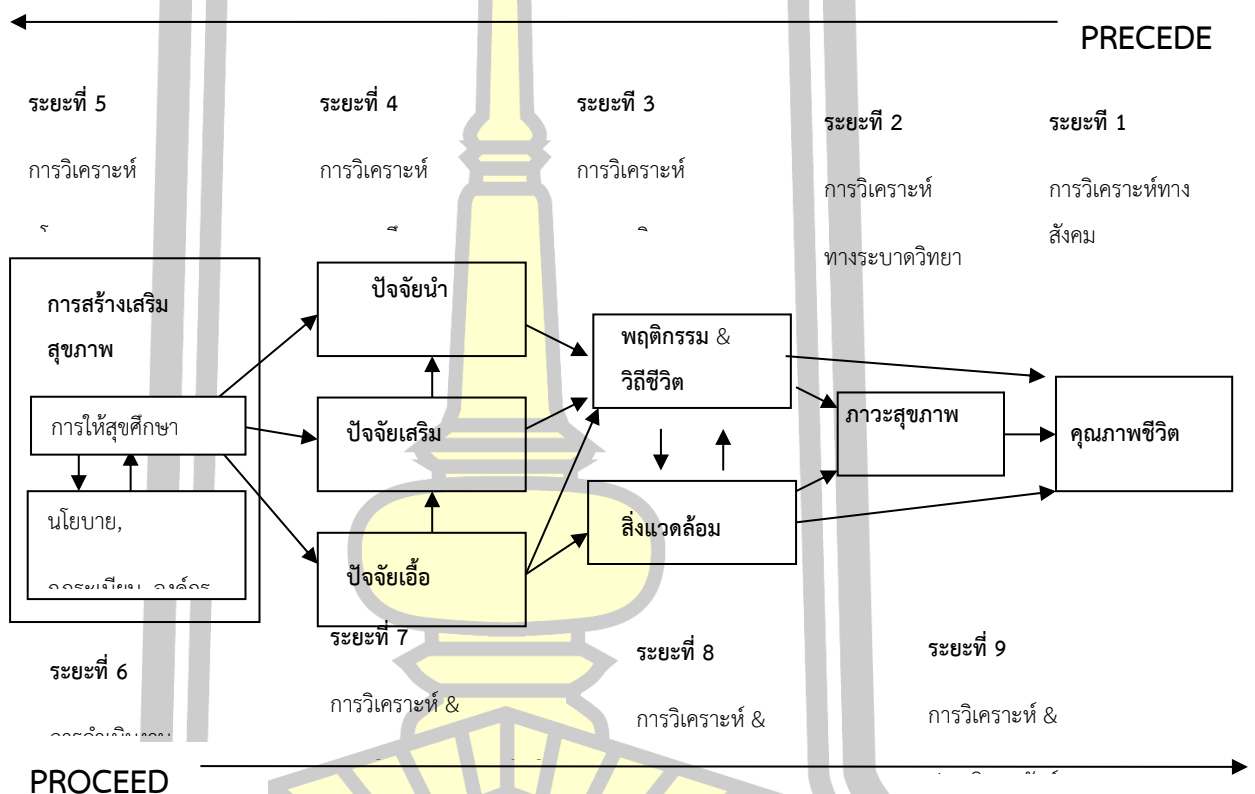
เป็นแบบจำลองที่ Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter และคณะได้พัฒนาขึ้น โดยที่ PRECEDE ถูกคิดค้นเมื่อปี ค.ศ. 1970 เป็นส่วนของการประเมินปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพ และ PROCEED ซึ่งเป็นส่วนของการวางแผนและพัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้รับการพัฒนาตามมาในช่วงต้นถึงกลางทศวรรษที่ 1980 แบบจำลองนี้ช่วยในการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (Outcomes) คือ การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ที่มักนิยมนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะช่วยในการวางกรอบเพื่อกำหนดกลวิธีดำเนินงานและการประเมินผล ครอบคลุมปัจจัยที่มีอิทธิพล หรือเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมต่างๆ

ข้อตกลงเบื้องต้นของกรอบแนวคิดในการใช้ PRECEDE - PROCEED Framework ในงานสร้างเสริมสุขภาพ สร้างขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ และ 2) สุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงมีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคม จำเป็นจะต้องใช้หลายวิธีการผสมผสานกัน

สาระและมโนทัศน์หลักของกรอบแนวคิดนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ PRECEDE ซึ่งเป็นส่วนของการประเมินปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการดำเนินการ 5 ระยะ และ PROCEED เป็นส่วนของการวางแผนและพัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ระยะ มีรายละเอียด ดังแผนภูมิที่ 1

ส่วนที่ 1 การวินิจฉัยปัญหาและประเมินความจำเป็น (Diagnostic phase)

เรียกกระบวนการส่วนนี้ว่า PRECEDE ซึ่งเป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational, Environmental Diagnosis and Evaluation ซึ่งเป็นกระบวนการวิเคราะห์ และวินิจฉัยปัญหาและหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมในองค์กรหรือพื้นที่ โดยเชื่อว่าสาเหตุเหล่านั้นมาจากหลายปัจจัย จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป



ภาพประกอบ 1 แผนภูมิ 1 The PRECEDE PROCEED Framework

ที่มา: ดัดแปลงจาก Green & Krueter, 2006

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social diagnosis or social assessment)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ปัญหาทางสังคมของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเด็ก กลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้บริโภคนั้น เป็นต้น ซึ่งสามารถทำได้โดยการศึกษาความต้องการ และความคาดหวังส่วนบุคคล รวมทั้งการศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนที่ประเมินนั้นจะบ่งชี้ถึงระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ดังเช่น การวิเคราะห์ทางสังคมของกรีน ในการวางแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ มุ่งวิเคราะห์ในประเด็น ผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการเจ็บป่วยของพนักงานในทรศณะของนายจ้าง ซึ่งจะมีผลต่อ

การลงทุนด้านสุขภาพสำหรับพนักงาน และประเมินความคิดเห็นของพนักงานในประเด็นด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตและการเห็นความสำคัญด้านสุขภาพ และความคาดหวังต่างๆ เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ทางวิทยาการระบาด (Epidemiological diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ถึงปัญหาทางระบาดวิทยาที่สำคัญของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย และการกระจายของโรคนั้นๆ การวิเคราะห์ในระยะนี้จะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการนำไป กำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการ รวมทั้งตัวชี้วัดที่สำคัญและลักษณะของตัวชี้วัด (Indicators) ได้อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and environment Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 และ 2 ได้แก่ สาเหตุทางพฤติกรรม เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม และสาเหตุที่มาจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น สภาวะเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องกับปัญหาและความเป็นไปได้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามลำดับก่อนและหลัง

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษาและองค์กร (Education and organization diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาด้านพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งให้เห็นว่าปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำหรืองดเว้นไม่กระทำพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ เจตคติ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความรู้สึกมั่นใจและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้ว ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ แล้ว จึงก่อเกิดเป็นความคิด ประกอบรวมไปกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือ 1) ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพ หรืออยู่ในอันตรายหากป่วยเป็นโรคแล้ว 2) ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของอันตรายของโรคที่จะเกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวดทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับหากปฏิบัติตามพฤติกรรม ซึ่งเป็นการประเมินผลตอบแทนว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้มีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ ที่บุคคลมีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่เป็นด้านบวก และด้านลบ ซึ่งจะส่งผลดีและผลเสียในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลง หรือทำให้สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง มีทั้งองค์ประกอบเกี่ยวกับบุคคล/กลุ่ม เช่น ทักษะใน

การปฏิบัติของบุคคลซึ่งจะช่วยให้แสดงพฤติกรรมนั้นๆ และองค์ประกอบด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรม และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ ความสะดวกด้านเวลา และ ค่าใช้จ่าย การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถในการเข้าถึง (Accessibility) ทรัพยากรหรือสิ่งจำเป็นในการปฏิบัตินั้นๆ รวมทั้งระยะทาง การมีสถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็น การมีทรัพยากรในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และติดตั้งอุปกรณ์ รวมไปถึงการให้ความสำคัญและความตั้งใจจริงของชุมชน/รัฐ เช่น การสนับสนุนเวลา การจัดพื้นที่เฉพาะ การจัดโครงการออกกำลังกาย การจัดแข่งขันกีฬา และการปฏิบัติตามนโยบายและมีข้อบังคับต่างๆ ของชุมชน หรือสถานประกอบการ เป็นต้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยกระตุ้นและจูงใจให้บุคคลปฏิบัติ และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเสมือนรางวัลหรือกำลังใจที่บุคคลได้รับ หรือข้อมูลป้อนกลับที่มาจากบุคคลอื่นซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุน หรือขัดขวางการปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมหลังจากบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่งๆ แล้ว ได้แก่ ได้รับข้อมูลป้อนกลับจากบุคคลต่างๆ เช่น เพื่อน นายจ้าง ผู้บริหารโรงงาน บุคลากรการแพทย์ นักสาธารณสุข ครู ผู้นำ

ชุมชน ผู้มีอำนาจตัดสินใจ นอกจากนี้ยังรวมถึง ความสนุกของการเข้าร่วมกิจกรรมและความไม่จำเจของโครงการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะการวิเคราะห์องค์ประกอบระยะที่ 1-4 นี้ สามารถช่วยให้ผู้วางแผนได้จัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ และนำไปสู่การพิจารณาเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม (Intervention) ซึ่งการตัดสินใจเลือกกิจกรรมจะขึ้นอยู่กับลำดับความสำคัญขององค์ประกอบและทรัพยากรที่มีอยู่และที่จะทำให้สามารถดำเนินการได้

ระยะที่ 5 การวิเคราะห์นโยบายและการบริหาร (Administrative and policy analysis)

เป็นระยะวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร/งบประมาณ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องขององค์กร/พื้นที่ที่อาจสนับสนุนหรือเป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรและด้านการบริหารเพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน เป็นการวิเคราะห์ทรัพยากรที่มีอยู่ที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์นโยบาย กฎระเบียบต่างๆ ขององค์กร/พื้นที่ ซึ่งจะส่งผลต่อสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพของคนในองค์กร/พื้นที่

ส่วนที่ 2 การวางแผนและพัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพ (Planning development)

ส่วนที่ 2 นี้จะเริ่มขึ้นเมื่อดำเนินการในส่วนที่ 1 เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ซึ่งส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development) ประกอบด้วย ระยะที่ 6-9 ซึ่งเป็นระยะดำเนินการตามแผนและประเมินผล

ระยะที่ 6 Implementation เป็นระยะดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการที่วางไว้ โดยอาจเป็นการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงนโยบาย กฎข้อบังคับ หรือการจัดโครงสร้างองค์กร

ระยะที่ 7 Process evaluation เป็นระยะทำการประเมินกระบวนการดำเนินงาน ตั้งแต่ความเหมาะสมด้านนโยบาย วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน บุคลากร ลักษณะการดำเนินงาน (Performance) คุณภาพของการดำเนินงานและการให้บริการ รวมทั้งประสบการณ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 8 Impact evaluation เป็นระยะทำการประเมินผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ของโครงการ อาทิเช่น การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของบุคคล/กลุ่ม ตลอดจนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 9 Outcome evaluation เป็นการประเมินผลตามเป้าหมายของโครงการที่วางไว้ (Ultimate goals) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมทั้งการได้รับประโยชน์ของชุมชนหลังการดำเนินโครงการ

การดำเนินงาน และการประเมินผล จะถูกกำหนดในโมเดล อยู่ในระยะที่ 6 7 8 และ 9 ตามลำดับ ในขั้นที่ 7 ขั้นที่ 8 และขั้นที่ 9 นั้น เป็นระยะที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลระดับต่างๆ ตามความจำเป็นและความเหมาะสม ซึ่งที่จริงแล้ว การประเมินผลนั้นเป็นกิจกรรมที่สอดแทรก และต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวางแผนของโมเดล

การนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นฐานคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและกลุ่มจะสามารถทำให้นักพัฒนาสุขภาพเข้าใจปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องได้ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถเสนอแนะหรือนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

2.3.1.3 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory)

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) ได้ให้ความหมายของหลักของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับการสนับสนุน”
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของหรือทางด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

เฮาส์ House อ่างใน Israel (1985) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย
2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

สมใจ โชติธรรพ์ (2550) ได้ศึกษาวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ สนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันเชิงลบ การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้ร้อยละ 44.5

2.4 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการประกาศกฎบัตรอตตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" (Health Promotion) หมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายผู้สูงอายุ (2562)

องค์ประกอบในการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ คือ การสร้างข้อตกลงร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น นโยบายไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ นโยบายสร้างคุณค่าผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมหรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีความเข้าใจกัน ชุมชน ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้สูงอายุนั่นเอง ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน เช่น ให้ความเคารพตักตัญญูทวดที่ต่อผู้สูงวัยปี ประเพณีรดน้ำดำหัว เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชน จะต้องมีการรวมตัว

กัน หรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

4. พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อ

5. ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุกๆ ด้าน

วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2557) ได้กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การพัฒนา การคงไว้ และการป้องกันการเสื่อมถอยของสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ อาหารและโภชนาการ อนามัย อากาศ อุจจาระ อารมณ์ การป้องกันอุบัติเหตุ และออกกำลังกาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.4.1 การบริโภคอาหารและโภชนาการ

2.4.2 อนามัย

2.4.3 อากาศ

2.4.4 การดูแลการขับถ่าย (อุจจาระ)

2.4.5 อารมณ์

2.4.6 การป้องกันอุบัติเหตุ

2.4.7 การออกกำลังกาย

2.4.1 การบริโภคอาหารและโภชนาการ

วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ที่ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ แต่ควรลดสารอาหารที่ให้พลังงานลง ได้แก่ ไขมันและคาร์โบไฮเดรต ส่วนอาหารประเภทโปรตีนควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลาและไข่ขาว นอกจากนี้ควรกินผักและถั่ว รวมทั้งผลไม้ให้มาก แต่ควรเป็นผลไม้ที่รสไม่หวานจัดจนเกินไป เพราะอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค

แนวทางในการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

(1) อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรกินอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ในปริมาณที่เพียงพอกับความ ต้องการให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

หมู่ที่ 1 โปรตีน

โปรตีนช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกาย ไขมันจากเนื้อสัตว์เป็นไขมันอิ่มตัวและมีโคเลสเตอรอล ซึ่งถ้าได้รับในปริมาณมากเกินไปจะมีผลให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้นได้ จึงควรกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่เป็ดไม่ติดหนัง ปลาที่มีไขมันน้อยจึงควรกินปลาเป็นประจำแต่ระวังก้างปลา ควรกินอาหารหมู่เนื้อสัตว์วันละประมาณ 9 ช้อนกินข้าว ดื่มนมจืดไขมันต่ำวันละ 1 - 2 แก้ว สำหรับไข่ ควรได้รับไข่ทั้งฟอง สัปดาห์ละ 3 - 4 ฟอง ไข่ขาวไม่มีไขมันกินได้ทุกวัน ส่วนถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น ถั่วเหลือง ถั่วแดง เต้าหู้ ควรได้รับวันละครึ่งถ้วย พรรณธร เจริญกุล (2555) ผู้สูงอายุต้องการสารอาหารโปรตีนประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือร้อยละ 10-12 ของพลังงานทั้งหมด วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558)

หมู่ที่ 2 คาร์โบไฮเดรต

อาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต เป็นอาหารที่ให้พลังงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ควรกินข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ หุงให้นุ่ม วันละประมาณ 8 ทัพพี จะได้รับทั้งวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหารด้วย อาจกินสลับกับแป้งชนิดอื่น เช่นขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว มันเทศ เผือก ขนมปัง ข้าวโพด วุ้นเส้น ฯลฯ แล้วลดปริมาณข้าวลง สำหรับน้ำตาลและขนมหวาน ควรจำกัดการกินให้น้อยลง เพราะจะทำให้ น้ำหนักตัวเกิน และ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้นได้ ไม่ควรกินน้ำตาลเกินวันละ 6 ช้อนชา พรรณธร เจริญกุล (2555) ควรได้รับปริมาณร้อยละ 55 -60 ของพลังงานทั้งหมด วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558)

หมู่ที่ 3 วิตามิน

ผักและผลไม้มีวิตามินช่วยบำรุงสุขภาพ มีความต้านทานโรค ผู้สูงอายุควรกินผักวันละ 4 - 6 ทัพพี โดยกินผักหลายชนิดสลับกันไป -ผักสีเขียว สีเหลือง สีม่วง สีแดง นอกจากนี้ยังได้รับใยอาหารซึ่งช่วยในการขับถ่าย และป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ พรรณธร เจริญกุล (2555) อาหารจำพวกผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่างๆ เช่น ฝรั่ง ส้ม มะละกอ แคนตาลูป แก้วมังกร ฯลฯ ควรลดผลไม้ที่มีรสหวานจัด วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558)

หมู่ที่ 4 เกลือแร่

ผู้สูงอายุควรได้รับเกลือแร่เพิ่มขึ้น คือ แคลเซียม ได้แก่ นม ถั่วต่างๆ ผักใบเขียว เนื้อสัตว์ ผลไม้ โปแตสเซียม ได้แก่ น้ำส้ม กล้วย ชาติเหล็ก ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ตับ งา สังกะสี ได้แก่ อารทะเล ไข่ ตับ เนื้อ และโครเมียม วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558)

หมู่ที่ 5 ไขมัน

ไขมันให้พลังงานแก่ร่างกาย และช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน ผู้สูงอายุควรเลือกใช้น้ำมันพืชชนิดไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ฯลฯ ในการปรุงประกอบอาหาร วันละประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว ซึ่งมี

ความอึดตัวสูง เนื่องจากทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้นได้ พรรณธร เจริญกุล (2555) ควรได้รับไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558)

(2) พลังงานที่ควรได้รับจากอาหาร

ความต้องการพลังงานจากอาหารของแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ เพศ น้ำหนักตัว กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกาย และภาวะของร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการพลังงานจากอาหารลดลง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารอื่นๆ ยังคงเท่าเดิม ข้อเสนอแนะจากกองโภชนาการ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรได้รับพลังงานวันละ 1600 กิโลแคลอรี สำหรับผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมที่ใช้แรงงานมากหรือออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ได้รับพลังงานมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป โดยรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

น้ำหนักตัวที่เหมาะสม

การมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมจะช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ไม่เจ็บป่วยง่าย การมีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วนไป จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น จึงควรลดน้ำหนักตัวลงโดยกินอาหารที่ใช้พลังงานลดลง แต่ไม่ควรต่ำกว่าวันละ 1200 กิโลแคลอรี และถ้ามีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ ควรได้รับพลังงานจากอาหารเพิ่มขึ้น

วิธีคำนวณหาน้ำหนักตัวที่เหมาะสม มีหลายวิธี ในที่นี้ขอเสนอวิธีคำนวณอย่างง่าย คือ

ผู้ชาย น้ำหนักตัวที่เหมาะสม = ส่วนสูง - 100 กิโลกรัม

ผู้หญิง น้ำหนักตัวที่เหมาะสม = ส่วนสูง - 110 กิโลกรัม

นอกจากน้ำหนักตัวแล้ว สิ่งที่ต้องดูแลควบคู่กันไปด้วยคือ รอบเอว เพราะการมีไขมันสะสมที่พุงมากเกินไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวานได้ง่าย

เกณฑ์ที่เหมาะสมของเส้นรอบเอว

ผู้หญิง รอบเอวไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว

ผู้ชาย รอบเอวไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว

(3) สารอาหารที่ควรได้รับ

นอกจากสารอาหารที่ให้พลังงานได้แก่ คาร์โบไฮเดรตจากกลุ่มข้าวแป้ง โปรตีน จากเนื้อสัตว์ นม ไข่ และไขมันจากพืชและสัตว์แล้ว ผู้สูงอายุควรได้รับวิตามิน และเกลือแร่ต่างๆ และน้ำให้เพียงพอ เนื่องจากการเผาผลาญและการดูดซึมอาหารลดลงวิตามินและเกลือแร่ที่มักพบว่าได้รับไม่เพียงพอได้แก่

- วิตามิน บี 1 บี 2 บี 6 บี 12 และโพแทสเซียม ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารที่มีวิตามินเหล่านี้ให้เพียงพอแหล่งอาหารที่มีมาก ได้แก่

วิตามิน	แหล่งอาหาร
วิตามิน บี 1	หมู ตับ ข้าวกล้อง ฯลฯ
วิตามิน บี 6	ตับ นม ไข่ ฯลฯ
วิตามิน บี 2	เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ฯลฯ
วิตามิน บี 12	เนื้อสัตว์ นม ไข่ เครื่องในสัตว์ ถั่วหมัก ฯลฯ
โฟเลต	ผักใบเขียว ผลไม้ ธัญพืช ถั่ว บร็อคโคลี่ ส้ม ฯลฯ

- วิตามิน อี วิตามินอี มีคุณสมบัติช่วยต้านอนุมูลอิสระ ช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง และมีการศึกษาพบว่าช่วยลดการเกิดต่อกระดูกได้ แหล่งอาหารที่มีมาก ได้แก่ น้ำมันพืช ถั่วเหลือง จมูกข้าวสาลี เป็นต้น

- วิตามินดี ช่วยรักษาสุขภาพของกระดูก มีมากในน้ำมันตับปลา และจากการได้รับแสงแดด

- วิตามินซี ช่วยรักษาสุขภาพผิว ป้องกันไม่ให้ผิวเหี่ยวแห้งเร็วเกินไป ช่วยให้เส้นเลือดไม่เปราะ และที่สำคัญคือช่วยในการดูดซึมของธาตุเหล็กด้วย อาหารที่มีวิตามินซีมาก ได้แก่ ผักสด ผลไม้สด เช่น ส้ม มะนาว ฝรั่ง มะเขือเทศ ฯลฯ

- แคลเซียม การได้รับแคลเซียมไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนทำให้กระดูกหักได้ง่าย จึงควรกินอาหารที่มีแคลเซียมให้เพียงพอ นมเป็นแหล่งที่ดีของแคลเซียม เพราะดูดซึมได้ดีกว่า นอกจากนี้ แคลเซียมยังมีใน เต้าหู้ ปลาตัวเล็ก กุ้งแห้ง ผักใบเขียว เป็นต้น

- เหล็ก การขาดธาตุเหล็กทำให้โลหิตจางได้ อาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ตับ ปลา ผักใบเขียว เป็นต้น และควรกินผักผลไม้ทุกวันเพื่อให้ได้วิตามินซีซึ่งช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก

- สังกะสี อาหารที่มีธาตุสังกะสีมากช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ ไข่ ตับ เนื้อสัตว์ อาหารทะเล ถั่วเปลือกแข็ง เช่น เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ ถั่วลิสง เป็นต้น

น้ำดื่ม

โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะรู้สึกกระหายน้ำลดลงและดื่มน้ำน้อยเพราะไม่อยากเข้าห้องน้ำบ่อย การได้รับน้ำน้อยจะทำให้ท้องผูก หรือมีปัญหาเกี่ยวกับไตได้ จึงควรดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ซึ่งอาจรวมน้ำจากอาหาร เช่น แองจืด ซุป น้ำผลไม้ ฯลฯ เพื่อสุขภาพที่ดีควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ กาแฟ

(4) หลักการจัดอาหาร

อาหารของผู้สูงอายุ ควรสะอาด มีลักษณะอ่อนนุ่ม ย่อยง่าย เคี้ยวง่าย มีไขมันน้อย อาหารที่เหนียว เช่น เนื้อสัตว์ ควรสับหรือหั่นชิ้นเล็ก ต้ม ตุ่น หรือเคี้ยวให้เปื่อยนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย การปรุงรสอาหารไม่เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัดอาหารควรอุ่นไม่เย็นจัด ควรแบ่งมื้ออาหารออกเป็นหลายมื้อ ปริมาณอาหาร 3 มื้อหลังไม่มากเกินไป

โรคที่พบในผู้สูงอายุและแนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการ

ปัญหาโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการควบคุมอาหารและปรับเปลี่ยน
บริโภคนิสัยสามารถช่วยในการรักษา บรรเทาและป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ โรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคความ
ดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเก๊าท์ โรคมะเร็ง เป็นต้น

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดเนื่องจากตับอ่อน
ผลิตอินซูลินไม่พอทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติถ้าน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นานๆ
มักมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น ตาบอดจากโรคต่อกระจก ภาวะไตวาย เป็นต้น

แนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการ

1. รับประทานอาหารที่หลากหลายในแต่ละวันให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. รับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ไม่งดมื้อใดมื้อหนึ่ง ไม่รับประทานจุบจิบ
3. รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ต้ม นึ่ง ไขมันต่ำ
4. รับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ผักต่างๆ เลือกรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัดแทนขนมหวาน
5. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก อาหารทอดใช้น้ำมันปริมาณพอเหมาะในการปรุงประกอบอาหาร เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น
6. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

โรคความดันโลหิตสูง

โดยทั่วไปค่าของความดันโลหิตอาจเปลี่ยนแปลงได้เป็นครั้งคราวตามสภาพอากาศ
สิ่งแวดล้อม แล้วจะกลับสู่ภาวะปกติ เพื่อสุขภาพที่ดีควรมีความดันโลหิต ไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตร
ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางปฏิบัติทางด้านโภชนาการ

1. รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายชนิด โดยรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. รับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย โดยเลือกอาหารประเภท ต้มจืด ต้มยำ แกงส้ม แกงเลียง ยำ ตู๋น รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและหนัง ต้ม นึ่ง พรองไขมัน หลีกเลี่ยงอาหารทอดและจัดที่ใช้น้ำมันมาก แกงกะทิ ขนมเค้ก พายัพ
3. รับประทานผักเพิ่มขึ้น รับประทานผลไม้ทุกวัน การรับประทานผัก และผลไม้เป็นประจำ ช่วยให้ได้รับโปแตสเซียม ซึ่งทำให้เส้นเลือดคลายตัว ช่วยป้องกันและรักษาภาวะความดัน

โลหิตสูงได้ และทดแทนการสูญเสียโปแตสเซียมในปัสสาวะในผู้ที่กินยาขับปัสสาวะ ผักผลไม้ที่มีโปแตสเซียมมากได้แก่ใบชี่เหล็กชะอม เห็ด ดอกกะหล่ำ กัลยัม ส้ม ขนุน มะละกอสุก เป็นต้น

4. หลีกเลียงอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก เกลือโซเดียมทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น ฉะนั้นในการปรุงประกอบอาหาร จึงควรจำกัดเกลือและเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ปรุงรสเค็มอ่อนๆ ใช้รสเปรี้ยว เผ็ดหวานเล็กน้อยช่วย ใช้สมุนไพรไทย เช่น ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ใบกะเพรา สารระเหย มะนาวในการปรุงประกอบอาหาร และหลีกเลียงอาหารดังต่อไปนี้

- อาหารดองเค็ม อาหารแห้งเช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม เต้าหู้ยี้ ผักกาดดอง ผลไม้ ดอง
- เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก แฮม เบคอน กุนเชียง
- อาหารซองสำเร็จรูป เช่น บะหมี่สำเร็จรูป โจ๊กซอง ขนมกรุบกรอบ
- ชุปก้อน ชุปผง ผงชูรส

โรคหัวใจ และ หลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแข็งและตีบตัน ภาวะหลอดเลือดแข็งเกิดจากการสะสมของไขมัน โปรตีนหรือหินปูนในผนังหลอดเลือด มีผลทำให้เกิดการตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น หรือเปราะบาง ถ้าเกิดที่หลอดเลือดหัวใจ จะทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง มีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย เสียชีวิตได้ ถ้าเกิดที่หลอดเลือดได้ทำให้ไตเสื่อม ไตวาย หรือเกิดที่หลอดเลือดสมอง จะมีผลให้เนื้อสมองตาย เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต

แนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการ

1. รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายชนิด โดยรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. รับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย โดยปฏิบัติดังนี้
 - เลือกรับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมันไม่ติดหนัง หลีกเลียงเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ เบคอน เป็นต้น
 - ใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวปริมาณพอเหมาะสลับกันในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ฯลฯ
 - หลีกเลียงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง โคลเลสเตอรอลสูง โดยรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและหนัง ต้มนมพว่องไขมัน ลดอาหารที่มีส่วนประกอบของเนยเทียม เนยแท้ เช่น ขนมเค้ก พาย พัฟ ฯลฯ

3. รับประทานอาหารที่มีใยอาหารมากโดยรับประทานข้าวกล้อง รับประทานผักเพิ่มขึ้น ทั้งผักสุก ผักสด รับประทานถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียวรับประทานผลไม้ในปริมาณพอเหมาะทุกวัน จะช่วยลดการดูดซึมไขมันเข้าสู่ร่างกาย ป้องกันท้องผูก และลดการเกิดโรคหัวใจได้

4. เลือกอาหารที่ปรุงรสเค็มอ่อนๆ ชิมอาหารก่อนปรุง หลีกเลี่ยงอาหารที่เค็มจัดอาหารที่ถนอมด้วยเกลือ เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง ปรุงรสอาหารด้วยรสเปรี้ยว เผ็ดและหวานน้อย ใช้พืชผักสมุนไพรในการปรุงรสอาหารให้มีกลิ่นหอมน่ากิน เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ ใบกะเพรา ฯลฯ

โรคเก๊าท์

โรคเก๊าท์ เป็นโรคข้ออักเสบที่เกิดจากการที่ร่างกายมีระดับกรดยูริกในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งจะกลายเป็นผลึกยูเรต สะสมอยู่ที่ข้อกระดูก เยื่ออ่อนของข้อต่อ และเส้นเอ็นทำให้ข้อกระดูกเสื่อม จะมีอาการปวด บวม ตามข้อต่าง ๆ

กรดยูริกในร่างกายคน มาจาก 2 แหล่ง คือ ได้รับสารพิวรีนจากอาหาร ซึ่งในขบวนการย่อยจะสลายเป็นกรดยูริก อีกทางหนึ่งมาจากร่างกายสังเคราะห์ขึ้นเอง

แนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการ

1. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่โดยรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม อย่าให้อ้วน เนื่องจากความอ้วนทำให้อาการข้ออักเสบรุนแรงขึ้น
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลมาก เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลมาก ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง มีผลให้ร่างกายขับถ่ายกรดยูริกได้น้อยลง
3. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ เพราะการเผาผลาญแอลกอฮอล์ทำให้เกิดกรดแลคติกขึ้นทำให้เกิดการสะสมของแลคเตตในร่างกายซึ่งมีผลทำให้ร่างกายขับกรดยูริกได้น้อยลง
4. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารพิวรีนสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่ปลา เป็ด ไก่ ห่าน หอย ปลา ดุก ปลาไส้ตัน ปลาซาร์ดีนกระป๋อง น้ำต้มกระดูก น้ำซุปรต่างๆ ยีสต์ เห็ด กระถิน ชะอม กะปิ ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ เช่น ถั่วแดงถั่วดำ ถั่วเขียว ถั่วเหลือง เป็นต้น
5. ดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพื่อช่วยในการขับถ่ายกรดยูริกและป้องกันการเกิดนิ่วในไต

โรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง เป็นโรคร้ายแรงและเรื้อรัง อาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนทำให้เกิดโรค เช่นการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเป็นประจำ การใช้น้ำมันทอดซ้ำ การรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ไหม้

แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย เพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วนและลดโอกาสการได้รับสารพิษ หรือสารก่อมะเร็งในปริมาณสูงจนเป็นโทษต่อร่างกาย และรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม

2. เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อยรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำโดยรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและหนังให้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวปริมาณพอเหมาะในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น
3. รับประทานอาหารที่มีโปรตีนที่มีคุณภาพดีให้เพียงพอ โดยรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ต้มมันฝรั่งมันเนย เพื่อให้ร่างกายมีภูมิต้านทานโรค
4. รับประทานผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น รับประทานข้าวกล้องและถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ เป็นประจำ เพราะมีสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง
5. รับประทานอาหารสดใหม่ สุก สะอาด และถูกสุขลักษณะ ไม่มีสารเคมี และเชื้อรา
6. ไม่ควรรับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่ถนอมด้วยการเติมเกลือและสารเคมีเป็นประจำ ได้แก่ ปลาาร้า ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไส้กรอก แหนม เป็นต้น
7. หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงกึ่งสุก กึ่งดิบ เช่น ลาบ ก้อย เนื่องจากพยาธิในอาหารทำให้เกิดมะเร็งตับได้
8. ควรปรับเปลี่ยนหมุนเวียนวิธีการประกอบอาหาร และปรุงอาหารอย่างถูกวิธีด้วยวิธีต้ม นึ่ง ตุ่น อบ และจัดโดยใช้ไขมันปริมาณน้อย หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่ย่าง รมควัน ทอดไหม้เกรียม และใช้น้ำมันทอดซ้ำหลายครั้ง
9. ดื่มน้ำสะอาด วันละ 8 - 10 แก้ว
10. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่

2.4.2 อนามัย

การดูแลความสะอาดของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ก็จะช่วยขจัดสิ่งสกปรกและเป็นการป้องกันการเกิดโรค ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้นจนทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลงตัวอย่างเช่นการล้างมือก่อนการรับประทานอาหารจะช่วยลดอัตราการเกิดท้องเสีย การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จะช่วยลดอัตราการเป็นรังแคของหนังศีรษะ การรักษอนามัยในช่องปากจะทำให้ฟัน เหงือก และสภาพช่องปากแข็งแรงสมบูรณ์ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อราที่ผิวหนังได้ เป็นต้น ดังนั้น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลให้ผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ของผู้สูงอายุได้

การดูแลสุขอนามัยของผู้สูงอายุ ปฏิบัติดังนี้

1. การดูแลให้ผู้สูงอายุ ล้างมืออย่างถูกวิธีก่อนการรับประทานอาหาร และหลังสัมผัสสิ่งสกปรก จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้

2. สนับสนุนหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างดีเสมอ เช่น การอาบน้ำ การดูแลเล็บ ฟัน ปาก และฟัน เป็นต้น รวมทั้งดูแลรักษาความสะอาดเครื่องใช้ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค

3. ควรหมั่นตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายของผู้สูงอายุที่อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรค เช่น น้ำหนักตัว การวัดรอบเอว และการหาน้ำหนักตัวที่เหมาะสมได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ค่าปกติ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม / ตารางเมตร

การอ่านค่าดัชนีมวลกาย

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (กก. / ม²)

≤ 18.5 → น้ำหนักน้อย/ผอม

18.5 – 22.9 → น้ำหนักปกติ

23.0 – 24.9 → น้ำหนักเกิน/รูปร่างท้วม

25.0 – 29.9 → อ้วนระดับ 1

≥ 30.0 → อ้วนระดับ 2

ตัวอย่าง นางนวล มีน้ำหนัก 75 กิโลกรัม สูง 175 เซนติเมตร (1.75 เมตร)

$$\begin{aligned} \text{ดัชนีมวลกาย} &= \frac{\text{น้ำหนัก (กก.)}}{\text{ส่วนสูง (ม.)}^2} \\ &= \frac{75}{(1.75)^2} \\ &= 24.48 \text{ กิโลกรัม/ตารางเมตร} \end{aligned}$$

ดังนั้น นางนวล มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ น้ำหนักเกิน/รูปร่างท้วม

การวัดรอบเอว

การวัดรอบเอวเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพว่ามีปริมาณไขมันสะสมบริเวณช่องท้อง (พุง) มากกว่าปกติหรือไม่ ตำแหน่งที่ไขมันสะสมมีส่วนทำลายการพยากรณ์โรค กล่าวคือถ้าตำแหน่งที่ไขมันสะสมอยู่รอบเอวจะเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ที่สามมามากกว่าไขมันสะสมที่สะโพก จากการศึกษาพบว่า รอบเอวที่เกินปกติจะทำให้เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพโดยทุก 5 เซนติเมตร ที่เพิ่มขึ้นโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดหัวใจและไขมันในเลือดสูง

รอบเอวปกติ ผู้หญิง ไม่เกิน 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว)

ผู้ชาย ไม่เกิน 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว)

การวัดรอบเอวที่ถูกต้อง

- 1) ให้ผู้สูงอายุยืนตัวตรง
- 2) วัดรอบเอว โดยวัดผ่านสะดือ
- 3) ให้สายวัดอยู่แนบ1 ลำตัว ไม่รัดแน่น วัดในช่วงหายใจออก
- 4) ตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกปี เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้

ผลเลือดปกติ

ระดับน้ำตาล ต่ำกว่า 100 มก. / ดล.

โคเลสเตอรอล ต่ำกว่า 200 มก. / ดล.

LDL โคเลสเตอรอล ต่ำกว่า 130 มก. / ดล.

HDL โคเลสเตอรอล มากกว่า 50 มก. / ดล.

ไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่า 150 มก. / ดล.

- 5) งดการบริโภคหรือเสพสารพิษต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย เช่น สารเสพติด บุหรี่ สุรา หรือ ยาต่างๆ ที่ไม่จำเป็น

2.4.3 อากาศ

อากาศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนเรามีอายุยืนยาว ในอากาศมีออกซิเจนเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากสำหรับร่างกาย ถ้าร่างกายขาดออกซิเจน จะทำให้ช่วยเป็นโรคต่างๆ และถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ซึ่งมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่าในวัยหนุ่มสาว การดูแลให้ผู้สูงอายุอยู่ในสถานที่ที่มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสม บรรยากาศร่มรื่น อากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงการอยู่ในอากาศที่เต็มไปด้วยมลพิษและฝุ่นละออง ควันบุหรี่ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การหายใจ คือ การสูดเอาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ร่างกาย และดึงเอาคาร์บอนไดออกไซด์และของเสียออกจากร่างกาย ปกติเราหายใจเอาอากาศเข้าไปในปอดเพียงครั้งลิตรเท่านั้น แต่ความจุของปอดมีประมาณ 2 ลิตรครึ่ง ถึง 4 ลิตร การดูแลให้ผู้สูงอายุหายใจอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงทั่วร่างกายอย่างเพียงพอ ซึ่งต้องดูแลให้ผู้สูงอายุหายใจเอาอากาศเข้าปอดให้ปอดขยายตัวมากที่สุด โดยจะสังเกตได้จากเวลาหายใจเข้า ท้องจะป่องเนื่องจากกระบังลมเคลื่อนตัวลงในขณะที่ปอดจะพองเต็มที่ อากาศจะเข้าไปในปอด ส่วนเวลาหายใจออกท้องจะแฟบกระบังลมจะดันขึ้นให้ปอดเอาอากาศออกมา

การดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถฝึกหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์ช่วยทำให้ปอดผู้สูงอายุแข็งแรงซึ่งสามารถฝึกได้โดยสูดหายใจยาวๆ เข้าทางจมูก จากนั้นกลั้นไว้ให้นานที่สุด เท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ ซึ่งช่วงเวลานี้ออกซิเจนจากอากาศที่เราหายใจเข้าไปจะถูกแลกเปลี่ยนที่

ถูกลมปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แล้วจึงค่อยหายใจเอาอากาศที่มีคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากปอด โดยหายใจออกยาวๆ ทั้งทางปากและ จมูก

นอกจากการฝึกหายใจที่ถูกต้องแล้ว ผู้สูงอายุควรเลือกอยู่ในอากาศที่บริสุทธิ์ เพื่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว พร้อม ๆ กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

2.4.4 การดูแลการขับถ่าย (อุจจาระ)

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพของระบบย่อยอาหารย่อมเสื่อมลงตามอายุ เริ่มตั้งแต่ความอยากอาหารลดลงโดยธรรมชาติของวัย สุขภาพของเหงือก และฟันไม่ดีทำให้เคี้ยวอาหารที่มีกากไม่ได้ การบีบตัวของกระเพาะอาหาร และลำไส้เพื่อขับเคลื่อนอาหารออกจากกระเพาะน้อยลง ทำให้การเดินทางของอาหารจากกระเพาะอาหารลงไปถึงลำไส้ใหญ่ใช้เวลานานขึ้น จึงต้องใช้เวลาหลายวันที่จะสะสมกากอาหารในลำไส้ใหญ่ให้มากพอที่จะให้ลำไส้ใหญ่บีบรัดตัวขับถ่ายออกทางทวารหนัก พฤติกรรมการรับประทานอาหารและดื่มน้ำในแต่ละวันน้อยลง ทำให้อุจจาระหยาบแข็งขึ้น นอกจากนั้นการขาดการออกกำลังกายของผู้สูงอายุก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุถ่ายอุจจาระลำบาก ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดท้องผูก มีดังนี้

1. ควรแนะนำหรือจัดทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีกากมากทุกวันได้แก่ ผัก ผลไม้ ข้าวไม่ขัดสี (ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวแดง) ข้าวโพด ลูกเดือย เป็นต้น
2. ดูแลให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำมากๆ วันละ 6 - 8 แก้ว การให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำอุ่นจะสามารถกระตุ้นการขับถ่ายได้
3. สนับสนุนหรือส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การทำงานของกระเพาะอาหาร ลำไส้มีประสิทธิภาพดีขึ้น
4. แนะนำให้ฝึกนิสัยการขับถ่ายให้เป็นเวลา เพื่อเป็นการฝึกหัดการทำงานของลำไส้และการขับถ่ายอย่างต่อเนื่อง
5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการให้ยาระบายเป็นประจำ เนื่องจากจะทำให้กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้ อัตโนมัตินี้เสียไป
6. ควรงดการให้เครื่องดื่ม อาหาร หรือยาที่ทำให้ท้องผูกได้แก่ กาแฟ ชา ยารักษาแผลในกระเพาะอาหารบางชนิดที่ทำให้ท้องผูก

2.4.5 การป้องกันอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าสามารถเกิดขึ้น ได้ตลอดเวลา อุบัติเหตุสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในบ้านและนอกบ้านซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการตลอดชีวิตได้ อุบัติเหตุจึงเป็นเรื่องที่ต้องระวังอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ

อุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ล้ม กระแทก ตกบันได ตกเตียง ตกรถเข็น น้ำร้อนลวก สำลัก สาเหตุที่สำคัญเกิดจาก ลื่น สะดุด การทรงตัวไม่ดี รองเท้าลื่น เหยียบพื้นลื่น มองไม่เห็น

เรื่องที่ต้องระวังจากการล้ม เช่น ตกบันได พกข้าว เจ็บ แผล หัวแตก ข้อเคล็ด กระดูกหัก เลือดออกในสมอง อัมพาต เสียชีวิต

การป้องกันอุบัติเหตุ

(1) ตัวผู้สูงอายุ การทรงตัวไม่ดี เดินเซ ยืนไม่เต็มสองเท้า ยกเท้าไม่พ้นพื้น หูตึง สับสน เวลาได้ยินเสียงดังหลายๆ เรื่อง ชอบสวมรองเท้าแตะ ชอบเอื้อมหยิบของที่อยู่ไกล สายตาไม่ดี สิ่งเหล่านี้ล้วนเกิดจากตัวผู้สูงอายุเองทั้งสิ้นที่ต้องระมัดระวังและป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองให้มากยิ่งขึ้นโดยต้องมีอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นๆ ได้ ซึ่งผู้ดูแลต้องเข้าใจสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ คอยดูแลให้ความช่วยเหลือใกล้ชิดและปรับสภาพสิ่งแวดล้อมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุแก่ผู้สูงอายุ

(2) สิ่งแวดล้อม การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เช่น

2.1 บ้าน ควรเป็นบ้านชั้นเดียว อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ ไม่ควรมီးธรณีประตู ประตูบานกว้างมากกว่าหนึ่งเมตรเพื่อรถเข็นผ่านได้ ใช้ประตูบานเลื่อนปลอดภัยกว่าประตูบานพับ บันไดกว้างพอที่จะวางเท้าได้เต็มสองเท้าเวลาขึ้นลงบันได และมีราวบันไดจับทั้งสองข้าง ให้ทางลาดแทนบันไดเตี้ย ๆ และมีราวจับจะเดินได้สะดวกในผู้ที่มีเขาเสื่อม

2.2 ห้องรับแขกหรือห้องนั่งเล่น ควรมีพื้นที่กลางห้องกว้าง ไม่มีสิ่งกีดขวาง เก้าอี้ควรอยู่ติดผนังมีโต๊ะวางของเล็กชิ้นเก้าอี้ทุกสองตัว ไม่ควรปูพรมหรือเสื่อที่อาจทำให้สะดุดหรือลื่นได้

2.3 ห้องน้ำ ประตูห้องน้ำควรกว้างมากกว่าหนึ่งเมตรใช้รถเข็นผ่านได้ พื้นห้องน้ำควรต่ำกว่าห้องนอนเล็กน้อยทำแบบลาดเอียงไม่มีธรณีประตู ไม่ทำเป็นขั้น ผ้าเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำควรเป็นแบบไม่ลื่น มีราวที่แข็งแรงติดกับผนังห้องน้ำให้จับทั้งสองข้าง ห้องน้ำควรกว้างพอที่รถเข็นจะหมุนกลับรถได้ ส้วมควรสูงพอดี เวลานั่งวางเท้าราบบนพื้นพอดี ถ้าส้วมเตี้ยจะหย่อนตัวนั่ง-ลุกลำบาก มีราวให้จับทั้งสองข้าง อ่างอยู่ในระดับแปรงฟันได้ รถเข็นเข้าได้อย่างในระดับออกชิตอ่างได้ พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น ควรปูพื้นกันลื่นด้วย มีที่อาบน้ำถาวร ก๊อกน้ำใช้แบบคันโยกดีกว่าชนิดหมุนบิด

2.4 ห้องนอน ควรมีห้องน้ำอยู่ในห้องนอนหรือใกล้ห้องน้ำ ตั้งเตียงไว้ที่มุมหนึ่งของห้อง เหลือพื้นที่กลางห้องให้มากๆ เตียงควรสูงพอที่เวลานั่งเท้ายันพื้นได้ ไม่วางของเกะกะ ไม่ควรปูพรม เสื่อ ผ้าเช็ดเท้าหน้าเตียง ติดไฟที่จะมองเห็นเวลาเข้าห้องน้ำแต่แสงจะต้องไม่รบกวนการนอน

2.5 คริว มีที่นั่งทำคริวและล้างจานได้สะดวก ที่เก็บอุปกรณ์ควรหยิบง่ายไม่ต้องเขย่งหรือตมหรือยong ๆ ค้นหา ใช้เตาไฟฟ้าปลอดภัยกว่าให้เตาแก๊ส พื้นคริวต้องไม่ลื่น

2.6 เฟอร์นิเจอร์ เฟอร์นิเจอร์ทุกชนิดไม่ควรมีมุมแหลม เฟอร์นิเจอร์ควรมีที่กว้างพอที่จะนำรถเข็นมาจอดเทียบข้างได้

ข้อเตือนใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ

- ให้ผู้สูงอายุสวมรองเท้าที่พอดีเท้า ไม่หลุดง่าย พื้นไม่ลื่น

- ถ้าผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดี ควรใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน
- สมควรให้ผู้สูงอายุแต่งกายรุ่มร่ามหรือไม่แต่งกายในห้องน้ำที่พื้นเปียก
- ไม่ควรให้ผู้สูงอายุยกของหนัก การเคลื่อนย้ายของควรใช้รถลากและไม่หนักมาก
- ไม่ควรให้ผู้สูงอายุถือของร้อนจัด เนื่องจากอาจถูกของร้อน ลวกหรือหกราด
- ระวัง การรับประทานยาผิด การรับประทานยาซ้ำในผู้สูงอายุ
- ระวัง การรับประทานอาหารในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาโรคและอาหารร้อน

2.4.6 อารมณ์

อารมณ์ดี มีสุข สิ่งที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เช่น ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลรอบข้าง สภาพแวดล้อม ความคาดหวังของผู้สูงอายุ ความตระหนักในคุณค่าของตัวเอง ผู้สูงอายุ ความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว ความไม่มั่นคงทางการเงิน สุขภาพผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ความเข้าใจจากใจ จากการมีเวลาว่างมาก

แนวทางการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอารมณ์ดีและมีสุข

1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง ตระหนักในคุณค่าของตนเอง พบปะเพื่อนฝูงหรือเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ การไม่ทำกิจกรรมใดไม่ผลให้หลงลืมและสมองเสื่อมเร็วขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยป้องกันสมองเสื่อมได้ด้วย

อารมณ์เป็นสิ่งกระตุ้นคนเราให้เกิดการเคลื่อนไหวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีอารมณ์สดชื่น รื่นเริง เพลิดเพลินใจ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวด้วยใจที่เปิดบาน เป็นผู้สูงอายุที่มีสังคมไปพบปะเพื่อนฝูงพูดคุย เล่านิทานให้ลูกหลานฟัง หรือแม้แต่การนึกย้อนกลับไปว่าอะไร คือสิ่งที่ทำให้วอดกังวลหรือเป็นห่วงแล้วจะแก้ปัญหาอย่างไรไม่ให้ตัวเองเครียดโดยออกไปทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุถนัดหรือมีความสนใจ ก็จะช่วยให้ชีวิตเต็มไปด้วยความสุขมากยิ่งขึ้น

2. ผู้ดูแล ควรเข้าใจสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ พยายามอย่าต่อปากต่อคำกับผู้สูงอายุ เมื่อต้องทำในสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่ชอบ ควรให้เหตุผลทุกครั้ง เป็นผู้ฟังที่ดี พูดน้อย ฟังมาก มีคำพูดที่ให้ขวัญกำลังใจผู้สูงอายุ เช่น การชื่นชม การชมเชย เป็นต้น ทำทางที่ผู้ดูแลควรแสดงออกต่อผู้สูงอายุ ควรมีท่าทางที่แสดงว่ามีความสุข แสดงความเต็มใจ ใส่ใจ นม่นวล ไม่ประชดประชัน กระทบท กระแทก ตูถูกตู่หมิ่น พรรณธร เจริญกุล (2555)

2.4.7 การออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุจำนวนมากมีร่างกายที่อ่อนแอ เนื่องจากมีภาวะการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงไปด้วยระบบการไหลเวียนของโลหิตอันประกอบด้วยหัวใจปอด และหลอดเลือด เสื่อมถอยลง ซึ่งการออก

กำลังกายอย่างถูกต้องและอยู่ในควบคุมก็จะช่วยป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน และโรคอ้วน รวมทั้งยังช่วยลดโคเลสเตอรอล ลดน้ำตาลในกระแสเลือดได้ การออกกำลังกาย จึงเปรียบเสมือนการให้ยารักษาโรคถ้าให้ยาแรงเกินไปโรคอาจจะหายเร็ว แต่โทษของยาต่อร่างกายจะมากและรุนแรงได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าอ่อนเกินไปก็อาจจะไม่หาย ดังนั้นจึงควรเลือกการออกกำลังกายแบบสายกลางซึ่งการออกกำลังกายของแต่ละคนนั้นไม่จำเป็นต้องเหมือนกันเสมอไป

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลควรรู้จักแนะนำหรือเลือกชนิดการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยคำนึงถึง อายุ เพศ และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุด้วยเช่น ผู้สูงอายุที่มีอายุมากอาจให้ออกกำลังกายโดยการยืนแกว่งแขน รำมวยจีน หรือเดินส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการปวดต่างๆ อาจให้ออกกำลังกายด้วยการว่ายน้ำ เดินในสระ ว่ายน้ำ รำมวยจีน เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการป้องกันโรคและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้สูงอายุได้

หน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการออกกำลังกาย ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในการออกกำลังกาย แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สังเกตอาการของผู้สูงอายุขณะที่กำลังออกกำลังกาย เช่นมีอาการเหนื่อยหอบกว่าภาวะปกติหรือไม่ ขณะออกกำลังกายมีอาการหน้าซีดมือเย็นหรือไม่ คอยหมั่นตรวจอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อไม่ให้เกินค่ามาตรฐาน เป็นต้น ดูแลความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุขณะที่กำลังออกกำลังกาย

การบริหารร่างกาย

หลักการบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ

1. การบริหารร่างกายเป็นหนึ่งทางเลือกที่จะใช้ในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุได้
2. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาที โดยแบ่งเป็นช่วงอบอุ่นร่างกายรวมถึงยืดกล้ามเนื้อประมาณ 5 - 10 นาที และช่วงออกกำลังกายด้วยท่าออกกำลังกาย ประมาณ 10 - 15 นาที และช่วงกลับสู่สภาพปกติประมาณ 5-10 นาที เวลาในช่วงต่างๆ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม
3. ความบ่อยหรือความถี่ในการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 วันหรือออกกำลังกายวันเว้นวันหรือร่างกายปรับสภาพได้แล้วก็เพิ่มเป็น 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน 5 ครั้งต่อสัปดาห์
4. ความก้าวหน้าในการออกกำลังกาย ควรเริ่มต้นด้วยจำนวนน้อยก่อนแล้วจึงค่อยๆ เพิ่มความหนักและจำนวนขึ้นตาม
5. ขณะออกกำลังกายถ้ามีอาการปวดตามร่างกายหรือตามข้อต่อต่างๆ ควรหยุดการออกกำลังกายและควรปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

1. เพื่อเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ช่วยทำให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้นาน ขึ้น
2. เพื่อกระตุ้นการเต้นของหัวใจ การหายใจ การไหลเวียนเลือด ช่วยในการป้องกันและควบคุมโรคบางโรคได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

3. เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น

4. เพื่อการทรงตัว ช่วยป้องกันการหกล้ม

5. เพื่อยืดกล้ามเนื้อทำให้แขนขาเคลื่อนไหวได้คล่องขึ้น

6. ช่วยให้จิตใจแจ่มใส ช่วยผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลได้

ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีอายุมาก อาจปรับเปลี่ยนจากการบริหารร่างกายด้วยท่าต่าง ๆ เป็นการออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นๆ ที่เหมาะกับตนเองได้ เช่น การเดิน การว่ายน้ำ การรำมวยจีน เป็นต้น และควรมีผู้ดูแลยืนใกล้ๆ ผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน การล้มที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2. ขณะออกกำลังกายหากผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะ มึนงงควรหยุดพัก

3. ขณะออกกำลังกายหากผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อย ผู้ดูแลควรจับชีพจรของผู้สูงอายุ ถ้าชีพจรมีอัตราเร็วมากเกินไปที่กำหนดในตารางควรให้ผู้สูงอายุหยุดพักการออกกำลังกายและถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นหรืออัตราการเต้นของชีพจรไม่ลดลง ควรพาผู้สูงอายุพบแพทย์ พรรณธร เจริญกุล (2555)

2.5 สถานสงเคราะห์

สถานสงเคราะห์ที่ให้บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ ที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐ มี 2 ประเภท คือ

2.5.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีจำนวนทั้งสิ้น 12 แห่ง ซึ่งกระจายอยู่ทั้งในส่วนกลาง (กรุงเทพมหานคร 1 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค) และส่วนภูมิภาค ซึ่งกระจายอยู่ในภาคต่างๆ ทั้งภาคเหนือ (2 แห่ง) ภาคกลาง (2 แห่ง) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3 แห่ง) ภาคตะวันออก (1 แห่ง) และภาคใต้ (3 แห่ง) ภาคเหนือ มีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.ลำปาง และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปรกรณ์เชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ภาคกลาง มีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.ปทุมธานี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.ขอนแก่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์ และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.นครพนม ภาคตะวันออก มีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จ.ชลบุรี สำหรับภาคใต้มีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต จ.ภูเก็ต ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม

ผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จ.ยะลา และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา ได้ดำเนินการให้บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมการจัดกิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุ การให้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และการให้บริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ รวมทั้งการเสริมสร้างโอกาสใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ เพื่อทำประโยชน์และสร้างรายได้ สำนักบริการสวัสดิการสังคม (2558)

2.5.2 สถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สังกัดกระทรวงมหาดไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 15 แห่ง ที่มีภารกิจด้านการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่ง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ 1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร 2. สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ 3. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ 4. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี 5. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม 6. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ (วัดม่วง) องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา 7. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ (โพธิ์กลาง) องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา 8. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม 9. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอูปลัมภ) องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม 10. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไย) องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี 11. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี 12. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง-พังกอง องค์การบริหารส่วนจังหวัดชุมพร 13. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง 14. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร 15. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีสุคต องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก ภูซังค์ เสนานุช and วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2555)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบ่งอธิบายเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สภาพปัจจุบัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 3 ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

2.6.1 สภาพปัจจุบัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สภาพปัจจุบัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พิชาย รัตนดิถก ณ ภูเก็ต (2556) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง จากปัญหาสู่นโยบาย: ศึกษากรณี

ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีปัญหาหลัก 4 ประการคือ 1) การลดคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งมีสาเหตุจากการลดลงของการเคารพนับถือสมาชิก อาวุโสในครอบครัว 2) การถูกทอดทิ้งและความโดดเดี่ยวซึ่งมีสาเหตุคือการไปทำงานต่างถิ่นของบุตรในประเทศมาเลเซียหรือต่างจังหวัด การสูญเสียบุตรหลานในเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และการขยายตัวของค่านิยมแบบปัจเจกชนนิยม 3) ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการและสิทธิ มีสาเหตุจากหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบ ในการดำเนินงานไม่จัดบริการให้เพียงพอ ขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และขาดการปฏิบัติงานในเชิงรุกเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิ 4) ปัญหาองค์กรหรือชมรมผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อยและขาดความเข้มแข็งสำหรับนโยบายที่ใช้ควรแก้ปัญหา ได้แก่ นโยบายส่งเสริมคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุ การคุ้มครองและดูแลผู้สูงอายุ และการขยายและสร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรผู้สูงอายุ

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2014) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต คือ การดูแลจากบุคคล 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. เจ้าหน้าที่ และ 2. ผู้สูงอายุด้วยกันโดยการดูแลจากเจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการเสียชีวิต มี 5 ประเด็น ได้แก่ การช่วยติดต่อบุตรหลานเพื่อให้ได้เจอก่อนเสียชีวิต การดูแลแบบใกล้ชิดและใส่ใจมากกว่าปกติ การนำส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการหนักขึ้น การได้พบกับพระก่อนเสียชีวิต และการพุดนำทางให้ไปที่ดี ๆ และ 2) ระยะภายหลังการเสียชีวิต มี 2 ประเด็น ได้แก่ การดูแลศพให้ตั้งตามพิธี และการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ดวงวิญญาณ ส่วนการดูแลจากผู้สูงอายุด้วยกัน มี 2 ประเด็น ได้แก่ 1. การช่วยดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และ 2. การอยู่ร่วมกันด้วยดีและให้อภัยต่อกัน

สมใจ โชติธนพันธ์ (2550) ได้ศึกษาวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 64.9 และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 2) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน 3) ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 71-75 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี และที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่โสด ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพามา และผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 4) การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถาน

สงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันเชิงลบ 5) การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน และด้านความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้ร้อยละ 44.5

สุเทพ ธรรมะตระกูล (2552) ได้ทำการวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายและจิตใจ และประเมินผลจากการจัดกิจกรรมพัฒนาแนวทางเสริมสร้างสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าการทดสอบสมรรถภาพทางกายหลังการอบรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินทุกๆ รายการ ส่วนผลจากการทดสอบสุขภาพจิต หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีขึ้น ผลจากการประเมินพฤติกรรมปรากฏว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่ดีมาก การจัดกิจกรรมต่าง ๆ นั้นสามารถส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเห็นว่า มีประโยชน์และเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายไปและเฉพาะโรค

วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า ส่วนด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านยกเว้นด้านการประเมินพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

วิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์ and และคณะ (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่าक्रमมีการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การลดน้ำหนักและลดความดันโลหิต เพื่อลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

จิราพร ทองดีและคณะ (2555) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคต่อคน ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 58 ผิวหนังแห้งและมีผื่นคัน คิดเป็นร้อยละ 39.90 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 โดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r = .77, p$

< .01) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยเฉพาะหลักศาสนาซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นการใช้หลักศาสนาในผู้สูงอายุ การบูรณาการความรู้เรื่องศาสนาให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อาจมีผลช่วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วรรณภา กุมารจันทร์ (2545) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุภาคใต้ โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 400 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านศาสนา และลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ศิริราไพ สุวัฒนคุปต์ (2555) ได้ศึกษาวิจัยการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเอง มีความสุขของภาวะซึมเศร้าต่างกันชัดเจน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.4 และผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเอง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า 5 ปัจจัย คือ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ รายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเอง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า 2 ปัจจัย คือ รายได้ไม่เพียงพอ และมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลางถึงสูง

Lee (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชุมชนที่อาศัยของผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี: สสำรวจภาคตัดขวาง การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนประเทศเกาหลี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมของการออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระดับของความดันโลหิต ดังนั้นพยาบาลควรเน้นด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอำนวยความสะดวกด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลควรปฏิบัติกรอย่างเป็นทางการในการรักษาและเพิ่มอายุการใช้งานที่ดีต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทาง

สังคมสูงมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย การใช้หลักศาสนาสามารถช่วยสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

2.6.2 ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

การศึกษาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้
 สุปัทน์ จำปาหวาย (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยขั้นตอน การวิเคราะห์สถานการณ์ การลงมือปฏิบัติการ การประเมินผล โดยใช้เครื่องมือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา พบว่าได้ตัวแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนในบริบทชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีองค์ประกอบคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การภาครัฐประกอบด้วย สถานบริการด้านสุขภาพ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยการขับเคลื่อนความคิดของผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม

สุภาณี แก้วพินิจ และคณะ (2550) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจและทดสอบสมรรถภาพของร่างกายพร้อมให้คำแนะนำ 2) การรับประทานอาหารสุขภาพ 3) การออกกำลังกาย โยคะ ยืดเหยียด การออกกำลังกายในน้ำ (hydro aerobic) สาธิตและฝึกปฏิบัติการเล่นกีฬา woodball รวมถึงการทำ spa stream & sauna 4) ศิลปะเพื่อสุขภาพ (Art for health) การใช้ศิลปะบำบัด (color therapy) พร้อมด้วยดนตรีบำบัด (music therapy) 5) ผนวกกับกิจกรรมบูรณาการของกรมอนามัยในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่ากลุ่มแกนนำทั้ง 15 คน มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยวางอยู่บนพื้นฐานของวิถีการดำเนินชีวิต (life style) และนำไปปฏิบัติกับครอบครัว รวมถึงนำไปขยายผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับชุมชน โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ง่ายหรือการสาธิตให้ดูทำให้กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุมีความรู้ สามารถจัดการกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

อัมพร สมพงษ์ (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้วิธีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการดูแล

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความรู้และพฤติกรรมที่ดีขึ้นจึงจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมทั้งขยายผลการใช้รูปแบบเพื่อให้เกิดการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่าตัวแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การภาครัฐ สามารถขับเคลื่อนความคิดของผู้สูงอายุสู่การมีสุขภาพแข็งแรงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งการสร้างกลุ่มแกนนำในการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทำให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.7 กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาในการศึกษานี้มุ่งพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ N. J. Pender (1996) ซึ่งอธิบายว่าการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกโดยมุ่งที่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) เกี่ยวกับการจัดผู้รับผิดชอบหรือแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพ วัสดุอุปกรณ์ การจัดให้มีสถานที่ปฏิบัติกิจกรรม การได้รับคำแนะนำและกระตุ้นเตือน การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร การจัดองค์กร และการได้รับการประเมินผล และกรอบแนวคิดการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE PROCEED Framework) โดยใช้หลักของกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ PRECEDE ซึ่งเป็นส่วนของการประเมินปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการดำเนินการ 5 ระยะ คือ การวิเคราะห์ทางสังคม การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา การวิเคราะห์ทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการศึกษาและบริบทพื้นที่ และการวิเคราะห์นโยบายทางการบริหาร ส่วน PROCEED เป็นส่วนของการวางแผนและพัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ระยะ คือ การดำเนินงาน การวิเคราะห์และประเมินกระบวนการดำเนินงาน การวิเคราะห์และประเมินผลกระทบ และการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมาย และพัฒนาผู้สูงอายุในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย ในบทนี้อธิบายถึง วิธีการและขั้นตอนในการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ระยะเวลาศึกษา ดังนี้

3.1 วิธีการและขั้นตอนในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยประยุกต์จากแนวคิดและวิธีการของ krajewski and Ritzman (2002) ประกอบด้วยการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.1.1 ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature review)

วิธีดำเนินการวิจัย ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิด หลักการพื้นฐาน ทฤษฎี และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งครอบคลุมถึงสภาพการณ์ที่เป็นอยู่เกี่ยวกับนโยบายและการจัดการองค์กรในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทยและของต่างสถาบัน/บ้านพักคนชราของรัฐในพื้นที่ต่างๆทั้งในและต่างประเทศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบฟอร์มการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis form)

ผลที่ได้รับ รายงานผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุหรือสถาบัน/สถานสงเคราะห์บ้านพักคนชรา

3.1.2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาตัวแบบ (Model development)

ในขั้นตอนนี้ มีวิธีดำเนินการพัฒนาตัวแบบประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การจัดทำร่างตัวแบบการพัฒนา (Construction of the draft model) และการเข้าสนามเพื่อการปรึกษาหารือ (Fieldwork for knowledge consulting)

3.1.2.1 การจัดทำร่างตัวแบบการพัฒนา (Construction of the draft model)

วิธีดำเนินการวิจัย นักวิจัยใช้ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจาก

การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อการพัฒนาร่างตัวแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในขั้นนี้ นักวิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นร่างตัวแบบ

ผลที่ได้รับ ร่างตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของสถานสงเคราะห์

3.1.2.2 การเข้าสนามเพื่อการศึกษาหรือ (Fieldwork for knowledge consulting)

วิธีดำเนินการวิจัย นักวิจัยนำร่างตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ฯ ในขั้นตอนที่ 3.1.2.1 มาเป็นแนวทางในการเข้าสนามเพื่อดำเนินการสร้างองค์ความรู้ และยืนยันองค์ความรู้ โดยดำเนินการต่อไปนี้

(1) การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับร่างตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ฯ ของผู้บริหารของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ในพื้นที่ภาคใต้ และผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการผู้มีประสบการณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide)

(2) การวิเคราะห์ห้วงค์กรแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับผู้บริหารศูนย์ ตัวแทนบุคลากร แกนนำ และตัวแทนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์ฯ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์และวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคำถามตามการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ปัญหาอุปสรรค และจุดที่ควรพัฒนาองค์การในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และแนวคำถามในการประเมินสภาพปัจจุบัน ปัญหา แนวทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหา รวมทั้งผู้รับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน และวิธีคิดในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยคนในพื้นที่เอง โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focused group discussion)

(3) การศึกษาระดับบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงสำรวจ (Survey interview guide) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ บุคลากร ผู้เกี่ยวข้อง และใช้แบบบันทึกการสังเกต (Observation list) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสถานสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญทั้งในภูมิภาคและจากส่วนกลาง แบบบันทึกการประชุม และแนวคำถามในการสานเสวนา และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเฉพาะ แบบสัมภาษณ์เชิงสำรวจและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลที่ได้รับ ร่างตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของศูนย์ พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

3.1.3 ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ตัวแบบการพัฒนา (Model experiment)

วิธีดำเนินการวิจัย ในขั้นนี้ นักวิจัยทำการทดลองใช้ตัวแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักซิดน จังหวัดยะลา เป็นกลุ่ม ดำเนินการ จำนวน 1 แห่ง ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) จำนวน 30 คน และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา ซึ่งใช้เป็นกลุ่ม เปรียบเทียบ 1 แห่ง ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบ มีดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง และอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักซิดน จังหวัดยะลา และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 2) เต็มใจเข้าร่วมโครงการ 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นภาคใต้ และภาษาชาวไว้ได้ 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ ตัวแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ แบบประเมิน Pre-test, post-test (ดังแผนภูมิ 2)

สัปดาห์ที่ 1, 2: การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนที่จะมีตัวแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจริงก่อนดำเนินการ โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ในเชิงลึก การตรวจร่างกาย (ก่อนการทดลอง)

สัปดาห์ที่ 3-10: กลุ่มดำเนินการได้รับตัวแบบ ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างความเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 6 : การเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงมีตัวแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์ พฤติกรรม การบันทึก

สัปดาห์ที่ 9 : การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะหลังดำเนินการจากกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการที่ได้รับตัวแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ไปแล้ว 8 สัปดาห์ โดยการสัมภาษณ์การจัดประชุมกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม การสัมภาษณ์ในเชิงลึก การประเมินพฤติกรรมสร้างความเสริมสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพการประเมินคุณภาพชีวิต และการประเมินปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

สัปดาห์ที่ 14: การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผลจากกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการได้รับตัวแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ไปแล้ว 8 สัปดาห์ โดยการสัมภาษณ์การจัดประชุมกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม การสัมภาษณ์ในเชิงลึก การประเมินพฤติกรรมสร้างความเสริมสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพการประเมินคุณภาพชีวิต และการประเมินปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

การวางแผนการวิจัย

X_1 : การพัฒนานโยบายและการจัดองค์กร

X_{1-1} : การอบรมแกนนำของเจ้าหน้าที่ และแกนนำผู้สูงอายุ

X_2 : การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ระยะเวลา 10 สัปดาห์

X_3 : การพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน และการพัฒนาความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนสนิท การให้ข้อมูลข่าวสารและการร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริม

สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของบุคลากร

T_1 : การประเมินภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ครั้งที่ 1

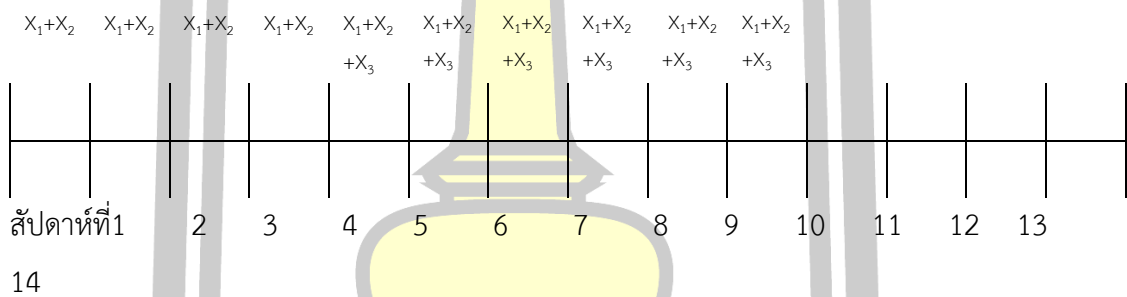
T_2 : การประเมินภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ครั้งที่ 2

T_3 : การประเมินภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ครั้งที่ 3

กลุ่มดำเนินการ

T_1

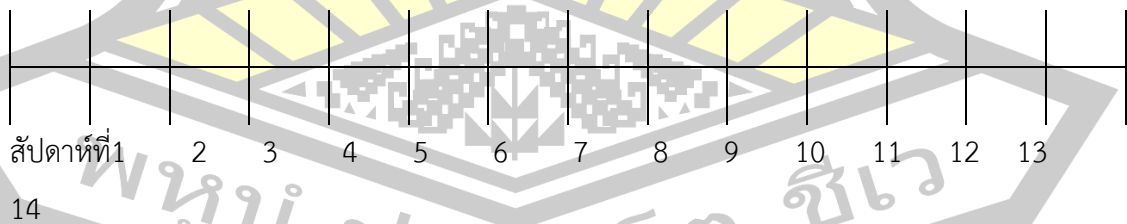
T_2 T_3



กลุ่มเปรียบเทียบ

T_1

T_2 T_3



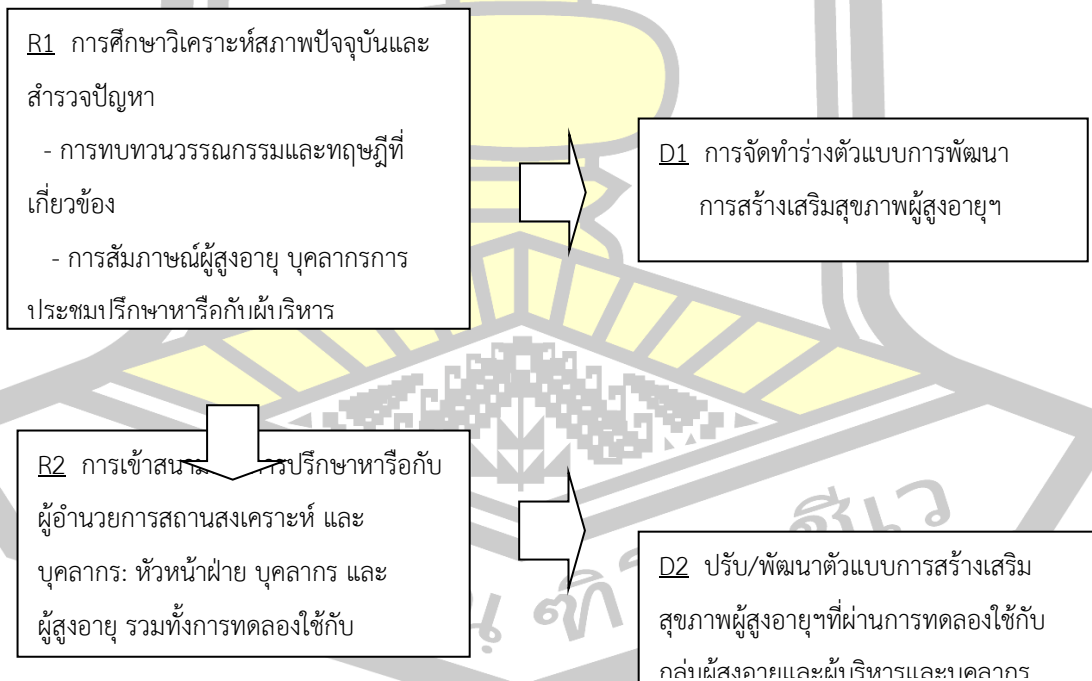
ภาพประกอบ 2 แผนภูมิ 2 รูปแบบของการวิจัยในชั้นที่ 3 การทดลองใช้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่พัฒนาขึ้น (Model experiment)

ผลที่ได้รับ การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ในกลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีสภาวะสุขภาพ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังจากการได้รับตัวแบบ

3.1.4 ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงตัวแบบการพัฒนา และการยืนยันองค์ความรู้ (Model revision and confirmation)

ในขั้นนี้ เป็นการยืนยันองค์ความรู้ (Knowledge confirming) โดยนักวิจัยนำผลที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนที่ 3 หลังจากทดลองดำเนินการตามตัวแบบพัฒนานั้น ไปปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ เพื่อลงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่อตัวแบบ และการปรับแก้ไข ก่อนนำไปเสนอต่อกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการกำหนดเป็นมาตรการการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของภูมิภาคต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนสรุปเป็นกรอบในการดำเนินงานตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย ดังภาพประกอบ 1



R3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล
 ตัวแบบ สร้างตัวแบบและทดลองใช้ 2 ครั้ง
 และประเมินผลเพื่อพัฒนาและปรับปรุง

D3 การปรับปรุงตัวแบบการพัฒนา และ
 การยืนยันองค์ความรู้

ภาพประกอบ 3 กรอบในการดำเนินงานตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาน
 สงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ แบ่งเป็น

3.2.1.1 ระยะเวลาศึกษาสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะ
 สุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จำนวน 5
 แห่ง รวมทั้งหมด 381 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2560) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจาก
 สถานสงเคราะห์ 4 แห่ง จำนวน 126 คน

3.2.1.2 ระยะเวลาพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และระยะ
 ทดลองใช้ตัวแบบฯ ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจากสถานสงเคราะห์ 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มดำเนินการ
 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับตัวแบบฯ หนึ่งแห่ง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการ
 ดูแลแบบเดิมที่เคยปฏิบัติของสถานสงเคราะห์ หนึ่งแห่ง จำนวน 30 คน โดยผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มต้อง
 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กล่าวคือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
 โดยมีค่าดัชนีบาธเอล (Bathel index) อยู่ระหว่าง 12 - 20 คะแนน พร้อมทั้งสามารถสื่อสารและเข้าใจ
 ภาษาไทยหรือภาษายาวีได้ดี มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างบุคลากรในสถานสงเคราะห์ แบ่งเป็น

3.2.2.1 ระยะเวลาศึกษาสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะ
 สุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ครอบคลุมประชากรบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสถาน
 สงเคราะห์ จำนวน 5 แห่ง รวมทั้งหมด 140 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2560) โดยใช้กลุ่ม
 ตัวอย่างที่เหมาะสมจากสถานสงเคราะห์ 4 แห่ง จำนวน 16 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการศูนย์ฯ
 จำนวน 2 คน พนักงานช่วยการพยาบาล จำนวน 2 คน เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีธนาคาร
 จำนวน 1 คน เจ้าพนักงานพัฒนาสังคมชำนาญงาน จำนวน 3 คน นักพัฒนาสังคม จำนวน 6 คน นัก
 สังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน

3.2.2.2 ระยะเวลาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และระยะทดลองใช้ตัวแบบฯ ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจากสถานสงเคราะห์ 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มดำเนินการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับตัวแบบฯ หนึ่งแห่ง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ 1 คน พี่เลี้ยง 3 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมที่เคยปฏิบัติของสถานสงเคราะห์ หนึ่งแห่ง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 1 คน พี่เลี้ยง 3 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษาวิจัยนี้ มีเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

3.3.1 ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature review)

แบบบันทึกรายการฐานข้อมูลจากบทความวิจัยเกี่ยวกับตัวแบบ รูปแบบ และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบัน เพื่อการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์สากล และฐานข้อมูลระดับชาติ จำนวน 10-12 ฐานข้อมูล โดยมีการกำหนดคำสำคัญที่จะสืบค้น อาทิเช่น Elderly health promotion model/program/intervention, institution-based health promotion model/program/ intervention, elderly health modification model/program/intervention เป็นต้น แล้วนำบทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าเหล่านั้นมาทำการวิเคราะห์นวัตกรรม โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

เกณฑ์การคัดเลือกบทความวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์ มีดังนี้

1. ตัวแบบ/รูปแบบ/นวัตกรรมนั้นได้มีการดำเนินการแล้ว
2. ตัวแบบ/รูปแบบ/นวัตกรรมนั้นมี evidence-based แสดงว่าได้ผลในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและสามารถทำได้จริง

3.3.2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาตัวแบบ (Model development)

ตรวจสอบคุณภาพของตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาและจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยมีทั้งหมด 6 เครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือที่ 1 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้บริหาร บุคลากร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในสถานสงเคราะห์

เครื่องมือที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร หัวหน้างาน บุคลากรและผู้ดูแลเกี่ยวกับการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร หัวหน้างาน บุคลากรและผู้ดูแลเกี่ยวกับการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้เกี่ยวข้องนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ

ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและหลังดำเนินการตามตัวแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ในบริบทสถานสงเคราะห์ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินในระยะแรกจะเป็นประโยชน์ต่อการ
พัฒนาตัวแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เกี่ยวกับ
1) การมีนโยบายและแผนงาน รวมทั้ง 2) การจัดองค์กร เพื่อรองรับการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ 6 ด้าน (การดูแลสุขภาพตนเอง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม
การจัดการความเครียด การพัฒนาจิตวิญญาณ ความสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล) ครอบคลุมถึง
การจัดบุคลากรและส่วนงานที่รับผิดชอบ การสั่งการและการมอบหมายงาน การจัดงบประมาณและ
วัสดุอุปกรณ์ และการประเมินผลและการพัฒนางานตามผลการประเมิน

เครื่องมือที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและแกนนำผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการ
พัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมสร้าง
เสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างความเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การมีทรัพยากรในการสร้างความเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์

ส่วนที่ 4 การสนับสนุน หรือการจัดกิจกรรมการสร้างความเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์

ส่วนที่ 5 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ

ส่วนที่ 6 การได้รับคำแนะนำ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการสร้างความเสริมสุขภาพจากบุคคล

ต่างๆ

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างความเสริมสุขภาพ

เครื่องมือที่ 5 แบบบันทึกสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

แบบบันทึกสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฉบับนี้ใช้เพื่อเก็บรวบรวม
ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและทันตสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่ 6 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

ตอนที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง รวม 3 วัน

ตอนที่ 3 การประเมินความถี่ในการบริโภคอาหารของสมาชิกในครัวเรือน

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยเฉพาะเครื่องมือที่ 1 และเครื่องมือที่ 6 มีรายละเอียด ดังนี้

3.4.1 เครื่องมือที่ 1 ถึง 6 นักวิจัยทำการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของตัวแบบการพัฒนา (IOC: Index of item objective congruence) ครอบคลุมปัจจัยนำเข้าและองค์ประกอบของตัวแบบ (Input) กระบวนการและกลไกการขับเคลื่อนตัวแบบ (Process and driving mechanism) รวมทั้งผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการดำเนินการตามตัวแบบที่พัฒนาแล้ว โดยตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุม และให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยมีเกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1 หมายถึง แน่ใจว่าถูกต้อง สอดคล้องตรงกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้อง

ให้คะแนนเท่ากับ - 1 หมายถึง ยังไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$IOC = \sum R / N$$

โดยที่

R คือ คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ คือ ผลรวมคะแนนของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การสรุปผล

จากการหาค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ปรากฏว่าข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .60 ขึ้นไป

3.4.2 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

หลังจากนำเครื่องมือไปทดลองใช้เบื้องต้น (Preliminary Item Try Out) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรของครูดอร์และริชาร์ดสัน 20 (Kruider & Richardson Formula 20: K-R 20) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทั้งหมดรวมกันเท่ากับ 0.982 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70 ดังนั้น จึงสามารถยอมรับแบบสอบถามดังกล่าวเพื่อการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปได้

3.5 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด หลังจากทีนักวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคามให้ดำเนินโครงการศึกษาวิจัยนี้ได้ โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 031/2559 นักวิจัยจึงได้เริ่มดำเนินโครงการวิจัยโดยส่งจดหมายของคณะแพทยศาสตร์เพื่อขออนุญาตดำเนินโครงการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา หลังจากได้รับจดหมายตอบรับอย่างเป็นทางการผู้วิจัยจึงเข้าศึกษาในพื้นที่ นักวิจัยจึงดำเนินการดังนี้

3.5.1 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ นักวิจัย จัดเก็บข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการจัดฝึกอบรมเฉพาะผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการเท่านั้น เนื่องจากข้อมูลที่จัดเก็บในผู้สูงอายุเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ แลคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพจิต สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพกาย สัมพันธภาพในองค์กร และลักษณะการจัดการองค์กร ซึ่งข้อมูลเหล่านี้บางส่วนเป็นข้อมูลที่ละเอียดอ่อน โดยเฉพาะข้อมูลด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อสภาพสังคมและสิ่งรอบข้าง ผู้สูงอายุที่ศึกษา เป็นข้อมูลที่ละเอียดอ่อน ดังนั้นนักวิจัยจึงได้แจ้งให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย รวมทั้งแจ้งถึง การดำเนินการวิจัยว่ามีการปกปิดข้อมูลที่ได้รับไว้เป็นความลับ โดยบันทึกเฉพาะรหัสของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ อีกทั้งยังทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม โดยไม่ระบุถึงชื่อของผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูล และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการ ณ จุดเวลาใดก็ได้ โดยจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งด้วยวาจาต่อผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัย

3.5.2 บุคลากรในองค์กร เป็นกลุ่มประชากรที่มีข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ ได้แก่ การเข้าร่วมในการฝึกอบรมหลักสูตรอบรมความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ผลการทดสอบความรู้

ทัศนคติและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการฝึกอบรม การเข้าร่วมให้ข้อมูลการสนทนากลุ่มด้านการจัดการองค์กร ซึ่งข้อมูลและการดำเนินกิจกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน นักวิจัยจึงคัดเลือกบุคลากรในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เฉพาะผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการเท่านั้น และได้แจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย รวมทั้งแจ้งถึงการดำเนินการวิจัยว่ามีการปกปิดข้อมูลที่ได้รับไว้เป็นความลับ โดยบันทึกเฉพาะรหัสของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ อีกทั้งยังทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม โดยไม่ระบุถึงชื่อของบุคลากรที่ให้ข้อมูล และบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการ ณ จุดเวลาใดก็ได้โดยจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นักวิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้

- 3.6.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3.6.2 วิเคราะห์คะแนนภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต โดยการหาค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (mean) และหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
- 3.6.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และไคกำลังสอง (Chi-square test)
- 3.6.4 หาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์โดยใช้พหุถดถอย (Multiple regression analysis)
- 3.6.5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม (กลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบ) ก่อน และหลังได้รับตัวแบบรวมทั้งระยะติดตามผล โดยใช้ Paired sample t-test
- 3.6.6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนและหลังได้รับตัวแบบรวมทั้งระยะติดตามผล โดยใช้ Independent sample t-test

3.7 เกณฑ์การคัดเลือกประชากร

3.7.1 เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
- สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษได้ดี
- มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.7.2 เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- อาสาสมัครตัดสินใจออกจากโครงการ
- อาสาสมัครไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการหลายประการ
- การยุติการศึกษาโดยการตัดสินใจโดยผู้วิจัย เมื่ออาสาสมัครมีลักษณะอันจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออาสาสมัครหรือความไม่เที่ยงตรงของผลการศึกษา อาทิเช่น อาสาสมัครมีปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิจัย

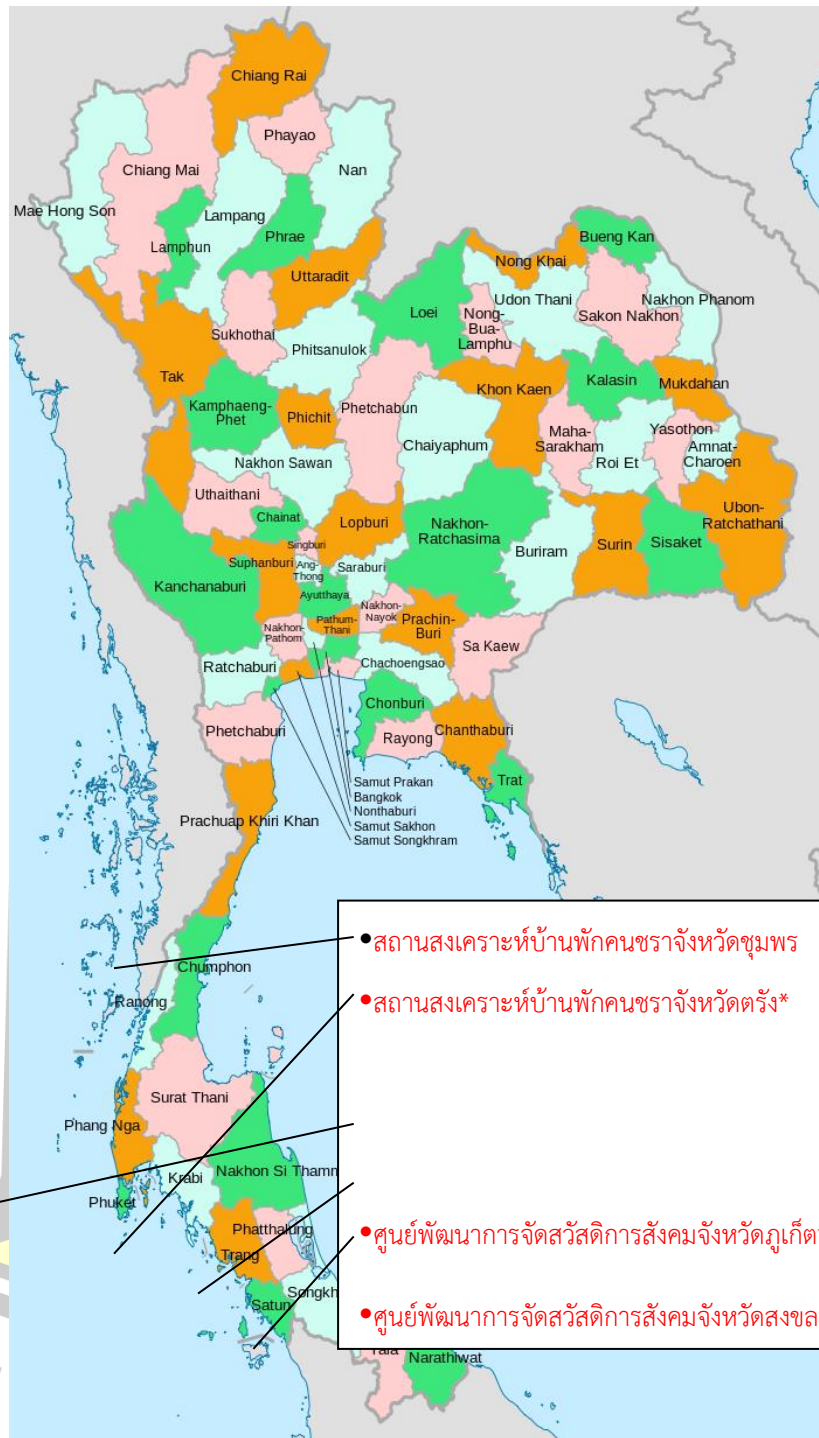
การนำเสนอผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาเรื่อง ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทยนี้ครอบคลุมเนื้อหา 3 ส่วนตามระยะการดำเนินงาน ประกอบด้วย สภาพปัจจุบัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในพื้นที่ภาคใต้ กระบวนการและผลลัพธ์การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และประสิทธิผลของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 สภาพปัจจุบัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในพื้นที่ภาคใต้

การศึกษานี้สะท้อนสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในบริบทของสถานสงเคราะห์ของรัฐในพื้นที่ภาคใต้จำนวน 4 แห่งจากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง (ภาพประกอบที่ 3) ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 33.1 ของผู้สูงอายุจำนวนรวมทั้งหมด 381 คน ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ในพื้นที่ภาคใต้ ดังต่อไปนี้

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา
3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
4. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
5. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุทอง-พังกัดก จังหวัดชุมพร

พหุบัณฑิต ชีวะ



ภาพประกอบ 4 สถานสงเคราะห์ของรัฐที่ให้บริการสังคมด้านที่พักอาศัยในพื้นที่ภาคใต้
ที่มา: Paul 012 (2019)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์และการให้บริการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคใต้ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 สถานสงเคราะห์และการให้บริการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคใต้

การบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยของรัฐในประเทศไทย เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ.2512 ประกอบด้วยการสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยและการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามปัจจัยความจำเป็นพื้นฐาน รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาลและกายภาพบำบัด การปฏิบัติศาสนกิจ งานอดิเรกและนันทนาการ รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ของรัฐจำนวนทั้งสิ้น 27 แห่ง โดยแบ่งเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จำนวน 12 แห่ง สำนักบริการสวัสดิการสังคม (2558) และสถานสงเคราะห์บ้านพักคนชรา สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด กระทรวง-มหาดไทย 15 แห่ง ฤชงค์ เสนานุช and วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2555) ในจำนวนนี้เป็นสถานสงเคราะห์ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 3 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ที่จังหวัดภูเก็ต จังหวัดยะลา และจังหวัดสงขลา และสถานสงเคราะห์บ้านพักคนชรา 2 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ที่จังหวัดตรังและจังหวัดชุมพร (ภาพประกอบที่ 3)

4.1.1.1 การจัดการ และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

การจัดการของสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุทั้ง 4 แห่งที่ศึกษา ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จ.ยะลา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จ.ภูเก็ต และสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านศรีตรัง จ.ตรัง แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การบริหารจัดการองค์กรและนโยบาย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และสถานการณ์การให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

(1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จ.ยะลา เป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานนี้มีการบริหารจัดการองค์กร นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนผู้สูงอายุในความดูแลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพตนเองของบุคลากร ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ดังต่อไปนี้

การบริหารจัดการองค์กรศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จ.ยะลา มีการแบ่งงานออกเป็น 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภายในสถาบัน และฝ่ายการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน

นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพทางกายใจ การติดตามสุขภาพ ด้านกายภาพบำบัด การจัดกิจกรรมนันทนาการ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย กายภาพบำบัด การฟื้นฟู การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกายใจ การพัฒนาสมรรถนะของผู้รับบริการ การจัดโรงเรียนผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำเดือน

จำนวนผู้สูงอายุในความดูแลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในความดูแลของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทับศิณ จ.ยะลา มีจำนวนทั้งหมด 78 คน แบ่งเป็นเพศชาย 44 คน เพศหญิง 34 คน มีอายุอยู่ในช่วง 60-93 ปี สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำนวน 24 คน (ร้อยละ 30.7) โรคที่พบได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (10 คน) โรคเบาหวาน (6 คน) โรคจิตเวช (6 คน) และโรคหัวใจ (2 คน)

โครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทับศิณ จ.ยะลา มีโครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 8 โครงการ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การฟื้นฟูร่างกาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุชายแดนใต้ การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบด้านต่างๆให้แก่บุคคลภายนอก ด้านโภชนาการ

แรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรมีแรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานไปสู่การเป็นองค์กรการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะอยากให้ผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพแข็งแรง เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน บุคลากรต้องเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ อยากให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเอง ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อยากให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองได้ อยากให้บุคลากรมีศักยภาพ

การพัฒนาศักยภาพตนเองของบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร โดยการให้บุคลากรไปร่วมอบรมด้านต่างๆ ได้แก่ อบรมการดูแลและการปฐมพยาบาล อบรมเรื่องโรคในผู้สูงอายุ อบรมการป้องกันอัคคีภัย อบรมความรู้เฉพาะงานของแต่ละฝ่าย อบรมภาษาอังกฤษ อบรมทักษะการอยู่ร่วมกัน อบรมการทำกิจกรรมนันทนาการ อบรมการจัดการวัฒนธรรมองค์กร

(2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา เป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานนี้มีการบริหารจัดการองค์กร นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนผู้สูงอายุในความดูแลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพตนเองของบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ดังต่อไปนี้

การบริหารจัดการองค์กรศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา มีการแบ่งงานออกเป็น 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภายในสถาบัน และฝ่ายการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน

นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพทางกายใจ การติดตามสุขภาพ ด้านกายภาพบำบัด การจัดกิจกรรมนันทนาการ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย กายภาพบำบัด การฟื้นฟู การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพกายใจ การจัดโรงเรียนผู้สูงอายุ

จำนวนผู้สูงอายุในความดูแลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในความดูแลของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา มีจำนวนทั้งหมด 90 คน แบ่งเป็นเพศชาย 45 คน เพศหญิง 45 คน มีอายุอยู่ในช่วง 54-102 ปี สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำนวน 48 คน (ร้อยละ 53.3) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (20 คน) โรคจิตเวช (13 คน) โรคทั่วไป (5 คน) โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (4 คน) โรคความดันโลหิตสูงและโรคของต่อมไทรอยด์ (2 คน) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเก๊าท์ (1 คน) โรคความดันโลหิตสูงและจิตเวช (1 คน) โรคลมชัก (2 คน) โรคมะเร็งปอด (1 คน) โรคมะเร็งอัมพาต (1 คน) โรคหอบหืด (1 คน) และโรคพากินสัน (1 คน)

โครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา มีโครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 7 โครงการ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การฟื้นฟูร่างกาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุชายแดนใต้ การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบด้านต่างๆให้แก่บุคคลภายนอก

แรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรมีแรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานไปสู่การเป็นองค์กรการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะอยากให้ผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพแข็งแรง เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน อยากให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเอง ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อยากให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองได้ อยากให้บุคลากรมีศักยภาพ การพัฒนาศักยภาพตนเองของบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร โดยการให้บุคลากรไปร่วมอบรมด้านต่างๆ ได้แก่ อบรมการดูแลและการปฐมพยาบาล อบรมเรื่องโรคในผู้สูงอายุ อบรมความรู้เฉพาะงานของแต่ละฝ่าย อบรมทักษะการอยู่ร่วมกัน อบรมการทำกิจกรรมนันทนาการ อบรมการจัดการวัฒนธรรมองค์กร

(3) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จ.ภูเก็ต เป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานนี้มีการบริหารจัดการองค์กรนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนผู้สูงอายุในความดูแลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

โครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพตนเองของบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ดังต่อไปนี้

การบริหารจัดการองค์กรศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จ.ภูเก็ต มีการแบ่งงานออกเป็น 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภายในสถาบัน และฝ่ายการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน

นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพทางกายใจ การติดตามสุขภาพ ด้านกายภาพบำบัด การจัดกิจกรรมนันทนาการ ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการด้านอาหาร ตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย กายภาพบำบัด การฟื้นฟู การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพกายใจ การจัดโรงเรียนผู้สูงอายุ

จำนวนผู้สูงอายุในความดูแลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในความดูแลของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมบ้านภูเก็ต จ.ภูเก็ต มีจำนวนทั้งหมด 67 คน แบ่งเป็นเพศชาย 32 คน เพศหญิง 35 คน มีอายุอยู่ในช่วง 63-88 ปี สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าทุกคนมีโรคประจำตัว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (40 คน) โรคเบาหวาน (30 คน) คน โรคหัวใจ (1 คน) และโรคของต่อมธัยรอยด์ (1 คน)

โครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จ.ยะลา มีโครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรอบปีที่ผ่านมามีจำนวน 6 โครงการ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การฟื้นฟูร่างกาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบด้านต่างๆให้แก่บุคคลภายนอก

แรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรมีแรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานไปสู่การเป็นองค์กรการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะอยากให้ผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพแข็งแรง เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน บุคลากรต้องเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ อยากให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเอง ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อยากให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองได้ อยากให้บุคลากรมีศักยภาพ

การพัฒนาศักยภาพตนเองของบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร โดยการให้บุคลากรไปร่วมอบรมด้านต่างๆ ได้แก่ อบรมการดูแลและการปฐมพยาบาล อบรมเรื่องโรคในผู้สูงอายุ อบรมการป้องกันอัคคีภัย อบรมภาษาอังกฤษ อบรมทักษะการอยู่ร่วมกัน อบรมการทำกิจกรรมนันทนาการ อบรมการจัดการวัฒนธรรมองค์กร

(4) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จ.ตรัง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการแบ่งงานออกเป็น 4 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายสวัสดิการสังคม ฝ่ายการพัฒนาศักยภาพ และฝ่าย

บริการ โดยที่ส่วนงานที่มีในสถานสงเคราะห์ทุกแห่ง คือ การจัดสวัสดิการสังคมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สำหรับวิสัยทัศน์ขององค์กร พบว่าสถานสงเคราะห์ที่ศึกษาทุกแห่งล้วนแล้วแต่มีวิสัยทัศน์เกี่ยวกับการมุ่งสู่การพัฒนาเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีพันธกิจที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ สถานสงเคราะห์ที่ศึกษาทุกแห่งมีนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีแผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรองรับ

นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพทางกายใจ ด้านกายภาพบำบัด การจัดการกิจกรรมนันทนาการ ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการด้านอาหาร ตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย กายภาพบำบัด การฟื้นฟู การจัดการส่งเสริมสุขภาพกายใจ

จำนวนผู้สูงอายุในความดูแลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในความดูแลของสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จ.ตรัง มีจำนวนทั้งหมด 82 คน แบ่งเป็นเพศชาย 35 คน เพศหญิง 47 คน มีอายุอยู่ในช่วง 64-92 ปี สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าทุกคนมีโรคประจำตัว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (28 คน) โรคเบาหวาน (12 คน) คน โรคหัวใจ (4 คน) โรคไตเรื้อรัง (1 คน) โรคจิตเวช (18 คน) โรคหอบหืด (5 คน) โรคเก๊าท์ (5 คน) วัณโรค (1 คน) โรคไต (4 คน) โรคอัลไซเมอร์ (1 คน) โรคต่อมลูกหมากโต (1 คน) และโรคต่อหีน (3 คน) ควรเรียงลำดับตามกลุ่มโรค แล้วจึงเรียงความถี่จากมากไปน้อย เพื่อให้อ่านง่าย พี่ทำให้ตอนที่เร่รับแต่ผู้วิจัยเจ้าของงานต้องปรับให้เรียบร้อย????

โครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จ.ตรัง มีโครงการและกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 6 โครงการ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การฟื้นฟูร่างกาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดการกิจกรรมผู้สูงอายุ กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ

แรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรมีแรงจูงใจในการพัฒนาหน่วยงานไปสู่การเป็นองค์กรการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะอยากให้ผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพแข็งแรง เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน บุคลากรต้องเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ อยากให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเอง ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อยากให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองได้ อยากให้บุคลากรมีศักยภาพ

การพัฒนาศักยภาพตนเองของบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร โดยการให้บุคลากรไปร่วมอบรมด้านต่างๆ ได้แก่ อบรมการดูแลและการปฐมพยาบาล อบรมเรื่องโรคในผู้สูงอายุ อบรมทักษะการอยู่ร่วมกัน อบรมการทำกิจกรรมนันทนาการ อบรมการจัดการวัฒนธรรมองค์กร

จากการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามสำรวจเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษาตามการรับรู้ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน (n = 16; ช่วงอายุ 28-59

ปี; มีระยะเวลาในการทำงานในสถานสงเคราะห์ที่อยู่ในช่วง 1-21 ปี; เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.8; เป็นผู้บริหารองค์กรและหัวหน้าแผนกร้อยละ 12.5; เป็นบุคลากรทั่วไปร้อยละ 87.5) พบว่าร้อยละ 98.3 ระบุว่าองค์กรมีการจัดงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.8 ระบุว่าองค์กรของตนเองมีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และร้อยละ 62.5 ระบุว่ามีการจัดวัสดุอุปกรณ์เพื่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงมีการพัฒนาองค์กรและทรัพยากรการบริหารงานเพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในความดูแล

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของสถานสงเคราะห์ที่ศึกษา จำนวน 4 แห่ง

สถานสงเคราะห์	ข้อมูลพื้นฐาน							
	จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากร	จำนวนผู้ดูแล	การมีนโยบาย สสส. ในปีที่ผ่านมา	การมีบริการตรวจสุขภาพ/ ออกกำลังกาย	การส่งเสริมโภชนา- การ/ กิจกรรม สสส.	การมีวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ใน การ สสส.	แรงจูงใจ ในการพัฒนา องค์กร เป็น สสส.**
								(n =16)

สังกัดกระทรวง พม.

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต	67	19	6	มี	มี	มี	มี	ปานกลาง
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.สงขลา	90	24	6	มี	มี	มี	มี	สูง
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านทักษิณ	78	25	8	มี	มี	มี	มี	สูง

สังกัด อบจ.

สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านศรีตรัง	82	20	10	มี	มี	มี	มี	ปาน กลาง
-----------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	-------------

*สสส. = การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)

**แรงจูงใจในการพัฒนาสถานสงเคราะห์ให้เป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ได้ข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรในแต่ละสถานสงเคราะห์ 3-4 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 16 คน โดยมีค่าคะแนน: ไม่มี = 0, ต่ำ = $\leq 33\%$, ปานกลาง = 34-66%, และ สูง = $\geq 67\%$

4.1.2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 126 คน ในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษาจำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วยสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง (82 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ท (63 คน ร้อยละ 20.1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ (78 คน ร้อยละ 24.9) และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา (90 คน ร้อยละ 28.7) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

4.1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.0) มีอายุเฉลี่ย 72.9 ปี (SD = ± 6.2) นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด (ร้อยละ 89.7) รองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ ตามลำดับ (ร้อยละ 7.9 และร้อยละ 2.4) โดยเป็นผู้ที่มีสถานภาพการสมรสหม้ายมากที่สุดร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 19.8) และมากกว่าครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 54.8) รองลงมาคือ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 26.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (ร้อยละ 74.6) เป็นผู้ที่มิถูกมิลาเนาเดิมอยู่ใน 11 จังหวัดภาคใต้ร้อยละ 30.2 ผู้สูงอายุร้อยละ 79.4 อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำหรับหลักประกันสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ใช้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 93.7)

เหตุผลที่ผู้สูงอายุที่ศึกษาเข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ ได้แก่ ไม่มีบ้านพักอาศัย ร้อยละ 34.1 ไม่มีญาติ ร้อยละ 22.2 ความสัมพันธ์กับผู้อื่นฉันทุ่่รักหรือแฟน ไม่มี ร้อยละ 91.3 มี ร้อยละ 8.7 ติดต่อกับบุคคลภายนอก ส่วนใหญ่ไม่มีการติดต่อ ร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ ติดต่อกับบุตร ร้อยละ 16.7 ลักษณะครอบครัวเดิม คือ ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90.5 ส่วนใหญ่ ไม่มีบุตร ร้อยละ 57.1 ไม่มีลูกบุญธรรม ร้อยละ 94.4 ระยะเวลาที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ 1-5 ปี ร้อยละ 47.6 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 21.4 ผู้สูงอายุไม่มีทรัพย์สิน ร้อยละ 73.0 ลักษณะบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่อยู่บ้านรวม ร้อยละ 89.7 รองลงมาอยู่บ้านเดี่ยว ร้อยละ 10.3 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n = 126)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	68	54.0
ชาย	58	46.0
2. อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย(SD) = 72.9(6.2)		
60-69	36	28.6
70-79	72	57.1
>=80	18	14.3
3. ศาสนา		
พุทธ	113	89.7
อิสลาม	10	7.9
คริสต์	3	2.4
4. สถานภาพการสมรส		
หม้าย	56	44.4
โสด	25	19.8

ตาราง 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา/ปวช.	19	15.1
อนุปริญญา/ปวส.	1	8
ปริญญาตรี	3	2.4
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	1	0.8
6. รายได้		
ไม่มี	94	74.6
มี	32	25.4
8. สวัสดิการด้านสุขภาพ		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	118	93.7
ประกันชีวิต	1	0.8
สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	7	5.6
9. ภูมิลำเนาเดิม		
จังหวัดในภาคใต้	88	30.2
จังหวัดอื่นๆ	38	69.8
10. เหตุผลการเข้าพักในสถานสงเคราะห์		

ไม่มีบ้านพักอาศัย	43	34.1
ไม่มีญาติ	28	22.2
อยู่คนเดียว	24	19.0
ไม่มีรายได้	23	18.3
ป่วย	20	15.9
มีปัญหาเกี่ยวกับลูกและ/หรือลูกพามา	8	6.4
อยากมาเอง	1	0.8
มีปัญหาเกี่ยวกับญาติ	1	0.8
11. การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นฉันท์คู่รักหรือแฟน		
ไม่มี	115	91.3
มี	11	8.7
12. การติดต่อกับบุคคลอื่น		
ไม่ได้ติดต่อใคร	78	61.9
ติดต่อกับบุตร	21	16.7
ติดต่อกับญาติ	19	15.1
ติดต่อกับหลาน	9	7.1

ตาราง 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มี จำนวน 1 คน	16	12.7
มี จำนวน 2 คน	17	13.5
มี จำนวน 3 คน	7	5.6
มี จำนวน 4 คน	9	7.1
มี จำนวน 5 คน ขึ้นไป	5	5.2
15. การมีลูกบุญธรรม		
ไม่มี	119	94.4
มี	7	5.6
16. ระยะเวลาที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ ค่าเฉลี่ย(SD) = 4.4(4.8)		
น้อยกว่า 1 ปี	24	19.0
1-5 ปี	60	47.6
6-10 ปี	27	21.4
มากกว่า 10 ปี	15	11.9

17. การเคยพักอาศัยในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อื่นมาก่อน

ไม่เคย	121	96.0
เคย	5	4.0
18. การมีทรัพย์สิน หรือของมีค่าอื่นใดที่ยังครอบครองอยู่ในปัจจุบัน		
ไม่มี	92	73.0
มี	34	27.0
เงินเก็บ	21	61.7
บ้าน	14	41.1
ที่ดิน	13	38.2
ทอง	3	8.8
19. ลักษณะบ้านที่พักอาศัย		
บ้านเดี่ยว	13	10.3
บ้านรวม	113	89.7

4.1.2.2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน พบว่าในภาพรวมผู้สูงอายุกลุ่มที่ศึกษานี้มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย (1-106 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรวม (SD) อยู่ที่ 95.8(18.4) คะแนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (ค่าเฉลี่ย (SD) = 23.2(5.7) คะแนน) และด้านการบริโภคอาหาร (ค่าเฉลี่ย(SD) = 19.5(3.8) คะแนน) นอกจากนี้สามารถปฏิบัติได้ในระดับน้อยใน 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ค่าเฉลี่ยระดับคะแนน(SD) = 12.6(3.6) คะแนน)ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง (ค่าเฉลี่ยระดับคะแนน (SD) = 17.9(4.1) คะแนน)ด้านการออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย(SD) = 9.8(5.6) คะแนน) และด้านการจัดการความเครียด (ค่าเฉลี่ย(SD) = 12.5(3.9) คะแนน)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณพบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอในด้านการมีความสุขและพอใจในสิ่งที่มีอยู่ (ร้อยละ 91.3) ด้านการพึ่งตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ก่อนที่จะรบกวนผู้อื่นให้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 82.5) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในสถานสงเคราะห์ (ร้อยละ 45.2) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ระบุว่าตนเองไม่เคยปฏิบัติในด้านการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ได้หวังผลตอบแทน (ร้อยละ 15.1) และด้านการบริจาคสิ่งของ หรือทรัพย์สินให้ผู้อื่น (ร้อยละ 14.3)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเป็นประจำ อย่างสม่ำเสมอในด้านการรับประทานอาหารเช้า (ร้อยละ 93.7) ด้านการรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ (ร้อยละ 39.7) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ระบุว่าตนเองไม่เคยปฏิบัติในด้านการดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว (ร้อยละ 48.4) และด้านการดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว (ร้อยละ 42.9)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับหน่วยงานได้ดี (ร้อยละ 57.1) และระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ระดับน้อย 0-106 คะแนน (ร้อยละ 69.8) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.2)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 98.4) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.6) และอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 89.7)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวยืดเส้นยืดสายเป็นกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 35.7) แต่ไม่ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ก่อนออกกำลังกาย 5 นาที (ร้อยละ 54.8) และหลังออกกำลังกาย 5 นาที (ร้อยละ 57.1)

สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุสามารถหาสาเหตุและแก้ปัญหาของความเครียดได้ (ร้อยละ 78.6) แต่ผู้สูงอายุ ไม่ระบายหรือเล่าให้คนอื่นทราบ เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ (ร้อยละ 85.7) (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและ
ในภาพรวม (n = 126)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	สม่ำเสมอ n(%)	บ่อยครั้ง n(%)	ปานกลาง n(%)	นานๆครั้ง n(%)	ไม่เคยเลย n(%)
การบริโภคอาหาร					
1. รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่	50(39.7)	59(46.8)	15(11.9)	2(1.6)	0(0.0)
2. รับประทานอาหารเช้าที่มีกากใยมาก	32(25.4)	45(35.7)	39(31.0)	10(7.9)	0(0.0)
3. ดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว เป็นประจำทุกวัน	13(10.3)	11(8.7)	5(4.0)	43(34.1)	54(42.9)
4. รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ	111(88.1)	7(5.6)	5(4.0)	2(1.6)	1(8.0)
5. รับประทานผลไม้ที่มีสีสั่นแตกต่างกัน	13(10.3)	18(14.3)	26(20.0)	63(50.0)	6(4.8)
6. รับประทานผัก	40(31.7)	49(38.9)	24(19.0)	9(7.1)	4(3.2)
7. ดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว	45(35.7)	6(4.8)	4(3.2)	10(7.9)	61(48.4)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	สม่ำเสมอ n(%)	บ่อยครั้ง n(%)	ปานกลาง n(%)	นานๆครั้ง n(%)	ไม่เคยเลย n(%)
8. รับประทานปลาเล็กปลาน้อย	3(2.4)	23(18.2)	58(46.0)	41(32.6)	1(0.8)
9. รับประทานอาหารเช้า	118(93.7)	4(3.2)	2(1.6)	0(0.0)	2(1.6)
ระดับการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ย(SD) = 1.77(0.761)		n(%)			
น้อย (0-21 คะแนน)		54(42.9)			
ปานกลาง (22-28 คะแนน)		47(37.3)			
มาก (29-36 คะแนน)		25(19.8)			
การออกกำลังกาย					
1. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5 นาที <u>ก่อน</u> ออกกำลังกายทุกครั้ง	13(10.3)	6(4.8)	10(7.9)	28(22.2)	69(54.8)
2. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5 นาที <u>หลัง</u> ออกกำลังกายทุกครั้ง	12(9.5)	6(4.8)	10(7.9)	26(20.6)	72(57.1)
3. การออกกำลังกายครั้งละ 20 นาที	35(27.8)	35(27.8)	23(18.3)	20(15.9)	13(10.3)
4. ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย (สังเกตจาก หายใจเร็วขึ้น และหัวใจเต้นแรงขึ้นกว่า ปกติ)	11(8.7)	8(6.3)	22(17.5)	39(31.0)	46(36.5)
5. ออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก	17(13.5)	18(14.3)	24(19.0)	37(29.4)	30(23.8)
6. กิจกรรมประจำวันของท่านมีการ เคลื่อนไหวยืดเส้นยืดสาย	45(35.7)	31(24.6)	25(19.8)	19(15.1)	6(4.8)
ระดับการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย(SD) = 1.32(0.615)		n(%)			
น้อย (0-13 คะแนน)		96(76.2)			
ปานกลาง (14-19 คะแนน)		20(15.9)			
มาก (20-24 คะแนน)		10(7.9)			
การจัดการความเครียด					
1. เมื่อมีความเครียด จะแก้ปัญหาโดยการ ทำกิจกรรมที่ชอบ	8(6.3)	12(9.5)	24(19.0)	50(39.7)	32(25.4)
2. เมื่อมีเรื่องทุกขใจ ไม่สบายใจ ระบายหรือ เล่าให้คนอื่นทราบ	0(0.0)	0(0.0)	4(3.2)	14(11.1)	108(85.7)
3. เมื่อมีความเครียด ควรนั่งสมาธิ สวดมนต์ หรือละหมาด	11(8.7)	9(7.1)	23(18.3)	40(31.7)	43(34.1)
4. การทำกิจกรรมที่จัดความเมื่อยล้าของ ร่างกาย	14(11.1)	12(9.5)	25(19.8)	58(46.0)	17(13.5)

5. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สามารถควบคุม อารมณ์ได้ดี	30(23.8)	59(46.8)	25(19.8)	4(3.2)	8(6.3)
6. เมื่อมีความเครียด แสดงอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสม	2(1.6)	3(2.4)	7(5.6)	12(9.5)	102(81.0)
7. เมื่อมีอาการโกรธ ไม่สามารถควบคุม อารมณ์ได้	3(2.4)	8(6.3)	2(1.6)	17(13.5)	96(76.2)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและ
ในภาพรวม (ต่อ)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	สม่ำเสมอ n(%)	บ่อยครั้ง n(%)	ปานกลาง n(%)	นานๆครั้ง n(%)	ไม่เคยเลย n(%)
8. เมื่อมีความเครียด ไม่สามารถหาวิธี คลายเครียดได้	3(2.4)	10(7.9)	7(5.6)	11(8.7)	95(75.4)
9. เมื่อท่านมีความเครียด สามารถหา สาเหตุ และแก้ปัญหาของความเครียดได้	99(78.6)	14(11.1)	6(4.8)	4(3.2)	3(2.4)
10. การสูบบุหรี่เพื่อคลายความเครียด ระดับการจัดการความเครียด ค่าเฉลี่ย	5(4.0)	5(4.0)	7(5.6)	8(6.3)	101(80.2)

(SD)=1.02(0.125)

น้อย (0-23 คะแนน)		124(98.4)			
ปานกลาง (24-31 คะแนน)		2(1.6)			
มาก (32-40 คะแนน)		0(0.00)			
การพัฒนาจิตวิญญาณ					
1. บริจาคสิ่งของ หรือทรัพย์สินให้ผู้อื่น	3(2.4)	17(13.5)	23(18.3)	65(51.6)	18(14.3)
2. ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ได้หวังผลตอบแทน	34(27.0)	49(38.9)	9(7.1)	15(11.9)	19(15.1)
3. มีความสุขและพอใจในสิ่งที่มีอยู่	115(91.3)	8(6.3)	3(2.4)	0(0.0)	0(0.0)
4. ช่วยเหลือผู้อื่น เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ให้ผู้อื่น	24(19.0)	22(17.5)	28(22.2)	42(33.3)	10(7.9)
5. มีความรักและความจริงใจต่อผู้อื่น	42(33.3)	54(42.9)	20(15.9)	6(4.8)	4(3.2)
6. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในสถาน สงเคราะห์	57(45.2)	32(25.4)	18(14.3)	13(10.3)	6(4.8)
7. พึ่งตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ก่อนที่	104(82.5)	13(10.3)	6(4.8)	2(1.6)	1(0.8)

จะรบกวนผู้อื่นให้ช่วยเหลือ

ระดับการพัฒนาจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ย

(SD)=2.02(0.704)

น้อย (0-17 คะแนน)	30(23.8)
ปานกลาง (18-22 คะแนน)	64(50.8)
มาก (23-28 คะแนน)	32(25.4)

การดูแลสุขภาพตนเอง

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและ
ในภาพรวม (ต่อ)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	ปานกลาง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง ค่าเฉลี่ย					
(SD)=1.43(0.543)					
น้อย (0-19 คะแนน)		75(59.5)			

ปานกลาง (20-25 คะแนน)	48(38.1)				
มาก (26-32 คะแนน)	3(2.4)				
การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
1. บุคลากร เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	0(0.0)	17(13.5)	59(46.8)	20(15.9)	30(23.8)
2. ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับหน่วยงานได้ดี	72(57.1)	35(27.8)	12(9.5)	2(1.6)	5(4.0)
3. พุดคุยกับเพื่อนๆ ในสถานสงเคราะห์	0(0.0)	75(59.5)	25(19.8)	14(11.1)	12(9.5)
ระดับการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ค่าเฉลี่ย(SD) = 1.61(0.704)			n(%)		
น้อย (0-12 คะแนน)			65(51.6)		
ปานกลาง (13-16 คะแนน)			45(35.7)		
มาก (17-20 คะแนน)			16(12.7)		
ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวม ค่าเฉลี่ย(SD) = 1.30(0.461)			n(%)		
น้อย (1-60 คะแนน)			88(69.8)		
ปานกลาง (61-120 คะแนน)			38(30.2)		
มาก (121-180 คะแนน)			0(0.0)		

4.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการศึกษานี้ครอบคลุมหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กรและการได้รับสิ่งสนับสนุนต่างๆ แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ปัจจัยที่ศึกษาด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ปัจจัยที่ศึกษาด้านภาวะสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคใต้

4.1.3.1 ปัจจัยที่ศึกษาด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

การวิจัยนี้ครอบคลุมศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ปัจจัยนำ

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสูงสุด คือ การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพตนเองและการออกกำลังกายทำให้สามารถลดไขมันส่วนเกินในร่างกายได้ ร้อยละ 100 และคะแนนต่ำสุด คือ ก่อนการออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องมีการยืดเส้นยืดสาย ร้อยละ 30.2 ส่วนระดับความรู้ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 18.3 (ตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	ตอบถูกต้อง	ร้อยละ
1. ในแต่ละมื้ออาหาร ควรรับประทานให้ครบทั้ง 5 หมู่	125	99.2
2. การดื่มนมเป็นประจำทุกวัน ช่วยทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง	123	97.6
3. การบริโภคผัก ผลไม้ที่มีสีสันท่างกัน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ	123	97.6
4. ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดทุกครั้ง	123	97.6
5. การรับประทานอาหารเช้าแต่ละมื้อควรคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ	122	98.6
6. ควรรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายในแต่ละมื้อ	116	92.1
7. การกินอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ช่วยป้องกันท้องผูกและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้	125	99.2
8. การออกกำลังกายทำให้สามารถลดไขมันส่วนเกินในร่างกายได้	126	100
9. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ	123	97.6
10. ผู้ที่มีโรคประจำตัวควรออกกำลังกายมากกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง	69	54.8
11. ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	110	87.3
12. ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที	109	86.5
13. การออกกำลังกายช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น	124	98.4
14. ก่อนการออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องมีการยืดเส้นยืดสาย	38	30.2
15. การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วงคือ ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย	114	90.5
16. ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	120	95.2
17. เมื่อมีความเครียด ท่านควรทำกิจกรรมเพื่อคลายเครียด	125	99.2
18. การช่วยเหลือเอื้อเฟื้อแก่ผู้อื่นทำให้ตนเองมีคุณค่า	124	98.4
19. การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพตนเอง	126	100
20. ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปี	58	46.0
ระดับความรู้		
ต่ำ (0-11 คะแนน)	-	-
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	23	18.3
สูง (16-20 คะแนน)	103	81.7
ค่าเฉลี่ย(SD)= 17.6(1.3), คะแนนต่ำสุด = 14, คะแนนสูงสุด = 20)		

ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสูงสุด คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้คลายเครียด โดยตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 46.0 รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ทำให้คลายความเครียดได้ โดยตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 42.9 ส่วน

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ (ตาราง 5)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 126)

ทัศนคติ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง n(%)	เห็นด้วย n(%)	ไม่แน่ใจ n(%)	ไม่เห็นด้วย n(%)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง n(%)
1. ควรเลือกรับประทานอาหารที่ ถูกใจเท่านั้น	16(12.3)	49(38.9)	8(6.3)	44(34.9)	9(7.1)
2. อาหารมื้อเช้าเป็นมื้อที่มี ความสำคัญกว่ามื้ออื่น	41(32.5)	67(53.2)	5(4.0)	13(10.3)	0(0.00)
3. การบริโภคอาหารให้อิ่มทุกมื้อจะ ทำให้ไม่ขาดสารอาหาร	6(4.8)	65(51.6)	11(8.7)	40(31.7)	4(3.2)
4. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เข้า กลุ่มกับเพื่อนไม่ได้	0(0.0)	8(6.3)	3(2.4)	63(50.8)	51(40.5)
5. การออกกำลังกายเป็นประจำทำ ให้รูปร่างกระชับได้สัดส่วนมีความ คล่องตัว	36(28.6)	83(65.9)	7(5.6)	0(0.0)	0(0.0)
6. ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกาย เพราะทำให้สุขภาพทรุดโทรม	4(3.2)	8(6.3)	5(4.0)	65(51.6)	44(34.9)
7. การออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยาก เพราะมีขั้นตอนมาก	1(0.8)	11(8.7)	10(7.9)	88(69.8)	16(12.7)
8. ผู้ที่มีโรคประจำตัว ห้ามออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้อาการของ โรครุนแรงมากขึ้น	0(0.0)	17(13.5)	9(7.1)	74(58.7)	26(20.6)
9. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้อง ออกกำลังกาย	0(0.0)	28(22.2)	4(3.2)	63(50.0)	31(24.6)
10. การพูดคุยกับเพื่อนทำให้ คลายเครียด	12(9.5)	87(69.0)	17(13.5)	5(4.0)	5(4.0)
11. การสวดมนต์/การนั่งสมาธิ/ การละหมาด จะช่วยให้ท่าน คลายความเครียดได้	36(28.6)	77(61.1)	11(8.7)	1(0.8)	1(0.8)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ทัศนคติ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
---------	----------	----------	----------	-------------	-------------

	อย่างยิ่ง n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	อย่างยิ่ง n(%)
12. การสูบบุหรี่ทำให้ คลายความเครียดได้	3(2.4)	16(12.7)	2(1.6)	51(40.5)	54(42.9)
13. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้คลายเครียด	0(0.0)	11(8.7)	3(2.4)	54(42.9)	58(46.0)
14. ท่านควรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ เคยช่วยเหลือท่านเท่านั้น	8(6.3)	36(28.6)	5(4.0)	69(54.8)	8(6.3)
15. ท่านไม่ค่อยเห็นความสำคัญของ ผู้อื่น	1(0.8)	13(10.3)	9(7.1)	89(70.6)	14(11.1)
ระดับทัศนคติ			n(%)		
ต่ำ (0-35 คะแนน)			0(0.00)		
ปานกลาง (36-55 คะแนน)			8(6.3)		
สูง (56-75 คะแนน)			118(93.7)		
<i>ค่าเฉลี่ย(SD)= 57.1(5.97), คะแนน</i>					
<i>ต่ำสุด = 43, คะแนนสูงสุด = 70)</i>					

ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสูงสุดคือ การออกกำลังกายทำให้สุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง โดยตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ การรับประทานผัก ผลไม้ช่วย การขับถ่ายได้ดี ร้อยละ 49.2 ส่วนระดับการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 (ตาราง 6)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 126)

การรับรู้	เห็นด้วย อย่างยิ่ง n(%)	เห็นด้วย n(%)	ไม่แน่ใจ n(%)	ไม่เห็นด้วย n(%)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง n(%)
1. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน และไขมันในเส้นเลือดสูง	46(36.5)	64(50.8)	3(2.4)	12(9.5)	1(0.8)
2. การรับประทานผัก ผลไม้ ช่วยการ ขับถ่ายได้ดี	62(49.2)	64(50.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3. การรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ทำให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง	56(44.4)	70(55.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
4. การดื่มนมช่วยทำให้กระดูกและ ฟันแข็งแรง	28(22.2)	85(67.5)	12(9.5)	1(0.8)	0(0.0)
5. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด	36(28.4)	81(64.3)	3(2.4)	6(4.8)	0(0.0)
6. การออกกำลังกายทำให้สุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง	66(52.4)	58(46.0)	2(1.6)	0(0.0)	0(0.0)
7. ความเครียดส่งผลเสียต่อสุขภาพ กายและสุขภาพจิต	30(23.8)	90(71.4)	2(1.6)	4(3.2)	0(0.0)
8. การนอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่ ทำให้ร่างกายสดชื่น จิตใจเบิก บาน	52(31.2)	73(57.9)	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)
9. การช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้รู้สึก สบายใจ	23(18.3)	98(77.8)	5(4.0)	0(0.0)	0(0.0)
10. การนอนหลับอย่างเพียงพอทำให้ รู้สึกสดชื่น	42(33.3)	81(64.3)	3(2.4)	0(0.0)	0(0.0)
ระดับการรับรู้			n(%)		
ต่ำ (0-23 คะแนน)			0(0.00)		
ปานกลาง (24-31 คะแนน)			0(0.00)		

การรับรู้	เห็นด้วย อย่างยิ่ง n(%)	เห็นด้วย n(%)	ไม่แน่ใจ n(%)	ไม่เห็นด้วย n(%)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง n(%)
สูง (32-40 คะแนน) ค่าเฉลี่ย(SD) 42.8(3.1), คะแนน ต่ำสุด = 35, คะแนนสูงสุด = 50)			126 (100.0)		

(2) ปัจจัยเอื้อ

จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุได้มีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดให้ปานกลาง ร้อยละ 34.9 และสูง ร้อยละ 65.1 (ตาราง 7)

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพ (n=126)

การมีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การมีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพ		
ต่ำ 0-23	0	0
ปานกลาง (24-36 คะแนน)	44	34.9
สูง 37-50	82	65.1

(3) ปัจจัยเสริม

จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จัดให้ปานกลาง ร้อยละ 62.7 และสูง ร้อยละ 37.3 และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำจากบุคลากร และสื่อต่างๆ ต่ำ ร้อยละ 88.9 และปานกลาง ร้อยละ 11.1 (ตาราง 8)

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 126)

การจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
การมีหรือได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ		

ต่ำ	0	0
ปานกลาง (36-47 คะแนน)	79	62.7
สูง 41-60	47	37.3
การได้รับข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำจากบุคลากร และสื่อต่างๆ		
ต่ำ 0-38	112	88.9
ปานกลาง 39-51	14	11.1
สูง 52-80	0	0

4.1.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้นี้ได้มาจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์โดยใช้ไค-กำลังสอง (Chi-square test) การหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient analysis) และการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ผลจากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการหาความสัมพันธ์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) มีรายละเอียดสรุปได้ ดังนี้

(1) ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.17$) ระหว่างเพศชาย (ร้อยละ 36.2) และเพศหญิง (ร้อยละ 25.0) ถึงแม้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศชายที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพปานกลางถึงมากจะสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงเล็กน้อย นอกจากนี้ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษาไม่แตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา การมีบุคคลมาเยี่ยม หรือยังมีการติดต่อ การมีคู่รักหรือสามี/ภรรยา การมีรายได้ การมีโรคประจำตัว จำนวนฟันไว้ใช้งาน และระยะเวลาที่อยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05-0.01$) ไปตามการมีทรัพย์สิน และภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะค่าดัชนีมวลกาย และการมีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีทรัพย์สินมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (ร้อยละ 50.0) ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีทรัพย์สิน (ร้อยละ 22.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตปกติ (ร้อยละ 36.1) มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงมากในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ

ละ 18.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 40.6) กลับมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงมากในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับผอมและระดับปกติ (ร้อยละ 19.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตาราง 9)

ปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์ พบว่าประเภทของสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพวกเขา โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ อบจ. (ร้อยละ 69.2) มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงมากในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ พม. (ร้อยละ 20.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.01$) (ตาราง 9)

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n = 126)

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์	ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ			df	χ^2	p
	น้อย n(%)	ปานกลาง- มาก n(%)	รวม n(%)			
เพศ						
- ชาย	37(63.8)	21(36.2)	58(100.0)	1	1.866	0.172
- หญิง	51(75.0)	17(25.0)	68(100.0)			
กลุ่มอายุ (ปี)						
- 60-69	23(63.9)	13(36.1)	36(100.0)	2	1.177	0.555
- 70-79	51(70.8)	21(29.2)	72(100.0)			
- >=80	14(77.8)	4(22.2)	18(100.0)			
ศาสนา						
- พุทธ	80(70.8)	33(29.2)	113(100.0)	1	0.474	0.491
- คริสต์ และอิสลาม	8(61.5)	5(38.5)	13(100.0)			
สถานภาพสมรส						
- โสด	18(72.0)	7(28.0)	25(100.0)	1	0.069	0.793

- คู่ หม้าย หย่า และแยกกันอยู่	70(69.3)	31(30.7)	101(100.0)			
ระดับการศึกษา						
- ไม่ได้รับการศึกษา-ประถมศึกษา	68(72.3)	26(27.7)	94(100.0)	1	1.098	0.295
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	20(62.5)	12(37.5)	32(100.0)			

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์กับ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ			df	χ^2	p
	น้อย n(%)	ปานกลาง-มาก n(%)	รวม n(%)			
ภูมิลำเนา						
- ภาคใต้	84(95.5)	4(4.5)	88(100.0)	1	0.030	0.863
- ภาคอื่นๆ	36(94.7)	2(5.3)	38(100.0)			
การติดต่อกับคนบุคคลภายนอก เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน						
- ไม่มี	58(74.4)	20(25.6)	78(100.0)	1	1.984	0.159
- มี	30(62.5)	18(37.5)	48(100.0)			
มีความสัมพันธ์ฉันท์คู่รักหรือสามีภรรยา						
- ไม่มี	81(70.4)	34(29.6)	115(100.0)	1	0.220 ⁺	0.639
- มี	7(63.6)	4(36.4)	11(100.0)			
การมีรายได้						
- ไม่มี	65(69.1)	29(30.9)	94(100.0)	1	0.084	0.772
- มี	23(71.9)	9(28.1)	32(100.0)			
การมีทรัพย์สิน						
- ไม่มี	71(77.2)	21(22.8)	92(100.0)	1	8.703	0.003
- มี	17(50.0)	17(50.0)	34(100.0)			
การมีโรคประจำตัว						
- ไม่มี	21(63.6)	12(36.4)	33(100.0)	1	0.817	0.366
- มี	67(72.0)	26(28.0)	43(100.0)			
ประเภทของสถานสงเคราะห์คนชรา						
- สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	8(30.8)	18(69.2)	26(100.0)	1	23.744	0.000

- สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์(พม.)	80(80.0)	20(20.0)	100(100.0)		
ระยะเวลาที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ (ปี)					
- น้อยกว่า 1	23(79.3)	6(20.7)	29(100.0)	∴ 2.308	0.511
- 1-5	40(64.5)	22(35.5)	62(100.0)		
- 6-10	17(73.9)	6(26.1)	23(100.0)		
- มากกว่า 10	8(66.7)	4(33.3)	12(100.0)		

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์กับ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ			df	χ^2	p
	น้อย n(%)	ปานกลาง- มาก n(%)	รวม n(%)			
ระดับดัชนีมวลกาย (kg/m ²)						
- ผอม-ปกติ < 18.5+18.5-22.9	50(80.6)	12(19.4)	62(100.0)	1	6.764	0.009
- น้ำหนักเกิน 23.0 - 24.9	38(59.4)	26(40.6)	64(100.0)			
สรุปผลค่าความดันโลหิต (มม.ปรอท)						
- ปกติ 120/80	53(63.9)	30(36.1)	83(100.0)	1	4.137	0.042
- สูงกว่า 140/90	35(81.4)	8(18.6)	43(100.0)			

(2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์

ผลการศึกษา พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมบางประการมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในบริบทของภาคใต้ ดังนี้
ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมการกุศลและกิจกรรมต่างๆในสถานสงเคราะห์ (r
= 0.335, $p < 0.001$) และการติดต่อกับคนบุคคลภายนอก เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน ($r = 0.464$,
 $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษาอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = 0.20-0.49$) การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ(ปี) รายได้ (บาท/เดือน) ระยะเวลาที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ (ปี) ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย(กก/ตารางเมตร) จำนวนพื้นที่ใช้งานในปัจจุบัน(ซี) ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (BADL) กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษาที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ปัจจัยนำ พบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.288$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = 0.20-0.49$) การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษาที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ปัจจัยเอื้อ พบว่า การมีโครงการ กิจกรรม หรืออุปกรณ์สร้างเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์($r = 0.208$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = 0.20-0.49$) การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษาที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคลากรในสถานสงเคราะห์และสื่อต่างๆ ($r = 0.532$) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ($r = 0.741$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.5-0.79$) ทั้งสองปัจจัย (ตาราง 10)

ตาราง 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n=126)

ปัจจัย	n	r	p
ปัจจัยนำ: -ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ			
อายุ(ปี)	126	-0.071	0.427
รายได้ (บาท/เดือน)	126	0.125	0.163
ระยะเวลาที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ (ปี)	126	0.032	0.720
การเข้าร่วมกิจกรรมการกุศลและกิจกรรมต่างๆในสถานสงเคราะห์	126	0.335	0.000
การติดต่อกับคนบุคคลภายนอก เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน	126	0.464	0.000
ดัชนีมวลกาย(กิโลกรัม/ตารางเมตร)	126	0.088	0.326
จำนวนพื้นที่เหลืออยู่ในปัจจุบัน(ซี)	126	0.093	0.302

ปัจจัย	n	r	p
ความเครียด	126	0.114	0.202
ภาวะซึมเศร้า	126	0.085	0.794
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (BADL)	126	0.112	0.211
<i>ปัจจัยนำ: ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้</i>			
ความรู้	126	0.107	0.235
ทักษะ	126	0.288	0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	126	0.080	0.372
<i>ปัจจัยด้านสถานสงเคราะห์: ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม</i>			
<i>ข้อมูลทั่วไป</i>			
จำนวนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา	126	0.052	0.565
<i>ปัจจัยเอื้อ</i>			
การมีโครงการ กิจกรรม หรืออุปกรณ์สร้างเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์	126	0.208	0.019
<i>ปัจจัยเสริม</i>			
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคลากรในสถานสงเคราะห์และสื่อ	126	0.532	0.000
การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์	126	0.741	0.000

(3) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ผลจากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการหาความสัมพันธ์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) พบว่าพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษา สามารถอธิบายได้จากปัจจัยหลายด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรในสถานสงเคราะห์และจากการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การมีทรัพย์สิน ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และประเภทของสถานสงเคราะห์ (ตาราง 11)

ตาราง 11 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (n =126)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม(X1)	1.060	0.248	0.350	4.272	0.000***
การมีทรัพย์สิน(X2)	8.263	2.963	0.200	2.788	0.006**
(ผู้สูงอายุที่ระบุว่าไม่มีทรัพย์สินเป็นกลุ่มอ้างอิง)					
ทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ(X3)	0.672	0.223	0.217	3.018	0.003**
ประเภทของสถานสงเคราะห์คนชรา-สังกัด พม.(X4)	-10.279	3.650	-.226	-2.816	0.006**

(สังกัด อบจ. เป็นกลุ่มอ้างอิง)

ค่าคงที่	32.270	13.949	2.313	0.022*
----------	--------	--------	-------	--------

$R^2 = 0.385$, $SEE = 14.466$, $F = 7.928$, $\text{Sig of } F = 0.006$, * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

จากข้อมูลในตาราง 11 สามารถนำมาเขียนเป็นสมการปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ ได้ดังนี้

$$Y = 32.270 + 1.060X_1 + 8.263X_2 + 0.673X_3 - 10.279X_4$$

หมายเหตุ

y = พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

x₁ = การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

x₂ = การมีทรัพย์สิน

x₃ = ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

x₄ = ประเภทของสถานสงเคราะห์(สังกัด พม.)

โดยที่ปัจจัยด้านต่างๆ ในสมการนี้สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในภาคใต้ของประเทศไทยได้ร้อยละ 38.5

4.1.3 ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้

ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในพื้นที่ภาคใต้ มีรายละเอียดครอบคลุมภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และด้านจิตใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิต ดังนี้

4.1.3.1 ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์น้อยกว่า ครึ่งหนึ่งมีระดับดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 42.9) โดยพบผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วนทั้งระดับ 1 (ร้อยละ 23.0) และระดับ 2 (ร้อยละ 12.7) รวมกันมากถึงร้อยละ 35.7 นอกจากนี้เป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 14.3 และพอม ร้อยละ 7.1 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 73.8 และมีฟันไว้ใช้งานมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ เพียงร้อยละ 20.6 สำหรับระดับความดันโลหิตพบว่า ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุประมาณสองในสาม (ร้อยละ 65.9) จะมีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (120/80 มิลลิเมตรปรอท) แต่มีผู้สูงอายุกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 34.1) มีความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า (ตาราง 12)

จากข้อมูลสนับสนุนพบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ที่ศึกษามีการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปีมากถึงร้อยละ 85.7 แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ได้รับการตรวจ

สุขภาพไม่สม่ำเสมอทุกปี โดยมีการตรวจเป็นบางครั้ง ร้อยละ 10.3 และบางส่วนไม่เคยตรวจเลย ซึ่งพบประมาณร้อยละ 4.0

ตาราง 12 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n = 126)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)		
1. ผอม < 18.5	9	7.1
2. ปกติ 18.5 - 22.9	54	42.9
3. น้ำหนักเกิน 23.0 - 24.9	18	14.3
4. อ้วน 1 25.0 - 29.9	29	23.0
5. อ้วน 2 >= 30.0	16	12.7
การมีโรคประจำตัว		
1. ไม่มี	33	26.2
2. มี	93	73.8
ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
1. 140/90 และสูงกว่า	43	34.1
2. ปกติ 120/80	83	65.9
จำนวนฟันใช้งาน (ซี่)		
1. น้อยกว่า 20	100	79.4
2. มากกว่าหรือเท่ากับ 20	26	20.6

4.1.3.2 ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุในการศึกษานี้ ประเมินจากความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียด ดังนี้

(1) ความเครียด

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 56.3) มากกว่าหนึ่งในสามมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.7) และมีผู้สูงอายุจำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.0) ที่ระบุว่ามีความเครียดอยู่ในระดับสูง (4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2) และระดับรุนแรง (1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8) ตามลำดับ (ตาราง 13)

ตาราง 13 ระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (n = 126)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
-----------------	-------	--------

1. คะแนน 0 – 23 มีระดับความเครียดน้อย	71	56.3
2. คะแนน 24 – 41 มีระดับความเครียดปานกลาง	50	39.7
3. คะแนน 42 – 61 มีระดับความเครียดสูง	4	3.2
4. คะแนน 62 ขึ้นไป มีระดับความเครียดรุนแรง	1	0.8

(2) ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า 2 คำถามของผู้สูงอายุพบว่า ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 8.7 และใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 9.5 ส่วนระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษา ร้อยละ 95.2 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีก็น้อยมาก อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.0) ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย และมีผู้สูงอายุจำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.8) ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (ตาราง 14)

ตาราง 14 ความซึมเศร้าและระดับความซึมเศร้า

คำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
มี	11	8.7
ไม่มี	115	91.3
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		
มี	12	9.5
ไม่มี	114	90.5

ระดับความซึมเศร้า

1. คะแนน < 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก	120	95.2
2. คะแนน 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	5	4.0
3. คะแนน 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	1	0.8
4. คะแนน \geq 19 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	0	0

(3) คุณภาพชีวิต

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF-THAI พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 55.6 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 55.6 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 54.0 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 53.2 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 27.0 อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.6) ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี (ตาราง 15)

ตาราง 15 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์รายด้านและในภาพรวม

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		
คะแนน 7 – 16 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	0	0.0
คะแนน 17 – 26 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	70	55.6
คะแนน 27 – 35 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	56	44.4
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
คะแนน 6 – 14 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	1	.8

ตาราง 15 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์รายด้านและในภาพรวม (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน 15 – 22 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	55	43.7
คะแนน 23 – 30 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	70	55.6
3. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
คะแนน 3 – 7 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	44	34.9
คะแนน 8 – 11 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	68	54.0
คะแนน 12 – 15 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	14	11.1

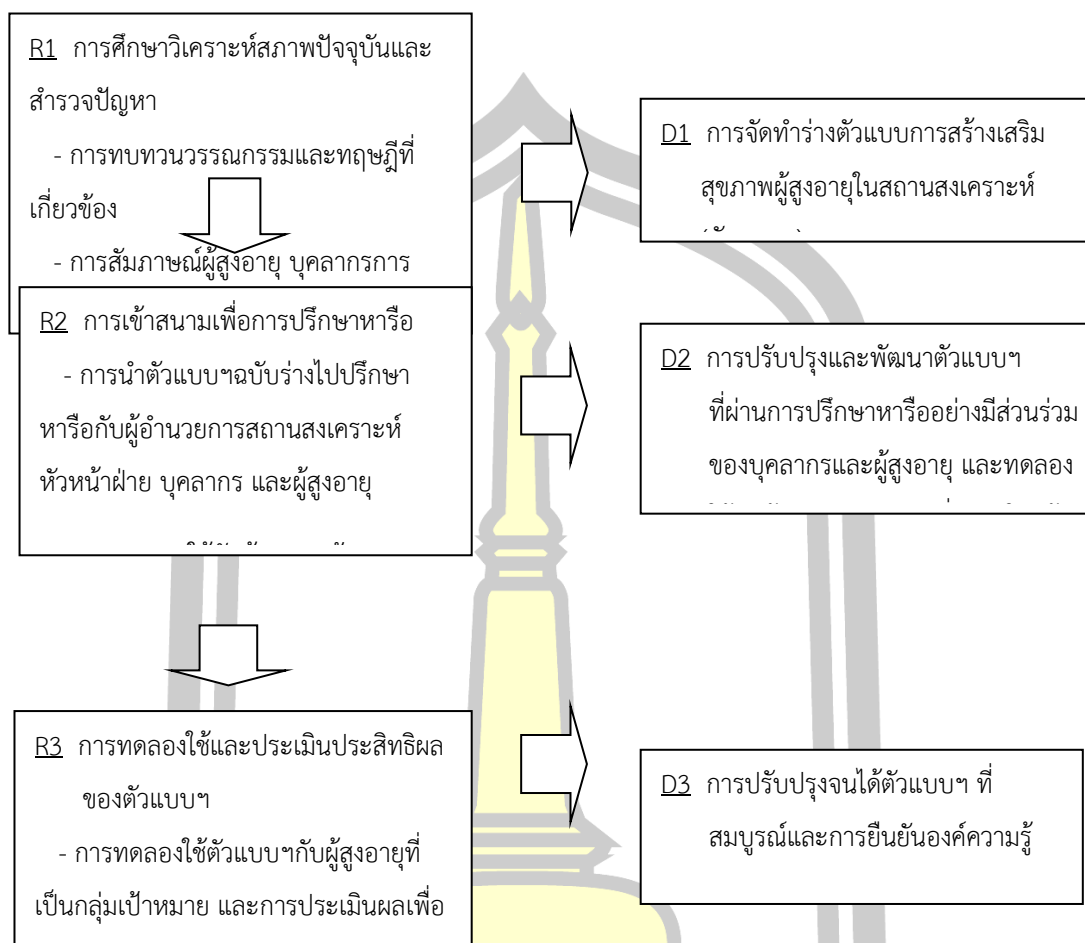
3. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

คะแนน 8 – 18 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	0	0.0
คะแนน 19 – 29 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	67	53.2
คะแนน 30 – 40 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	59	46.8
คะแนนรวมทุกด้าน		
1. คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	2	1.6
2. คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	90	71.4
3. คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	34	27.0

4.2 กระบวนการและผลลัพธ์การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้

4.2.1 การพัฒนาตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

การดำเนินการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (Construction of the institution-based older health promotion model) ในการศึกษาวิจัยนี้ ประกอบด้วย การวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน (ภาพประกอบที่ 4) โดยมีรายละเอียด ดังนี้



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำร่างตัวแบบ (Construction of the draft model)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์ การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา (R1) โดยนำผลจากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ (ดังอธิบายใน 4.1.2) ผลการสนทนากลุ่มเฉพาะ และแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรสังกัดสถานสงเคราะห์เกี่ยวกับการจัดองค์กร การปรับนโยบาย และแนวคิดการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของสถานสงเคราะห์ภาคใต้ของประเทศไทย (ดังอธิบายใน 4.1.1) ผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วนคือ แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model-HPM) แบบจำลองการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ (PRECEDE Framework) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory-SST) และ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (ภาคผนวก 5)

ผลลัพธ์คือ ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฉบับร่าง (Prototype of a social welfare institution-based health promotion model for older residents-D1) ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน โดยการพัฒนาผู้สูงอายุในด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

ทักษะที่จำเป็น สำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาองค์กร บุคลากร และกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเอง เพื่อการพัฒนาปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดโครงการ/กิจกรรม และการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ปัจจัยเสริม และแรงสนับสนุนทางสังคม) รวมทั้งการจัดสถานที่ บุคลากร เวลา และวัสดุอุปกรณ์ในการสนับสนุนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ปัจจัยเอื้อ) ดังภาพประกอบที่ 5

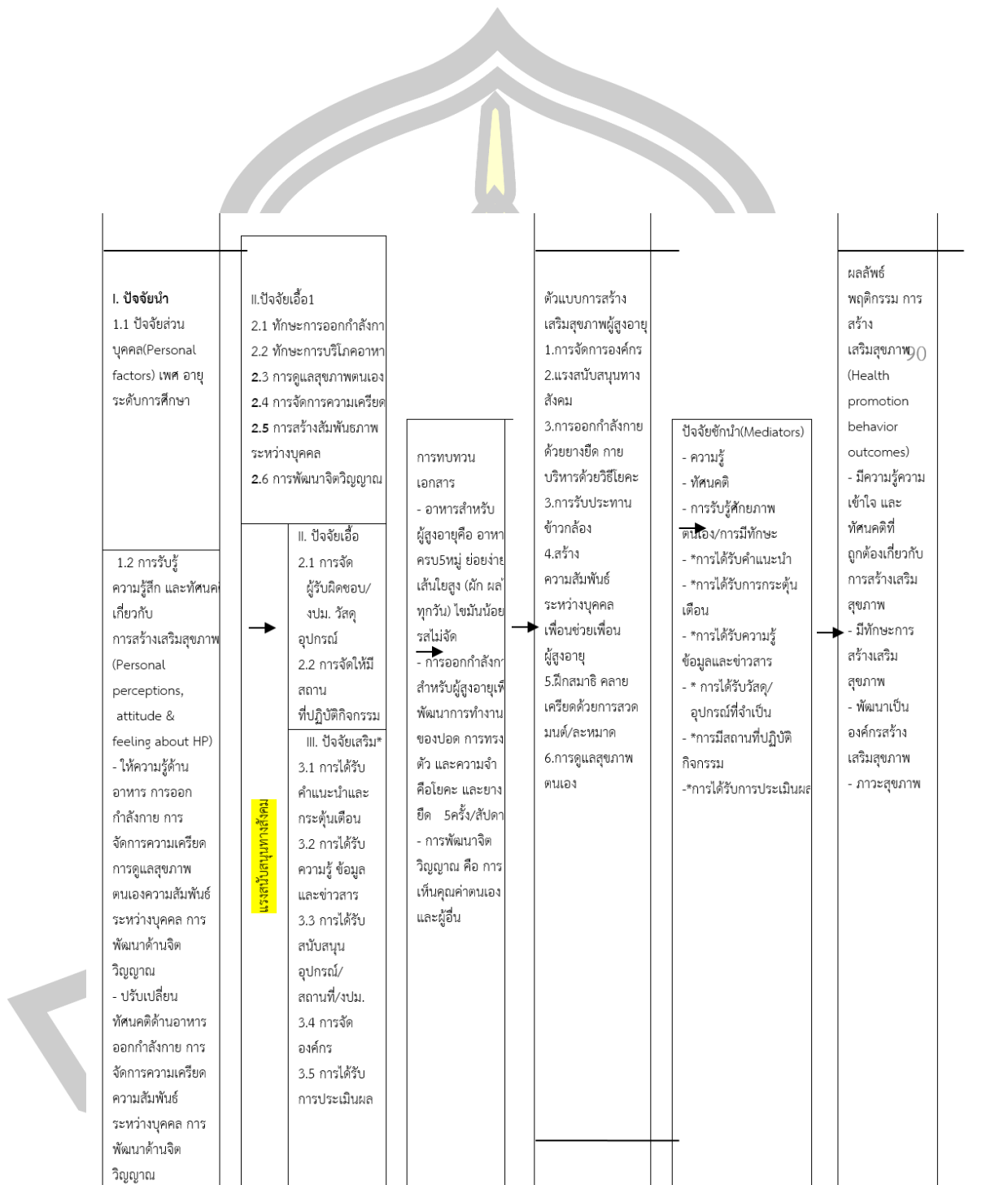
ขั้นตอนที่ 2 การเข้าสนามเพื่อการศึกษาหารือ (Fieldwork for knowledge consulting)

เมื่อได้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฉบับร่างแล้ว ผู้วิจัยมีการเข้าสนามเพื่อการศึกษาหารือ โดยการสำรวจพื้นที่ดำเนินการจริง ซึ่งในที่นี้ คือ ศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และการปรึกษาหารือกับผู้อำนวยการศูนย์ฯ หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (n=4) เพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน พร้อมทั้งประชุมผู้สูงอายุ เพื่ออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ รวมทั้งศึกษาผลกระทบ และรับข้อเสนอแนะจากผู้บริหาร บุคลากร และผู้สูงอายุที่ร่วมโครงการ จนได้ข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินโครงการวิจัย โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน การสนับสนุนทางสังคม กรอบแนวคิดการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE PROCEED Framework)

ผลลัพธ์คือ หลังจากการเข้าสนามเพื่อการศึกษาหารือและมีข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินโครงการวิจัย ผลลัพธ์ที่ได้จาก 2 ส่วน คือ 1. ผู้อำนวยการศูนย์ฯ หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (n=4) 2. ปรึกษาหารือกับแกนนำ พี่เลี้ยง และผู้สูงอายุ (n=33) โดยได้ข้อสรุปร่วมกันคือ ด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1. การบริโภคอาหาร: รับประทานอาหารว่างทุกวัน และอาหารที่มีกากใย 2. การออกกำลังกาย (วันละ 40 นาที): 5 วันต่อสัปดาห์ 3. การจัดการความเครียด การนั่งสมาธิ สวมหมวก 4. การดูแลสุขภาพตนเอง สุขบัญญัติ 10 ประการ ลดหวานมันเค็ม 5. การพัฒนาจิตวิญญาณ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การเห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น 6. การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การกอดระหว่างผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมร่วมกัน ด้านการสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1. สร้างทักษะการสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ 30 นาที: สัปดาห์ที่ 1 2. การให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวัน: 3-10 สัปดาห์ และกรอบแนวคิดการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE PROCEED

Framework) คือ 1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ ความรู้สึก และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดผู้รับผิดชอบ/งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การจัดให้มีสถานที่ปฏิบัติกิจกรรม 3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำและกระตุ้น เตือน การได้รับความรู้ ข้อมูลและข่าวสาร การได้รับสนับสนุนอุปกรณ์/สถานที่/งบประมาณ การจัด องค์กร การได้รับการประเมินผล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองใช้ตัวแบบกับผู้สูงอายุ (n =30) และแกนนำที่ เลี้ยง (n = 3) ตามที่ได้รับอนุญาต แต่ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ตลอดสัปดาห์ พบปัญหาเกี่ยวกับ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย จากการตกลงก่อนการดำเนินการ มีการกำหนดเวลาในการออกกำลัง กายเป็น 3 วันๆ ละ 1 ชั่วโมง เมื่อผู้สูงอายุได้ปฏิบัติแล้ว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจนเกินไป จนทำให้ ผู้สูงอายุเป็นลม จึงประชุมปรึกษาหารือรับฟังข้อเสนอแนะจนได้ข้อสรุปว่าเปลี่ยนแปลงเวลาในการออก กำลังกาย จาก 3 วันๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็น 5 วันๆ ละ 40 นาที





ภาพประกอบ 6 ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฉบับร่าง (Prototype of a social welfare institution-based health promotion model for older residents-D1)

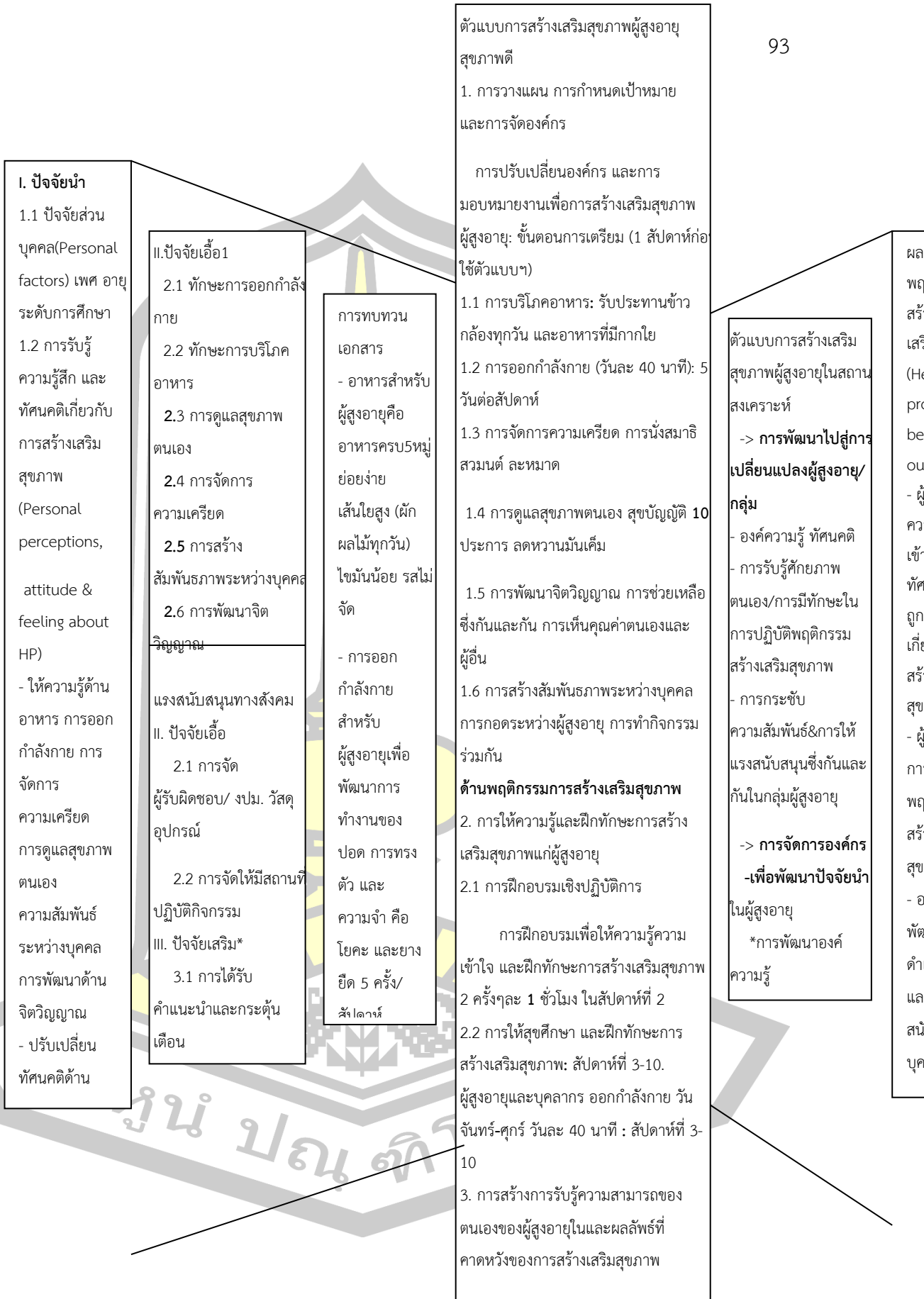
จากการประชุมได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุขอปรับเวลาในการออกกกำลังกายให้ลดเวลาลงเป็นครั้งละ 40 นาที และเพิ่มจำนวนวันในการออกกกำลังกาย จาก 3 วันเป็น 5 วัน

ผลลัพธ์ คือ การปรับ/พัฒนาตัวแบบ (Model modification-D2) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นที่ 2 คือ ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ซึ่งเป็นตัวแบบที่ได้รับการปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติการจริงมากยิ่งขึ้น ดังภาพประกอบที่ 6

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลตัวแบบ (Test of effectiveness of the model) ขั้นตอนนี้เป็นการทดลองใช้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในกลุ่มดำเนินการที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านทักซิณ จ.ยะลา ($n = 30$) โดยมีผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านทักซิณ จ.สงขลา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 30$) ดังผลการศึกษาใน 4.3

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังมีรายละเอียดในตาราง 16 และภาคผนวก 4





ภาพประกอบ 7 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

4.3 ประสิทธิภาพของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้

การประเมินประสิทธิผลของตัวแบบฯ ในการวิจัยนี้ดำเนินการในสถานสงเคราะห์ 2 แห่ง ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทั้งคู่ โดยกลุ่มเปรียบเทียบ (เพศชาย ร้อยละ 66.7; นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.7; มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 33.3; จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 90.0; ;มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคใต้ร้อยละ 60.0 และกลุ่มดำเนินการ (เพศชายร้อยละ 43.3; นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.3; มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 23.3; จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 73.3; ;มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคใต้ร้อยละ 53.3) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านข้อมูลทั่วไป โดยเฉพาะเพศ ($p = 0.06$) ศาสนา ($p = 0.55$) สถานภาพสมรส ($p = 0.39$) ระดับการศึกษา ($p = 0.09$) ภูมิลำเนา ($p = 0.60$) (13.2 ± 6.7 ปี) (12.1 ± 6.3 ปี) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันในเรื่องการมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่กลุ่มดำเนินการ (ร้อยละ 76.7) มีโรคประจำตัวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 46.7) (ตาราง 17)

ตาราง 16 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะก่อนได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่ม เปรียบเทียบ n(%)	กลุ่ม ดำเนินการ n(%)	รวม n(%)	P	
1. เพศ	ชาย หญิง	20(66.7) 10(33.3)	13(43.3) 17(56.7)	33(55.0) 27(45.0)	0.069 ^a
2. ศาสนา	พุทธ คริสต์ อิสลาม และอื่นๆ	29(96.7) 1(3.3)	28(93.3) 2(6.7)	57(95.0) 3(5.0)	
3. สถานภาพสมรส โสด	คู่ ม่าย หย่า แยกกันอยู่	10(33.3) 20(66.7)	7(23.3) 23(76.7)	17(28.3) 43(71.7)	0.390 ^a
4. ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาและต่ำกว่า มัธยมศึกษาขึ้นไป	27(90.0) 3(10.0)	22(73.3) 8(26.7)	49(81.7) 11(18.3)	

ตาราง 17 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะก่อน

		ได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)			
ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่ม	กลุ่ม	รวม n(%)	P
		เปรียบเทียบ n(%)	ดำเนินการ n(%)		
5. ภูมิภาค	จังหวัดภาคใต้	18(60.0)	16(53.3)	34(56.7)	0.602 ^a
	จังหวัดอื่นๆ	12(40.0)	14(46.7)	26(43.3)	
6. โรคประจำตัว	ไม่มี	16(53.3)	7(23.3)	23(38.3)	0.017 ^{a*}
	มี	14(46.7)	23(76.7)	37(61.7)	

^ap-value จาก Chi-square test, ^bp-value จาก Independent t-test, * $p < 0.05$

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบ (CG) มีระยะเวลาที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ (ค่าเฉลี่ย(SD)) 13.2(6.7)ปี สถานสงเคราะห์ไม่แตกต่างจากกลุ่มดำเนินการ (MG) (12.1±6.3 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) รวมทั้งมีภาวะสุขภาพที่สะท้อนจากค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (\bar{X} (SD)) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ CG = 21.1(4.1) กิโลกรัม/ตารางเมตร; MG = 22.5(4.0) กิโลกรัม/ตารางเมตร, $p = 0.184$) อีกทั้งก่อนได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (CG 33.2±6.7 กับ MG 33.9±5.7, $p = 0.683$) และได้รับข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำจากบุคลากรและสื่อต่างๆ (CG 27.2±3.9 กับ MG 28.7±5.2, $p = 0.193$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) (ตาราง 18)

ตาราง 17 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุได้รับ จำแนกตามผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะก่อนได้รับตัวแบบฯ

ข้อมูลส่วนบุคคลและการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับ	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มดำเนินการ	รวม	p
1. ระยะเวลาที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ (ปี)				
\bar{X} (SD)	13.2(6.7)	12.1(6.3)	14.3(7.2)	0.714 ^b
Min-Max	1-29	1-27	1-29	
2. ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)				
\bar{X} (SD)	21.1(4.1)	22.5(4.0)	21.8(4.1)	0.184 ^b

Min-Max	15-36	16-37	15-37	
การจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุได้รับ				
3. การได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (คะแนน)				
\bar{X} (SD)	33.2(6.7)	33.9(5.7)	33.5(6.2)	0.683 ^b

ตาราง 18 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุได้รับ จำแนกตามผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะก่อนได้รับตัวแบบฯ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับ	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มดำเนินการ	รวม	<i>p</i>
Min-Max	22-47	23-44	22-47	
4. การได้รับข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำจากบุคลากรและสื่อต่างๆ (คะแนน)				
\bar{X} (SD)	27.2(3.9)	28.7(5.2)	27.9(4.6)	0.193 ^b
Min-Max	21-39	20-43	20-43	

^ap-value จาก Chi-square test, ^bp-value จาก Independent t-test, **p*<0.05

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในเรื่องการได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จัดโดยสถานสงเคราะห์ (\bar{X} (SD)) ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล พบว่าทั้งกลุ่มเปรียบเทียบ(CG: ก่อน 32.9(6.6) กับ หลัง 39.1(9.0); ก่อน 32.9(6.6) กับ ติดตามผล34.1(7.4)) และกลุ่มดำเนินการ (MG: ก่อน 33.8(5.8) กับ หลัง 54.5(4.6); ก่อน 33.8(5.8) กับ ติดตามผล52.3(3.2)) ได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จัดโดยสถานสงเคราะห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*<0.01-0.001) โดยพบว่ามีคะแนนสูงขึ้นทั้งสองช่วง โดยที่กลุ่มดำเนินการพบการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 65.0-66.0 ทั้งสองช่วง อย่างไรก็ตามพบว่ามีคะแนนลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับระยะหลังได้รับตัวแบบฯ

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในเรื่องการได้รับข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำจากบุคลากร และสื่อต่างๆ (\bar{X} (SD)) ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล พบว่าทั้งกลุ่มเปรียบเทียบ (CG: ก่อน 10.9(3.7) กับ หลัง 17.5(4.0); ก่อน 10.9(3.7) กับ ติดตามผล 17.0(3.3)) และกลุ่มดำเนินการ (MG: ก่อน 12.6(5.2) กับ หลัง 23.4(4.1); ก่อน 12.6(5.2) กับ ติดตามผล23.0(3.9)) ได้รับการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพโดยสถานสงเคราะห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*<0.01-0.001) โดยพบว่ามีคะแนนสูงขึ้นทั้งสองช่วง โดยที่กลุ่มดำเนินการพบ

การเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าทั้งสองช่วงเมื่อเทียบกับระยะก่อนได้รับตัวแบบฯ อย่างไรก็ตามพบว่าในระยะติดตามผลผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มเปรียบเทียบ (CG: หลัง 17.5(4.0) กับ ติดตามผล 17.0(3.3)) และกลุ่มดำเนินการ (MG: หลัง 23.4(4.1) กับ ติดตามผล 23.0(3.9)) ยังคงได้รับข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำจากบุคลากร และสื่อต่างๆ แต่ลดลงเพียงเล็กน้อยหรือแทบจะไม่ลดลงเลยเมื่อเทียบกับระยะหลังได้รับตัวแบบฯ (ตาราง 19)

ตาราง 18 เปรียบเทียบการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ที่กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการได้รับในระยะหลังได้รับตัวแบบฯและในระยะติดตามผล

การจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ		ระยะก่อน	ระยะหลัง	<i>T</i>	ระยะ	<i>t</i>
		ดำเนินการ	ดำเนินการ		ติดตามผล	
		\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		\bar{X} (SD)	
การได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (คะแนน)	กลุ่มเปรียบเทียบ	32.9(6.6)	39.1(9.0)	-2.832**	34.1(7.4)	-3.064**
	กลุ่มดำเนินการ	33.8(5.8)	54.5(4.6)	-	52.3(3.2)	-
				14.100***		14.506***
การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรและข้อมูล ข่าวสารจากสื่อต่างๆ (คะแนน)	กลุ่มเปรียบเทียบ	10.9(3.7)	17.5(4.0)	-6.355***	17.0(3.3)	-6.307***
	กลุ่มดำเนินการ	12.6(5.2)	23.4(4.1)	-	23.0(3.9)	-
				10.761***		10.647***

Paired t-test; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

เมื่อเปรียบเทียบการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดโดยสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุได้รับ \bar{x} (SD) พบว่าหลังได้รับตัวแบบฯ ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ (CG: หลัง 39.1(9.0); ติดตามผล 34.1(7.4)) และกลุ่มดำเนินการ (MG: หลัง 54.5(4.6); ติดตามผล 52.3(3.2)) ได้รับได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จัดโดยสถานสงเคราะห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มดำเนินการมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มดำเนินการทั้งสองช่วง โดยมีช่วงเชื่อมั่นของผลต่างของคะแนนอยู่ที่ -19.1- -11.6 คะแนน และ -16.3- -10.2 ในระยะหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะติดตามผล ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในเรื่องการได้รับข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำจากบุคลากรและสื่อต่างๆ (\bar{X} (SD)) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำจากบุคลากร และสื่อต่างๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะหลังได้รับตัวแบบฯ (CG หลัง 17.5(4.0) กับ MG หลัง 23.4(4.1), $p < 0.001$) และระยะติดตามผล (CG ติดตามผล 17.0(3.3) กับ MG ติดตามผล 23.0(3.9), $p < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มดำเนินการมีคะแนนสูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบทั้งสองช่วง โดยมีช่วงเชื่อมั่นของผลต่างของค่าคะแนนอยู่ที่ -8.1- -3.7 คะแนน ในระยะหลังได้รับตัวแบบฯ และ -7.9- -4.0 ในระยะติดตามผล (ตาราง 20)

ตาราง 19 เปรียบเทียบการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการได้รับในระยะหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะติดตามผล

การจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ระยะ	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มดำเนินการ	Mean Difference between group	
		n=29 \bar{x} (SD)	n=29 \bar{x} (SD)	95%CI	p
การได้รับโครงการ/กิจกรรม	หลัง	39.1(9.0)	54.5(4.6)	-19.1- -11.6	0.000
สร้างเสริมสุขภาพ(คะแนน)	ติดตามผล	34.1(7.4)	52.3(3.2)	-16.3- -10.2	0.000
การได้รับข้อมูล ข่าวสารและ	หลัง	17.5(4.0)	23.4(4.1)	-8.1- -3.7	0.000
คำแนะนำจากบุคลากรและ	ติดตามผล	17.0(3.3)	23.0(3.9)	-7.9- -4.0	0.000
สื่อต่างๆ (คะแนน)					

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (CG: ก่อน 92.7(12.7) กับ หลัง 91.6(12.9); ก่อน 92.7(12.7) กับ ติดตามผล 94.5(8.7)) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) ทั้งสองช่วง คือยังคงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ (61-95 คะแนน) ทุกช่วง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะติดตามผลผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าในระยะหลังได้รับตัวแบบฯ เล็กน้อย สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการ (MG: ก่อน 94.6(13.2) กับ หลัง 104.5(8.6); ก่อน 94.6(13.2) กับ ติดตามผล 103.7(4.3)) พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ทั้งสองช่วง โดยพบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นทั้งสองช่วง โดยเพิ่มขึ้นจากระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน) ในระยะก่อนได้รับตัวแบบฯ เป็นระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) ในระยะหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะยังคงรักษาระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีไว้ในระยะติดตามผล

อย่างไรก็ตามพบว่าในระยะติดตามผลผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการ (MG: หลัง 104.5(8.6); ติดตามผล 103.7(4.3)) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงเล็กน้อย

เมื่อพิจารณาคคุณภาพชีวิตรายด้านในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล(\bar{X} (SD)) พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้นในระดับที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 23.2(3.7) กับติดตามผล 25.1(3.1), $p < 0.05$) แต่ไม่แตกต่างกันในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 23.2(3.7) กับหลัง 24.4(4.3), $p > 0.05$) สำหรับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบที่ศึกษานี้ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทุกช่วง (CG: ก่อน 8.9(2.4) กับ หลัง 13.7(1.5), $p > 0.001$; ก่อน 8.9(2.4) กับ ติดตามผล 13.5(1.1), $p > 0.001$) ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างกันของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบในด้านร่างกาย (CG: ก่อน 25.1(3.7) กับ หลัง 26.4(3.5), $p > 0.05$; ก่อน 25.1(3.7) กับ ติดตามผล 24.7(3.1), $p > 0.05$) และด้านสิ่งแวดล้อม (CG: ก่อน 28.6(4.3) กับ หลัง 29.5(5.1), $p > 0.05$; ก่อน 28.6(4.3) กับ ติดตามผล 30.7(3.1), $p > 0.05$)

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการรายด้านในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันในทุกด้านและทุกช่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.01-0.001$) ทั้งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (MG: ก่อน 26.2(3.3) กับ หลัง 27.9(1.9), $p < 0.01$; ก่อน 27.9(1.9) กับ ติดตามผล 29.3(1.8), $p > 0.001$) ด้านจิตใจ (MG: ก่อน 23.6(3.3) กับ หลัง 27.8(1.9), $p > 0.001$; ก่อน 23.6(3.3) กับ ติดตามผล 27.4(1.2), $p > 0.001$) ด้าน และด้านสิ่งแวดล้อม (MG: ก่อน 23.6(3.3) กับ หลัง 27.8(1.9), $p > 0.001$; ก่อน 23.6(3.3) กับ ติดตามผล 27.4(1.2), $p > 0.001$) (ตาราง 21)

ตาราง 20 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์โดยรวมและรายด้าน (กลุ่มเปรียบเทียบ $n=29$, กลุ่มดำเนินการ $n=29$)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	กลุ่ม	ระยะก่อน	ระยะหลัง	Mean difference (95%CI)	ระยะติดตามผล	Mean difference (95%CI)
		ดำเนินการ	ดำเนินการ			
		\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		\bar{X} (SD)	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	กลุ่มเปรียบเทียบ	92.7(12.7)	91.6(12.9)	1.2 (-5.2- 7.6)	94.5(8.7)	-1.7 (-7.3- 3.7)
	กลุ่มดำเนินการ	94.6(13.2)	104.5(8.6)	-9.8** (-15.4- -4.3)	103.7(4.3)	-9.1** (-13.9- -4.2)
ด้านร่างกาย	กลุ่มเปรียบเทียบ	25.1(3.7)	26.4(3.5)	-1.3 (-15.4- -4.3)	24.7(3.1)	0.3 (-1.6- 2.3)
	กลุ่มดำเนินการ	26.2(3.3)	27.9(1.9)	-1.6**	29.3(1.8)	-3.1***

ด้านจิตใจ	กลุ่มเปรียบเทียบ	23.2(3.7)	24.4(4.3)	-1.2	25.1(3.1)	-1.8*
	กลุ่มดำเนินการ	23.6(3.3)	27.8(1.9)	-4.2***	27.4(1.2)	-3.7***
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	กลุ่มเปรียบเทียบ	8.6(1.8)	11.1(2.4)	-2.4***	11.5(1.9)	-2.8***
	กลุ่มดำเนินการ			-4.8***	8.9(2.4)13.7	-4.6***
ด้านสิ่งแวดล้อม	กลุ่มเปรียบเทียบ	28.6(4.3)	29.5(5.1)	-0.8	30.7(3.1)	-2.1
	กลุ่มดำเนินการ	23.6(3.3)	27.8(1.9)	-6.3***	27.4(1.2)	-6.3***

Paired t-test; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะหลังได้รับตัวแบบการส่งเสริมสุขภาพ และระยะติดตามผล(ข (SD) พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการ (CGหลัง 91.6(12.9) กับ MGหลัง 104.5(8.6); CGติดตามผล 94.5(8.7) กับ MG ติดตามผล 103.7(4.3)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยที่หลังได้รับตัวแบบฯและระยะติดตามผล กลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ (61-95) ในขณะที่กลุ่มดำเนินการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นไปอยู่ในระดับดี (96-130) ทั้งในระยะหลังได้รับตัวแบบฯและระยะติดตามผล

ส่วนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มดำเนินการพบว่าคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านและทุกช่วง ($p < 0.01$ - $p < 0.001$) ทั้งด้านจิตใจ (CGหลัง 24.4(4.3)) กับ MGหลัง 27.8(1.8); CG ติดตามผล 25.1(3.1) กับ MG ติดตามผล 27.4(1.1) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (CGหลัง 11.1(2.4) กับ MGหลัง 13.7(1.5); CG ติดตามผล 11.6(1.9) กับ MGติดตามผล 13.5(1.1)) และด้านสิ่งแวดล้อม (CGหลัง 29.5(5.1) กับ MGหลัง 35.0(4.1); CG ติดตามผล 30.8(3.1) กับ MGติดตามผล 35.0(1.9)) ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ $p < 0.001$ พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่แตกต่างจากกลุ่มดำเนินการหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: หลัง 26.4(3.5) กับ MG หลัง 27.9(1.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตามผล (CGติดตามผล 24.7(3.1) กับ MGติดตามผล 29.3(1.8), $p < 0.001$) (ตาราง 22)

ตาราง 21 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่ม
ดำเนินการในระยะหลังได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และระยะติดตามผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระยะ	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มดำเนินการ	Mean Difference	95%CI
		n=29 \bar{X} (SD)	n=29 \bar{X} (SD)		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	หลังได้รับตัวแบบ ⁺	91.6(12.9)	104.5(8.6)	-12.9***	-18.7- -7.1
	ติดตามผล ⁺⁺	94.5(8.7)	103.7(4.3)	-9.2***	-12.8- -5.5
ด้านร่างกาย	หลังได้รับตัวแบบ	26.4(3.5)	27.9(1.9)	-1.4	-2.9- 0.1
	ติดตามผล	24.7(3.1)	29.3(1.8)	-4.5***	-5.9- -3.2
ด้านจิตใจ	หลังได้รับตัวแบบ	24.4(4.3)	27.8(1.8)	-3.3***	-5.1- -1.5
	ติดตามผล	25.1(3.1)	27.4(1.1)	-2.3**	-5.5- -1.1
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	หลังได้รับตัวแบบ	11.1(2.4)	13.7(1.5)	-2.6***	-3.7- -1.5
	ติดตามผล	11.6(1.9)	13.5(1.1)	-1.9***	-2.7- -1.1
ด้านสิ่งแวดล้อม	หลังได้รับตัวแบบ	29.5(5.1)	35.0(4.1)	-5.4***	-7.9- -3.0
	ติดตามผล	30.8(3.1)	35.0(1.9)	-4.2***	-5.6- -2.8

Independent t-test; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; ⁺d = 1.17; ⁺⁺d =

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุในกลุ่ม
เปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการในระยะหลังได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และระยะติดตามผล
(\bar{x} (SD) พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมรวมแตกต่างกันทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและ
กลุ่มดำเนินการ (CGหลัง 124.86(27.42) กับ MGหลัง 160.10(7.24); CGติดตามผล 105.86(20.47) กับ
MG ติดตามผล 126.31(4.35)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มเปรียบเทียบในด้านอาหารดีขึ้นในระดับที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนได้รับ
ตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 21.16(2.98) กับติดตามผล 27.21(3.58), $p < 0.001$) แต่ไม่แตกต่าง
กันในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 21.16(2.98) กับหลัง 24.41(5.56), $p > 0.01$) สำหรับ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียดดีขึ้นในระดับที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (CG: ก่อน 11.74(3.93) กับ หลัง 23.34(5.55), $p > 0.0001$; ก่อน 11.74(3.93) กับ ติดตาม
ผล 20.21(8.79), $p > 0.001$)

สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการรายด้านในระยะก่อนกับหลัง ได้รับตัวแบบฯ และระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.01-0.001$) ด้านอาหาร(MG: ก่อน 21.50(4.82) กับ หลัง 33.34(2.38), $p<0.001$; ก่อน 21.50(4.82) กับ ติดตามผล 33.17(1.58), $p>0.001$) ด้านการจัดการความเครียด (MG: ก่อน 11.88(2.89) กับ หลัง 24.76(2.26), $p>0.001$; ก่อน 11.88(2.89) กับ ติดตามผล 20.90(1.83), $p>0.001$) (ตาราง 23)

ตาราง 22 เปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนได้รับตัวแบบฯ หลังได้รับตัวแบบฯ และระยะติดตาม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	กลุ่ม	ก่อนดำเนินการ \bar{X} (SD)	หลังดำเนินการ \bar{X} (SD)	t1 (df)	ระยะติดตามผล \bar{X} (SD)	t2 (df)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	เปรียบเทียบ	78.00(14.74)	124.86(27.42)***	-8.289(28)	105.86(20.47)***	-6.095(28)
	ดำเนินการ	81.33(12.70)	160.10(7.24)***	-	126.31(4.35)***	-
อาหาร	เปรียบเทียบ	21.16(2.98)	24.41(5.56)**	-3.089(28)	27.21(3.58)***	-7.594(28)
	ดำเนินการ	21.50(4.82)	33.34(2.38)***	-	33.17(1.58)***	-
ออกกำลังกาย	เปรียบเทียบ	8.31(4.55)	15.38(5.53)***	-5.540(28)	15.83(3.69)***	-7.096(28)
	ดำเนินการ			28.369(28)		19.603(28)
				12.066(28)		13.346(28)

	ดำเนินการ	8.79(3.93)	23.90(3.1)***	-	23.66 (0.61)***	-
				20.787(28)		21.571(28)
การจัดการความเครียด	เปรียบเทียบ	11.74(3.93)	23.34 (5.55)***	-5.937(28)	20.21(8.79)***	-4.592(28)
	ดำเนินการ	11.88(2.89)	24.76(2.26)***	-	20.90(1.83)***	-
				17.372(28)		13.604(28)
การพัฒนาด้านจิตวิทยาณ	เปรียบเทียบ	18.97(4.25)	20.21(5.49)	-988(28)	20.38(4.73)	-1.223(28)
	ดำเนินการ	20.50(3.35)	26.76(1.48)***	-9.306(28)	26.07(1.19)***	-8.804(28)
การดูแลสุขภาพตนเอง	เปรียบเทียบ	17.83(4.41)	22.07(4.26)***	-4.021(28)	22.24(3.95) ***	-4.276
						(28)
	ดำเนินการ	18.66(4.38)	22.79(1.63)***	-4.634(28)	22.52(1.63)***	-
						4.216(28)
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	เปรียบเทียบ	11.90(2.96)	14.03(4.21)*	-2.268(28)	11.24(3.11)	0.830(28)
	ดำเนินการ	13.24(3.37)	21.41(3.58)***	-8.598(28)	15.66(1.83)**	-3.213(28)
ความเครียด	เปรียบเทียบ	23.83(1.60)	20.00(.00)**	5.861(5)	20.00(0.00)**	5.861(5)
	ดำเนินการ	23.85(4.22)	20.00(.00)**	3.286(12)	20.00(0.00)**	3.286(12)
ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ	เปรียบเทียบ	17.13(.81)	16.07(1.89)*	2.699(29)	16.79(1.80)	0.817(28)
	ดำเนินการ	17.72(1.46)	17.66(0.61)	0.235(28)	18.55(0.68)**	-2.945(28)
ทัศนคติการส่งเสริมสุขภาพ	เปรียบเทียบ	55.62(3.90)	53.59(11.90)	0.862(28)	53.95(11.90)	0.862(28)
	ดำเนินการ	60.07(6.82)	68.55(3.19)***	-6.928(28)	68.55(3.19)***	-6.928(28)
การรับรู้การส่งเสริมสุขภาพ	เปรียบเทียบ	43.14(2.21)	45.03(4.57)	-1.942(28)	45.03(4.57)	-1.942(28)
	ดำเนินการ	42.93(2.53)	44.86(1.43)**	-3.337(28)	44.86(1.43)**	-3.337(28)
การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	เปรียบเทียบ	32.90(6.65)	39.14(9.03)**	-2.832(28)	39.07(7.45)**	-3.064(28)
	ดำเนินการ	33.83(5.84)	54.52(4.68)***	-	52.34(3.28)***	-
				14.400(28)		14.506(28)
ปัจจัยเสริมการส่งเสริมสุขภาพ	เปรียบเทียบ	10.93(3.70)	17.59(4.05)***	8.923(28)	17.00(3.33)***	-6.307(28)
	ดำเนินการ	12.66(5.26)	23.48(4.09)***	5.140(28)	23.00(3.91)***	-
						10.647(28)

หมายเหตุ : * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ มีดัชนีมวลกาย

ในระดับที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 21.18(4.14) กับหลัง 20.29(5.60), $p>0.05$) ระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 21.18(4.14) กับติดตามผล 21.31(4.04) , $p>0.05$) น้ำตาลในเลือดในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (CG: ก่อน 127.31(37.68) กับหลัง 107.03(20.16), $p<0.05$) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 127.31(37.68) กับติดตามผล 117.59(43.94) , $p>0.05$) การลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที ในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อน (CG: ก่อน 11.00(4.74) กับหลัง 10.20(5.13), $p<0.05$) และ ไม่แตกต่างกันนัยสำคัญทางสถิติ ระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 11.00(4.74) กับติดตามผล 12.31(4.28) , $p>0.05$) การลุกจากเก้าอี้ เดินไป-กลับ 8 ฟุต ในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 9.74(6.02) กับหลัง 10.31(6.28), $p<0.05$) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 9.74(6.02) กับติดตามผล 11.44(5.90) , $p>0.05$) การยืนบนขาข้างเดียว ในระดับที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 5.72(10.41) กับหลัง 4.69(9.34), $p>0.05$)ก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 5.72(10.41) กับติดตามผล 5.17(9.00) , $p>0.05$) การหกล้ม ในระดับที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 0.03(0.18) กับหลัง 0.00(0.00), $p>0.05$) ก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 0.03(0.18) กับติดตามผล 0.00(0.00), $p>0.05$)

สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการ มีดัชนีมวลกายในระดับที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อน (CG: ก่อน 22.74(4.06) กับหลัง 22.71(3.91), $p>0.05$) ระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 22.74(4.06) กับติดตามผล 22.57(4.02) , $p>0.05$) น้ำตาลในเลือดในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อน (CG: ก่อน 143.67(35.96) กับหลัง 118.67(41.24), $p<0.05$) ในระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 143.67(35.96) กับติดตามผล 121.07(39.47) , $p<0.05$) การลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที ในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อน (CG: ก่อน 8.72(3.86) กับหลัง 11.76(5.48), $p<0.001$) ระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 8.72(3.86) กับติดตามผล 12.10(5.62) , $p<0.001$) การลุกจากเก้าอี้ เดินไป-กลับ 8 ฟุต ในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 14.04(8.05) กับหลัง 11.01(6.75), $p<0.001$) ระยะก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 14.04(8.05) กับติดตามผล 10.52(6.52) , $p<0.001$) การยืนบนขาข้างเดียว ในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 3.03(5.45) กับหลัง 6.75(11.90), $p<0.05$)

ก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 3.03(5.45) กับติดตามผล 7.38(13.43) , $p<0.05$) การหกล้ม ในระดับที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนกับหลังได้รับตัวแบบฯ (CG: ก่อน 0.10(0.30) กับหลัง 0.30(0.18, $p>0.05$) ก่อนได้รับตัวแบบฯกับระยะติดตามผล (CG: ก่อน 0.10(0.30) กับระยะติดตามผล 0.00(0.00), $p>0.05$) (ตาราง 24)

ตาราง 23 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อน และหลัง ได้รับตัวแบบฯและระยะติดตามผล

ภาวะสุขภาพ	กลุ่ม	ก่อนดำเนินการ \bar{x} (SD)	หลังดำเนินการ \bar{x} (SD)	t1 (df)	ระยะติดตามผล \bar{x} (SD)	t2 (df)
ดัชนีมวลกาย(kg/m ²)	เปรียบเทียบ	21.18(4.14)	20.29(5.60)	1.56(29)	21.31(4.04)	0.27(28)
	ดำเนินการ	22.74(4.06)	22.71(3.91)	0.23(28)	22.57(4.02)	1.54(28)
น้ำตาลในเลือด(mg/dL)	เปรียบเทียบ	127.31(37.68)	107.03(20.16)*	2.39(28)	117.59(43.94)	1.09(28)
	ดำเนินการ	143.67(35.96)	118.67(41.24)*	2.46(29)	121.07(39.47)*	2.56(29)
การลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที (ครั้ง)	เปรียบเทียบ	11.00(4.74)	10.20(5.13)*	2.26(29)	12.31(4.28)	-1.51(28)
	ดำเนินการ	8.72(3.86)	11.76(5.48)***	-4.78(28)	12.10(5.62)***	-5.41(29)
การลุกจากเก้าอี้ เดินไป-กลับ 8 ฟุต (วินาที)	เปรียบเทียบ	9.74(6.02)	10.31(6.28)*	-2.38(29)	11.44(5.90)	-1.46(28)
	ดำเนินการ	14.04(8.05)	11.01(6.75)***	5.82(28)	10.52(6.52)***	5.80(29)
การยืนบนขาข้างเดียว(วินาที)	เปรียบเทียบ	5.72(10.41)	4.69(9.34)	1.81(29)	5.17(9.00)	0.40(28)
	ดำเนินการ	3.03(5.45)	6.75(11.90)*	-2.38(29)	7.38(13.43)*	-2.26(29)
การหกล้ม (ครั้ง)	เปรียบเทียบ	0.03(0.18)	0.00(0.00)	1.00(29)	0.00(0.00)	1.00(29)
	ดำเนินการ	0.10(0.30)	0.03(0.18)	1.43 (29)	0.00(0.00)	1.79(29)
คะแนนรวมความเครียด	เปรียบเทียบ	23.83(1.60)	20.00(0.00)**	5.86(5)	20.00(0.00)**	5.86(5)
	ดำเนินการ	23.85(4.22)	20.00(0.00)**	3.28(12)	20.00(0.00)**	3.28(12)

หมายเหตุ : * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

จากผลการศึกษา สามารถสรุปได้ว่า ก่อนการดำเนินโครงการผู้สูงอายุได้รับการจัดดำเนินการ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ก่อนได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และได้รับข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำจากบุคลากรและสื่อต่างๆ พบว่า ในระยะหลังได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระยะติดตามผล ผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มเปรียบเทียบและในกลุ่มดำเนินการได้รับโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งได้รับข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำจากบุคลากรและสื่อต่างๆ เพิ่มขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ พบว่า ในระยะหลัง

ได้รับตัวแบบฯ ผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านทุกด้าน และยังคงดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผลเมื่อเทียบกับระยะก่อนการได้รับตัวแบบฯ แต่มีแนวโน้มต่ำกว่าระยะหลังได้รับตัวแบบฯ ในทุกด้าน ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ที่พบว่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวม เปลี่ยนแปลงไปแบบไม่คงที่ กล่าวคือ ลดลงในระยะหลังได้รับตัวแบบฯ เมื่อเปรียบเทียบกับในระยะก่อนได้รับตัวแบบฯ แต่กลับเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การการวิจัยและการพัฒนาเรื่องตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยเน้นในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคใต้ของประเทศไทย และเพื่อประเมินประสิทธิผลของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ ในระยะก่อน- และหลังได้รับตัวแบบ และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังได้รับตัวแบบ โดยทำการศึกษาสถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาครัฐที่ให้บริการด้านที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคใต้จำนวน 4 แห่ง จากทั้งหมด 5 แห่ง แล้วทำการทดลองใช้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์พร้อมกับประเมินประสิทธิผลของตัวแบบดังกล่าวในสถานสงเคราะห์ 2 ใน 4 แห่งที่ศึกษา โดยที่จัดให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์หนึ่งแห่งเป็นกลุ่มดำเนินการและอีกหนึ่งแห่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 อภิปรายผลการวิจัย
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยและพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย จากการศึกษาที่สะท้อนสถานการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ รวมทั้งการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ กระบวนการและผลลัพธ์การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคใต้ในปัจจุบัน สรุปสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ กระบวนการพัฒนาตัวแบบ ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และประสิทธิผลของตัวแบบ มีดังต่อไปนี้

5.1.1 สถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ 4 แห่งที่ศึกษามีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-102 ปี มีอายุเฉลี่ย(SD) 72.9(6.2) ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และเป็นเพศหญิง(ร้อยละ 54.8 และ ร้อยละ 54.0 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุที่ศึกษามีระยะเวลาที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์อยู่ในช่วง 9 เดือน -30 ปี เฉลี่ย(SD) 4.4(4.8) ปี ในภาพรวมผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์นี้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 69.8)ถึงปานกลาง(ร้อยละ 30.2) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ปฏิบัติได้ดีทำได้ดี คือ การรับประทานอาหารเข้าสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ การมีทรัพย์สิน ประเภทของสถานสงเคราะห์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ($p < 0.05-0.001$)

สำหรับคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษามีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย(SD) = 86.6(11.8) โดยคุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับสูงสุด และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ 1) ความดันโลหิตสูง 43(41.7%) 2) เบาหวาน 24(23.3%) 3) ไขมันในเลือดสูง 9(8.7%) 4) โรคหัวใจ 8(7.8%) 5) อัมพฤกษ์อัมพาต 6) (5.8%)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อยู่ในระดับมาก ได้แก่ 103 (100%) รองลงมาในระดับปานกลาง ได้แก่ 86(83.5%) พบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก ได้แก่ พฤติกรรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ 42 (40.8%) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวม ได้แก่ อยู่ในระดับกลาง 92 (89.3%) ระดับสูง 6 (5.8%) และระดับต่ำ 5 (4.9%) ผลจากการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุเรื่อง สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายแบบยืดเส้นยืดสายด้วยตัวเอง สวดมนต์ นั่งสมาธิ แต่ปฏิบัติเพียงบางวัน ผู้สูงอายุอยากให้มีการออกกำลังกายทุกวันหรืออาทิตย์ละ 3 วัน ด้านอาหารผู้สูงอายุไม่ค่อยรับประทานผักผลไม้เนื่องจากไม่สามารถเคี้ยวผักผลไม้ชนิดแข็งได้

ผลการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรสังกัดสถานสงเคราะห์ภาคใต้ 4 จาก 5 แห่ง ($n = 12$; อายุเฉลี่ย(SD) = 47.2(10.8)) พบว่า บุคลากรมีทักษะในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุดคือ 9(75.0%) รองลงมา คือทักษะด้านอาหารและทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 7(58.3%) ปัญหาอุปสรรคในพัฒนาสถานสงเคราะห์ไปสู่องค์กรการสร้างเสริมสุขภาพทั่วทั้งองค์กร มีปัญหา 9(75.0%) ปัญหาระดับมากที่สุดได้แก่ ปัญหาการดูแลสุขภาพกาย 7(58.3%) รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพจิต 4(33.3%)

5.1.2 กระบวนการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

กระบวนการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ใช้การวิจัยและพัฒนา ครอบคลุมการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ การจัดทำร่างตัวแบบ (Construction of the draft model-R1) ซึ่งได้ข้อมูลจากหลายส่วน ทั้งจากผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 126) การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มผู้บริหารและบุคลากรสถานสงเคราะห์ในภาคใต้จำนวน 4 แห่ง (n = 16) การทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในที่นี้สร้างจากแนวคิดและทฤษฎี แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model-HPM) แบบจำลองการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ (PRECEDE Framework) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory-SST) จนได้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต้นแบบ หรือตัวแบบฉบับร่าง (Prototype of a social welfare institution-based health promotion model for older residents-D1) จากนั้นทำการเข้าสนามเพื่อการศึกษาหรือ (Fieldwork for knowledge consulting) กับผู้บริหาร บุคลากร และตัวแทนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าหนึ่งแห่งซึ่งถือเป็นกลุ่มดำเนินการ จำนวนรวม 4 คน เพื่อขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับร่างตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่พัฒนาขึ้น พร้อมการทดลองใช้กับผู้สูงอายุ (n = 30) และแกนนำพี่เลี้ยง (n = 3) ตามที่ได้รับอนุญาตจากสถานสงเคราะห์ที่เป็นพื้นที่ดำเนินการนั้น (R2) นำผลจากการทดลองมาทำการปรับและพัฒนาตัวแบบ (Model modification-D2) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือ ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ซึ่งผ่านการนำไปทดลองใช้ในสภาพการณ์จริง ซึ่งถือว่าเป็นตัวแบบที่ได้รับการปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และกลุ่มเป้าหมายในความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ต่อจากนั้นนำไปทำการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลตัวแบบ (Test of effectiveness of the model-R3) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เป็นการทดลองดำเนินการใช้

ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ได้ในขั้น D2 ในกลุ่มดำเนินการที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จ.ยะลา (n = 30) โดยมีผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จ.สงขลา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30) ผลลัพธ์ที่ได้คือ ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฉบับสมบูรณ์ (D3)

5.1.3 ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่ต้องการพัฒนา และองค์ประกอบด้านกิจกรรมการดำเนินงาน และองค์ประกอบด้านการประเมินผลตัวแบบ มีรายละเอียดดังนี้

1. องค์ประกอบด้านนโยบายและการจัดองค์กร นโยบายและการจัดองค์กรในตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์นี้ ประกอบด้วย การวางแผน การกำหนดเป้าหมาย

การปรับเปลี่ยนองค์กร และการมอบหมายงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนใช้ตัวแบบฯ และหลังจากนั้นเป็นการเฝ้าระวังติดตามการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา การดำเนินการจนเสร็จสิ้นการดำเนินงานในสัปดาห์ที่ 10 และระยะติดตามผลในช่วง 4 สัปดาห์หลัง การได้รับตัวแบบของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย การกำหนดร่วมกันให้ผู้สูงอายุปฏิบัติในเรื่อง 1) การ บริโภคอาหาร: รับประทานอาหารว่างทุกวัน และอาหารที่มีกากใย 2) การออกกำลังกาย วันละ 40 นาที จำนวน 5 วันต่อสัปดาห์ โดยให้ปฏิบัติในวันจันทร์ถึงศุกร์ 3) การจัดการความเครียดทำทุกวัน 4) การดูแลสุขภาพตนเอง 5) การพัฒนาจิตวิญญาณให้ปฏิบัติทุกวัน 6) การสร้างสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลทำทุกวัน โดย 3-6 โดยให้ปฏิบัติทุกวัน

2. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรม พฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพที่ทำการพัฒนาในตัวแบบนี้ ประกอบด้วย 6 พฤติกรรม คือ การบริโภคอาหาร การ ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การพัฒนาจิตวิญญาณ การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยดำเนินการ 2 ส่วน คือ 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะการสร้างเสริม สุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจ และฝึกทักษะ การสร้างเสริมสุขภาพ 2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 2) การให้สุศึกษาและฝึกทักษะการ สร้างเสริมสุขภาพ: สัปดาห์ที่ 3-10 ผู้สูงอายุและบุคลากร ออกกำลังกาย วันจันทร์-ศุกร์ วันละ 40 นาที เพื่อนช่วยเพื่อน แขนงด้านออกกำลังกาย

3. องค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการฝึกปฏิบัติการ สร้างทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมใน การสร้างเสริมสุขภาพ 30 นาที: สัปดาห์ที่ 1 และการให้ การสนับสนุนทางสังคมเพื่อ สุขภาพการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวัน สัปดาห์ที่ 3-10

4. องค์ประกอบด้านการประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การจัดองค์กรและการจัดดำเนินการโครงการ/กิจกรรมที่สนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์ การประเมินคุณภาพชีวิต การประเมินความเครียด การประเมิน ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 1, 11 และ 14

5.1.4 ประสิทธิภาพของตัวแบบสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

การประเมินระยะก่อน-และหลังได้รับตัวแบบฯ และระยะติดตามผล พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่ม ดำเนินการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ($\bar{x}(SD)=160.1(7.2)$) ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x}(SD) =124.8(27.4)$) โดยเฉพาะการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรู้และทัศนคติในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการได้รับการ สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05-0.001$) ผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการมีการรับรู้ที่สถานสงเคราะห์จัดดำเนินการโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ และบุคลากรให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษาวิจัยให้เห็นว่าตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์นี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ปฏิบัติได้จริง

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ของประเทศไทยในภาพรวมในการศึกษานี้อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณและพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในข้อย่อยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่ศึกษามีการปฏิบัติที่เหมาะสมในระดับมากในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ และการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเรื่องประสิทธิของโปรแกรมการจัดการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ 2 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Santanasto (2017) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 115 คน พบว่าแตกต่างกันในภาพรวมและในรายด้าน โดยที่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ภาคใต้ที่ศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 72.0 โดยโรคที่เป็นปัญหา 5 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และทุพโภชนาการ ซึ่งพบทั้งภาวะผอม ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะอ้วน ซึ่งคล้ายคลึงกับการรายงานปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุข ที่พบปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคซึมเศร้า ส่วนปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่นอกเหนือจากที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความจำเสื่อม และโรคหลงลืม

ในระยะก่อนได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ถึงการจัดดำเนินโครงการและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากบุคลากรและสื่อต่างๆอยู่ในระดับน้อย มีความรู้ ทศนคติ และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีสมรรถภาพ

ทางกาย โดยเฉพาะการยืนบนขาข้างเดียวได้ในระยะเวลา 3-5 นาที (ค่าปกติควรมากกว่า 5 นาที) ค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ (กลุ่มเปรียบเทียบ = 127 มก.เปอร์เซ็นต์ vs กลุ่มดำเนินการ = 143 มก.เปอร์เซ็นต์) ซึ่งปัจจัยต่างๆ ข้างต้น รวมทั้งปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย และปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม แต่จะมีความแตกต่างกันในเรื่องการมีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 46.7) มีผู้มีโรคประจำตัวในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มดำเนินการ (ร้อยละ 76.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในระยะหลังได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มดำเนินการมีการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลายด้านที่มากขึ้นในระดับใกล้เคียงกัน อาทิเช่น พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Kemika Sombateyotha, NP Frank Peter., and Schelp (2016) ที่พบว่าหลังการดำเนินการตามตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้สถาบันเป็นฐาน (ซึ่งในที่นี้คือการใช้สถานสงเคราะห์) ที่ทำการทดลองพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการจัดการองค์กร และการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การดูแลสุขภาพตนเอง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 6 เดือนติดต่อกัน แล้วพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการมีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และค่าไขมันในเลือด โดยเฉพาะค่าไตรกลีเซอไรด์

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เส้นรอบเอว ค่าน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกาย โดยเฉพาะการเสี่ยงต่อการหกล้มโดยวัดจากการยืนบนขาข้างเดียวได้น้อยกว่า 5 วินาที ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีข้อสังเกตว่าตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการในการศึกษานี้ และการดำเนินงานโครงการและกิจกรรมด้านสุขภาพตามปกติของของสถานสงเคราะห์ในกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่สามารถแก้ไขการหกล้ม และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุให้เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้ หากดูจากค่าดัชนีมวลกาย ทั้งนี้อาจมาจากระยะเวลาในการดำเนินการตามตัวแบบที่สั้นเพียง 10 สัปดาห์และระยะติดตามผลหลังได้รับตัวแบบเป็นระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ จึงอาจทำให้การแสดงผลการเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้ไม่ชัดเจนในระยะเวลานั้นๆ สำหรับพฤติกรรมที่มีความสลับซับซ้อน เพราะการที่ดัชนีมวลกายจะเปลี่ยนแปลงต้องมาจากหลายสาเหตุ ทั้งการมีกิจกรรมทางกายและการบริโภคอาหาร เป็นต้น และการหกล้มเองก็มาจากหลาย

สาเหตุ ทั้งการทรงตัวและความระมัดระวังของผู้สูงอายุเอง และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม เช่น พื้นลื่น สภาพพื้นที่ขรุขระ หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น

การประเมินประสิทธิผลของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ในการศึกษานี้ ครอบคลุมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้บริหารและบุคลากรระดับตัดสินใจ อาทิเช่น ผู้อำนวยการ และหัวหน้าแผนกบริหาร และแผนกสวัสดิการ และระดับปฏิบัติการ อาทิเช่น พี่เลี้ยง เพื่อปรับเปลี่ยนและพัฒนาโยบายของสถานสงเคราะห์ให้สามารถสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ รวมทั้งการทดลองดำเนินการตามตัวแบบฉบับร่างในสภาพเหตุการณ์จริงกับผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการในช่วง 2 สัปดาห์แรก ทำให้สามารถปรับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ และความชอบของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในสภาพจริงมากยิ่งขึ้น ทำให้ได้กิจกรรมและโครงการเพื่อการดำเนินงานต่างๆ จนครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบ ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผลหลังได้รับตัวแบบ 4 สัปดาห์ ซึ่งประสิทธิผลของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์นี้ใช้เวลาน้อยกว่า แต่ให้ผลใกล้เคียงกันกับการศึกษาของ Kyrdalen (2014) ดำเนินการตามโปรแกรมชื่อ “Otago Exercise Program Performed as Group Training versus Home Training in Fall-prone Older People” ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม 2 กลุ่ม รวมจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 125 คน โดยที่กลุ่มที่ 1 (GT) ได้รับการฝึกอบรมจากนักกายภาพบำบัดในการออกกำลังกายใน Otago โปรแกรม 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 45 นาทีเป็น และกลุ่มที่ 2 (HT) ได้รับคำแนะนำและนิเทศติดตามที่บ้านเพื่อป้องกันการหกล้มที่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ที่บ้าน เป็นเวลา 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที โดยทั้งสองกลุ่มใช้เวลา 12 สัปดาห์ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าการทรงตัว และมีระยะเวลาในการทดสอบลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ยังทำให้ค่า Mental Health Index ดีขึ้นอีกด้วย อีกทั้งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ยังให้ผลใกล้เคียงกันกับผลการศึกษาของ Mahaprom T et al. (2017) ที่ทำการศึกษาวิจัยถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ เรื่อง “Tai Chi Practice and Its Impact on Elderly People’s Balance” ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา จำนวน 30 คน เข้าร่วมการออกกำลังกายโดยวิธีการออกกำลังกายแบบฝึกกลมปราณแบบไทชิ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ทำการประเมินผลก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ผลการศึกษานี้พบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างของ ค่าความยืดหยุ่นของร่างกาย (Flexion movement) โดยใช้ค่ายืดหยุ่นทำนองเก้าอี้ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 แต่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ส่วนค่าการทรงตัวขณะอยู่กับที่ (Static balance) และค่าการทรงตัวแบบเคลื่อนที่ (Dynamic balance) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งในระยะสัปดาห์ที่

4, 8 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นค่าการทรงตัวจากการวัดค่าท่าทางการอยู่กับที่ (Stationary movement) ที่ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ทั้งในระยะสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ($F=0, p=1$)

ถึงแม้ว่าการวิจัยนี้จะมีข้อจำกัดหลายประการในเรื่องระยะเวลาดำเนินการตามตัวแบบเพียง 8-10 สัปดาห์ และระยะติดตามผลหลังการดำเนินการตามตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์สั้นเพียง 4 สัปดาห์ และมีข้อจำกัดในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ และการหกล้ม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในกลุ่มดำเนินการมีการพัฒนาด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม และรายด้านเพิ่มมากขึ้นหลายด้าน โดยเฉพาะ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ เส้นรอบเอว ค่าน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกาย โดยเฉพาะการเสี่ยงต่อการหกล้มโดยวัดจากการยืนบนขาข้างเดียวได้น้อยกว่า 5 วินาที ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์นี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ปฏิบัติได้จริง

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินผลในระยะติดตามผลหลังได้รับตัวแบบเป็นระยะเวลา 2-6 เดือน และควรมีการขยายผลโดยการทดลองซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ภูมิภาคหรือพื้นที่ที่มีสภาพสังคมและวัฒนธรรมใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา
2. สถานสงเคราะห์และผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจให้ผู้สูงอายุทุกคนให้มากขึ้น
3. สถานสงเคราะห์ควรมีจัดโครงการที่ให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถด้านต่างๆ ได้ถ่ายทอดความรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุมิบทบาททางสังคมและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น
4. สถานสงเคราะห์และผู้ที่เกี่ยวข้องนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปปรับใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือนำไปบูรณาการให้เข้ากับแผนงานในปัจจุบัน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน
5. สถานสงเคราะห์และผู้ที่เกี่ยวข้องควรสำรวจความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ตรงตามความสามารถและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น
6. ผู้วิจัยควรดำเนินการติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 เดือน หลังจากดำเนินโครงการเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น

บรรณานุกรม

- Israel, B. A. (1985). *Social Networks and Social Support: Implications for Natural Helper and Community Level Interventions: In Health. Education Behavior.*
- Kemika Sombateyotha, NP Frank Peter., & Schelp, H. P. (2016). Effect of Institution-Based Management for Elderly Health Promotion Program in Northeastern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 47(5), 1068-1088.
- krajewski, L. J., & Ritzman, L. P. (2002). *Operational management: Strategy and analysis* (6th ed.). NJ: Prentice-Hall.
- Kyrdalen, I. L., et al. (2014). The Otago Exercise Program Performed as Group Training Versus Home Training in Fall-prone Older People: A Randomized Controlled Trial. *Physiotherapy Research International*, 19(2), 108-116.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press.
- Lee, T. W. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 293–300.
- Mahaprom T et al. (2017). Tai Chi Practice and Its Impact on Elderly People's Balance. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(2), 50-65.
- Paul 012. (2019). BlankMap-Thailand-provinces.svg. Retrieved 2 July, 2019, from <https://th.city/thailand-map>
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). NewYork: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5td ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Santanasto, A. J., et al. (2017). Effect of Physical Activity versus Health Education on Physical Function, Grip Strength and Mobility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1427-1433.

United Nations. (2013). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division* (2013). *World Population Ageing ST/ESA/SER.A/348*.

WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing* (Vol. .). Madrid, Spain: April 2002

WHO. (2014). *Health statistics and information systems: Definition of an older or elderly person*. Retrieved January 9, 2015, from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2555). ข้อพิจารณาโมทัศน์ใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย. *วารสารประชากร*, 4(1), 131-149.

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายผู้สูงอายุ. (2562). ผู้สูงอายุในประเทศไทย : แนวโน้มคุณลักษณะ และปัญหา Retrieved 12 สิงหาคม, 2562, from <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic004.php>.

จีราพร ทองดีและคณะ. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (Vol. 22): ว. *พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 22: 88-99.

จุฬารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัย อย่างมีคุณภาพ. *วารสาร รุสมิแล*, 38(1), 6-28.

จุฬารัตน์ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. *ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.

ทัศนีย์ ญาณะ. (2557). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). *นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน*.

บรรลุ ศิริพานิช. (2541). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). *กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน*.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). *กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น*.

พรรณธรร เจริญกุล. (2555). การดูแลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). *กรุงเทพฯ: รุ่งแสงการพิมพ์*.

พิชาย รัตนดิถก ณ ภูเก็ต. (2556). จากปัญหาสู่นโยบาย : ศึกษานิพนธ์ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *ร่วมพฤษ มหวิทยาลัยกรีก*, 31, 1-26.

ภูงค์ เสนานุช, & วนิดา ตูรงค์ฤทธิ์ชัย. (2555). การติดตามประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจสถานสงเคราะห์ คนชรา และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 16, 1-15.

- วรรณภา กุมารจันทร์. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2554). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2557). ผู้สูงอายุในประเทศไทย : แนวโน้ม คุณลักษณะและปัญหา. Retrieved 12 มกราคม, 2558, from <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic004.php>.
- วิราพรรณ วีโรจน์รัตน์, & และคณะ. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ว.สภการพยาบาล, ฉบับพิเศษ (26), 140-153.
- วิลาวัลย์ รัตน์. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ศิริรำไพ สุวัฒน์คุปต์. (2555). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สกุณา บุญนารากร. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย (พิมพ์ครั้งที่ 4 ed.). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ.2557. Retrieved 18 ตุลาคม 2557, from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Books/FullText/2014/2014-Population-Aging-Poster.pdf>
- สมใจ โชติชนพันธ์. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค. (สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- สำนักบริการสวัสดิการสังคม. (2558). การให้บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมประกอบการส่งเสริมการจัดกิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุ. from http://www.bsws.go.th/modules.php?m=newsupdate_public&op=detailnewsupd

ate&NUID=51

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2014). ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์, 34, 71-88.

สุเทพ ธรรมะตระกูล. (2552). การวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพชรบูรณ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบูรณ์.

สุปราณี แดงวงษ์. (2552). สังคมผู้สูงอายุ กับการเตรียมพร้อมรับมือ. ว.มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 15, 14-20.

สุพัฒน์ จำปาหวาย. (2554). การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (วิทยานิพนธ์ ปร.ด.), มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

สุภาณี แก้วพินิจ และคณะ. (2550). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. พิษณุโลก ศูนย์อนามัยที่ 9.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2554). การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

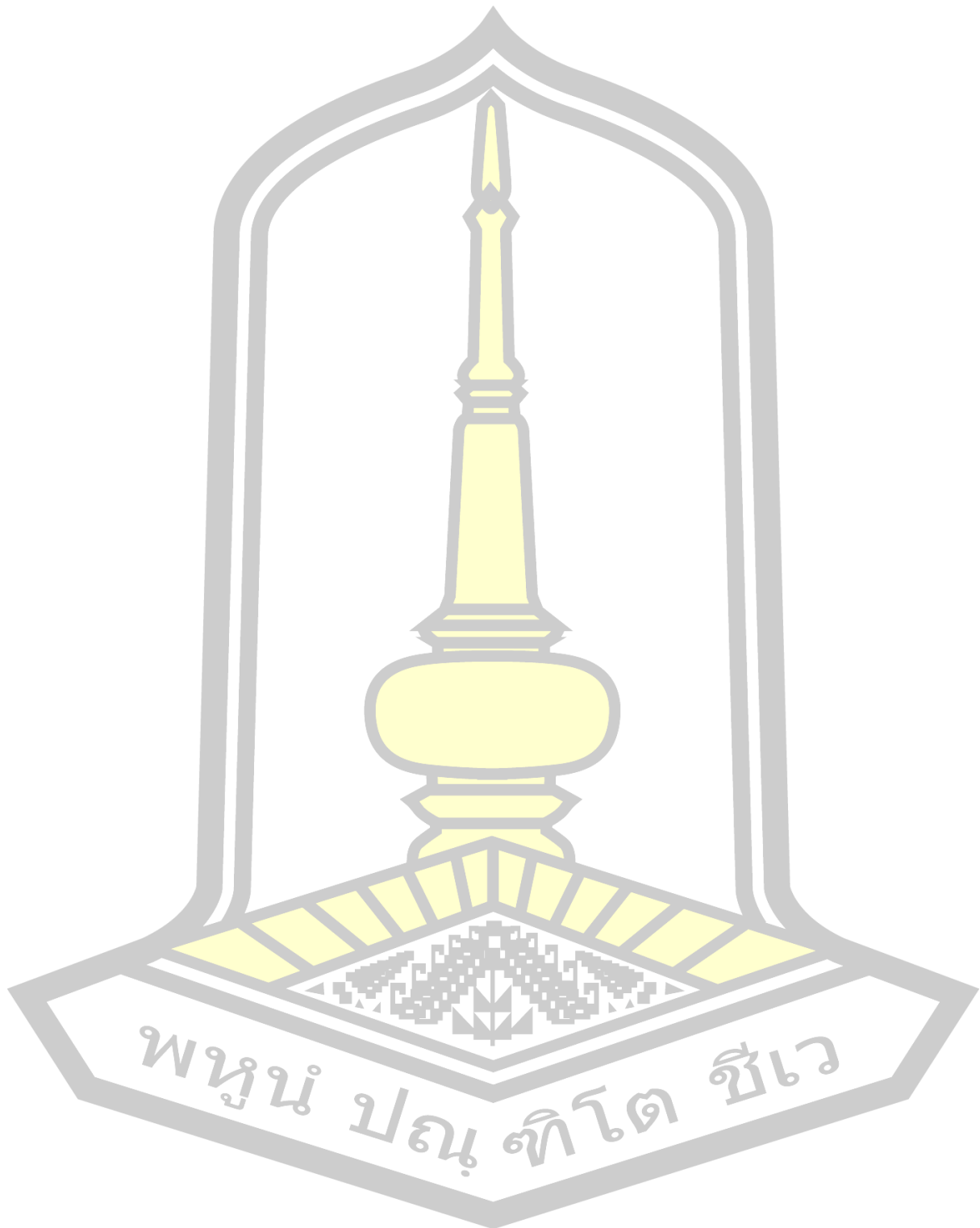
อังคณา ฉายวิริยะ. (2556). เตรียมสังคมไทยให้พร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ. ว.เศรษฐกิจและสังคม, 50, 6-13.

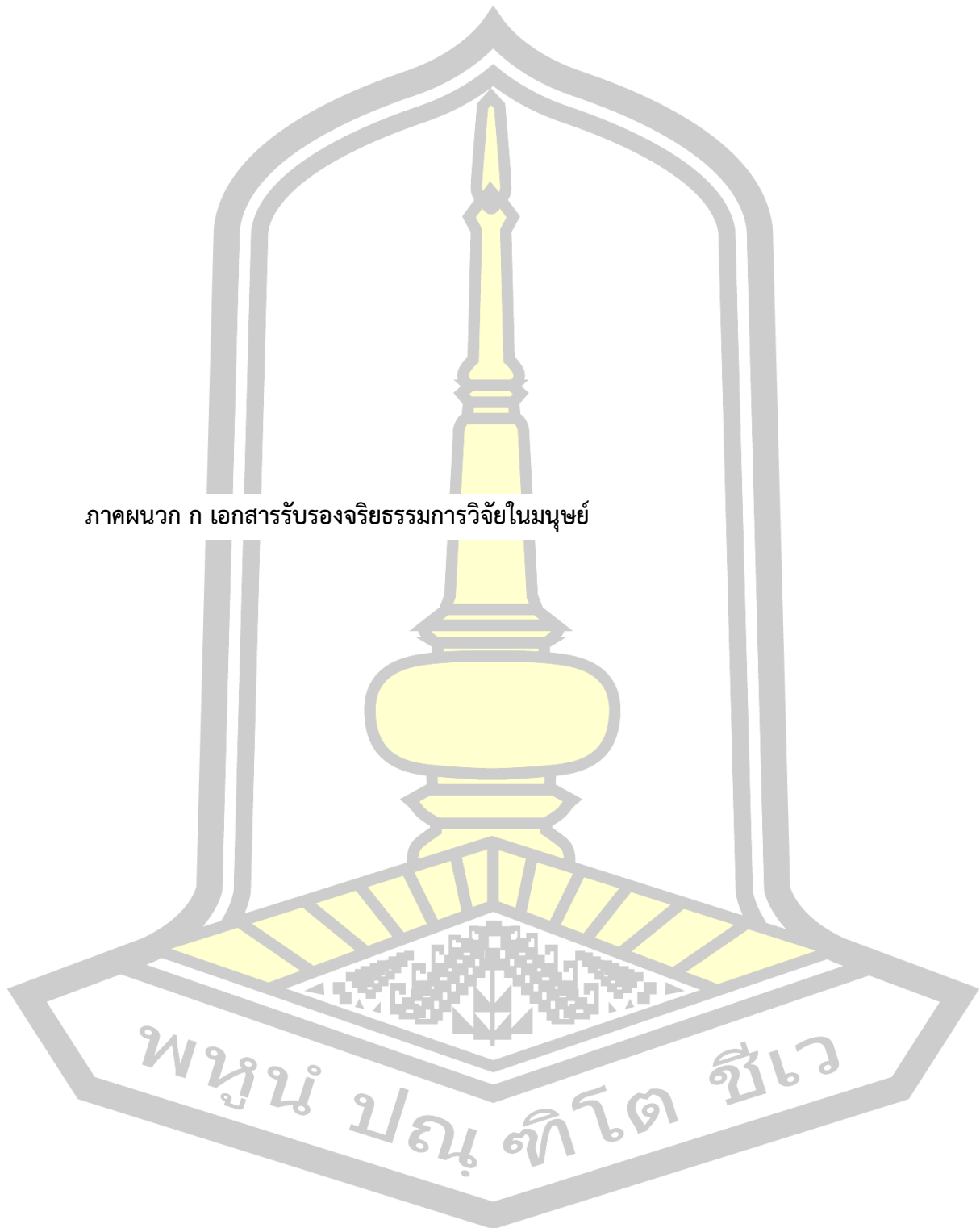
อัมพร สมพงษ์. (2555). พัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นครราชสีมา.





ภาคผนวก





ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 031 / 2559

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) : ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Health Promotion Model for the Elderly Residents in Social Welfare Institutions in Southern Thailand.

ผู้วิจัย : นางสาวมุตตรา ยะโกะ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะแพทยศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดยะลา

วันที่รับรอง : 20 สิงหาคม 2561

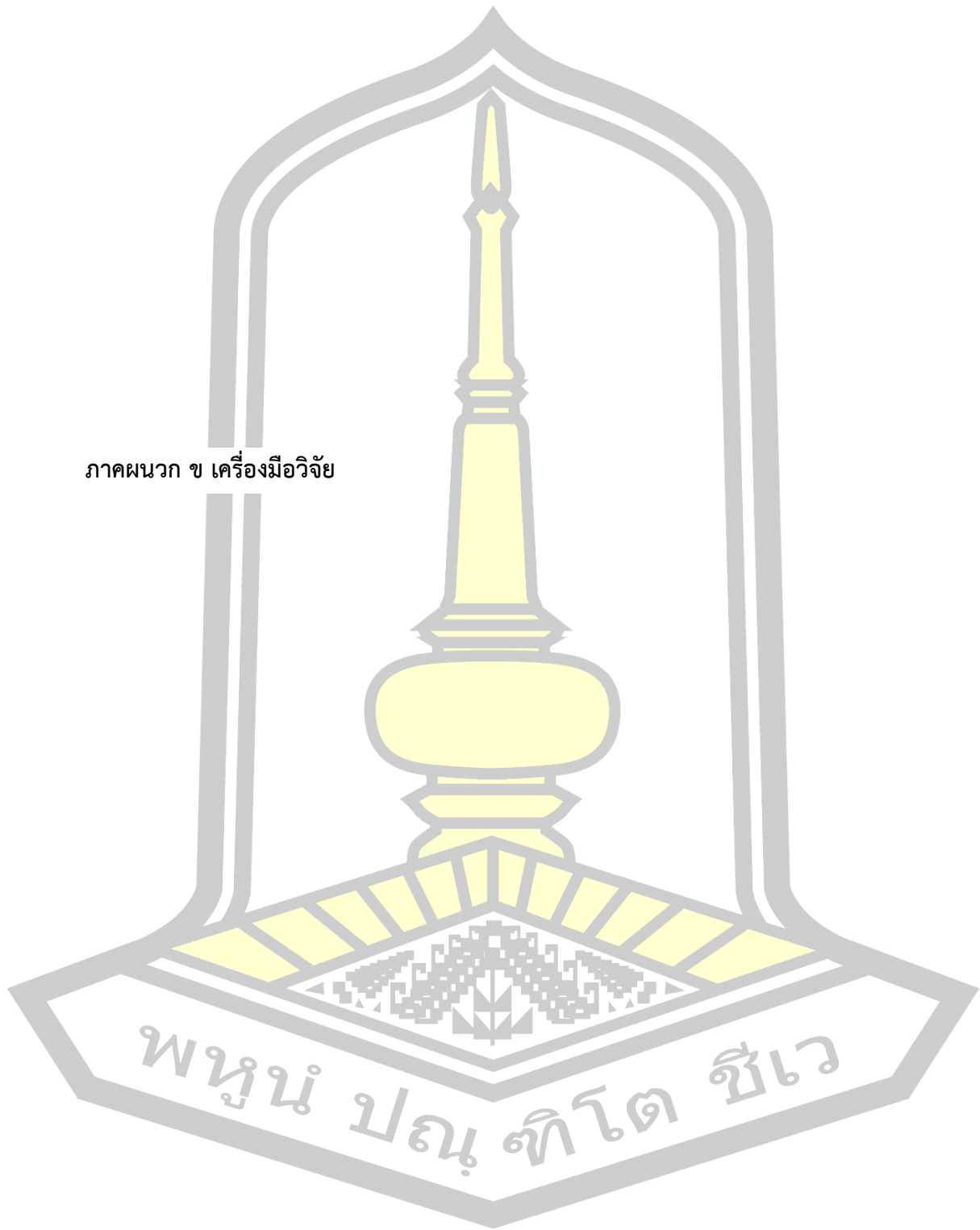
วันหมดอายุ : 19 สิงหาคม 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ สัมพันธ์ ฤทธิเดช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ข เครื่องมือวิจัย

พหุ ประทีป ชัยเว

เครื่องมือที่ 1

แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้บริหาร บุคลากร และเจ้าหน้าที่
ที่เกี่ยวข้องในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ
-
4. ระดับการศึกษา
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
5. ตำแหน่ง
-

ส่วนที่ 2 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนาหน่วยงาน (สถานสงเคราะห์) ให้เป็น
องค์กรสร้างเสริมสุขภาพ

6. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (แห่งนี้) มีการปฏิบัติตน
เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตนเองหรือไม่

- ไม่มี เพราะ
-
- มี ทำในลักษณะรายบุคคล หรือทำในลักษณะรายกลุ่ม
- ทำในลักษณะรายบุคคล
- ใครทำอะไร
-

อย่างไร

.....

เมื่อใด

มี นโยบายอะไรบ้าง

1.....

2.....

3.....

ประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง (6 ด้าน)

1.....

2.....

3.....

9. ในกรณีที่ไม่มีนโยบายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานของท่านมีกิจกรรม/โครงการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่

ไม่มี เพราะ

.....

มี กิจกรรมอะไรบ้าง

.....

จัดอย่างไร

.....

ผลเป็นอย่างไร

.....

10. หน่วยงานของท่านมีโครงการ/กิจกรรมที่จัดแล้วประสบผลสำเร็จหรือไม่ โครงการอะไรบ้าง

ไม่มี เพราะ

.....

ปัญหา/อุปสรรคที่ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จ

.....

.....

.....

มี ได้แก่

กิจกรรม/โครงการ ที่

1.....

กลุ่มเป้าหมาย

.....

ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ

.....

.....

กิจกรรม/โครงการ ที่

2.....

กลุ่มเป้าหมาย

.....

ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ

.....

.....

11. ในรอบ 3-4 เดือนที่ผ่านมา หากหน่วยงานจะพัฒนาให้เป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพจะมีความเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร

เป็นไปไม่ได้ เพราะมีปัญหา/อุปสรรคเกี่ยวกับอะไรบ้าง ควรแก้ไขปรับปรุงอย่างไร

ปัญหา/อุปสรรค

1.....

ควรแก้ไขปรับปรุงโดย

.....

ปัญหา/อุปสรรค

2.....

ควรแก้ไข

ปรับปรุงโดย.....

.....

ปัญหา/อุปสรรค



3.....

ควรแก้ไข

ปรับปรุงโดย.....

เป็นไปได้ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องใดบ้าง
เรื่องที่ 1

.....

ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

.....

เรื่องที่ 2

.....

ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

.....

เรื่องที่ 3

.....

ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

.....

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้



เครื่องมือที่ 2

แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร หัวหน้างาน บุคลากรและผู้ดูแลเกี่ยวกับการ การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

คำชี้แจง : 1. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร หัวหน้างาน บุคลากรและผู้ดูแลเกี่ยวกับการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้เกี่ยวข้องนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและหลังดำเนินการตามตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทสถานสงเคราะห์ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินในระยะแรกจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เกี่ยวกับ 1) การมีนโยบายและแผนงาน รวมทั้ง 2) การจัดองค์กร เพื่อรองรับการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน (การดูแลสุขภาพตนเอง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การพัฒนาจิตวิญญาณ ความสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล) ครอบคลุมถึง การจัดบุคลากรและส่วนงานที่รับผิดชอบ การสั่งการและการมอบหมายงาน การจัดงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ และการประเมินผลและการพัฒนางานตามผลการประเมิน

2. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานและการมีนโยบายและแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในองค์กร ส่วนที่ 3 การจัดองค์กรเพื่อพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหน่วยงานไปสู่องค์กรสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ
4. ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญา/ปวส.
ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
5. ตำแหน่งงานปัจจุบัน
.....
6. สังกัดหน่วยงานหรือแผนกในองค์กร
.....
7. ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบัน.....ปี.....เดือน
8. ตำแหน่งงานก่อนหน้าครั้งนี้.....สังกัดหน่วยงาน
.....
9. ระยะเวลาและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชรา

9.1 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้.....ปี.....เดือน

9.2 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชราก่อนหน้านี้.....ปี.....เดือน

9.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน

9.4 แรงจูงใจของท่านในการปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชรา คือ

.....

.....

.....

9.5 ท่านมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

1. ไม่มี ระบุทักษะที่จำเป็นที่ควรจะมี อะไรบ้าง

2. มี (ระบุ) ทักษะที่ 1.....ทักษะที่

2.....

..... ทักษะที่ 3.....ทักษะที่

4..... ทักษะที่ 5.....ทักษะที่

6..... 9.6 หน่วยงานของท่านมีการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

10. ประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารองค์กร/ส่วนงานหรือแผนก

1. ไม่มี

2. มี ระบุองค์กร/ส่วนงานหรือแผนกที่ท่านปฏิบัติงานในฐานะผู้บริหาร

.....

.....

ส่วนที่ 2 การมีนโยบายและแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในองค์กรและส่วนงานหรือแผนก

11. สถานสงเคราะห์ที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบันมีนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่

1. ไม่มี เพราะ

.....

2. มี ระบุนโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจ

.....

12. สถานสงเคราะห์ที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบันมีแผนงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่

1. ไม่มี เพราะ

2. มี จำนวน.....แผนงาน ระบุรายละเอียดของแผนงานพอสังเขป
แผนงานที่ 1

กิจกรรม ได้แก่

แผนงานที่ 2

กิจกรรม ได้แก่

แผนงานที่ 3

กิจกรรม ได้แก่

แผนงานที่ 4

กิจกรรม ได้แก่

13. ส่วนงานหรือแผนกที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบันมีงานหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หรือไม่

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความจำเป็น ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาหน่วยงานของท่านไปสู่การเป็นองค์กรการสร้างเสริมสุขภาพ

20. ในสถานการณ์ปัจจุบันท่านคิดว่าสถานสงเคราะห์ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาไปสู่องค์กรการสร้างเสริมสุขภาพทั่วทั้งองค์กร ที่ทั้งบุคลากรและผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ จนเป็นวิถีชีวิต

1. ไม่จำเป็น เพราะ

.....

2. จำเป็น เพราะ

.....

21. หากจะต้องพัฒนาสถานสงเคราะห์ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ไปสู่องค์กรการสร้างเสริมสุขภาพทั่วทั้งองค์กร ท่านคิดว่าจะมีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร

1. ไม่มี เพราะ

.....

2. มี เพราะ

.....

22. แนวทางการพัฒนาสถานสงเคราะห์ของท่านไปสู่การเป็นองค์กรการสร้างเสริมสุขภาพทั่วทั้งองค์กร ท่านคิดว่าจะมีการพัฒนาหรือดำเนินการอะไรและอย่างไรบ้าง ทั้งในภาพรวม และรายด้าน

22.1 การดำเนินการพัฒนาการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในภาพรวม
ขององค์กร ควรดำเนินการในส่วนที่สำคัญดังนี้

(1) ดำเนินการเกี่ยวกับ.....เพราะ
.....ผู้รับผิดชอบ.....องค์กร

ภายนอกที่จะขอความร่วมมือ.....

(2) ดำเนินการเกี่ยวกับ.....เพราะ
.....ผู้รับผิดชอบ.....องค์กร

ภายนอกที่จะขอความร่วมมือ.....

(3) ดำเนินการเกี่ยวกับ.....เพราะ
.....ผู้รับผิดชอบ.....องค์กร

ภายนอกที่จะขอความร่วมมือ.....

(4) ดำเนินการเกี่ยวกับ.....เพราะ
.....ผู้รับผิดชอบ.....องค์กร

ภายนอกที่จะขอความร่วมมือ.....

(5) ดำเนินการเกี่ยวกับ.....เพราะ
.....ผู้รับผิดชอบ.....องค์กร

ภายนอกที่จะขอความร่วมมือ.....

23. หน่วยงาน/แผนกงานของท่านมีการประสานงานกับหน่วยงาน/แผนกงานทั้งภายในภายนอกองค์กร
หรือไม่

23.1 หน่วยงาน/แผนกงานในสถานสงเคราะห์

1. ไม่มี เพราะ

.....
.....

2. มี (ระบุหน่วยงาน เรื่องและช่องทางการ

ประสานงาน).....

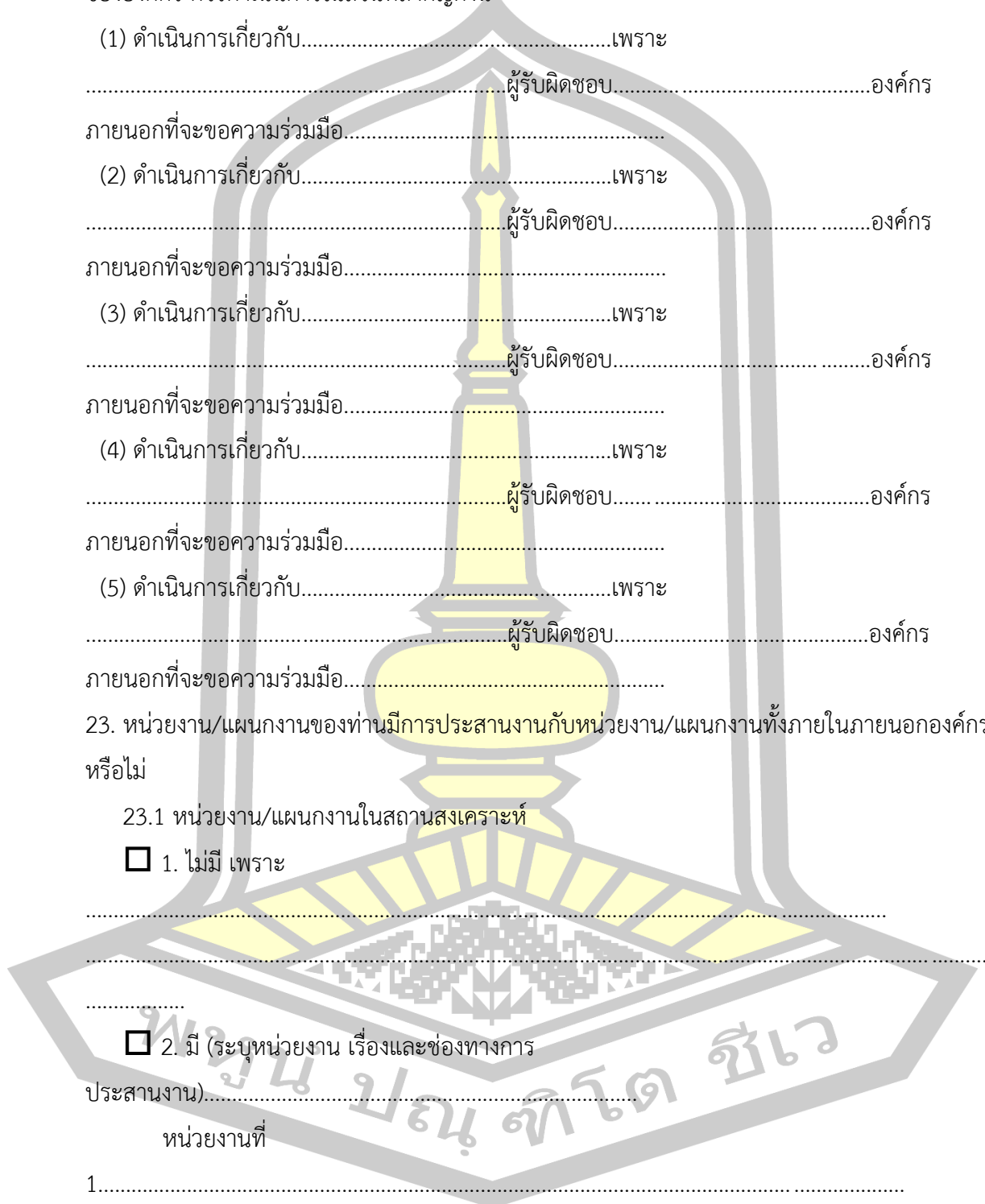
หน่วยงานที่

1.....

หน่วยงานที่

2.....

หน่วยงานที่



เครื่องมือที่ 3

แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและแกนนำผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ.....
4. ระดับการศึกษา
- ไม่ไดเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.
- อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการพัฒนาการ
สร้าง

เสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

5. ในรอบปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มีการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตนเองหรือไม่

ไม่มี เพราะ

.....

มี

(ระบุ).....

.....

6. ในรอบปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน สถานสงเคราะห์แห่งนี้มีโครงการ/กิจกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์หรือไม่ อย่างไร

6.1 กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ไม่มี เพราะ

.....

มี (ระบุ 6

องค์ประกอบ).....

.....

.....

6.2 กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

ไม่มี เพราะ

มี (ระบุ 6
องค์ประกอบ)

6.3 กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี

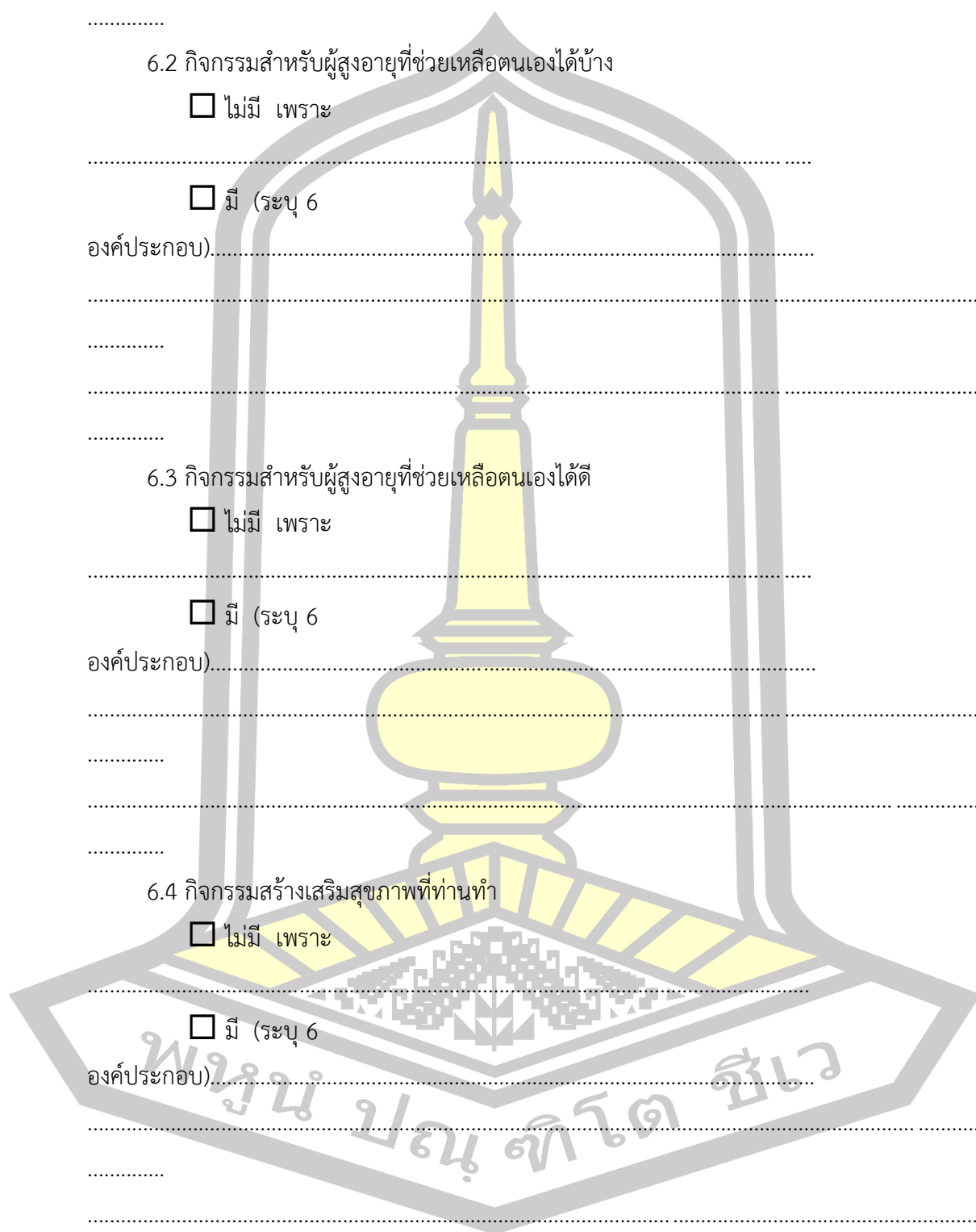
ไม่มี เพราะ

มี (ระบุ 6
องค์ประกอบ)

6.4 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ท่านทำ

ไม่มี เพราะ

มี (ระบุ 6
องค์ประกอบ)



เครื่องมือที่ 4

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 การมีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์
- ส่วนที่ 4 การสนับสนุน หรือการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์
- ส่วนที่ 5 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ
- ส่วนที่ 6 การได้รับคำแนะนำ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากบุคคลต่างๆ
- ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ตอน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ
-
4. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้อ่าน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
6. รายได้/เดือน.....บาท
7. แหล่งของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ตนเอง บุตรหลาน ญาติ

- ทรัพย์สินเดิม เงินบริจาค เงินบำนาญ
 ดอกเบี้ยเงินกู้ เงินฝาก อื่น ๆ (ระบุ).....

8. หลักประกันสุขภาพ

- ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพ 30 บาท ประกันชีวิต
สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ อื่น ๆ
 (ระบุ).....

9. ภูมิลำเนาเดิม

- นราธิวาส ปัตตานี ยะลา
 สตูล อื่น ๆ (ระบุ).....

10. เหตุผลการเข้าพักในสถานสงเคราะห์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีญาติ ไม่มีบ้านพักอาศัย ไม่มีรายได้
 มีปัญหาเกี่ยวกับลูก มีปัญหาเกี่ยวกับสามี อื่น ๆ
 (ระบุ).....

11. ท่านติดต่อกับบุคคลใดเป็นประจำ และติดต่อกับบุคคลเหล่านั้นโดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. คู่สมรส ติดต่อบนวิธี

 2. บุตร ติดต่อบนวิธี

 3. หลาน ติดต่อบนวิธี

 4. ญาติ (ระบุ)..... ติดต่อบนวิธี

 5. อื่นๆ (ระบุ)..... ติดต่อบนวิธี

12. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นฉันท์คู่รักหรือแฟน

- ไม่มี มี (ระบุ).....

13. ลักษณะของครอบครัวเดิมของท่าน

- เดี่ยว ขยาย อื่นๆ.....

14. จำนวนสมาชิกของครอบครัวเดิมของท่าน.....คน

15. ท่านมีบุตรหรือไม่

ไม่มี มี จำนวน.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

16. ท่านมีบุตรบุญธรรมหรือไม่

ไม่มี มี จำนวน.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

17. ระยะเวลาที่เข้าพักอาศัยในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

17.1 ระยะเวลาที่เข้าพักอาศัยในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุแห่งนี้.....ปี.....เดือน

17.2 ท่านเคยเข้าพักอาศัยในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อื่นมาก่อนหรือไม่

ไม่เคย

เคย สถานที่.....ระยะเวลาที่ได้พักอาศัย.....ปี.....เดือน

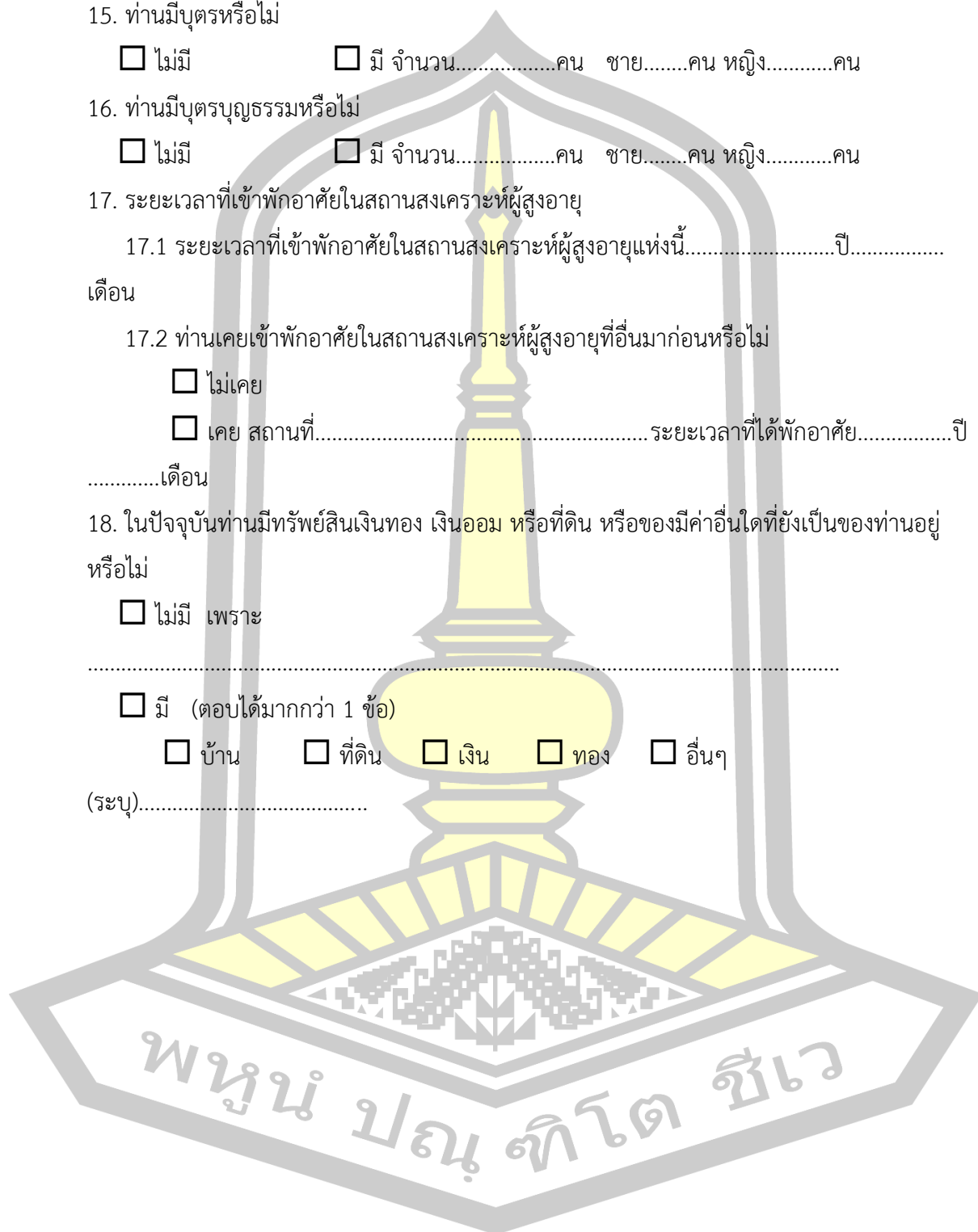
18. ในปัจจุบันท่านมีทรัพย์สินเงินทอง เงินออม หรือที่ดิน หรือของมีค่าอื่นใดที่ยังเป็นของท่านอยู่หรือไม่

ไม่มี เพราะ

มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

บ้าน ที่ดิน เงิน ทอง อื่นๆ

(ระบุ).....



ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับกรปฏิบัติตัวของท่านเพียงคำตอบเดียว

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันท่านมีการปฏิบัติด้านต่างๆ ต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

วัน/สัปดาห์	ประจำ หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำทุกวัน	7
วัน/สัปดาห์	บ่อยครั้ง หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน	5-6
วัน/สัปดาห์	ปานกลาง หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านทำสัปดาห์ละครั้ง	3-4
วัน/สัปดาห์	นานๆครั้ง หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้งหรือน้อยมาก	1-2
วัน/สัปดาห์	ไม่เคยเลย หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านไม่เคยทำเลยหรือแทบจะไม่ได้ทำเลย	0 วัน/สัปดาห์

ข้อ	คำถาม	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	ปานกลาง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1	ด้านอาหาร ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ นม)					
2	ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวซ้อมมือ ผัก ผลไม้					
3	ท่านดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว เป็นประจำทุกวัน					
4	ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ					
5	ท่านรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด					
6	ท่านรับประทานผลไม้ที่มีสีส้มแตกต่างกัน					
7	ท่านรับประทานผัก					
8	ท่านดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว					
9	ท่านรับประทานปลา					
10	ท่านรับประทานอาหารเช้า					

	ด้านออกกำลังกาย					
11	ท่านยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5 นาที ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง					
12	ท่านยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5 นาที หลังออกกำลังกายทุกครั้ง					
13	ท่านออกกำลังกาย นานครั้งละ 20 นาที (โดยวิธี.....)					
14	ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย (สังเกตจากหายใจเร็วขึ้น และหัวใจเต้นแรงขึ้นกว่าปกติ)					
15	ท่านออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก					
16	กิจวัตรประจำวันของท่านมีการเคลื่อนไหวยืดเส้นยืดสาย					
17	การจัดการความเครียด เมื่อท่านมีความเครียด จะแก้ปัญหาโดยการทำกิจกรรมที่ชอบ* (ได้แก่.....)					
18	เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ท่านระบายหรือเล่าให้คนอื่น ทราบ					
19	เมื่อมีความเครียด ท่านนั่งสมาธิ สวดมนต์ หรือละหมาด					
20	ท่านจะทำกิจกรรมที่ขจัดความเมื่อยล้าของร่างกาย (ระบุ.....)					

ข้อ	คำถาม	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	ปานกลาง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
21	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี					
22	เมื่อมีความเครียด ท่านแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม					
23	เมื่อมีอารมณ์โกรธ ท่านไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้					
24	เมื่อมีความเครียด ท่านไม่สามารถหาวิธีคลายเครียดได้					
25	เมื่อท่านมีความเครียด ท่านสามารถหาสาเหตุของความเครียดได้					
26	ท่านสามารถแก้ปัญหาสาเหตุของความเครียดได้					
27	ท่านสูบบุหรี่เพื่อคลายความเครียด					
	การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ					
28	ท่านบริจาคสิ่งของ หรือทรัพย์สินให้ผู้อื่น					
29	ท่านช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ได้หวังผลตอบแทน					
30	ท่านพอใจในสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง					

31	ท่านมีความสุขและพอใจในสิ่งที่มีอยู่					
32	ท่านช่วยเหลือผู้อื่น เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ให้ผู้อื่น					
33	ท่านมีความรักและความจริงใจต่อผู้อื่น					
34	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการกุศลในสถานสงเคราะห์					
35	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในสถานสงเคราะห์					
36	ท่านพึ่งตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ก่อนที่จะรบกวนผู้อื่นให้ช่วยเหลือ					
	การดูแลสุขภาพตนเอง					
37	ท่านนอนหลับไม่น้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง					
38	ท่านขับถ่ายอุจจาระทุกวัน					
39	ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวท่าน					
40	ท่านแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง					
41	ท่านอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง					
42	ท่านใช้น้ำยาสระผมแล้วล้างออกอย่างสะอาด					
43	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
44	ท่านสูบบุหรี่					
	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
45	บุคลากร เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ (ได้แก่ กิจกรรม.....)					
46	ท่านร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับหน่วยงานได้ดี					
47	ท่านช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อน					
48	ท่านช่วยเหลือบุคลากรในสถานสงเคราะห์					
49	ท่านพูดคุยกับเพื่อนๆ ในสถานสงเคราะห์					
50	ท่านมีการติดต่อกับครอบครัว					

ข้อ	คำถาม	สม่า เสมอ	บ่อย ครั้ง	ปาน กลาง	นานๆ ครั้ง	ไม่มี เลย
51	ท่านมีการติดต่อกับญาติ					
52	ท่านมีการติดต่อกับเพื่อนๆที่อยู่นอกสถานสงเคราะห์					

* หากท่านไม่ได้ปฏิบัติหรือไม่มีประสบการณ์นั้น ให้ท่านข้ามทำข้อถัดไป

ส่วนที่ 3 การมีทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (นับย้อนไป 6 เดือนนับจากวันสัมภาษณ์)

	มากที่สุด	หมายถึง	หน่วยงานมีปัจจัยเอื้อเพียงพอมากที่สุด
มาก		หมายถึง	หน่วยงานมีปัจจัยเอื้อมากเพียงพอ
ปานกลาง		หมายถึง	หน่วยงานมีปัจจัยเอื้อปานกลาง
น้อย		หมายถึง	หน่วยงานมีปัจจัยเอื้อน้อย
ไม่มีเลย		หมายถึง	หน่วยงานไม่มีปัจจัยเอื้อเลย

ข้อ	คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่มี เลย
1	สถานสงเคราะห์มีอาหารที่หลากหลายชนิดให้รับประทาน					
2	สถานสงเคราะห์มีอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ					
3	สถานสงเคราะห์มีจุดบริการน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอ					
4	สถานสงเคราะห์มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย					
5	สถานสงเคราะห์มีสถานที่ออกกำลังกาย					
6	สถานสงเคราะห์มีอุปกรณ์การออกกำลังกาย					
7	สถานสงเคราะห์มีสวนให้ผู้สูงอายุปลูกผักสวนครัว					
8	สถานสงเคราะห์มีสวนหย่อมหรือมุมพักผ่อนหย่อนใจ					
9	สถานสงเคราะห์มีสถานที่ละหมาดให้ผู้สูงอายุศาสนาอิสลาม					
10	สถานสงเคราะห์มีสถานที่สวดมนต์ให้ผู้สูงอายุศาสนาพุทธ					

ส่วนที่ 4 การสนับสนุน หรือการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสถานสงเคราะห์

ข้อ	คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1	โครงการหรือการจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลายความเครียด					
2	นโยบาย/โครงการ/กิจกรรม หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีเมา					
3	โครงการหรือการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย					
4	โครงการหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม					
5	โครงการหรือกิจกรรมในการป้องกันโรค เช่น การกำจัดสัตว์ที่เป็นตัวนำโรค ได้แก่ ยุง แมลงสาบและหนู					

ส่วนที่ 5 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (นับย้อนไป 6 เดือนนับจากวันสัมภาษณ์)

ได้รับประจำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม/คำชมเชย/คำแนะนำ/คำชมเชย ตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไป/เดือน

ได้รับบ่อยๆ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม/คำชมเชย/คำแนะนำ ประมาณ 5-6 ครั้ง/เดือน

ได้รับปานกลาง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม/คำชมเชย/คำแนะนำ ประมาณ 3-4 ครั้ง/เดือน

ได้รับนานๆครั้ง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม/คำชมเชย/คำแนะนำ ประมาณ 1-2 ครั้ง/เดือน

ไม่ได้รับเลย หมายถึง ไม่เคยได้รับการสนับสนุนทางสังคม/คำชมเชย/คำแนะนำเลยในหนึ่งเดือน

ข้อ	คำถาม	ได้รับประจำ	ได้รับบ่อยๆ	ได้รับปานกลาง	ได้รับนานๆครั้ง	ไม่ได้รับเลย
1	โทรทัศน์					

2	โปสเตอร์					
3	ป้ายประกาศ					
4	วิทยุ					
5	แผ่นพับ					
6	หนังสือพิมพ์					
7	อินเทอร์เน็ต					
8	ไลน์					
9	เฟซบุ๊ก					
10	อื่นๆ (ระบุ).....					

ส่วนที่ 6 การได้รับคำแนะนำ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจากบุคคลต่างๆ

ชื่อ	คำถาม	ได้รับ ประจำ	ได้รับ บ่อยๆ	ได้รับ ปาน กลาง	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้รับ เลย
1	บุคลากรทางการแพทย์					
2	ผู้บริหารในสถานสงเคราะห์					
3	นักสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์					
4	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์					
5	บุคลากรของโรงครัวในสถานสงเคราะห์					
6	เพื่อนผู้สูงอายุของท่าน					

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	ในแต่ละมื้ออาหาร ควรรับประทานให้ครบทั้ง 5 หมู่		
2	การดื่มนมเป็นประจำทุกวัน ช่วยทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง		
3	การบริโภคผัก ผลไม้ที่มีสีสันท่างกัน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ		
4	ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดทุกครั้ง		
5	การรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ		
6	ควรรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายในแต่ละมื้อ		
7	การกินอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ ช่วยป้องกันท้องผูกและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้		
8	การออกกำลังกายทำให้สามารถลดไขมันส่วนเกินในร่างกายได้		
9	การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ		
10	ผู้ที่มีโรคประจำตัวควรออกกำลังกายมากกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง		
11	ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 15–30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน		
12	ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที		
13	การออกกำลังกายช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น		
14	ก่อนการออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องมีการยืดเส้นยืดสาย		
15	การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วงคือ ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย		
16	ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง		
17	เมื่อมีความเครียด ท่านควรทำกิจกรรมเพื่อคลายเครียด		
18	การช่วยเหลือเอื้อเฟื้อแก่ผู้อื่นทำให้ตนเองมีคุณค่า		
19	การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพตนเอง		
20	ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปี		

ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับความคิดเห็นกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ควรเลือกรับประทานอาหารที่ท่านถูกใจเท่านั้น					
2	อาหารมือเช้าเป็นมือที่มีความสำคัญกว่ามืออื่น					
3	การบริโภคอาหารให้อิ่มทุกมื้อจะทำให้ ไม่ขาดสารอาหาร					
4	การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เข้ากลุ่มกับเพื่อนไม่ได้					
5	การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้รูปร่างกระชับได้สัดส่วน มีความคล่องตัว					
6	ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะทำให้สุขภาพทรุดโทรม					
7	การออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยากเพราะมีขั้นตอนมาก					
8	ผู้ที่มีโรคประจำตัว ห้ามออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้ อาการของโรครุนแรงมากขึ้น					
9	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย					
10	การพูดคุยกับเพื่อนทำให้คลายเครียด					
11	การสวดมนต์/การนั่งสมาธิ/การละหมาด จะช่วยให้ท่าน คลายความเครียดได้					
12	การสูบบุหรี่ทำให้คลายความเครียดได้					
13	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้คลายเครียด					
14	ท่านควรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่เคยช่วยเหลือท่านเท่านั้น					
15	ท่านไม่ค่อยเห็นความสำคัญของผู้อื่น					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับความคิดเห็นกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและไขมันในเส้นเลือดสูง					
2	การรับประทานผัก ผลไม้ ช่วยการขับถ่ายได้ดี					
3	การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง					
4	การดื่มนมช่วยทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง					
5	การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด					
6	การออกกำลังกายทำให้สุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง					
7	ความเครียดส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต					
8	การนอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่ทำให้ร่างกายสดชื่น จิตใจเบิกบาน					
9	การช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้รู้สึกสบายใจ					
10	การนอนหลับอย่างเพียงพอทำให้รู้สึกสดชื่น					

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

พูน ปณ ทิโต ชีเว

เครื่องมือที่ 5

แบบบันทึกสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

คำชี้แจง : แบบบันทึกสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฉบับนี้ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและทันตสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ.....
4. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้อ่าน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
6. ภูมิลำเนาเดิม
 นครราชสีมา ปัตตานี ยะลา
 สตูล อื่น ๆ (ระบุ).....
7. ระยะเวลาที่เข้าพักอาศัยในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและทันตสุขภาพ

1. ภาวะสุขภาพทั่วไป

1.1 น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม

1.2 ส่วนสูง.....เซนติเมตร

1.3 ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index :BMI) = น้ำหนัก =
กก./ม²

- ส่วนสูง _____
- ภาวะโภชนาการ ผอม ปกติ อ้วน
- 1.4 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
 ไม่มี มี (ระบุ).....
- 1.5 การตรวจร่างกายประจำปี
 ตรวจประจำปี ตรวจเป็นบางครั้ง ไม่เคยตรวจเลย
- 1.6 ค่าความดันโลหิตของท่านอยู่ในระดับ.....mmHg.
- 1.7 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับ.....mg/dL.
- 1.8 อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที
- 1.9 อัตราการเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที
- 1.10 การลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที.....ครั้ง
- 1.11 การลุกจากเก้าอี้ เดินไป-กลับ 8 ฟุต.....นาที
- 1.12 การยืนบนขาข้างเดียว.....นาที
- 1.13 การหกล้ม.....ครั้ง

2. Bathel is Index

แบบประเมินคัดกรอง ADL

แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

คำจำกัดความ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ *กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้*

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้

ล่วงหน้า

- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

- 3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. Bathing (การอาบน้ำ)
0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้
9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
- 0A. กลั่นไม่ได้
- 0B. ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

3. พันตสุขภาพ

ท่านมีพันใช้งาน..... ชี้

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์

3.1 แบบทดสอบความเครียด

แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20)

คำชี้แจง : ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

ระดับความเครียด	1	หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด
ระดับความเครียด	2	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
ระดับความเครียด	3	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
ระดับความเครียด	4	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
ระดับความเครียด	5	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1	กลัวทำงานผิดพลาด					
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9	ปวดหลัง					
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12	รู้สึกวิตกกังวล					

13	รู้สึกคับข้องใจ					
14	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					
15	รู้สึกเศร้า					
16	ความจำไม่ดี					
17	รู้สึกสับสน					
18	ตั้งสมาธิลำบาก					
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20	เป็นหวัดบ่อย ๆ					
คะแนนรวม						

3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง : ให้ผู้ประเมินภาาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

หมายเหตุ กรณี มี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ลำดับที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3

8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวมคะแนน				
	รวม				

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิต

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL - BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ท่านสำรวจตัวเอง และประเมินให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เหมาะสมกับท่านมากที่สุด

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่น้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่น้อยระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

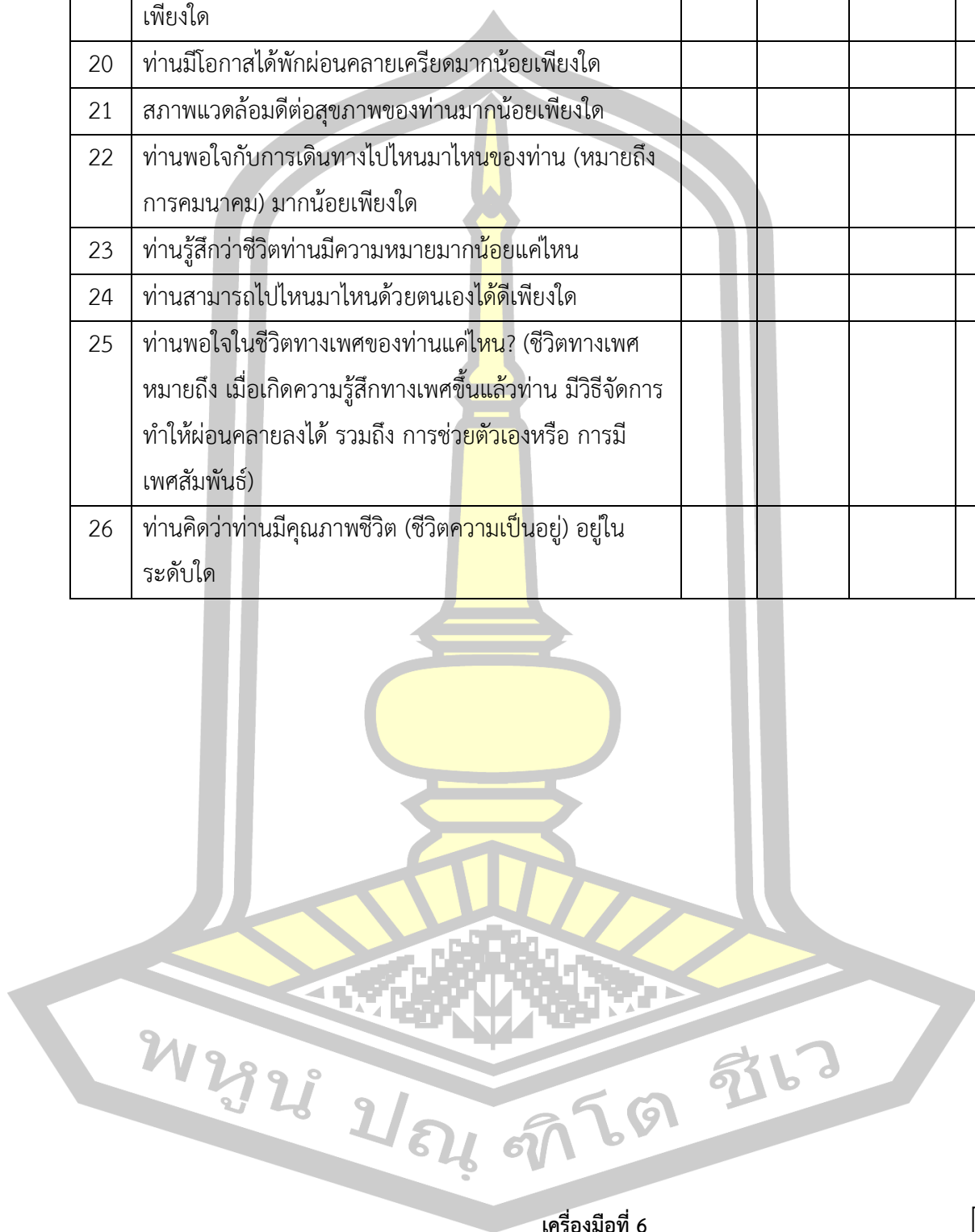
มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร					

2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดีเช่นรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากนักน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมามากน้อยเพียงใด					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด					

ข้อที่	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					

19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการ ทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



เครื่องมือที่ 6



แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ชื่อ-สกุลผู้สัมภาษณ์.....ชื่อ-สกุลผู้ให้สัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์.....

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี 2. เพศ..... 3. สถานที่ที่พักอาศัย..... 4. น้ำหนัก.....

กก. 5. ส่วนสูง.....ซม.

6. BMIน้ำหนัก(กิโลกรัม) / ส่วนสูง(เมตร)ยกกำลังสอง

7. ลักษณะครอบครัวเดิม

.....

8. ความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัว

เดิม.....

9. บุคคลอ้างอิงและสถานที่ที่สามารถติดต่อได้ และความถี่ในการมาเยี่ยม

เยี่ยม.....

10. ภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่โดยทั่วไปของท่านในปัจจุบัน

.....

ตอนที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

11. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่ ถ้าไม่เพราะอะไร ถ้าได้ดูแลสุขภาพตนเองจง

อธิบายว่าท่านทำอะไร อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านออกกำลังกายอย่างไรเป็นประจำหรือไม่ อย่างไร และท่านมีปัญหาอุปสรรคในการ

ออกกำลังกายอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

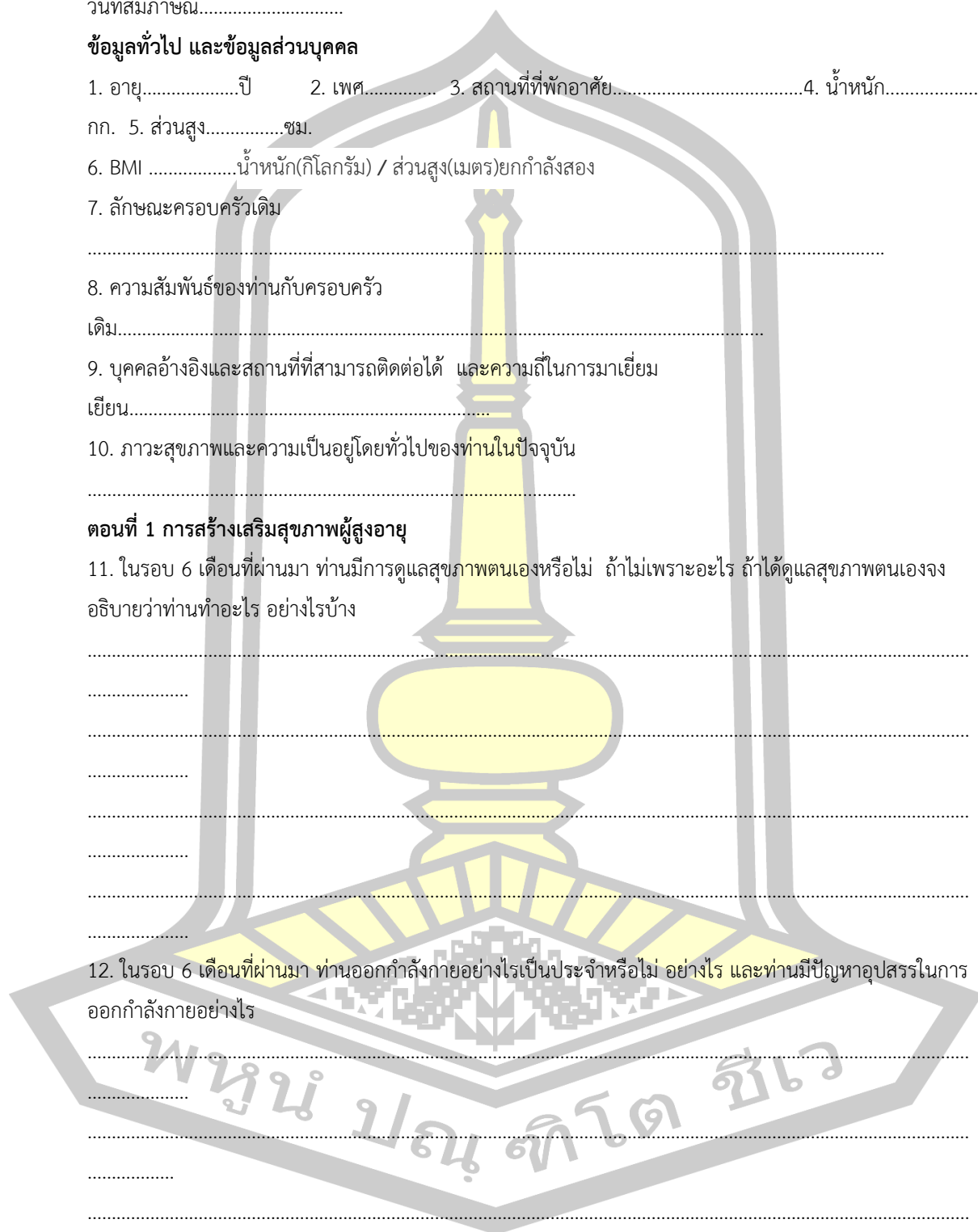
.....

.....

.....

.....

.....



13. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความเครียดหรือไม่ ถ้ามีความเครียดท่านจัดการกับความเครียดอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการสร้างเสริมจิตวิญญาณหรือไม่ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านบริโภคอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคในการบริโภคหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

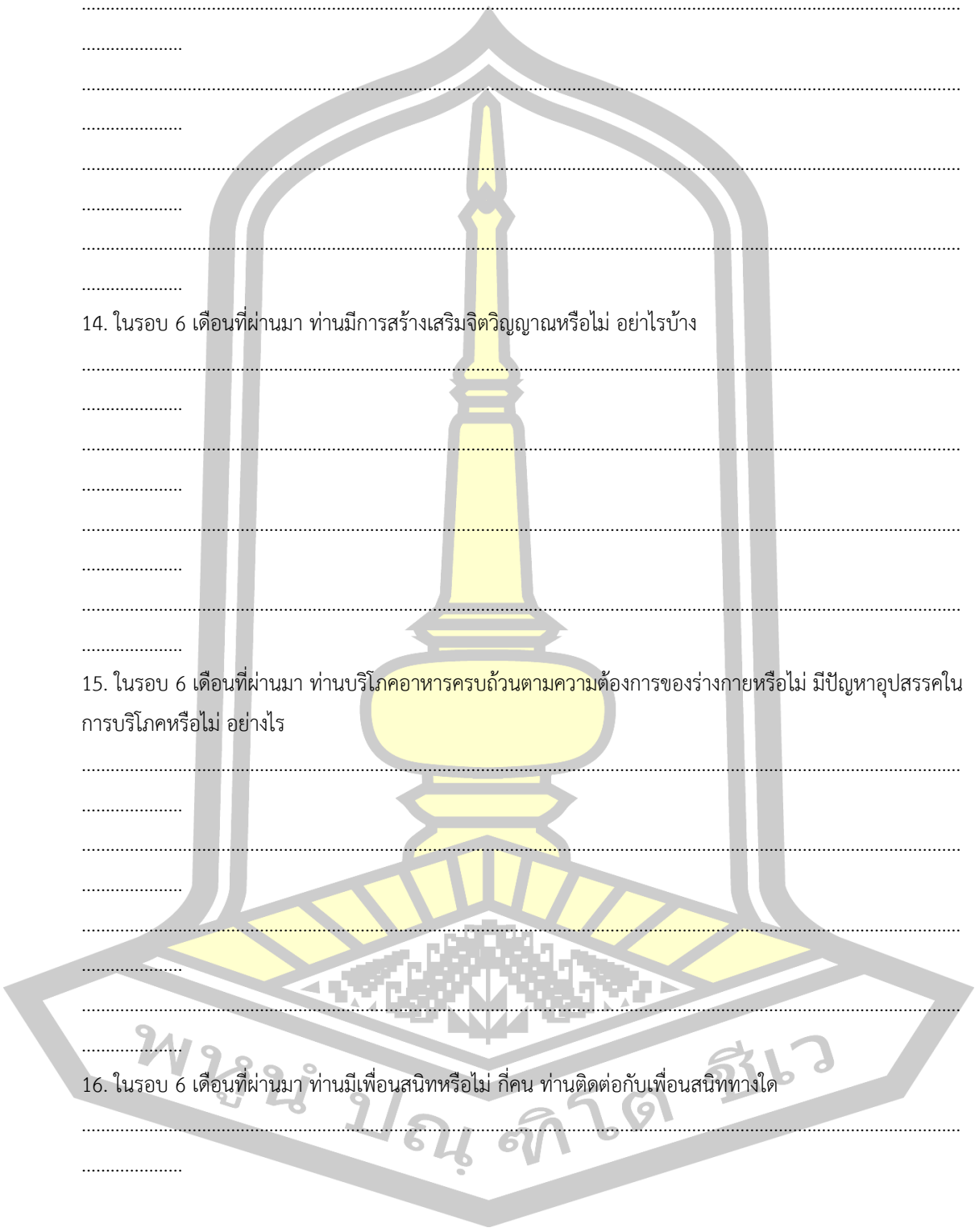
16. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพื่อนสนิทหรือไม่ ก็คน ท่านติดต่อกับเพื่อนสนิททางใด

.....

.....

.....

.....



ตอนที่ 2 การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง รวม 3 วัน

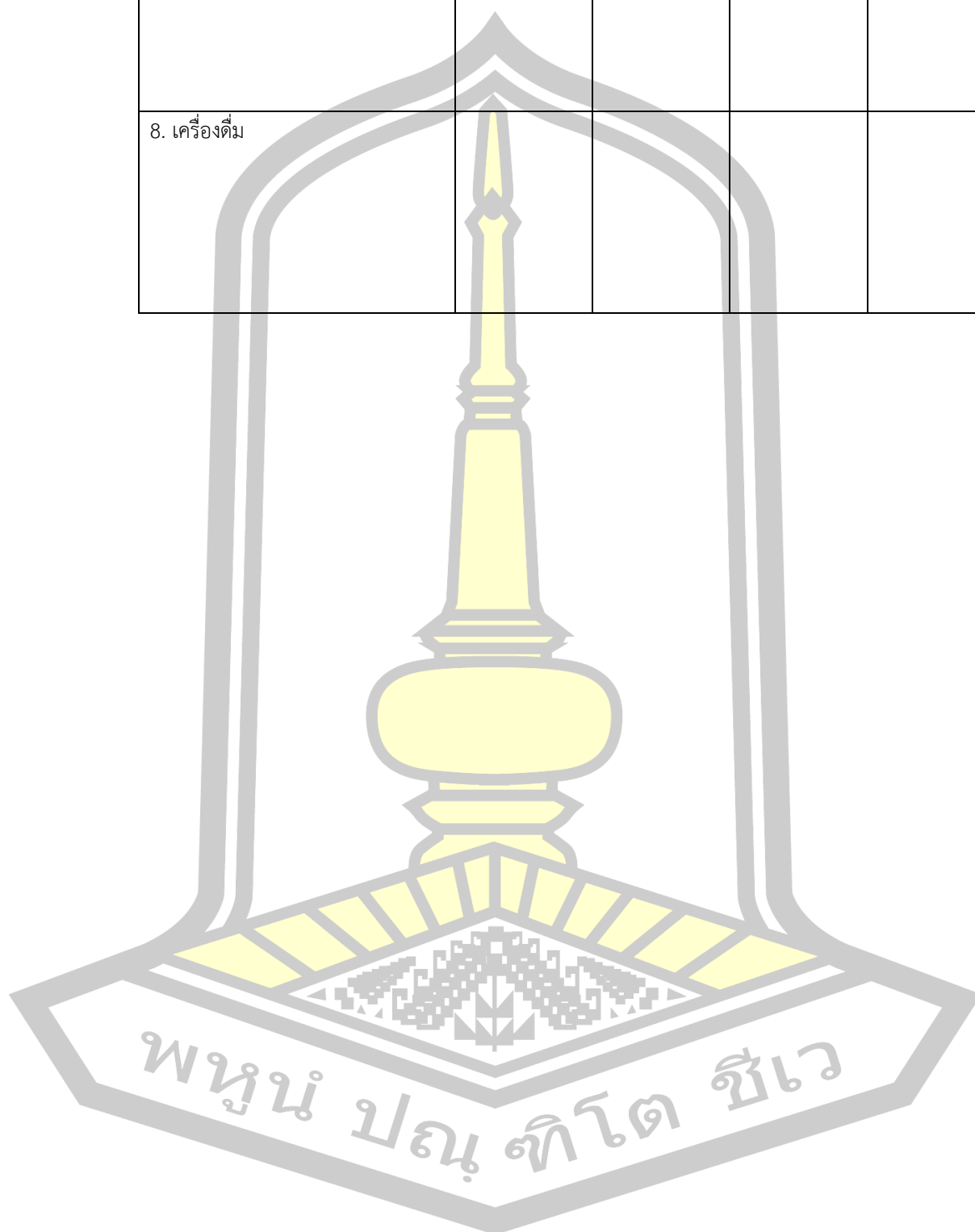
มื้ออาหาร (ระบุเวลา โดยประมาณ)	รายการอาหาร	ส่วนประกอบ อาหาร	ปริมาณ (ถ้วย, ช้อนโต๊ะ, ช้อนชา ฯลฯ)	น้ำหนัก(กรัม)	หมายเหตุ
วันที่ _____					พลังงานที่ได้รับในวันที่ 1กิโลแคลอรี
วันที่ _____					พลังงานที่ได้รับในวันที่ 2กิโลแคลอรี
วันที่ _____					พลังงานที่ได้รับในวันที่ 3กิโลแคลอรี

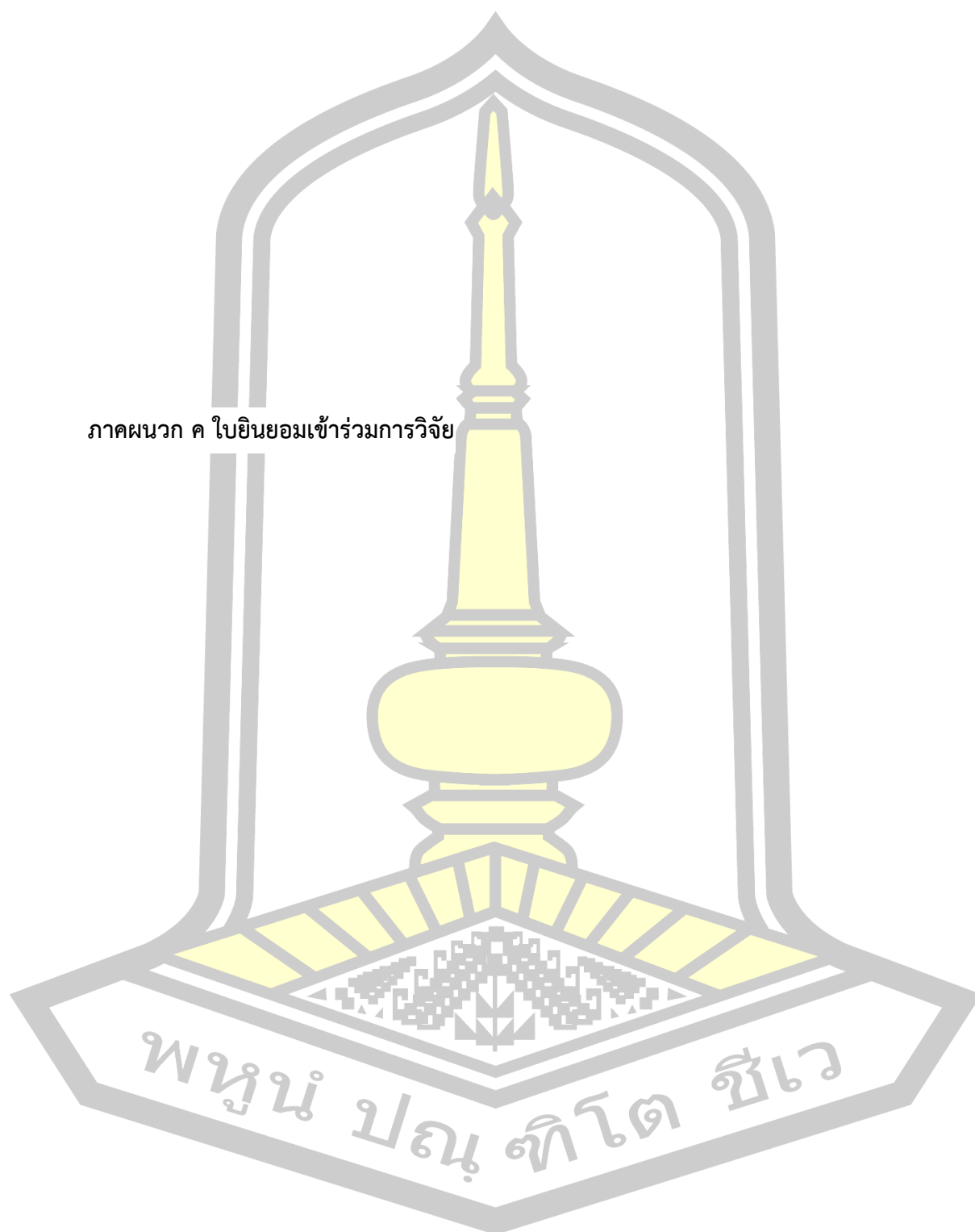
หมายเหตุ: พลังงานเฉลี่ยที่ได้รับใน 3 วันกิโลแคลอรี แล้วนำพลังงานเฉลี่ยที่ได้รับในรอบ 3 วัน ไป
เทียบกับตาราง DRI ในแต่ละวัย

ตอนที่ 3 การประเมินความถี่ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ชนิดของอาหาร	ความถี่ในการบริโภค				
	ทุกวัน	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	1-2 ครั้ง/ เดือน	ไม่รับประทาน
1. คาร์โบไฮเดรต					
2. โปรตีนจากสัตว์ โปรตีนจากพืช					
3. น้ำมันที่ใช้ปรุงอาหาร					
4. นมและผลิตภัณฑ์จากนม					
5. ผัก					
6. ผลไม้					

7. ขนมหวาน					
8. เครื่องตี๋ม					





ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัย “ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะนบิยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือ อาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้วผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ โดยไม่ ปิดบังซ่อนเร้นและข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อไหร่ก็ได้ และการเข้าร่วม โครงการวิจัยของข้าพเจ้าครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผย ได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม และข้อมูลเฉพาะตัวของข้าพเจ้าจะสามารถกระทำ ได้ด้วยเหตุผลทางวิชาการและต้องไม่เป็นรหัสที่เป็นผลเสียต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
 ใบยินยอมนี้
 ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม

.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงนาม

.....พยาน

(.....)

ลงนาม

.....ผู้วิจัย

(.....)

โครงการวิจัย “ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในภาคใต้ของประเทศไทย”

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุจำนวนมากเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน จากสถิติในอดีตเมื่อ 50 ปีที่ผ่านมา พบว่าจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเทียบกับประชากรทั้งหมดมีเพียง 1.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 แล้วจึงเพิ่มเป็น 4.0 ล้านคน หรือร้อยละ 7.4 ในปี พ.ศ. 2533 ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 8.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.0 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2563) จะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.0 (สภานา บุญนารากร, 2555) และคาดประมาณประชากรไทยในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2583 พบว่า ประชากรไทยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นสูงสุด 66.37 ล้านคน ในปี 2569 เพิ่มจากปี 2553 ซึ่งมีประชากรเพียง 63.7 ล้านคน แต่หลังจากปี 2569 เป็นต้นมา กลับมีจำนวนประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2583 จะมีประชากร 63.8 ล้านคน แต่เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ในช่วงระยะเวลา 30 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นจำนวนสูงถึง 20.5 ล้านคน หรือเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.1 ของประชากรไทยทั้งหมด (อังคณา ฉายวิริยะ, 2556)

สำหรับภาคใต้ ใน พ.ศ. 2553 ประชากรผู้สูงอายุหรือตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งครอบคลุมจังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีจำนวน 347,858 คน หรือร้อยละ 10.1 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่สี่จังหวัดดังกล่าว และในปี พ.ศ. 2558 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 423,944 คนหรือร้อยละ 11.6 ของประชากรในพื้นที่ หากพิจารณาตามเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ซึ่งกำหนดว่าพื้นที่ใดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด พื้นที่นั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงนับได้ว่ากลุ่มจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่ที่กำลังเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุแล้ว (พิชาย รัตตติลภ ญ ภูเก็ต, 2556) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนี้นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องวางแผนรองรับทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ จากการศึกษาวิจัยนี้ จะทำให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตจังหวัดภาคใต้ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะ และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีช่วงอายุที่มีสุขภาพดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมให้ยาวนานที่สุด อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและหน่วยงานอื่นๆ สามารถนำไปพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัย โดยมี นางสาวมุตตรา ยะโกะ นิสิตปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต เป็นหัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นหัวหน้าอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการจึงได้จัดโครงการวิจัยเพื่อสำรวจข้อมูลสถานการณ์

ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โครงสร้าง นโยบาย การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางหรือและกลวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

โดยหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการนี้สามารถติดต่อได้ที่ 1) นางสาวมุตตรา ยะโกะ หัวหน้าโครงการวิจัย 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา ประธานควบคุมโครงการวิจัย ที่อยู่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม หมายเลข โทรศัพท์ 043 – 721991 โทรสาร 043 – 721992

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการ

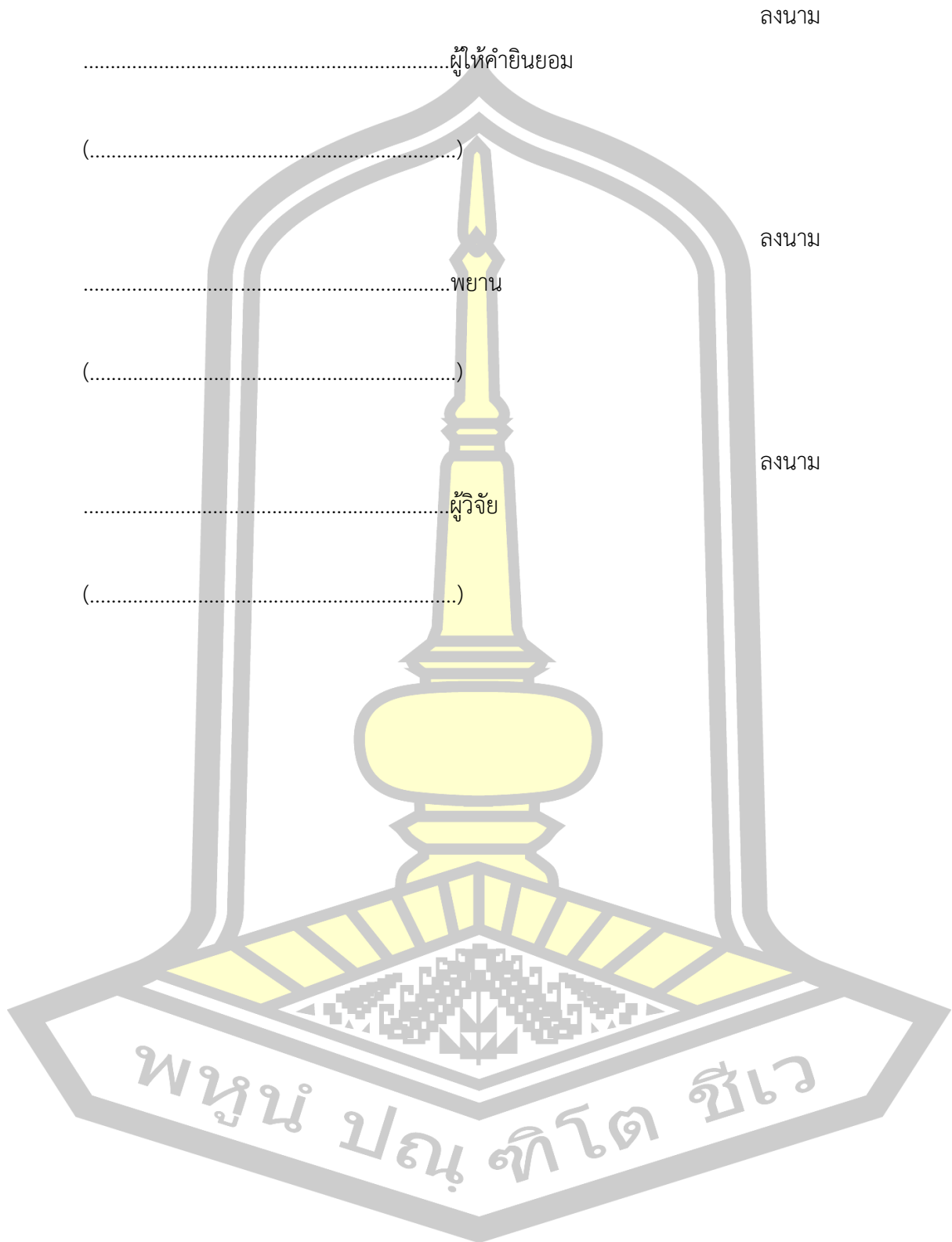
ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้ จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่โครงการ ทั้งนี้โดยความสมัครใจ ตามสังเขปรายละเอียดของโครงการดังนี้

1. ตอบแบบสอบถาม 15 แผ่น ซึ่งจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที หรือ
 2. เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ซึ่งจะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที หรือ
 3. ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งจะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที
 4. เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหาร บุคลากร เจ้าหน้าที่ของบุคคล และผู้สูงอายุในในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
3. ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการ

- 3.1 ทำให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3.2 เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีช่วงอายุที่มีสุขภาพดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมให้ยาวนานที่สุด
- 3.3 เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและหน่วยงานอื่นๆ สามารถนำไปพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

4. คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลส่วนตัวต่างๆของท่านและในงานที่ท่านรับผิดชอบเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ จะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลและผลการศึกษาในโครงการนี้ คณะผู้วิจัยจะนำเสนอรายงานเป็นภาพรวม ไม่ให้สามารถล่วงรู้เป็นข้อมูลเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ และใช้เฉพาะเพื่อทางวิชาการเท่านั้น





ภาพรวมของตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

สัปดาห์	วัน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์	หัวข้อเนื้อหา	รายละเอียดและกิจกรรม	หมายเหตุ
1, 9	วันที่ 1- 2	<p>O1. สร้างความรู้ ความเข้าใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับผู้บริหาร หัวหน้างานและ ผู้เกี่ยวข้องในการ วางแผนงาน/ โครงการพัฒนา สุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพดีในศูนย์ฯ</p> <p>O2. สร้าง ศักยภาพแกนนำ บุคลากร</p>	<p>1-1 ศูนย์ฯ มีการพัฒนา กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ สอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการขององค์กร อันจะนำไปสู่การพัฒนา สุขภาพและการมีคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ</p>	<p>C1-1 การนำเสนอคู่มือ ร่างตัวแบบการสร้าง เสริมผู้สูงอายุสุขภาพดี ในบริบทของศูนย์ฯ</p> <p>C1-2 การนำเสนอคู่มือ การสร้างเสริมผู้สูงอายุ</p> <p>C1-3 ชี้แจงและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ การการวางแผนแบบมี ส่วนร่วม</p> <p>C1-4 สร้างศักยภาพ แกนนำบุคลากร</p>	<p>- บทนำ: สถานการณ์ปัจจุบันด้านการ สร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ ปัญหาและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- ความสำคัญ วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการดำเนินกิจกรรม และผลลัพธ์ของ ตัวแบบการสร้างเสริมผู้สูงอายุสุขภาพดี ในสถานศูนย์ฯ (ฉบับร่าง)</p> <p>- ชี้แจงและแลกเปลี่ยนร่วมกัน ระบุ แนวทาง/วิธีการเกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพเพื่อผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยการ กำหนดโครงการ กิจกรรม งบประมาณ วันเวลา และผู้รับผิดชอบ</p> <p>- มีการเสริมความรู้และทักษะการออก กลังกายเพื่อสร้างศักยภาพแกนนำ บุคลากร เพิ่มเติมในสัปดาห์ที่ 13</p>	<p>นักวิจัย</p> <p>ผู้บริหาร/ หัวหน้างาน ผู้แทน บุคลากรที่ เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ</p>
	วันที่ 2	<p>พัฒนา ศักยภาพแกนนำ สร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุสุขภาพดี</p>	<p>2-1 ศูนย์ฯ มีแกนนำ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพดีที่มีความรู้ ความสามารถในการ ถ่ายทอดความรู้ ความ ตระหนักและทักษะที่ จำเป็นในการพัฒนาให้</p>	<p>C2-1 ฝึกอบรมแกนนำ สร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุสุขภาพดี โดย การให้สุศึกษา</p> <p>C2-2 ฝึกอบรมแกนนำฯ โดยการสร้างความ ตระหนักโดยอิงหลักฐาน</p>	<p>- สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในศูนย์ฯในปัจจุบัน ครอบคลุม ข้อมูล คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ และ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน (จา ผลการเก็บข้อมูลของนักวิจัยในช่วงที่ผ่ามา)</p> <p>- ความสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมกา</p>	

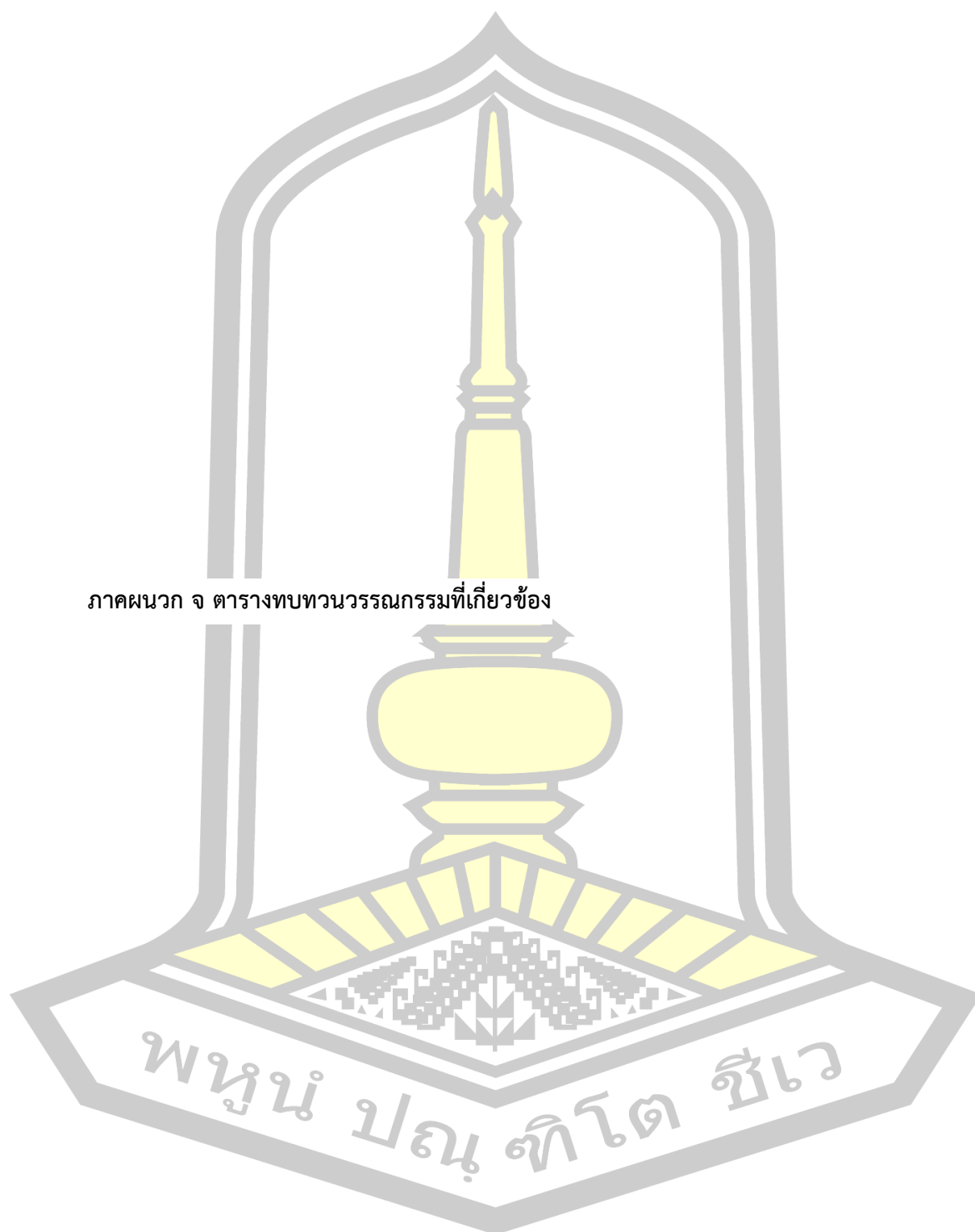
สัปดาห์	วัน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์	หัวข้อเนื้อหา	รายละเอียดและกิจกรรม	หมายเหตุ
			ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	เชิงประจักษ์ C2-3 ฝึกอบรมแกนนำฯ โดยการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน	สร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จากผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลดีที่จะเกิดขึ้นหากปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละด้านเป็นประจำ - สาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน และให้แกนนำสาธิตย้อนกลับ (1) การจัดการความเครียด (2) การออกกำลังกาย (3) การดูแลสุขภาพตนเอง (4) การบริโภคอาหาร (5) การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (6) การพัฒนาจิตวิญญาณ (ตั้งรายละเอียดในคู่มือ)	
	วันที่			C2-4 การเตรียมความพร้อมของแกนนำฯ ในการเป็นวิทยากรพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีร่วมกับนักวิจัย	- การสาธิตย้อนคืนในการทำหน้าที่วิทยากรเนื้อหาและกระบวนการของกลุ่มแกนนำฯ - การสาธิตย้อนคืนในการทำหน้าที่วิทยากรเนื้อหาและกระบวนการของกลุ่มแกนนำฯ - การจัดเตรียมสถานที่และวัสดุอุปกรณ์การฝึกอบรมผู้สูงอายุ เป้าหมาย	
	วันที่	3. สร้างการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพ	3-1 ศูนย์ฯ ให้บุคลากรมีส่วนร่วมและเป็นแกนนำในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์ฯ	C3-1 ประสานงาน และชี้แจงให้บุคลากรทราบ และปฏิบัติร่วมกัน	- บุคลากรและผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน	
	วันที่	5	ผู้สูงอายุสุขภาพดีในศูนย์ฯ			
2	วันที่	4. สร้างเสริมแรง	4-1 มีการเกื้อหนุน	C4-1 การมอบอุปกรณ์	- มีการมอบยางยืด พร้อมทั้งสาธิตและ	

สัปดาห์	วัน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์	หัวข้อเนื้อหา	รายละเอียดและกิจกรรม	หมายเหตุ
1		สนับสนุนทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุสุขภาพดี	เสริมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีในองค์กร	การออกกำลังกาย ได้แก่ ย่างยืดให้ผู้สูงอายุทุกคน	ปฏิบัติทำการออกกำลังกายโดยการใช้อย่างยืด	
วันที่ 5. พัฒนา	2-5	ศักยภาพผู้สูงอายุ เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดี	5-1 ศูนย์ฯ มีผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความตระหนัก และมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	C5-1 ฝึกอบรมผู้สูงอายุ เป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยการให้ศึกษา C5-2 ฝึกอบรมผู้สูงอายุ เป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยการสร้างความรู้ความตระหนัก โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ C5-3 ฝึกอบรมผู้สูงอายุ เป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยการพัฒนากิจกรรมในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน	- สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในปัจจุบัน ครอบคลุมข้อมูล คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน (จากผลการเก็บข้อมูลของนักวิจัยในช่วงที่ผ่านมา) - ความสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมกาสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จากผลการวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลดีที่จะเกิดขึ้น หากปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละด้านเป็นประจำ - สาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน และให้แกนนำสาธิตย้อนกลับ (1) การจัดการความเครียด ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความเครียด ทำกิจกรรมด้านการสวดมนต์สำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธและคริสต์ ทุกวัน ๆ ละ 20 นาที และละหมาด 5 เวลา ๆ ละ 10 นาที สำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม (2) การออกกำลังกาย ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด และการบริหารแบบโยคะ	

สัปดาห์ วัน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์	หัวข้อเนื้อหา	รายละเอียดและกิจกรรม	หมายเหตุ
				<p>(3) การดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพประจำวัน สุขบัญญัติ 10 ประการ</p> <p>(4) การบริโภคอาหาร ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ตามธงโภชนาการ ผู้สูงอายุ โดยเน้นผักผลไม้ ข้าวกล้อง ลดหวาน มัน เค็ม</p> <p>(5) การสร้างสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคล ในความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูงอายุ กอดสร้างสุขภาพ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน</p> <p>(6) การพัฒนาจิตวิญญาณ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น การมีความสุขและพอใจในสิ่งที่มีอยู่ การแบ่งปันซึ่งกันและกัน</p>	
3-10	6. กระตุ้นหนุนเสริมและฟื้นฟูทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดี	6-1 ผู้สูงอายุเป้าหมายมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้านอย่างต่อเนื่อง	6-1 นักวิจัย บุคลากรผู้รับผิดชอบและแกนนำ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน	<p>- ผู้สูงอายุเป้าหมายปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อมุ่งสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี (D-Day 10 สัปดาห์คุณภาพ)</p> <p>- จัดกิจกรรมด้านการจัดการความเครียดและพัฒนาจิตใจ โดยการฝึกสมาธิและสวดมนต์ร่วมกันตอนเช้า ทุกวันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ วันละ 20 นาที และสวดมนต์ใหญ่วันพฤหัสบดี วันละ 30 นาที สำหรับผู้ที่</p>	

สัปดาห์	วัน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์	หัวข้อเนื้อหา	รายละเอียดและกิจกรรม	หมายเหตุ
					<p>นับถือศาสนาพุทธ และละหมาดทุกวัน วันละ 5 เวลา ครั้งละ 10 นาที สำหรับผู้ที่มีนับถือศาสนาอิสลาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมด้านการออกกำลังกายร่วมกัน สัปดาห์ละ 5 วัน ยางยืด 3 วัน (จันทร์ พุธ ศุกร์) โยคะ 2 วัน (อังคาร พฤหัสบดี) ส่วนวันเสาร์และอาทิตย์ ตามอัธยาศัย - มีการจัดบันทึกการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อกระตุ้นเสริมแรงในการปฏิบัติ - ประชุมร่วมกับแกนนำทุก 2 สัปดาห์ เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 	
7-10	วันที่ 1-5	7. สร้างเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุสุขภาพดี	7-1 มีการเกื้อกูลหนุนเสริมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดี ในองค์กร	C7-1 เพื่อนช่วยเพื่อน (การมีเพื่อนสนิท) C7-2 กอดสร้างสัมพันธ์	<ul style="list-style-type: none"> - ศาสตร์และศิลป์ของการอยู่ร่วมกัน - ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมกับการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ของผู้สูงอายุ จากผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ - สร้างข้อตกลงร่วมกันถึงแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และหน้าที่ของเพื่อน พี่เลี้ยง และบุคลากร มีการจัดบันทึกที่จำเป็น - พัฒนาทักษะการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุเป้าหมาย <p>(1) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและภาระกระตุ้นเตือน โดยการเสริมเกร็ดความรู้ การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริม</p>	

สัปดาห์	วัน	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์	หัวข้อเนื้อหา	รายละเอียดและกิจกรรม	หมายเหตุ
					<p>สุขภาพระหว่างการออกกำลังกาย</p> <p>(2) ด้านอารมณ์และการให้กำลังใจ โดยการ กอดสร้างสัมพันธ์ หลังการออกกำลังกาย เป็นการกอดกันระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ผู้สูงอายุกับบุคลากร</p> <p>(3) ด้านสิ่งของหรือแรงงาน มีการแจกรางวัล ให้แก่ผู้สูงอายุ</p> <p>(4) ด้านการประเมินผล การบอกให้ทราบผลถึงผลดี ของการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน</p>	
7,	วัน				- ประชุมร่วมกับผู้สูงอายุเป้าหมายเพื่อ	
10	ที่				รับฟังปัญหาและกระตุ้นหนุนเสริมการ	
	5				ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	
					เพื่อมุ่งสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีทุก	
					เดือน	
1, 7,	วันที่	8. ประเมินภาวะ			ประเมินก่อน-หลัง และติดตามผล	
11,	5	สุขภาพและ			สัปดาห์ที่ 1, 7, 11 และ 14	
14		พฤติกรรมสร้าง				
		เสริมสุขภาพ				
		ผู้สูงอายุ				
		เป้าหมายก่อน				
		ดำเนินระหว่าง				
		และหลังการ				
		ดำเนินโครงการ				



ตาราง 1 การทบทวนอย่างเป็นระบบการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพกาย การทรงตัว การเคลื่อนไหว และการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุใน

บริบทต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
1	Bhatnagar, A., et al. (2016). "Change in Oxidative Stress of Normotensive Elderly Subjects Following Lifestyle Modifications." <u>Journal of Clinical and Diagnostic Research</u> 10(9): CC9-CC13.	Experimental research with one group pre-and post-test design	Normotensive elders aged 60-80 recruited from the Santosh Medical College, Ghaziabad Uttar Pradesh, India, n = 74: 43 males, 31 females (both pre- and post-test)	A 3-month lifestyle modification program, comprising morning walk, Nadi shodhan pranayama, dietary restrictions, and increased intake of water, with pre-test at baseline and post test after intervention 3 months	Outcomes were measured at baseline (Pre) and 3-month after intervention (Post)		
					Blood pressure (mmHg)	Pre 127.92 ± 6.05 Post 123.59 ± 5.48	
					Systolic BP	Pre 81.65 ± 4.73 Post 79.92 ± 3.68	
					Diastolic BP		
					Oxidative stress markers Glutathione-GSH (ng/ml)	Pre 88.03±9.58 Post 93.12±9.17	
					Super oxide dismutase-SOD (ng/ml)	Pre 78.22±11.97 Post 85.22±11.08	
					Malondialdehyde -MDA (mol/ml)	Pre 5.28±0.52 Post 4.48± 0.69	
					Body weight (kg)	Pre 60.73 ± 7.98 Post 57.53 ± 7.38	
					BMI (kg/m ²)	Pre 22.4 ± 2.01 Post 21.25 ± 1.76	
					Heart rate (rpm)	Pre 78.3 ± 5.7 Post 77.6 ± 6.1	
					TC (mg/dl)	Pre 204.3 ± 28.9 Post 191.9 ± 23.2	
TG (mg/dl)	Pre 119.3 ± 23.8 Post 111 ± 20.2						
HDL(mg/dl)	Pre 44.13 ± 6.53 Post 47 ± 7.06						
LDL (mg/dl)	Pre 135.3 ± 24.3 Post 122.72 ± 22.4						
23	Kemika Sombateyot ha NP, Frank-Peter Schelp, Homchampa P. Effect of Institution-Based Management	Quasi-experimental study (Mixed-methods research)	Institutionalized older adults aged ≥60 years in 2 government social welfare housing facilities in Thailand (n = 115)	A 24-month lifestyle modification (HP) intervention Group1: Management group received IBM-EHP program, comprising institutional	Measurement: Pre-and post-test (Baseline and wk 24) HP knowledge:		
					IBM-EHP program	Pre: 6.7±2.1 Post: 8.2±3.1, p<0.001	Control

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
	Program for Elderly Health Promotion Program in Northeastern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2016;47(5):1062-88.			organization mgt, self-efficacy building, social support enhancement, strengthening practices on corrective exercising (30 minute session, twice a week), healthy eating (daily basis with special emphasis on germinated rice consumption), and self-care practice (daily basis) (n=60) Group2: Control group received the usual care provided by the institution (n=55)		Pre: 6.0±1.3 Post: 6.5±1.5, p =.556	
					HP self-efficacy:	IBM-EHP program Pre: 15.0±6.2 Post:22.5±5.1, p<0.001 Control Pre: 13.0±6.1 Post:15.5±5.7, p = .531	
					HP behaviors on self-care practices	IBM-EHP program Pre: 20.2±2.5 Post: 23.1±2.8, p =.001 Control Pre: 20.2±2.4 Post: 20.4±2.2, p =.124	
					HP social support:	IBM-EHP program Pre: 7.02±0.72 Post:15.2±1.2, p = .001 Control Pre: 8.12±0.92 Post: 8.30±1.07, p =.457	
					Health status: Fasting plasma glucose level (FPG) (mg/dl)	IBM-EHP program Pre: 102.3±15.37 Post: 101.6±15.63, p =.354 Control Pre: 100.29±16.78 Post:102.13±17.02, p=.360	
					Lipid profile: TC (mg/dl)	IBM-EHP program Pre: 215.43±39.31 Post:211.47±39.79, p =.049 Control Pre: 214.87±48.93 Post:215.03±48.24, p =.622	

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)	
					TG (mg/dl)	IBM-EHP program Pre: 165.58+69.93 Post: 162.93+76.33, p =.001 Control Pre: 143.36+79.34 Post:143.93+78.75, p =.107		
					HDL-C (mg/dl)	IBM-EHP program Pre: 49.85+10.49 Post: 57.37+15.37, p =.002 Control Pre: 49.325+16.83 Post: 51.56+12.18, p =.188		
					LDL-C (mg/dl)	IBM-EHP program Pre: 121.12+35.27 Post: 121.13+32.30, p =.110 Control Pre: 124.29+44.18 Post: 124.42+44.92, p =.496		
2	Cockayne, S., et al. (2017). "Cohort Randomised Controlled Trial of a Multifaceted Podiatry Intervention for the Prevention of Falls in Older People (The REFORM Trial)." PLoS ONE 12(1): 1-15.	An open two-arm cohort randomised controlled trial	Older adults in England and Ireland, N baseline and analyzed = 1,010 and 991: Intervention gr: (493 and 484) Control gr: (517 and 508 หรือ 507?)	[A 12-month following randomization] Intervention gr.- IG A podiatry intervention, including foot & ankle exercises, foot orthoses, new footwear (if required), & a falls prevention Leaflet	1° outcome: Fall incidence rate in one year follow-up 2° outcomes: Multiple falls	IG = 49.7% 661/1423 CG = 54.9% 762/1423 Adj OR = 0.88, 95% CI 0.73 to 1.05, p = 0.16 IG = 136 (27.6%) CG =179 (34.6%); Adj OR 0.69, 95% CI 0.52 to 0.90, p = 0.01	Th rec int eff	

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
				Control gr.-CG A usual podiatry treatment plus a falls prevention leaflet	Time to first fall (days) median (95% CI); Adj treatment effect estimate (95% CI)	IG: 314(267, upper limit not calculable) CG: 257(209 to 319); HR 0.88(0.74 to 1.04) p =0.13	
					Fear of falling n, mean(SD) in12month; Adj treatment effect estimate (95% CI)	IG 471, 4.4 (1.4) CG 453, 4.3 (1.3); AMD 0.13 (-0.01 to 0.27), p = 0.07	
				Frenchay Activities Index n, mean (SD) in12month; Adj treatment effect estimate (95% CI)	Frenchay Activities Index n, mean (SD) in12month; Adj treatment effect estimate (95% CI)	IG 372, 45.3 (8.0) CG 388, 45.8 (8.0); AMD 0.01 (0.65 to 0.67), p = 0.98	
					Geriatric Depression Scale n, mean(SD) in12month; Adj treatment effect estimate (95% CI)	IG 418, 3.7 (3.3) CG 450, 3.4 (3.0); AMD 0.22 (-0.07 to 0.51), p = 0.13	
					Foot pain n, mean(SD) in12month; Adj treatment effect estimate (95% CI)	IG 377, 3.1 (2.8) CG 426, 2.6 (2.6); AMD 0.43 (0.06 to 0.80), p = 0.02	
				Health related quality of life--EQ-5D n, mean(SD) in12month; Adj treatment effect estimate (95% CI)	Health related quality of life--EQ-5D n, mean(SD) in12month; Adj treatment effect estimate (95% CI)	IG 414, 0.66 (0.2) CG 455, 0.66 (0.2); AMD 0.01 (-0.01 to 0.04), p = 0.29	
					Cost-effectiveness	The intervention was more costly but marginally more beneficial in terms of health-related quality of life (mean quality adjusted life year (QALY) difference 0.0129, 95% CI -0.0050 to 0.0314) and had a 65% probability of being cost-effective at a threshold of £30,000 per QALY gained.	

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
3	dels Àngels CebriÀ i Iranzo, M., et al. (2014). "Effects of Inspiratory Muscle Training and Yoga Breathing Exercises on Respiratory Muscle Function in Institutionalized Frail Older Adults: A Randomized Controlled Trial." <i>Journal of Geriatric Physical Therapy</i> 37(2): 65-75.	Three- arm randomized controlled trial Inclusion criteria: (1) older than 65 years (2) medically stable and (3) a Mini-Mental State Examination score of 21 points or > 28 , 29 to assess the level of cognitive function (participants without moderate or severe cognitive deterioration to assure their proper collaboration in assessment and training processes)	Institutionalized frail older adults in 4 nursing homes located in Valencia, Spain who were unable to receive whole body exercise training--WBET, tested by inability to independently walk more than 10 m (n = 71)	[A 6-week respiratory muscle training intervention] <u>Group I, ITT, an</u> inspiratory threshold training group (n =23) <u>Group II, YRT, a</u> yoga respiratory training or Yoga breathing exercise (n = 24): (1) The weekly program of breathing exercises was developed by a master yoga instructor (Yoga Siromani) and was easily reproducible by trained physical therapists (2) Increasing the complexity of exercises over time to encourage a training effect incorporated principles of increasing repetitions of exercise, increasing resistance by alternating the exercises (breathing through both nostrils or	Measurement: at 4 time points: T1: pretraining or baseline T2: intermediate or at the end of week 3 T3: posttraining, week 6 T4: follow-up or week 9 Outcomes: Respiratory muscle-RM functions: Maximum respiratory pressures (maximum inspiratory pressure [MIP] Maximum expiratory pressure [MEP]) Maximum voluntary ventilation (MVV)	See Table 2 p.71	

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)	
				alternative-nostril breathing) and the timing of the breathing cycle (inspiration apnea postinspiration: expiration: apnea postexpiration), and performing an active expiration in all cases. <u>Group III</u> , a control group (n = 24), of which both ITT and YRT received a supervised interval based training which lasted 6 weeks (5 days per week)				
4	DiGiuseppi, C. G., et al. (2014). "Church-based social marketing to motivate older adults to take balance classes for fall prevention: Cluster randomized controlled trial." <u>Preventive Medicine</u> 67: 75-81.	Randomized controlled trial	7,101 total older adult members aged ≥60 from 51 churches in Colorado, U.S.A.	[A 8-week fall prevention intervention] Group 1: A church-based social marketing program, n= 26 (i.e., class participation-staying independent, building relationships-, reduced potential barriers, providing convenient, subsidized classes), and	Balance class enrollment	Mean number of older adults who had balance class enrollment (7.0 vs. 0.5; IRR=11.2 [95%CI: 7.5, 16.8]) Intervention gr: 7.0(SD) Control gr: 0.5(SD)		Ch ma dis ab th an be ba pa me en

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)		
				communicated marketing messages through church leaders, trained "messengers," printed materials and church-based communication channels) Group 2: Control churches, n= 25 (no intervention)	Marketing message recall Availability of class locally		AOR=6.2; 95% CI: 2.6, 14.8 AOR=7.7; 95% CI: 2.6, 22.9		
5	Ferreira, C. B., et al. (2018). "Effects of a 12-Week Exercise Training Program on Physical Function in Institutionalized Frail Elderly." <i>Journal of Aging Research</i> : 1-8.	RCT	Institutionalized frail older adults in a long-term care facility setting in Brazil (n = 37 both genders, aged 76.1 ± 7.7 years)	A 12-week exercise program Group1: Exercise training group (n=13) received a 12-week exercise program Group2: Control group (n= 24) [clinical history]	Anthropometric indices: BMI (kg/m ²) Biochemical indices	Exercise gr Pre 26.4 (23.6; 29.2) Post 27.0 (26.4; 27.6), p>.05 Control gr Pre 26.8 (25.1; 28.6) Post 26.5 (26.1; 27.0), p>.05	Outcomes	Exercise group Pre- Post	
							Glycaemia (mg/dl)	100.9 (86.9; 115.0)	95.7 (88.3; 103.0)
							Insulin (µl/ml)	14.9 (10.1; 19.7)	11.3 (6.1; 16.4)
							TC (mg/dl)	168.5 (144.9;192.0)	148.0 (132.9;163.2)
							TR (mg/dl)	151.7 (119.1;184.3)	105.7 (83.7; 127.6)

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)		
						HDL (mg/dl)	48.6 (41.5; 55.7)	49.1 (44.4; 53.8)	
						LDL (mg/dl)	87.9 (72.8; 103.1)	83.5 (72.0; 95.0)	
						Vit D3 (ng/ml)	21.7 (17.3; 26.2)	26.0 (22.6; 29.5)	
						CRP (mg/dl)	0.68 (0.46; 0.90)	2.41 (1.48; 3.35)	
					Inflammatory indices	Outcomes	Exercise group		
							Pre-	Post	
						IL6 (pg/ml)	14.0	17.1 (14.39; 19.86)	
						IL10 (pg/ml)	13.0	15.6 (11.4; 19.7)	
						IL1a (pg/ml)	14.6 (10.7; 18.4)	16.0 (14.0; 18.0)	
						IL1RAcP (pg/ml)	18.9 (12.9; 25.0)	16.1 (10.6; 21.6)	
						‡ p < 0.05; † p < 0.01 for intragroup comparison using the paired t-test or Wilcoxon test. TC = total cholesterol; TG = triglycerides; HDL = high-density lipoprotein cholesterol; LDL = low-density lipoprotein; CRP = C-reactive protein; IL = interleukin			
					Functional performance	Depression (%)		Exercise gr Pre 28.6%, Post 18.2%, P<.05*	
								Control gr Pre 24.0%, Post 22.7%, p>.05	
					Stand/sit time (second) mean(min, max)				
						Exercise gr Pre 33.5 (22.0; 45.0) Post 20.3 (17.2; 23.4), p<.01			
						Control gr Pre 27.7 (23.0; 32.5) Post 26.1 (23.6; 28.7), p>.05			

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au																																		
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																			
					Timed up and go test-TUG (second) mean(min, max)	Exercise gr Pre 28.8 (20.4; 37.2) Post 20.9 (18.3; 23.4), p<.01 Control gr Pre 29.1 (21.3; 36.9) Post 28.9 (26.6; 31.2), p>.05																																				
<p>Authors' conclusion: The 12-week exercise program for frail elderly residents in a long-term care facility was efficient in improving muscle strength and biochemical variables, with reversal of the frailty condition in a considerable number. However, no effects in anthropometric and inflammatory markers were noted.</p>																																										
6	Gothe, N. P., et al. (2014). "The Effects of an 8-Week Hatha Yoga Intervention on Executive Function in Older Adults." <i>Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences</i> 69(9): 1-11.	RCT aiming to examine the effects of an 8-week Hatha yoga intervention on executive function measures of task switching and working memory capacity.	Community-dwelling older adults (N = 118; males = 26; mean age = 62.0 ± 5.6) who were low active, and healthy with willingness to volunteer to participate in an 8-week exercise-based RCT. They were recruited between March 2012 and January 2013 through University of Illinois LISTSERV, fliers, community groups, and postings and screened to determine eligibility for the study. Inclusion criteria: being between 55 and 79 years of age, English speaking, report being sedentary for at least the previous 6 months (<2 days per week of structured physical activity), have no on-going regular yoga practice, being able to get up and down from the floor, having good or corrected vision (20/40).	An 8-week exercise program with pre-and post-test at baseline and follow-up, respectively Group 1: Hatha yoga intervention (included: warrior pose, easy lotus pose, sun salutations, deep breathing exercises such as alternate nostril breathing, and meditative exercises focusing on thoughts, breath, and mantra repetitions) Group2 A stretching-strengthening control group Both groups	Outcomes: executive function testing including the task switching paradigm	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Outcomes</th> <th colspan="2">Yoga</th> <th rowspan="2">St</th> </tr> <tr> <th>Pre-</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Task switching</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Single RT (ms)</td> <td>724.01 ±100.47</td> <td>714.97 ±121.53</td> <td>730 ±111</td> </tr> <tr> <td>Single AC (%)</td> <td>0.94 ±.10</td> <td>0.98 ±.05</td> <td>0.92 ±.09</td> </tr> <tr> <td>Mixed RT (ms)</td> <td>1171.3 ±176.86</td> <td>1084.52 ±163.48</td> <td>1153 ±181</td> </tr> <tr> <td>Mixed AC (%)</td> <td>0.87 ±.16</td> <td>0.94 ±.08</td> <td>0.84 ±.22</td> </tr> <tr> <td>Repeat RT (ms)</td> <td>998 ±169.35</td> <td>941.48 ±147.51</td> <td>1003 ±191</td> </tr> <tr> <td>Repeat AC (%)</td> <td>0.89 ±.14</td> <td>0.95 ±.07</td> <td>0.86 ±.22</td> </tr> </tbody> </table>	Outcomes	Yoga		St	Pre-	Post	Task switching				Single RT (ms)	724.01 ±100.47	714.97 ±121.53	730 ±111	Single AC (%)	0.94 ±.10	0.98 ±.05	0.92 ±.09	Mixed RT (ms)	1171.3 ±176.86	1084.52 ±163.48	1153 ±181	Mixed AC (%)	0.87 ±.16	0.94 ±.08	0.84 ±.22	Repeat RT (ms)	998 ±169.35	941.48 ±147.51	1003 ±191	Repeat AC (%)	0.89 ±.14	0.95 ±.07	0.86 ±.22		
Outcomes	Yoga		St																																							
	Pre-	Post																																								
Task switching																																										
Single RT (ms)	724.01 ±100.47	714.97 ±121.53	730 ±111																																							
Single AC (%)	0.94 ±.10	0.98 ±.05	0.92 ±.09																																							
Mixed RT (ms)	1171.3 ±176.86	1084.52 ±163.48	1153 ±181																																							
Mixed AC (%)	0.87 ±.16	0.94 ±.08	0.84 ±.22																																							
Repeat RT (ms)	998 ±169.35	941.48 ±147.51	1003 ±191																																							
Repeat AC (%)	0.89 ±.14	0.95 ±.07	0.86 ±.22																																							
					Running memory span: n-back and running	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Outcomes</th> <th colspan="2">Yoga</th> <th rowspan="2">ex</th> </tr> <tr> <th>Pre-</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Outcomes	Yoga		ex	Pre-	Post																														
Outcomes	Yoga		ex																																							
	Pre-	Post																																								

Note: AC = accuracy; ANCOVA = analysis of covariance; RT = reaction time.

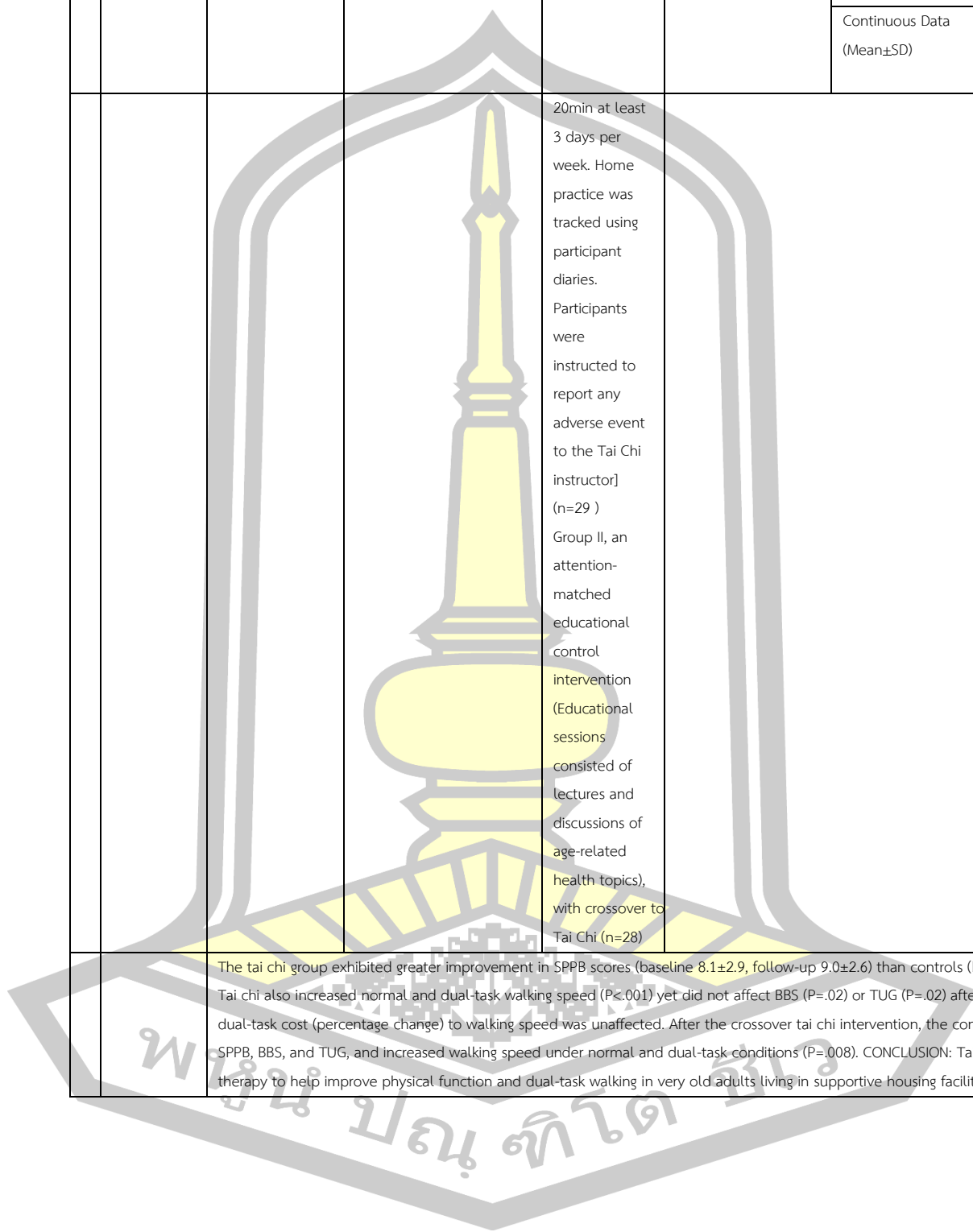
No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au																							
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																								
				participated in hour-long exercise classes 3x/week over the 8-week study period; memory span;		<table border="1"> <tr> <td>Running span</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Partial recall score</td> <td>15.61</td> <td>17.97</td> </tr> <tr> <td></td> <td>±6.86</td> <td>±6.68</td> </tr> <tr> <td>Total recall score</td> <td>29.48</td> <td>31.64</td> </tr> <tr> <td></td> <td>±8.93</td> <td>±8.71</td> </tr> <tr> <td>N-back</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1-Back AC (%)</td> <td>0.97 ±.05</td> <td>0.98 ±.03</td> </tr> <tr> <td>2-Back AC (%)</td> <td>0.8 ±.18</td> <td>0.87 ±.11</td> </tr> </table>	Running span			Partial recall score	15.61	17.97		±6.86	±6.68	Total recall score	29.48	31.64		±8.93	±8.71	N-back			1-Back AC (%)	0.97 ±.05	0.98 ±.03	2-Back AC (%)	0.8 ±.18	0.87 ±.11	
Running span																															
Partial recall score	15.61	17.97																													
	±6.86	±6.68																													
Total recall score	29.48	31.64																													
	±8.93	±8.71																													
N-back																															
1-Back AC (%)	0.97 ±.05	0.98 ±.03																													
2-Back AC (%)	0.8 ±.18	0.87 ±.11																													
<p>Authors' conclusion: Following 8 weeks of yoga practice, participants in the yoga intervention group showed significantly improved performance on function measures of working memory capacity and efficiency of mental set shifting and flexibility compared with their stretching-strengthening control group.</p>																															
7.	Kim, D.-I., et al. (2018). "Six weeks of combined aerobic and resistance exercise using outdoor exercise machines improves fitness, insulin resistance, and chemerin in the Korean elderly: A pilot randomized controlled trial." <i>Archives of</i>	Three-arm RCT (6-week outdoor exercise) aiming to investigate the effect of a six-week-long exercise program using outdoor exercise equipment on fitness, insulin	Older persons aged 65 years and over at the Eunpyung Municipality Center in Seoul, South Korea who met inclusion criteria (n = 47)	<ol style="list-style-type: none"> 1. A control group (n=10) 2. A resistance exercise group (n=12) received 3 resistance types of exercise (3/wk*6wk, 70-min session) 3. A combined exercise group (n=13) 	Measure: at baseline and at the end of six weeks Outcomes:			Six ex ex eff fitr cir lev ris																							

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																															
	<u>Gerontology and Geriatrics</u> 75: 59-64.																																																					
		resistance and adipocytokines		received 5 exercises->3 resistance- and 2 aerobic exercise (3/wk*6wk, 90-min session)	Body composition																																																	
					Fitness level																																																	
					Fasting glucose																																																	
					Fasting insulin																																																	
					Insulin resistance HOMA-IR																																																	
					Adipocytokines (IL6)																																																	
					Chemerin (ng/ml)																																																	
8.	Kyrдалen, I. L., et al. (2014). "The Otago Exercise Program Performed as Group Training Versus Home Training in Fall-prone Older People: A Randomized Controlled Trial." <i>Physiotherapy Research International</i> 19(2): 108-116.	RCT aiming to improve muscle strength and balance	The fall-prone older adults who were referred to a Falls Outpatient Clinic in Otago, New Zealand (n=125, mean age±SD 82.5±5.7, 73% women)	A 12-week exercise training program with baseline (T1), after 12 week (T2), and after 3 months (T3) after intervention. Two groups: GT vs. HT. A group training received 2 times/wk and lasted for 45 min/time, supervised by physiotherapists, both were running for 12 weeks; HT, A supervised home training	Measure: at baseline (T1), at the 12-week intervention (T2), and 3 months following intervention (T3); Outcomes: 1° outcome was (1) Balance based on the Berg Balance Scale assessed at T2 2° outcomes were (2) STS, the 30-second sit-to-stand test (3) Fall efficacy scale (4) Health related QOL using sum score of physical & mental health	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Outcome</th> <th colspan="3">Mean (95%CI)</th> </tr> <tr> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Balance (0-56) GT</td> <td>34.6 (32.0-37.2)</td> <td>43.4 (40.3-45.8)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35.7 (33.1-38.2)</td> <td>40.9 (38.2-43.7)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>38.3</td> <td>43.7)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Timed Up-and-Go (s) GT</td> <td>19.3 (17.4-21.3)</td> <td>15.0 (13.0-17.1)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18.9 (17.0-20.7)</td> <td>16.6 (14.6-18.7)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20.7</td> <td>18.7)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">30-second-STST (n) GT</td> <td>3.9 (2.7-5.1)</td> <td>6.9 (5.5-8.1)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.1 (3.9-6.3)</td> <td>5.8 (4.5-7.0)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.3</td> <td>7.0)</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">FES-I (7-28) GT</td> <td>13.6 (12.6-14.7)</td> <td>10.9 (9.7-12.4)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13.2 (12.1-14.3)</td> <td>11.2 (10.1-12.4)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14.3</td> <td>12.4)*</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Outcome	Mean (95%CI)			T1	T2	T3	Balance (0-56) GT	34.6 (32.0-37.2)	43.4 (40.3-45.8)*		35.7 (33.1-38.2)	40.9 (38.2-43.7)*		38.3	43.7)*		Timed Up-and-Go (s) GT	19.3 (17.4-21.3)	15.0 (13.0-17.1)*		18.9 (17.0-20.7)	16.6 (14.6-18.7)*		20.7	18.7)*		30-second-STST (n) GT	3.9 (2.7-5.1)	6.9 (5.5-8.1)*		5.1 (3.9-6.3)	5.8 (4.5-7.0)		6.3	7.0)		FES-I (7-28) GT	13.6 (12.6-14.7)	10.9 (9.7-12.4)*		13.2 (12.1-14.3)	11.2 (10.1-12.4)*		14.3	12.4)*		
Outcome	Mean (95%CI)																																																					
	T1	T2	T3																																																			
Balance (0-56) GT	34.6 (32.0-37.2)	43.4 (40.3-45.8)*																																																				
	35.7 (33.1-38.2)	40.9 (38.2-43.7)*																																																				
	38.3	43.7)*																																																				
Timed Up-and-Go (s) GT	19.3 (17.4-21.3)	15.0 (13.0-17.1)*																																																				
	18.9 (17.0-20.7)	16.6 (14.6-18.7)*																																																				
	20.7	18.7)*																																																				
30-second-STST (n) GT	3.9 (2.7-5.1)	6.9 (5.5-8.1)*																																																				
	5.1 (3.9-6.3)	5.8 (4.5-7.0)																																																				
	6.3	7.0)																																																				
FES-I (7-28) GT	13.6 (12.6-14.7)	10.9 (9.7-12.4)*																																																				
	13.2 (12.1-14.3)	11.2 (10.1-12.4)*																																																				
	14.3	12.4)*																																																				

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au								
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)									
				group received training 3 times/wk and lasted for 30 min/time.			14.2)									
						F-36-PH (0-100) GT	178.2 (158.6-197.7)	232.9 (211.0-254.8)+*								
						HT	192.3 (172.4-212.2)	202.1 (179.6-224.6)								
						SF-36-MH (0-100) GT	237.3 (217.2-257.3)	286.4 (263.6-309.2)+*								
						HT	254.3 (233.9-274.7)	276.0 (252.4-299.5)+*								
						*p < 0.05 for within group difference compared with TUG for within group difference compared with TUG Scale; TUG = Timed Up-and-Go; STS = 30 Second Sit Stand Test; FES-I = 7 Item Falls Efficacy Scale International; Health Index; SF-36-MH = Mental Health Index; calculated as mean change/mean SD of change; Otago Exercise Program as Group or Home										
						Conclusion: In fall-prone home-dwelling older people, the OEP performed as GT is more effective for improving functional balance, muscle strength, and health, but not fall efficacy and mental health than when performed as HT. The OEP provided as GT should be considered in this population.										
9.	Mahaprom., T., et al. (2017). "Tai Chi Practice and Its Impact on Elderly People's Balance." <i>Thai Journal of Nursing Council</i> 32(3): 50-65. ทีวีา มหาวิทยาลัยสุโขทัยวังคัง สุภร วงศ์วทีญญ. (2560). ผลของการออกกำลังกายด้วยไทชิต่อท่าทาง	การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน	เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยไทชิตั้ง 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์	การประเมิน: ก่อนทดลอง, สป.4, สป.8 และ สป.12 ผลลัพธ์: 1) ค่าเฉลี่ยท่าทางของร่างกายขณะอยู่กับที่ (Stationary movement) 2) ความยืดหยุ่นของร่างกาย (Flexion movement) 3) การทรงตัวขณะอยู่กับที่ (Static balance) 4) การทรงตัวขณะเคลื่อนไหว (Dynamic balance) (วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ)	ตัวแปรก่อน สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 12	Mean (SD) 78.07 (12.70) 78.07 (12.70) 78.07 (12.70)	F .00, p = 1.00	ยืดหยุ่นท่าหนึ่งเก้าอี้ (ขวา) -4.17 (5.19) -2.62 (3.63) (3.80)	F 29.27, p < .001	ยืดหยุ่นท่าหนึ่งเก้าอี้ (ซ้าย) -4.37 (4.89) -2.90 (3.71) (3.54)	F 23.07, p < .001	การทรงตัวขณะอยู่กับที่ 724.77 (69.20) 747.07 (69.20) 747.07 (69.20)	F 117.87, p < .001	การทรงตัวขณะเคลื่อนไหวที่ 45.13 (8.11) 45.13 (8.11) 45.13 (8.11)	F 24.81, p < .001

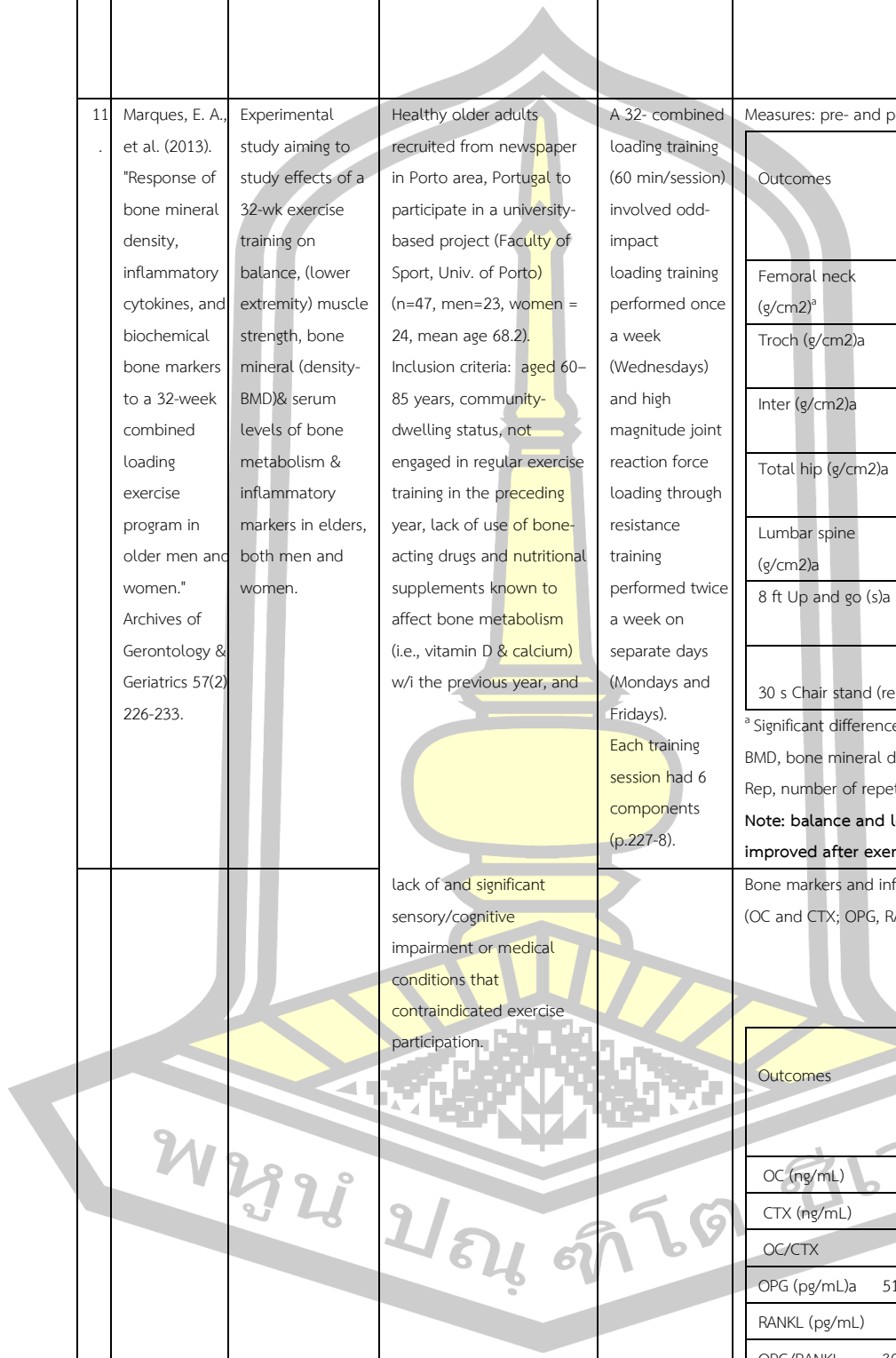
No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																																																	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																																																																
	และ การทรงตัวของ ผู้สูงอายุ. วารสารสภา การพยาบาล 2560; 32(3) 50-65.																																																																																						
		<p>หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของท่าทางขณะอยู่กับที่ของผู้สูงอายุไม่มีเปลี่ยนแปลง ขณะที่ค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นของร่างกายในสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าก่อนออกกำลังกายด้วยท่าที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับ ค่าเฉลี่ยของการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวในสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนออกกำลังกายด้วยไทชิและสูงขึ้น ในนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการทรงตัวขณะอยู่กับที่ในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนออกกำลังกายด้วยไทชิและสูงขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะ: การออกกำลังกายด้วยไทชิเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นของร่างกาย และมีกรทรงตัวขณะอยู่กับที่ดีขึ้น ใช้เวลาน้อย 4 สัปดาห์ และการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมีการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น ใช้เวลาน้อย 8 สัปดาห์</p>																																																																																					
10	Manor, B., et al. (2014). "Functional benefits of tai chi training in senior housing facilities." Journal of the American Geriatrics Society 62(8): 1484-1489.	RCT (a 12-week trial) aiming to determine the effects of tai chi training on functional performance and walking with and without the addition of the performance of a cognitive task in older adults.	Older adults living in two supportive housing facilities (n = 57, aged range 71-98, mean 87+7y).	Group I a Tai Chi group received the Yang-style short form of movements (consisted of two 1-hour-long instructor-led group sessions per week for 12 weeks : 'raising the power,' 'withdraw and push,' 'grasp the sparrow's tail,' 'brush knee twist step,' 'wave hand like clouds.' In addition, participants were provided with an instructional DVD of the entire protocol and instructed to practice at home for	A 12-wk intervention: with pre- and post-test Outcomes: physical function Performance Battery, SPPB), balance (Berg Balance Scale, BBS), mobility (TUG), and walking speed under normal and cognitive dual-task conditions	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Outcomes</th> <th colspan="2">Tai Chi (29) mean±SD</th> <th colspan="2">ES Control (28) mean</th> </tr> <tr> <th>Pre-</th> <th>Post</th> <th>Effect size</th> <th>Pre- Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frailty index F/Pre-f/Non(n)</td> <td>9/16/4</td> <td>7/16/6</td> <td></td> <td>6/20/2</td> <td>5/21</td> </tr> <tr> <td>SPPB (total)</td> <td>8.1±2.9</td> <td>9.0±2.6</td> <td></td> <td>8.2±2.6</td> <td>8.2±2.6</td> </tr> <tr> <td>- 4m Gait Speed (m/s)</td> <td>1.02±0.26</td> <td>1.11±0.28</td> <td></td> <td>0.94±0.30</td> <td>0.93</td> </tr> <tr> <td>Chair Stand Time (sec)</td> <td>14.5±4.7</td> <td>12.6±2.9</td> <td></td> <td>14.2±3.6</td> <td>14.3</td> </tr> <tr> <td>- Stand, Side-by-Side (sec)</td> <td>60.0±0.0</td> <td>60.0±0.0</td> <td></td> <td>59.9±5.8</td> <td>59.6</td> </tr> <tr> <td>Stand, Semi-Tandem (sec)</td> <td>15.3±12.1</td> <td>16.4±12.6</td> <td></td> <td>14.5±10.2</td> <td>14.1</td> </tr> <tr> <td>Stand, Tandem (sec)</td> <td>9.2±1.3</td> <td>10.0±1.5</td> <td></td> <td>9.1±2.5</td> <td>9.0±</td> </tr> <tr> <td>Walking Speed, Normal (m/s)</td> <td>0.98±0.23</td> <td>1.05±0.28</td> <td></td> <td>0.91±0.23</td> <td>0.88</td> </tr> <tr> <td>Walking Speed, DT (m/s)</td> <td>0.87±0.22</td> <td>0.94±0.24</td> <td></td> <td>0.80±0.25</td> <td>0.76</td> </tr> <tr> <td>Dual task cost (% change) -</td> <td>11.8±8.6</td> <td>12.8±8.3</td> <td></td> <td>14.1±9.2</td> <td>13.9</td> </tr> <tr> <td>BBS score</td> <td>45.6±6.8</td> <td>47.3±6.4</td> <td></td> <td>44.4±6.5</td> <td>44.0</td> </tr> <tr> <td>TUG (sec)</td> <td>12.0±4.2</td> <td>11.2±3.8</td> <td></td> <td>13.9±5.6</td> <td>14.4</td> </tr> </tbody> </table>	Outcomes	Tai Chi (29) mean±SD		ES Control (28) mean		Pre-	Post	Effect size	Pre- Post	Frailty index F/Pre-f/Non(n)	9/16/4	7/16/6		6/20/2	5/21	SPPB (total)	8.1±2.9	9.0±2.6		8.2±2.6	8.2±2.6	- 4m Gait Speed (m/s)	1.02±0.26	1.11±0.28		0.94±0.30	0.93	Chair Stand Time (sec)	14.5±4.7	12.6±2.9		14.2±3.6	14.3	- Stand, Side-by-Side (sec)	60.0±0.0	60.0±0.0		59.9±5.8	59.6	Stand, Semi-Tandem (sec)	15.3±12.1	16.4±12.6		14.5±10.2	14.1	Stand, Tandem (sec)	9.2±1.3	10.0±1.5		9.1±2.5	9.0±	Walking Speed, Normal (m/s)	0.98±0.23	1.05±0.28		0.91±0.23	0.88	Walking Speed, DT (m/s)	0.87±0.22	0.94±0.24		0.80±0.25	0.76	Dual task cost (% change) -	11.8±8.6	12.8±8.3		14.1±9.2	13.9	BBS score	45.6±6.8	47.3±6.4		44.4±6.5	44.0	TUG (sec)	12.0±4.2	11.2±3.8		13.9±5.6	14.4
Outcomes	Tai Chi (29) mean±SD		ES Control (28) mean																																																																																				
	Pre-	Post	Effect size	Pre- Post																																																																																			
Frailty index F/Pre-f/Non(n)	9/16/4	7/16/6		6/20/2	5/21																																																																																		
SPPB (total)	8.1±2.9	9.0±2.6		8.2±2.6	8.2±2.6																																																																																		
- 4m Gait Speed (m/s)	1.02±0.26	1.11±0.28		0.94±0.30	0.93																																																																																		
Chair Stand Time (sec)	14.5±4.7	12.6±2.9		14.2±3.6	14.3																																																																																		
- Stand, Side-by-Side (sec)	60.0±0.0	60.0±0.0		59.9±5.8	59.6																																																																																		
Stand, Semi-Tandem (sec)	15.3±12.1	16.4±12.6		14.5±10.2	14.1																																																																																		
Stand, Tandem (sec)	9.2±1.3	10.0±1.5		9.1±2.5	9.0±																																																																																		
Walking Speed, Normal (m/s)	0.98±0.23	1.05±0.28		0.91±0.23	0.88																																																																																		
Walking Speed, DT (m/s)	0.87±0.22	0.94±0.24		0.80±0.25	0.76																																																																																		
Dual task cost (% change) -	11.8±8.6	12.8±8.3		14.1±9.2	13.9																																																																																		
BBS score	45.6±6.8	47.3±6.4		44.4±6.5	44.0																																																																																		
TUG (sec)	12.0±4.2	11.2±3.8		13.9±5.6	14.4																																																																																		

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
				<p>20min at least 3 days per week. Home practice was tracked using participant diaries. Participants were instructed to report any adverse event to the Tai Chi instructor] (n=29)</p> <p>Group II, an attention-matched educational control intervention (Educational sessions consisted of lectures and discussions of age-related health topics), with crossover to Tai Chi (n=28)</p>			
		<p>The tai chi group exhibited greater improvement in SPPB scores (baseline 8.1±2.9, follow-up 9.0±2.6) than controls (baseline 8.2±2.6, follow-up 8.5±2.6). Tai chi also increased normal and dual-task walking speed (P<.001) yet did not affect BBS (P=.02) or TUG (P=.02) after accounting for multiple comparisons. Dual-task cost (percentage change) to walking speed was unaffected. After the crossover tai chi intervention, the control group improved performance on SPPB, BBS, and TUG, and increased walking speed under normal and dual-task conditions (P=.008). CONCLUSION: Tai chi training may be a safe and effective therapy to help improve physical function and dual-task walking in very old adults living in supportive housing facilities.</p>					

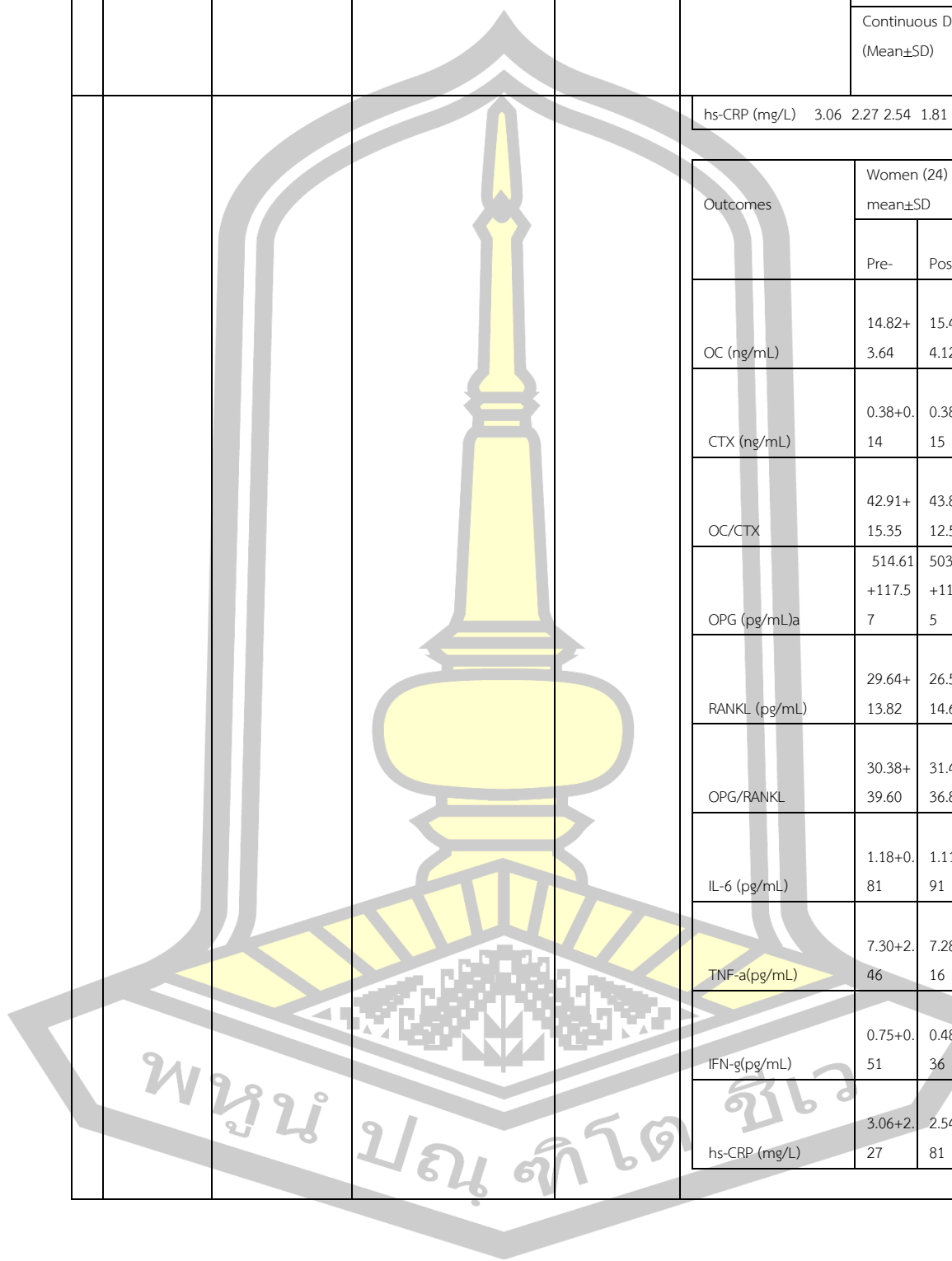


No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																																																								
						Continuous Data (Mean±SD)			Dichotomous Data (N/Total)																																																																																					
11	Marques, E. A., et al. (2013). "Response of bone mineral density, inflammatory cytokines, and biochemical bone markers to a 32-week combined loading exercise program in older men and women." Archives of Gerontology & Geriatrics 57(2) 226-233.	Experimental study aiming to study effects of a 32-wk exercise training on balance, (lower extremity) muscle strength, bone mineral (density-BMD)& serum levels of bone metabolism & inflammatory markers in elders, both men and women.	Healthy older adults recruited from newspaper in Porto area, Portugal to participate in a university-based project (Faculty of Sport, Univ. of Porto) (n=47, men=23, women = 24, mean age 68.2). Inclusion criteria: aged 60–85 years, community-dwelling status, not engaged in regular exercise training in the preceding year, lack of use of bone-acting drugs and nutritional supplements known to affect bone metabolism (i.e., vitamin D & calcium) w/i the previous year, and	A 32- combined loading training (60 min/session) involved odd-loading training performed once a week (Wednesdays) and high magnitude joint reaction force loading through resistance training performed twice a week on separate days (Mondays and Fridays). Each training session had 6 components (p.227-8).	Measures: pre- and post-training, after 8-month intervention.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Outcomes</th> <th colspan="2">Women (24) mean±SD</th> <th rowspan="2">ES</th> <th colspan="2">Men (23) mean±SD</th> </tr> <tr> <th>Pre-</th> <th>Post</th> <th>Pre-</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Femoral neck (g/cm2)^a</td> <td>0.715 0.119</td> <td>0.705 0.104</td> <td>0.08</td> <td>0.822 0.113</td> <td>0.822 0.113</td> </tr> <tr> <td>Troch (g/cm2)^a</td> <td>0.640 0.081</td> <td>0.648 0.080</td> <td>0.10</td> <td>0.773 0.112</td> <td>0.773 0.112</td> </tr> <tr> <td>Inter (g/cm2)^a</td> <td>1.031 0.142</td> <td>1.041 0.139</td> <td>0.07</td> <td>1.169 0.165</td> <td>1.169 0.165</td> </tr> <tr> <td>Total hip (g/cm2)^a</td> <td>0.864 0.108</td> <td>0.872 0.111</td> <td>0.08</td> <td>1.004 0.140</td> <td>1.004 0.140</td> </tr> <tr> <td>Lumbar spine (g/cm2)^a</td> <td>0.877 0.122</td> <td>0.896 0.129</td> <td>0.15</td> <td>1.051 0.161</td> <td>1.051 0.161</td> </tr> <tr> <td>8 ft Up and go (s)^a</td> <td>5.33 1.04</td> <td>4.74 0.54</td> <td>0.56</td> <td>4.55 0.74</td> <td>4.35 0.74</td> </tr> <tr> <td>30 s Chair stand (rep)</td> <td>18.54 4.48</td> <td>19.59 3.51</td> <td>0.43</td> <td>18.65 4.2</td> <td>19.54 4.2</td> </tr> </tbody> </table>					Outcomes	Women (24) mean±SD		ES	Men (23) mean±SD		Pre-	Post	Pre-	Post	Femoral neck (g/cm2) ^a	0.715 0.119	0.705 0.104	0.08	0.822 0.113	0.822 0.113	Troch (g/cm2) ^a	0.640 0.081	0.648 0.080	0.10	0.773 0.112	0.773 0.112	Inter (g/cm2) ^a	1.031 0.142	1.041 0.139	0.07	1.169 0.165	1.169 0.165	Total hip (g/cm2) ^a	0.864 0.108	0.872 0.111	0.08	1.004 0.140	1.004 0.140	Lumbar spine (g/cm2) ^a	0.877 0.122	0.896 0.129	0.15	1.051 0.161	1.051 0.161	8 ft Up and go (s) ^a	5.33 1.04	4.74 0.54	0.56	4.55 0.74	4.35 0.74	30 s Chair stand (rep)	18.54 4.48	19.59 3.51	0.43	18.65 4.2	19.54 4.2																																
Outcomes	Women (24) mean±SD		ES	Men (23) mean±SD																																																																																										
	Pre-	Post		Pre-	Post																																																																																									
Femoral neck (g/cm2) ^a	0.715 0.119	0.705 0.104	0.08	0.822 0.113	0.822 0.113																																																																																									
Troch (g/cm2) ^a	0.640 0.081	0.648 0.080	0.10	0.773 0.112	0.773 0.112																																																																																									
Inter (g/cm2) ^a	1.031 0.142	1.041 0.139	0.07	1.169 0.165	1.169 0.165																																																																																									
Total hip (g/cm2) ^a	0.864 0.108	0.872 0.111	0.08	1.004 0.140	1.004 0.140																																																																																									
Lumbar spine (g/cm2) ^a	0.877 0.122	0.896 0.129	0.15	1.051 0.161	1.051 0.161																																																																																									
8 ft Up and go (s) ^a	5.33 1.04	4.74 0.54	0.56	4.55 0.74	4.35 0.74																																																																																									
30 s Chair stand (rep)	18.54 4.48	19.59 3.51	0.43	18.65 4.2	19.54 4.2																																																																																									
			lack of and significant sensory/cognitive impairment or medical conditions that contraindicated exercise participation.		Bone markers and inflammatory cytokines responses to training [bone turnover markers (OC and CTX; OPG, RANKL, and OC and CTX (bone formation and resorption) and inflammatory cytokines (IL-6, TNF-α, and IFN-γ)]	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Outcomes</th> <th colspan="2">Women (24) mean±SD</th> <th rowspan="2">ES</th> <th colspan="2">Men (23) mean±SD</th> </tr> <tr> <th>Pre-</th> <th>Post</th> <th>Pre-</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OC (ng/mL)</td> <td>14.82+3.64</td> <td>15.43+4.12</td> <td>-0.17</td> <td>14.08+ 2.87</td> <td>13.71+ 2.87</td> </tr> <tr> <td>CTX (ng/mL)</td> <td>0.38 +0.14</td> <td>0.38+0.15</td> <td>0.01</td> <td>0.37+ 0.12</td> <td>0.36+ 0.12</td> </tr> <tr> <td>OC/CTX</td> <td>42.91+15.35</td> <td>43.83+12.55</td> <td>-0.06</td> <td>39.45+7.92</td> <td>40.11+7.92</td> </tr> <tr> <td>OPG (pg/mL)^a</td> <td>514.61</td> <td>117.57</td> <td>503.45</td> <td>118.85</td> <td>0.09</td> <td>432.80</td> <td>126.10</td> <td>432.80</td> <td>126.10</td> </tr> <tr> <td>RANKL (pg/mL)</td> <td>29.64</td> <td>13.82</td> <td>26.53</td> <td>14.64</td> <td>0.23</td> <td>27.20</td> <td>9.72</td> <td>26.53</td> <td>9.72</td> </tr> <tr> <td>OPG/RANKL</td> <td>30.38</td> <td>39.60</td> <td>31.49</td> <td>36.85</td> <td>-0.03</td> <td>17.64</td> <td>6.83</td> <td>19.66</td> <td>12.83</td> </tr> <tr> <td>IL-6 (pg/mL)</td> <td>1.18+0.81</td> <td>1.11+0.91</td> <td>0.09</td> <td>1.62+1.25</td> <td>0.97+0.84</td> </tr> <tr> <td>TNF-a (pg/mL)</td> <td>7.30</td> <td>2.46</td> <td>7.28</td> <td>2.16</td> <td>0.01</td> <td>7.39</td> <td>2.05</td> <td>7.99</td> <td>2.52</td> </tr> <tr> <td>IFN-g (pg/mL)</td> <td>0.75</td> <td>0.51</td> <td>0.48</td> <td>0.36</td> <td>0.54</td> <td>0.63</td> <td>0.43</td> <td>0.44</td> <td>0.21</td> </tr> </tbody> </table>					Outcomes	Women (24) mean±SD		ES	Men (23) mean±SD		Pre-	Post	Pre-	Post	OC (ng/mL)	14.82+3.64	15.43+4.12	-0.17	14.08+ 2.87	13.71+ 2.87	CTX (ng/mL)	0.38 +0.14	0.38+0.15	0.01	0.37+ 0.12	0.36+ 0.12	OC/CTX	42.91+15.35	43.83+12.55	-0.06	39.45+7.92	40.11+7.92	OPG (pg/mL) ^a	514.61	117.57	503.45	118.85	0.09	432.80	126.10	432.80	126.10	RANKL (pg/mL)	29.64	13.82	26.53	14.64	0.23	27.20	9.72	26.53	9.72	OPG/RANKL	30.38	39.60	31.49	36.85	-0.03	17.64	6.83	19.66	12.83	IL-6 (pg/mL)	1.18+0.81	1.11+0.91	0.09	1.62+1.25	0.97+0.84	TNF-a (pg/mL)	7.30	2.46	7.28	2.16	0.01	7.39	2.05	7.99	2.52	IFN-g (pg/mL)	0.75	0.51	0.48	0.36	0.54	0.63	0.43	0.44	0.21
Outcomes	Women (24) mean±SD		ES	Men (23) mean±SD																																																																																										
	Pre-	Post		Pre-	Post																																																																																									
OC (ng/mL)	14.82+3.64	15.43+4.12	-0.17	14.08+ 2.87	13.71+ 2.87																																																																																									
CTX (ng/mL)	0.38 +0.14	0.38+0.15	0.01	0.37+ 0.12	0.36+ 0.12																																																																																									
OC/CTX	42.91+15.35	43.83+12.55	-0.06	39.45+7.92	40.11+7.92																																																																																									
OPG (pg/mL) ^a	514.61	117.57	503.45	118.85	0.09	432.80	126.10	432.80	126.10																																																																																					
RANKL (pg/mL)	29.64	13.82	26.53	14.64	0.23	27.20	9.72	26.53	9.72																																																																																					
OPG/RANKL	30.38	39.60	31.49	36.85	-0.03	17.64	6.83	19.66	12.83																																																																																					
IL-6 (pg/mL)	1.18+0.81	1.11+0.91	0.09	1.62+1.25	0.97+0.84																																																																																									
TNF-a (pg/mL)	7.30	2.46	7.28	2.16	0.01	7.39	2.05	7.99	2.52																																																																																					
IFN-g (pg/mL)	0.75	0.51	0.48	0.36	0.54	0.63	0.43	0.44	0.21																																																																																					

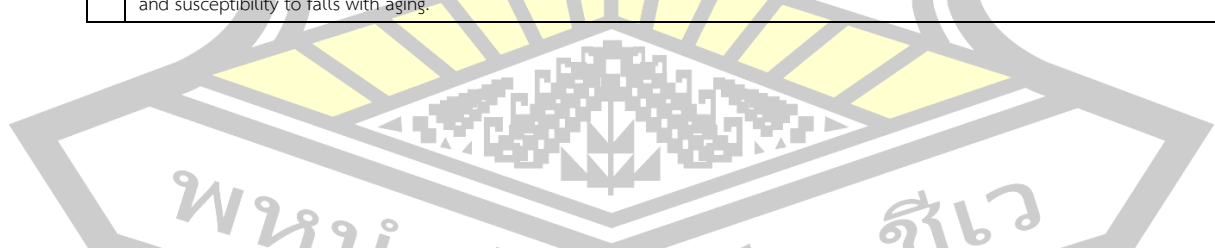
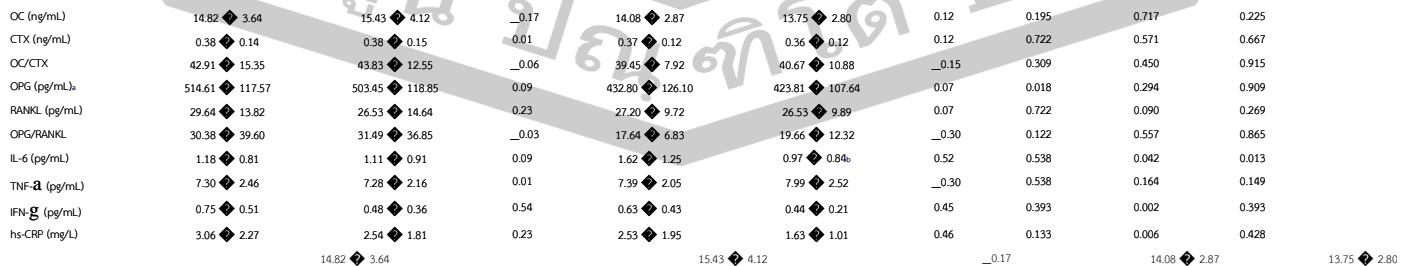
^a Significant difference between groups at baseline and post-training, p < 0.05. BMD, bone mineral density; Troch, trochanter; Inter, intertrochanteric n; Rep, number of repetitions. ES= Effect size
Note: balance and lower body strength, as markers of fall risk factors, improved after exercise training.



No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results									
						Continuous Data (Mean±SD)			Dichotomous Data (N/Total)						
					hs-CRP (mg/L)	3.06	2.27	2.54	1.81	0.23	2.53	1.95	1.63	1.01	0.46
					Outcomes	Women (24) mean±SD		ES	Men (23) mean±SD						
						Pre-	Post		Pre-	Post					
					OC (ng/mL)	14.82+ 3.64	15.43+ 4.12	-0.17	14.08+2.8 7	13.7 0					
					CTX (ng/mL)	0.38+0. 14	0.38+0. 15	0.01	0.37+0.12	0.36					
					OC/CTX	42.91+ 15.35	43.83+ 12.55	-0.06	39.45+7.9 2	40.6 88					
					OPG (pg/mL)a	514.61 +117.5 7	503.45 +118.8 5	0.09	432.80+1 26.10	423. 07.6					
					RANKL (pg/mL)	29.64+ 13.82	26.53+ 14.64	0.23	27.20+9.7 2	26.5 9					
					OPG/RANKL	30.38+ 39.60	31.49+ 36.85	-0.03	17.64+6.8 3	19.6 32					
					IL-6 (pg/mL)	1.18+0. 81	1.11+0. 91	0.09	1.62+1.25	0.97 b					
					TNF-a(pg/mL)	7.30+2. 46	7.28+2. 16	0.01	7.39+2.05	7.99					
					IFN-g(pg/mL)	0.75+0. 51	0.48+0. 36	0.54	0.63+0.43	0.44					
					hs-CRP (mg/L)	3.06+2. 27	2.54+1. 81	0.23	2.53+1.95	1.63					



No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au																																																																																																																
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																																																																																																	
						<p>Table 3 Serum bone-related and pro-inflammatory markers responses to 32 weeks of exercise</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variable</th> <th colspan="2">Women</th> <th rowspan="2">ES</th> <th rowspan="2">Men Pre-training</th> </tr> <tr> <th>Pre-training</th> <th>Post-training</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OC (ng/mL)</td> <td>14.82 ± 3.64</td> <td>15.43 ± 4.12</td> <td>-0.17</td> <td>14.08 ± 2.87</td> </tr> <tr> <td>CTX (ng/mL)</td> <td>0.38 ± 0.14</td> <td>0.38 ± 0.15</td> <td>0.01</td> <td>0.37 ± 0.12</td> </tr> <tr> <td>OC/CTX</td> <td>42.91 ± 15.35</td> <td>43.83 ± 12.55</td> <td>-0.06</td> <td>39.45 ± 7.92</td> </tr> <tr> <td>OPG (pg/mL)^a</td> <td>514.61 ± 117.57</td> <td>503.45 ± 118.85</td> <td>0.09</td> <td>432.80 ± 126.10</td> </tr> <tr> <td>RANKL (pg/mL)</td> <td>29.64 ± 13.82</td> <td>26.53 ± 14.64</td> <td>0.23</td> <td>27.20 ± 9.72</td> </tr> <tr> <td>OPG/RANKL</td> <td>30.38 ± 39.60</td> <td>31.49 ± 36.85</td> <td>-0.03</td> <td>17.64 ± 6.83</td> </tr> <tr> <td>IL-6 (pg/mL)</td> <td>1.18 ± 0.81</td> <td>1.11 ± 0.91</td> <td>0.09</td> <td>1.62 ± 1.25</td> </tr> <tr> <td>TNF-α (pg/mL)</td> <td>7.30 ± 2.46</td> <td>7.28 ± 2.16</td> <td>0.01</td> <td>7.39 ± 2.05</td> </tr> <tr> <td>IFN-γ (pg/mL)</td> <td>0.75 ± 0.51</td> <td>0.48 ± 0.36</td> <td>0.54</td> <td>0.63 ± 0.43</td> </tr> <tr> <td>hs-CRP (mg/L)</td> <td>3.06 ± 2.27</td> <td>2.54 ± 1.81</td> <td>0.23</td> <td>2.53 ± 1.95</td> </tr> </tbody> </table> <p>^a Significant difference between groups at baseline and post-training, <i>p</i> < 0.05. ^b Significantly different from baseline, <i>p</i> < 0.05. ES, effect size; OC, osteocalcin; CTX, C-terminal telopeptide of type I collagen; IL, interleukine; TNF, tumor necrosis factor; OPG, osteoprotegerin; RANKL, receptor activator of kappa B ligand.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>ES</th> <th><i>p</i> (Group)</th> <th><i>p</i> (Time)</th> <th><i>p</i> (Interaction)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OC (ng/mL)</td> <td>0.12</td> <td>0.195</td> <td>0.717</td> <td>0.225</td> </tr> <tr> <td>CTX (ng/mL)</td> <td>0.12</td> <td>0.722</td> <td>0.571</td> <td>0.667</td> </tr> <tr> <td>OC/CTX</td> <td>-0.15</td> <td>0.309</td> <td>0.450</td> <td>0.915</td> </tr> <tr> <td>OPG (pg/mL)^a</td> <td>0.07</td> <td>0.018</td> <td>0.294</td> <td>0.909</td> </tr> <tr> <td>RANKL (pg/mL)</td> <td>0.07</td> <td>0.722</td> <td>0.090</td> <td>0.269</td> </tr> <tr> <td>OPG/RANKL</td> <td>-0.30</td> <td>0.122</td> <td>0.557</td> <td>0.865</td> </tr> <tr> <td>IL-6 (pg/mL)</td> <td>0.52</td> <td>0.538</td> <td>0.042</td> <td>0.013</td> </tr> <tr> <td>TNF-α (pg/mL)</td> <td>-0.30</td> <td>0.538</td> <td>0.164</td> <td>0.149</td> </tr> <tr> <td>IFN-γ (pg/mL)</td> <td>0.45</td> <td>0.393</td> <td>0.002</td> <td>0.393</td> </tr> <tr> <td>hs-CRP (mg/L)</td> <td>0.46</td> <td>0.133</td> <td>0.006</td> <td>0.428</td> </tr> </tbody> </table>			Variable	Women		ES	Men Pre-training	Pre-training	Post-training	OC (ng/mL)	14.82 ± 3.64	15.43 ± 4.12	-0.17	14.08 ± 2.87	CTX (ng/mL)	0.38 ± 0.14	0.38 ± 0.15	0.01	0.37 ± 0.12	OC/CTX	42.91 ± 15.35	43.83 ± 12.55	-0.06	39.45 ± 7.92	OPG (pg/mL) ^a	514.61 ± 117.57	503.45 ± 118.85	0.09	432.80 ± 126.10	RANKL (pg/mL)	29.64 ± 13.82	26.53 ± 14.64	0.23	27.20 ± 9.72	OPG/RANKL	30.38 ± 39.60	31.49 ± 36.85	-0.03	17.64 ± 6.83	IL-6 (pg/mL)	1.18 ± 0.81	1.11 ± 0.91	0.09	1.62 ± 1.25	TNF-α (pg/mL)	7.30 ± 2.46	7.28 ± 2.16	0.01	7.39 ± 2.05	IFN-γ (pg/mL)	0.75 ± 0.51	0.48 ± 0.36	0.54	0.63 ± 0.43	hs-CRP (mg/L)	3.06 ± 2.27	2.54 ± 1.81	0.23	2.53 ± 1.95	Variable	ES	<i>p</i> (Group)	<i>p</i> (Time)	<i>p</i> (Interaction)	OC (ng/mL)	0.12	0.195	0.717	0.225	CTX (ng/mL)	0.12	0.722	0.571	0.667	OC/CTX	-0.15	0.309	0.450	0.915	OPG (pg/mL) ^a	0.07	0.018	0.294	0.909	RANKL (pg/mL)	0.07	0.722	0.090	0.269	OPG/RANKL	-0.30	0.122	0.557	0.865	IL-6 (pg/mL)	0.52	0.538	0.042	0.013	TNF-α (pg/mL)	-0.30	0.538	0.164	0.149	IFN-γ (pg/mL)	0.45	0.393	0.002	0.393	hs-CRP (mg/L)	0.46	0.133	0.006	0.428
Variable	Women		ES	Men Pre-training																																																																																																																				
	Pre-training	Post-training																																																																																																																						
OC (ng/mL)	14.82 ± 3.64	15.43 ± 4.12	-0.17	14.08 ± 2.87																																																																																																																				
CTX (ng/mL)	0.38 ± 0.14	0.38 ± 0.15	0.01	0.37 ± 0.12																																																																																																																				
OC/CTX	42.91 ± 15.35	43.83 ± 12.55	-0.06	39.45 ± 7.92																																																																																																																				
OPG (pg/mL) ^a	514.61 ± 117.57	503.45 ± 118.85	0.09	432.80 ± 126.10																																																																																																																				
RANKL (pg/mL)	29.64 ± 13.82	26.53 ± 14.64	0.23	27.20 ± 9.72																																																																																																																				
OPG/RANKL	30.38 ± 39.60	31.49 ± 36.85	-0.03	17.64 ± 6.83																																																																																																																				
IL-6 (pg/mL)	1.18 ± 0.81	1.11 ± 0.91	0.09	1.62 ± 1.25																																																																																																																				
TNF-α (pg/mL)	7.30 ± 2.46	7.28 ± 2.16	0.01	7.39 ± 2.05																																																																																																																				
IFN-γ (pg/mL)	0.75 ± 0.51	0.48 ± 0.36	0.54	0.63 ± 0.43																																																																																																																				
hs-CRP (mg/L)	3.06 ± 2.27	2.54 ± 1.81	0.23	2.53 ± 1.95																																																																																																																				
Variable	ES	<i>p</i> (Group)	<i>p</i> (Time)	<i>p</i> (Interaction)																																																																																																																				
OC (ng/mL)	0.12	0.195	0.717	0.225																																																																																																																				
CTX (ng/mL)	0.12	0.722	0.571	0.667																																																																																																																				
OC/CTX	-0.15	0.309	0.450	0.915																																																																																																																				
OPG (pg/mL) ^a	0.07	0.018	0.294	0.909																																																																																																																				
RANKL (pg/mL)	0.07	0.722	0.090	0.269																																																																																																																				
OPG/RANKL	-0.30	0.122	0.557	0.865																																																																																																																				
IL-6 (pg/mL)	0.52	0.538	0.042	0.013																																																																																																																				
TNF-α (pg/mL)	-0.30	0.538	0.164	0.149																																																																																																																				
IFN-γ (pg/mL)	0.45	0.393	0.002	0.393																																																																																																																				
hs-CRP (mg/L)	0.46	0.133	0.006	0.428																																																																																																																				
<p>Note: We examined the effect of a combined training protocol, which included 1-day/week odd-impact exercise (such as aerobic or step classes, bounding exercises and games, and impact activities) with 2 days/week of resistance exercises, with site-specific exercises that applied mechanical loads to the skeleton mediated by this type of exercise intervention are in agreement with results from a recent meta-analysis (Marques et al., 2012). However, as results were based on a disproportionate emphasis toward women, evidence to support the efficacy of exercise training on bone health in older men is warranted.</p> <p>Conclusion: our results support the beneficial role of long-term exercise training on lumbar spine and proximal femur BMD and inflammatory markers in elderly men. The exercise-induced anti-inflammatory effect seems to be dissociated from any effect on weight loss or lean mass. Moreover, we found no indication of an exercise-induced effect on biochemical markers of bone turnover. We have also demonstrated that exercise training elicits significant gains in muscle strength and balance. The relationship between exercise and changes in BMD as well as bone metabolism markers, and inflammatory response needs to be further explored given the public health importance of these markers and susceptibility to falls with aging.</p>																																																																																																																								



No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																																																																																																																																												
						Continuous Data (Mean±SD)		Dichotomous Data (N/Total)																																																																																																																																																																										
12	Moss, A. S., et al. (2015). "An Adapted Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Elders in a Continuing Care Retirement Community: Quantitative and Qualitative Results From a Pilot Randomized Controlled Trial." <i>Journal of Applied Gerontology</i> 34(4): 518-538.	RCT in the mixed methods research aiming to provide Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention for retired elders in a CCRT. Hypothesis: The adapted 8 week MBSR program, compared to a wait-list control group, would reduce symptoms of psychological distress as well as enhance core qualities of mindfulness and improve health related QOL.	A convenience samples of retired Caucasian older adults living in a CCRC (a continuing care retirement community)(n=39, age range 63 – 94, mean 82y). Baseline research questionnaires (see Measures) which were collected within 3-weeks before the start date of the program. The researcher who performed the study assessments and collected data was blind to group assignment. After baseline assessment, subjects were randomized 1:1 into group 1 &2. MBSR class attendance, which was recorded by the teacher. Acceptability was defined by program adherence, measured as the rate of completion of daily home practice logs indicating how many minutes participants practiced meditation each day during the 8-week course. Secondary outcomes included five pre-post quantitative measures relevant to healthy aging, as follows: (1) the 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), which measures eight aspects of health related quality of life (Physical Functioning, Role limitations due to Physical	Measure: Baseline and post-intervention Group 1: the 8-week MBSR program (n=20) vs. Group 2: a waitlist Control group (n=19). Outcomes: health related quality of life, acceptance and psychological flexibility, facets of mindfulness, self-compassion, psychological distress	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Outcome</th> <th colspan="2">MBSR Group</th> <th colspan="2">Waitlist Control</th> </tr> <tr> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Self-Judgment</td> <td>2.40 (0.23)</td> <td>2.58 (0.24)</td> <td>2.61 (0.23)</td> <td>2.45 (0.24)</td> </tr> <tr> <td>Isolation</td> <td>2.05 (0.20)</td> <td>2.13 (0.21)</td> <td>2.09 (0.20)</td> <td>2.37 (0.20)</td> </tr> <tr> <td>Over-identification</td> <td>2.41 (0.23)</td> <td>2.27 (0.24)</td> <td>2.33 (0.23)</td> <td>2.38 (0.23)</td> </tr> <tr> <td>Self-Compassion (total)</td> <td>3.27 (0.18)</td> <td>3.40 (0.18)</td> <td>3.55 (0.18)</td> <td>3.59 (0.19)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Note: Pre and post scores from mixed effects models are shown as estimated marginal means (SE). Statistics are shown for Group X Time effect, which tested the effectiveness of MBSR over time compared to waitlist control. Cohen's d = difference in pre-post change for MBSR vs. Waitlist divided by pooled SD. Range: 0.20 = small, 0.50 = medium, 0.80 = large.</p> <p>^aHigher scores on FFMQ, AAQ-II, SF-36, and all SCS subscales indicate better functioning.</p> <p>Table 4 Changes in outcome variables for MBSR (n=20) and Waitlist control (n=19) groups</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Outcome</th> <th colspan="2">MBSR Group</th> <th colspan="2">Waitlist Control</th> </tr> <tr> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><i>Mindfulness (FFMQ)^a</i></td> </tr> <tr> <td>Observing</td> <td>26.38 (1.15)</td> <td>29.09 (1.32)</td> <td>27.53 (1.18)</td> <td>28.01 (1.20)</td> </tr> <tr> <td>Describing</td> <td>27.25 (1.40)</td> <td>28.70 (1.52)</td> <td>27.9 (1.44)</td> <td>27.67 (1.45)</td> </tr> <tr> <td>Acting with Awareness</td> <td>28.80 (1.47)</td> <td>30.25 (1.65)</td> <td>24.05 (1.51)</td> <td>26.85 (1.53)</td> </tr> <tr> <td>Non-judging</td> <td>30.43 (1.43)</td> <td>32.45 (1.59)</td> <td>30.53 (1.47)</td> <td>31.93 (1.48)</td> </tr> <tr> <td>Non-reacting</td> <td>22.00 (0.97)</td> <td>22.15 (1.10)</td> <td>23.37 (0.99)</td> <td>24.04 (1.01)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><i>Psychological Flexibility (AAQ-II)^a</i></td> </tr> <tr> <td>Psychological Symptoms (BSI-18)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Somatization</td> <td>1.90 (0.52)</td> <td>2.36 (0.56)</td> <td>3.00 (0.53)</td> <td>2.39 (0.54)</td> </tr> <tr> <td>Depression</td> <td>2.55 (0.68)</td> <td>1.97 (0.71)</td> <td>3.53 (0.70)</td> <td>3.20 (0.71)</td> </tr> <tr> <td>Anxiety</td> <td>2.20 (0.54)</td> <td>1.80 (0.59)</td> <td>3.26 (0.55)</td> <td>2.01 (0.56)</td> </tr> <tr> <td>Global Severity Index</td> <td>6.65 (1.32)</td> <td>6.11 (1.38)</td> <td>9.79 (1.36)</td> <td>7.56 (1.37)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><i>Health-Related Quality of Life (SF-36)^a</i></td> </tr> <tr> <td>Physical Functioning</td> <td>55.41 (6.21)</td> <td>59.16 (6.38)</td> <td>53.42 (6.21)</td> <td>51.76 (6.29)</td> </tr> <tr> <td>Role Limitations-Physical</td> <td>46.05 (8.93)</td> <td>63.89 (9.74)</td> <td>48.68 (8.93)</td> <td>36.16 (9.30)</td> </tr> <tr> <td>Bodily Pain</td> <td>64.16 (4.78)</td> <td>65.16 (5.24)</td> <td>62.68 (4.78)</td> <td>58.31 (4.94)</td> </tr> <tr> <td>General Health Perception</td> <td>70.21 (4.18)</td> <td>66.77 (4.56)</td> <td>55.65 (4.18)</td> <td>57.32 (4.31)</td> </tr> <tr> <td>Vitality</td> <td>52.11 (4.76)</td> <td>59.70 (5.00)</td> <td>48.16 (4.76)</td> <td>47.49 (4.84)</td> </tr> <tr> <td>Social Functioning</td> <td>84.21 (4.28)</td> <td>88.59 (4.64)</td> <td>77.63 (4.28)</td> <td>79.07 (4.40)</td> </tr> <tr> <td>Role Limitations-Emotional</td> <td>73.68 (7.43)</td> <td>91.34 (8.15)</td> <td>77.19 (7.43)</td> <td>83.62 (7.75)</td> </tr> <tr> <td>Mental Health</td> <td>76.42 (3.41)</td> <td>79.02 (3.62)</td> <td>76.84 (3.41)</td> <td>75.69 (3.48)</td> </tr> <tr> <td>Physical Component Summary</td> <td>39.30 (2.51)</td> <td>39.83 (2.60)</td> <td>36.92 (2.51)</td> <td>34.99 (2.54)</td> </tr> <tr> <td>Mental Component Summary</td> <td>53.18 (2.15)</td> <td>56.62 (2.26)</td> <td>52.80 (2.15)</td> <td>53.86 (2.19)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><i>Self-Compassion (SCS)^a</i></td> </tr> <tr> <td>Self-Kindness</td> <td>2.64 (0.23)</td> <td>2.80 (0.24)</td> <td>3.37 (0.23)</td> <td>3.36 (0.24)</td> </tr> <tr> <td>Common Humanity</td> <td>2.85 (0.24)</td> <td>3.41 (0.25)</td> <td>3.42 (0.24)</td> <td>3.66 (0.24)</td> </tr> <tr> <td>Mindfulness</td> <td>3.02 (0.22)</td> <td>3.05 (0.23)</td> <td>3.55 (0.22)</td> <td>3.72 (0.22)</td> </tr> </tbody> </table>	Outcome	MBSR Group		Waitlist Control		Pre	Post	Pre	Post	Self-Judgment	2.40 (0.23)	2.58 (0.24)	2.61 (0.23)	2.45 (0.24)	Isolation	2.05 (0.20)	2.13 (0.21)	2.09 (0.20)	2.37 (0.20)	Over-identification	2.41 (0.23)	2.27 (0.24)	2.33 (0.23)	2.38 (0.23)	Self-Compassion (total)	3.27 (0.18)	3.40 (0.18)	3.55 (0.18)	3.59 (0.19)	Outcome	MBSR Group		Waitlist Control		Pre	Post	Pre	Post	<i>Mindfulness (FFMQ)^a</i>					Observing	26.38 (1.15)	29.09 (1.32)	27.53 (1.18)	28.01 (1.20)	Describing	27.25 (1.40)	28.70 (1.52)	27.9 (1.44)	27.67 (1.45)	Acting with Awareness	28.80 (1.47)	30.25 (1.65)	24.05 (1.51)	26.85 (1.53)	Non-judging	30.43 (1.43)	32.45 (1.59)	30.53 (1.47)	31.93 (1.48)	Non-reacting	22.00 (0.97)	22.15 (1.10)	23.37 (0.99)	24.04 (1.01)	<i>Psychological Flexibility (AAQ-II)^a</i>					Psychological Symptoms (BSI-18)					Somatization	1.90 (0.52)	2.36 (0.56)	3.00 (0.53)	2.39 (0.54)	Depression	2.55 (0.68)	1.97 (0.71)	3.53 (0.70)	3.20 (0.71)	Anxiety	2.20 (0.54)	1.80 (0.59)	3.26 (0.55)	2.01 (0.56)	Global Severity Index	6.65 (1.32)	6.11 (1.38)	9.79 (1.36)	7.56 (1.37)	<i>Health-Related Quality of Life (SF-36)^a</i>					Physical Functioning	55.41 (6.21)	59.16 (6.38)	53.42 (6.21)	51.76 (6.29)	Role Limitations-Physical	46.05 (8.93)	63.89 (9.74)	48.68 (8.93)	36.16 (9.30)	Bodily Pain	64.16 (4.78)	65.16 (5.24)	62.68 (4.78)	58.31 (4.94)	General Health Perception	70.21 (4.18)	66.77 (4.56)	55.65 (4.18)	57.32 (4.31)	Vitality	52.11 (4.76)	59.70 (5.00)	48.16 (4.76)	47.49 (4.84)	Social Functioning	84.21 (4.28)	88.59 (4.64)	77.63 (4.28)	79.07 (4.40)	Role Limitations-Emotional	73.68 (7.43)	91.34 (8.15)	77.19 (7.43)	83.62 (7.75)	Mental Health	76.42 (3.41)	79.02 (3.62)	76.84 (3.41)	75.69 (3.48)	Physical Component Summary	39.30 (2.51)	39.83 (2.60)	36.92 (2.51)	34.99 (2.54)	Mental Component Summary	53.18 (2.15)	56.62 (2.26)	52.80 (2.15)	53.86 (2.19)	<i>Self-Compassion (SCS)^a</i>					Self-Kindness	2.64 (0.23)	2.80 (0.24)	3.37 (0.23)	3.36 (0.24)	Common Humanity	2.85 (0.24)	3.41 (0.25)	3.42 (0.24)	3.66 (0.24)	Mindfulness	3.02 (0.22)	3.05 (0.23)	3.55 (0.22)	3.72 (0.22)
Outcome	MBSR Group		Waitlist Control																																																																																																																																																																															
	Pre	Post	Pre	Post																																																																																																																																																																														
Self-Judgment	2.40 (0.23)	2.58 (0.24)	2.61 (0.23)	2.45 (0.24)																																																																																																																																																																														
Isolation	2.05 (0.20)	2.13 (0.21)	2.09 (0.20)	2.37 (0.20)																																																																																																																																																																														
Over-identification	2.41 (0.23)	2.27 (0.24)	2.33 (0.23)	2.38 (0.23)																																																																																																																																																																														
Self-Compassion (total)	3.27 (0.18)	3.40 (0.18)	3.55 (0.18)	3.59 (0.19)																																																																																																																																																																														
Outcome	MBSR Group		Waitlist Control																																																																																																																																																																															
	Pre	Post	Pre	Post																																																																																																																																																																														
<i>Mindfulness (FFMQ)^a</i>																																																																																																																																																																																		
Observing	26.38 (1.15)	29.09 (1.32)	27.53 (1.18)	28.01 (1.20)																																																																																																																																																																														
Describing	27.25 (1.40)	28.70 (1.52)	27.9 (1.44)	27.67 (1.45)																																																																																																																																																																														
Acting with Awareness	28.80 (1.47)	30.25 (1.65)	24.05 (1.51)	26.85 (1.53)																																																																																																																																																																														
Non-judging	30.43 (1.43)	32.45 (1.59)	30.53 (1.47)	31.93 (1.48)																																																																																																																																																																														
Non-reacting	22.00 (0.97)	22.15 (1.10)	23.37 (0.99)	24.04 (1.01)																																																																																																																																																																														
<i>Psychological Flexibility (AAQ-II)^a</i>																																																																																																																																																																																		
Psychological Symptoms (BSI-18)																																																																																																																																																																																		
Somatization	1.90 (0.52)	2.36 (0.56)	3.00 (0.53)	2.39 (0.54)																																																																																																																																																																														
Depression	2.55 (0.68)	1.97 (0.71)	3.53 (0.70)	3.20 (0.71)																																																																																																																																																																														
Anxiety	2.20 (0.54)	1.80 (0.59)	3.26 (0.55)	2.01 (0.56)																																																																																																																																																																														
Global Severity Index	6.65 (1.32)	6.11 (1.38)	9.79 (1.36)	7.56 (1.37)																																																																																																																																																																														
<i>Health-Related Quality of Life (SF-36)^a</i>																																																																																																																																																																																		
Physical Functioning	55.41 (6.21)	59.16 (6.38)	53.42 (6.21)	51.76 (6.29)																																																																																																																																																																														
Role Limitations-Physical	46.05 (8.93)	63.89 (9.74)	48.68 (8.93)	36.16 (9.30)																																																																																																																																																																														
Bodily Pain	64.16 (4.78)	65.16 (5.24)	62.68 (4.78)	58.31 (4.94)																																																																																																																																																																														
General Health Perception	70.21 (4.18)	66.77 (4.56)	55.65 (4.18)	57.32 (4.31)																																																																																																																																																																														
Vitality	52.11 (4.76)	59.70 (5.00)	48.16 (4.76)	47.49 (4.84)																																																																																																																																																																														
Social Functioning	84.21 (4.28)	88.59 (4.64)	77.63 (4.28)	79.07 (4.40)																																																																																																																																																																														
Role Limitations-Emotional	73.68 (7.43)	91.34 (8.15)	77.19 (7.43)	83.62 (7.75)																																																																																																																																																																														
Mental Health	76.42 (3.41)	79.02 (3.62)	76.84 (3.41)	75.69 (3.48)																																																																																																																																																																														
Physical Component Summary	39.30 (2.51)	39.83 (2.60)	36.92 (2.51)	34.99 (2.54)																																																																																																																																																																														
Mental Component Summary	53.18 (2.15)	56.62 (2.26)	52.80 (2.15)	53.86 (2.19)																																																																																																																																																																														
<i>Self-Compassion (SCS)^a</i>																																																																																																																																																																																		
Self-Kindness	2.64 (0.23)	2.80 (0.24)	3.37 (0.23)	3.36 (0.24)																																																																																																																																																																														
Common Humanity	2.85 (0.24)	3.41 (0.25)	3.42 (0.24)	3.66 (0.24)																																																																																																																																																																														
Mindfulness	3.02 (0.22)	3.05 (0.23)	3.55 (0.22)	3.72 (0.22)																																																																																																																																																																														

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
	<p>awareness practice, sitting meditation with awareness of breath, mindful yoga, mindful walking, and loving-kindness meditation (Kabat-Zinn, 1990). However the yoga practice was adapted to chair yoga instead of floor yoga. With mindful walking participants had the option of walking close to a wall or to hold on to the backs of chairs in case they needed additional support. Each home practice was put on a separate CD so participants could more easily manage the technology required with playing the CD. In a pilot study we learned that this population can have difficulty</p>	<p>health problems, Bodily Pain, General Health Perception, Vitality, Social Functioning, Role limitations due to Emotional problems, and Mental Health) that are summarized in two composite scales reflecting mental and physical health (Mental Component Summary and Physical Component Summary; McHorney, Ware, & Raczek, 1993); (2) the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ II) which measures psychological flexibility as a function of accepting unpleasant emotions and engaging in valued activities (Bond et al., 2011); (3) the Five Facet Mindfulness questionnaire (FFMQ) which measures five core mindfulness skills (Observing, Describing, Non-Judging of inner experience, Non-Reacting to inner experience, and Acting with Awareness; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006); (4) the Self Compassion Scale (SCS) which measures six aspects of self-compassion across three dimensions (Self-Kindness vs. Self-Judgment; Common Humanity vs. Isolation; Mindfulness vs. Over-identification; Neff, 2003); and (5) the Brief Symptom</p>					

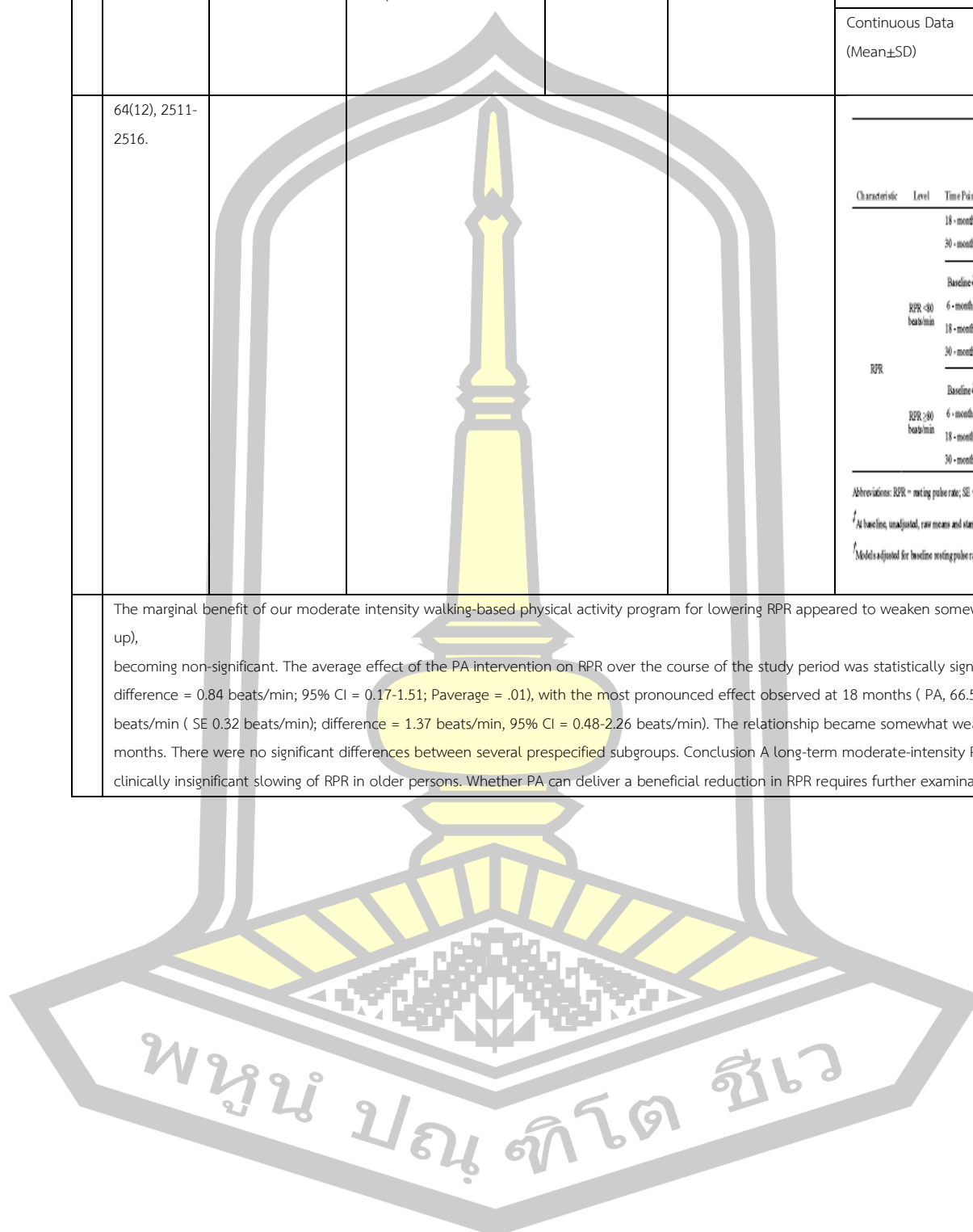
No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																															
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																																														
	listening to specific tracks on a CD with multiple practices. The binder contents were also written in large print for better visibility		Inventory-18 (BSI-18) which measures three dimensions of sychological distress (anxiety, depression, somatization (Derogatis, 2000).																																																																		
<p>MBSR participants showed significantly greater improvement in acceptance and psychological flexibility and in role limitations due to physical health. In the MBSR participants reported increased awareness, less judgment and greater self-compassion. Study results demonstrate the feasibility and potential effectiveness of the MBSR program in promoting mind-body health for elders.</p>																																																																					
13	O'Hartaigh B, P. M., Buford TW, et al. Physical activity and resting pulse rate in older adults: findings from a randomized controlled trial. (2014). "Effect of a Long-Term Physical Activity Intervention on Resting Pulse Rate in Older Persons: Results from the Lifestyle Interventions and Independence for Elders Study." Am Heart J. 168(4): 597-604.	<p>RCT [A total of 424 seniors (ages 70-89 years), with inclusion criteria: at four field centers (The Cooper Institute, Dallas, TX; Stanford University, Palo Alto, CA; University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA; and Wake Forest University, Winston-Salem, NC). Participants were 70-89 years of age, were at high-risk for mobility disability (defined as a score <10 on the short physical performance battery [SPPB]),15 were able to complete a 400-meter walk test in 15 minutes</p>	<p>The mean age of the 424 study participants was 76.8 ± 4.2 years. Overall, 68.9% were women and 25.5% belonged to a racial/ethnic minority</p>	<p>A 12-months intervention: <u>Inter gr.</u> A walking-based PA program (213) [received a combination of aerobic-walking, strength, balance, and flexibility exercises that were implemented in three phases: adoption (the first 2 months of intervention), transition (months 3–6), and maintenance (months 7-12). PA participants received a 45-minute induction session aimed at describing specific aspects of the</p>	<p>Outcomes/Measures: RPR was assessed at baseline, 6 months and 12 months. Longitudinal differences in RPR were evaluated between treatment groups using generalized estimating equation (GEE) models, reporting unstandardized beta coefficients (β) with robust standard errors (SE.)</p>	<p>Mean resting pulse rate and rate pressure product</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Baseline</th> <th>6 Months</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Resting pulse rate</td> </tr> <tr> <td>Successful aging</td> <td>68 ± 10</td> <td>66 ± 9</td> </tr> <tr> <td>Physical activity</td> <td>69 ± 12</td> <td>67 ± 11</td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>P</i>=0.08</td> <td><i>P</i>=0.27</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Rate pressure product (resting pulse rate × systolic blood pressure)</td> </tr> <tr> <td>Successful aging</td> <td>8,949 ± 1,682</td> <td>8,646 ± 1,512</td> </tr> <tr> <td>Physical activity</td> <td>9,091 ± 1,828</td> <td>8,691 ± 1,712</td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>P</i>=0.33</td> <td><i>P</i>=0.59</td> </tr> </tbody> </table> <p>Values reported as means ± SD. <i>P</i> values reporting Greenhouse-Geisser correction are shown.</p> <p>Frequency and duration spent in moderate physical activity</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Baseline</th> <th>6 Months</th> <th>12 Months</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Frequency of moderate physical activity per week</td> </tr> <tr> <td>Successful aging</td> <td>2.8 ± 3.5</td> <td>3.1 ± 4.0</td> <td>3.1 ± 3.9</td> </tr> <tr> <td>Physical activity</td> <td>2.7 ± 4.0</td> <td>5.6 ± 4.7</td> <td>4.5 ± 4.6</td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>P</i>=0.81</td> <td><i>P</i><0.001</td> <td><i>P</i><0.001</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Minutes of moderate physical activity per week</td> </tr> <tr> <td>Successful aging</td> <td>116.2 ± 171.2</td> <td>135.2 ± 204.6</td> <td>124.5 ± 170.2</td> </tr> <tr> <td>Physical activity</td> <td>120.2 ± 195.9</td> <td>220.9 ± 240.2</td> <td>184.7 ± 197.1</td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>P</i>=0.82</td> <td><i>P</i><0.001</td> <td><i>P</i><0.001</td> </tr> </tbody> </table> <p>Values reported as means ± SD. <i>P</i> values reporting Greenhouse-Geisser correction are shown for between</p>	Group	Baseline	6 Months	Resting pulse rate			Successful aging	68 ± 10	66 ± 9	Physical activity	69 ± 12	67 ± 11		<i>P</i> =0.08	<i>P</i> =0.27	Rate pressure product (resting pulse rate × systolic blood pressure)			Successful aging	8,949 ± 1,682	8,646 ± 1,512	Physical activity	9,091 ± 1,828	8,691 ± 1,712		<i>P</i> =0.33	<i>P</i> =0.59	Group	Baseline	6 Months	12 Months	Frequency of moderate physical activity per week				Successful aging	2.8 ± 3.5	3.1 ± 4.0	3.1 ± 3.9	Physical activity	2.7 ± 4.0	5.6 ± 4.7	4.5 ± 4.6		<i>P</i> =0.81	<i>P</i> <0.001	<i>P</i> <0.001	Minutes of moderate physical activity per week				Successful aging	116.2 ± 171.2	135.2 ± 204.6	124.5 ± 170.2	Physical activity	120.2 ± 195.9	220.9 ± 240.2	184.7 ± 197.1		<i>P</i> =0.82	<i>P</i> <0.001	<i>P</i> <0.001
Group	Baseline	6 Months																																																																			
Resting pulse rate																																																																					
Successful aging	68 ± 10	66 ± 9																																																																			
Physical activity	69 ± 12	67 ± 11																																																																			
	<i>P</i> =0.08	<i>P</i> =0.27																																																																			
Rate pressure product (resting pulse rate × systolic blood pressure)																																																																					
Successful aging	8,949 ± 1,682	8,646 ± 1,512																																																																			
Physical activity	9,091 ± 1,828	8,691 ± 1,712																																																																			
	<i>P</i> =0.33	<i>P</i> =0.59																																																																			
Group	Baseline	6 Months	12 Months																																																																		
Frequency of moderate physical activity per week																																																																					
Successful aging	2.8 ± 3.5	3.1 ± 4.0	3.1 ± 3.9																																																																		
Physical activity	2.7 ± 4.0	5.6 ± 4.7	4.5 ± 4.6																																																																		
	<i>P</i> =0.81	<i>P</i> <0.001	<i>P</i> <0.001																																																																		
Minutes of moderate physical activity per week																																																																					
Successful aging	116.2 ± 171.2	135.2 ± 204.6	124.5 ± 170.2																																																																		
Physical activity	120.2 ± 195.9	220.9 ± 240.2	184.7 ± 197.1																																																																		
	<i>P</i> =0.82	<i>P</i> <0.001	<i>P</i> <0.001																																																																		

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
		without the use of an assistive device, and led a sedentary lifestyle (defined as 20 minutes of regular physical activity per week during the prior month).		intervention including safety. The adoption phase consisted of three supervised center-based exercise sessions (40-60 min) per week. During the subsequent transition phase, the number of center-based exercise sessions decreased (2/week) and a home-based intervention involving endurance, strengthening, and flexibility exercises was introduced (≥ 3 /week). Finally, the maintenance phase consisted of the home-based intervention, along with optional once-to-twice per week center-based sessions and monthly telephone contacts.] <u>An active control gr</u> (211): An education-based			

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
				<p>“successful aging” (SA) health program [attended small group sessions on a weekly basis for the first 26 weeks, and monthly thereafter. The educational sessions were designed to increase awareness on a variety of health topics relevant to older adults including nutrition, how to effectively negotiate the health care system, medications, foot care, recommended preventive services at different ages, and how to travel safely. Basic educational information with regards to physical activity was also provided. Each session concluded with a short instructor-led program (5–10</p>			

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																																																																																																																											
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																																																																																																																																										
				minutes) of upper extremity stretching exercises.]																																																																																																																																																													
					Increased frequency and duration of aerobic training was observed for the PA group at 6 and 12 months as compared with the SA group (P <0.001). In both groups, RPR was unchanged over the course of the 12-month study period (P =0.67). No significant improvement was observed (β [SE] = 0.58 [0.88], P =0.51) for RPR when treated with the PA intervention compared using the GEE method. Comparable results were found after omitting participants with a pacemaker, cardiac arrhythmia, or who were receiving beta-blockers. Conclusions—Twelve months of moderate intensity aerobic training did not improve RPR among older adults. Additional studies are needed to determine whether a longer duration and/or greater intensity can slow RPR in older persons.																																																																																																																																																												
13	Ó Hartaigh, B., 2. Lovato, L. C., Pahor, M., Buford, T. W., Dodson, J. A., Forman, D. E., Buman, M. P., Demons, J. L., Santanasto, A. J., Liu, C., Miller, M. E., McDermott, M. M., Gill, T. M., LIFE Study Group (2016). Effect of a Long-Term Physical Activity Intervention on Resting Pulse Rate in Older Persons: Results from the Lifestyle Interventions and Independence for Elders Study. Journal of the American Geriatrics Society,	RCT lifestyle intervention and independence on resting pulse rate	Community dwelling elders 70-89 y (N = 1,635, 67.2% women)	Intervention gr: A moderate-intensity PA intervention (n = 818) vs. Control gr: A health education-based successful aging (SA) intervention (n = 817);	Outcomes: RPR and changes in RPR; Measures at 6, 18, and 30 months, and Longitudinal change in RPR in the intervention group. Tests for Equality of the Average Intervention Effects Over Time Across Age and Chronic Conditions		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Characteristic</th> <th rowspan="2">Level</th> <th rowspan="2">Time Point</th> <th rowspan="2">N</th> <th colspan="2">Successful Aging</th> <th colspan="2">Physical Activity</th> </tr> <tr> <th>Mean (SE)</th> <th>N</th> <th>Mean (SE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">No beta-blocker use</td> <td rowspan="3">Baseline</td> <td>Baseline</td> <td>521</td> <td>688 (0.42)</td> <td>503</td> <td>690 (0.48)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>509</td> <td>684 (0.36)</td> <td>470</td> <td>675 (0.38)</td> </tr> <tr> <td>18-months</td> <td>475</td> <td>702 (0.40)</td> <td>439</td> <td>684 (0.41)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">30-months</td> <td>Baseline</td> <td>330</td> <td>693 (0.46)</td> <td>308</td> <td>685 (0.47)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>296</td> <td>622 (0.52)</td> <td>314</td> <td>631 (0.52)</td> </tr> <tr> <td>18-months</td> <td>278</td> <td>621 (0.48)</td> <td>299</td> <td>625 (0.44)</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Beta-blocker use</td> <td rowspan="3">Baseline</td> <td>Baseline</td> <td>261</td> <td>637 (0.53)</td> <td>276</td> <td>632 (0.51)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>261</td> <td>637 (0.53)</td> <td>276</td> <td>632 (0.51)</td> </tr> <tr> <td>18-months</td> <td>181</td> <td>633 (0.61)</td> <td>188</td> <td>639 (0.60)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">30-months</td> <td>Baseline</td> <td>103</td> <td>668 (0.91)</td> <td>122</td> <td>687 (0.90)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>100</td> <td>666 (0.80)</td> <td>111</td> <td>660 (0.30)</td> </tr> <tr> <td>18-months</td> <td>95</td> <td>689 (0.89)</td> <td>109</td> <td>676 (0.34)</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Chronic conditions</td> <td rowspan="3">Baseline</td> <td>Baseline</td> <td>64</td> <td>669 (1.03)</td> <td>81</td> <td>671 (0.39)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>64</td> <td>669 (1.03)</td> <td>81</td> <td>671 (0.39)</td> </tr> <tr> <td>18-months</td> <td>64</td> <td>669 (1.03)</td> <td>81</td> <td>671 (0.39)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">30-months</td> <td>Baseline</td> <td>712</td> <td>663 (0.38)</td> <td>694</td> <td>664 (0.41)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>685</td> <td>669 (0.76)</td> <td>657</td> <td>656 (0.31)</td> </tr> <tr> <td>18-months</td> <td>639</td> <td>670 (0.83)</td> <td>605</td> <td>665 (0.35)</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Age</td> <td rowspan="3">Baseline</td> <td>Baseline</td> <td>445</td> <td>684 (0.92)</td> <td>414</td> <td>668 (0.40)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>455</td> <td>670 (0.48)</td> <td>477</td> <td>671 (0.48)</td> </tr> <tr> <td>18-months</td> <td>440</td> <td>667 (0.38)</td> <td>449</td> <td>655 (0.39)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">30-months</td> <td>Baseline</td> <td>411</td> <td>683 (0.43)</td> <td>421</td> <td>665 (0.43)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>411</td> <td>683 (0.43)</td> <td>421</td> <td>665 (0.43)</td> </tr> <tr> <td>18-months</td> <td>289</td> <td>681 (0.49)</td> <td>299</td> <td>667 (0.48)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">≥80 years</td> <td>Baseline</td> <td>362</td> <td>656 (0.50)</td> <td>341</td> <td>663 (0.58)</td> </tr> <tr> <td>6-months</td> <td>247</td> <td>655 (0.38)</td> <td>321</td> <td>661 (0.45)</td> </tr> </tbody> </table>	Characteristic	Level	Time Point	N	Successful Aging		Physical Activity		Mean (SE)	N	Mean (SE)	No beta-blocker use	Baseline	Baseline	521	688 (0.42)	503	690 (0.48)	6-months	509	684 (0.36)	470	675 (0.38)	18-months	475	702 (0.40)	439	684 (0.41)	30-months	Baseline	330	693 (0.46)	308	685 (0.47)	6-months	296	622 (0.52)	314	631 (0.52)	18-months	278	621 (0.48)	299	625 (0.44)	Beta-blocker use	Baseline	Baseline	261	637 (0.53)	276	632 (0.51)	6-months	261	637 (0.53)	276	632 (0.51)	18-months	181	633 (0.61)	188	639 (0.60)	30-months	Baseline	103	668 (0.91)	122	687 (0.90)	6-months	100	666 (0.80)	111	660 (0.30)	18-months	95	689 (0.89)	109	676 (0.34)	Chronic conditions	Baseline	Baseline	64	669 (1.03)	81	671 (0.39)	6-months	64	669 (1.03)	81	671 (0.39)	18-months	64	669 (1.03)	81	671 (0.39)	30-months	Baseline	712	663 (0.38)	694	664 (0.41)	6-months	685	669 (0.76)	657	656 (0.31)	18-months	639	670 (0.83)	605	665 (0.35)	Age	Baseline	Baseline	445	684 (0.92)	414	668 (0.40)	6-months	455	670 (0.48)	477	671 (0.48)	18-months	440	667 (0.38)	449	655 (0.39)	30-months	Baseline	411	683 (0.43)	421	665 (0.43)	6-months	411	683 (0.43)	421	665 (0.43)	18-months	289	681 (0.49)	299	667 (0.48)	≥80 years	Baseline	362	656 (0.50)	341	663 (0.58)	6-months	247	655 (0.38)	321	661 (0.45)
Characteristic	Level	Time Point	N	Successful Aging		Physical Activity																																																																																																																																																											
				Mean (SE)	N	Mean (SE)																																																																																																																																																											
No beta-blocker use	Baseline	Baseline	521	688 (0.42)	503	690 (0.48)																																																																																																																																																											
		6-months	509	684 (0.36)	470	675 (0.38)																																																																																																																																																											
		18-months	475	702 (0.40)	439	684 (0.41)																																																																																																																																																											
	30-months	Baseline	330	693 (0.46)	308	685 (0.47)																																																																																																																																																											
		6-months	296	622 (0.52)	314	631 (0.52)																																																																																																																																																											
		18-months	278	621 (0.48)	299	625 (0.44)																																																																																																																																																											
Beta-blocker use	Baseline	Baseline	261	637 (0.53)	276	632 (0.51)																																																																																																																																																											
		6-months	261	637 (0.53)	276	632 (0.51)																																																																																																																																																											
		18-months	181	633 (0.61)	188	639 (0.60)																																																																																																																																																											
	30-months	Baseline	103	668 (0.91)	122	687 (0.90)																																																																																																																																																											
		6-months	100	666 (0.80)	111	660 (0.30)																																																																																																																																																											
		18-months	95	689 (0.89)	109	676 (0.34)																																																																																																																																																											
Chronic conditions	Baseline	Baseline	64	669 (1.03)	81	671 (0.39)																																																																																																																																																											
		6-months	64	669 (1.03)	81	671 (0.39)																																																																																																																																																											
		18-months	64	669 (1.03)	81	671 (0.39)																																																																																																																																																											
	30-months	Baseline	712	663 (0.38)	694	664 (0.41)																																																																																																																																																											
		6-months	685	669 (0.76)	657	656 (0.31)																																																																																																																																																											
		18-months	639	670 (0.83)	605	665 (0.35)																																																																																																																																																											
Age	Baseline	Baseline	445	684 (0.92)	414	668 (0.40)																																																																																																																																																											
		6-months	455	670 (0.48)	477	671 (0.48)																																																																																																																																																											
		18-months	440	667 (0.38)	449	655 (0.39)																																																																																																																																																											
	30-months	Baseline	411	683 (0.43)	421	665 (0.43)																																																																																																																																																											
		6-months	411	683 (0.43)	421	665 (0.43)																																																																																																																																																											
		18-months	289	681 (0.49)	299	667 (0.48)																																																																																																																																																											
≥80 years	Baseline	362	656 (0.50)	341	663 (0.58)																																																																																																																																																												
	6-months	247	655 (0.38)	321	661 (0.45)																																																																																																																																																												

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																																																				
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																																																																			
	64(12), 2511-2516.					<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Characteristic</th> <th rowspan="2">Level</th> <th rowspan="2">Time Point</th> <th colspan="2">Successful Aging</th> <th colspan="2">Physical Activity</th> <th rowspan="2">Equality intervention subgroups</th> </tr> <tr> <th>N</th> <th>Mean (SE)</th> <th>N</th> <th>Mean (SE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>18-months</td> <td>325</td> <td>66.5(0.42)</td> <td>295</td> <td>66.4(0.30)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>30-months</td> <td>222</td> <td>67.0(0.48)</td> <td>198</td> <td>67.1(0.39)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Baseline[†]</td> <td>730</td> <td>64.1(0.29)</td> <td>721</td> <td>64.1(0.30)</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">RPR <90 beats/min</td> <td></td> <td>6-months</td> <td>702</td> <td>64.9(0.33)</td> <td>681</td> <td>64.2(0.35)</td> <td rowspan="3">0.70 (-0.01 to 1.41)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18-months</td> <td>659</td> <td>66.4(0.38)</td> <td>635</td> <td>65.4(0.38)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>30-months</td> <td>462</td> <td>66.1(0.41)</td> <td>441</td> <td>65.9(0.41)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">RPR</td> <td></td> <td>Baseline[†]</td> <td>87</td> <td>85.2(0.40)</td> <td>97</td> <td>86.2(0.60)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6-months</td> <td>85</td> <td>76.2(1.00)</td> <td>89</td> <td>77.5(0.97)</td> <td rowspan="3">1.61 (-0.01 to 3.23)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18-months</td> <td>77</td> <td>79.5(1.30)</td> <td>81</td> <td>75.6(1.08)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>30-months</td> <td>48</td> <td>78.6(1.26)</td> <td>56</td> <td>75.6(1.18)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Abbreviations: RPR = resting pulse rate; SE = standard error; CI = confidence interval.</p> <p>[†] At baseline, unadjusted, raw means and standard errors are provided. At follow-up, least squares means are provided.</p> <p>[‡] Models adjusted for baseline resting pulse rate, gender, and clinical site with the exception for RPR, which was not included in the model.</p>		Characteristic	Level	Time Point	Successful Aging		Physical Activity		Equality intervention subgroups	N	Mean (SE)	N	Mean (SE)			18-months	325	66.5(0.42)	295	66.4(0.30)				30-months	222	67.0(0.48)	198	67.1(0.39)				Baseline [†]	730	64.1(0.29)	721	64.1(0.30)		RPR <90 beats/min		6-months	702	64.9(0.33)	681	64.2(0.35)	0.70 (-0.01 to 1.41)		18-months	659	66.4(0.38)	635	65.4(0.38)		30-months	462	66.1(0.41)	441	65.9(0.41)	RPR		Baseline [†]	87	85.2(0.40)	97	86.2(0.60)			6-months	85	76.2(1.00)	89	77.5(0.97)	1.61 (-0.01 to 3.23)		18-months	77	79.5(1.30)	81	75.6(1.08)		30-months	48	78.6(1.26)	56	75.6(1.18)
Characteristic	Level	Time Point	Successful Aging		Physical Activity		Equality intervention subgroups																																																																																			
			N	Mean (SE)	N	Mean (SE)																																																																																				
		18-months	325	66.5(0.42)	295	66.4(0.30)																																																																																				
		30-months	222	67.0(0.48)	198	67.1(0.39)																																																																																				
		Baseline [†]	730	64.1(0.29)	721	64.1(0.30)																																																																																				
RPR <90 beats/min		6-months	702	64.9(0.33)	681	64.2(0.35)	0.70 (-0.01 to 1.41)																																																																																			
		18-months	659	66.4(0.38)	635	65.4(0.38)																																																																																				
		30-months	462	66.1(0.41)	441	65.9(0.41)																																																																																				
RPR		Baseline [†]	87	85.2(0.40)	97	86.2(0.60)																																																																																				
		6-months	85	76.2(1.00)	89	77.5(0.97)	1.61 (-0.01 to 3.23)																																																																																			
		18-months	77	79.5(1.30)	81	75.6(1.08)																																																																																				
	30-months	48	78.6(1.26)	56	75.6(1.18)																																																																																					
<p>The marginal benefit of our moderate intensity walking-based physical activity program for lowering RPR appeared to weaken somewhat with time (i.e., beyond 18 months), becoming non-significant. The average effect of the PA intervention on RPR over the course of the study period was statistically significant but clinically small (mean difference = 0.84 beats/min; 95% CI = 0.17-1.51; Paverage = .01), with the most pronounced effect observed at 18 months (PA, 66.5 beats/min (SE 0.32 beats/min); difference = 1.37 beats/min, 95% CI = 0.48-2.26 beats/min). The relationship became somewhat weaker and was not statistically significant at 30 months. There were no significant differences between several prespecified subgroups. Conclusion A long-term moderate-intensity PA program was associated with a clinically insignificant slowing of RPR in older persons. Whether PA can deliver a beneficial reduction in RPR requires further examination in older adults.</p>																																																																																										



No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																															
14	Pa, J., et al. (2014). "Effect of Exercise and Cognitive Activity on Self-Reported Sleep Quality in Community-Dwelling Older Adults with Cognitive Complaints: A Randomized Controlled Trial." Journal of the American Geriatrics Society 62(12): 2319-2326.	Four arms RCT using a two-by-two factorial design: Gr1. Aerobic+Cognitive training, Gr2. Aerobic+Educational DVD, Gr3. Stretching+Cognitive training, and Gr4. Stretching+Educational DVD arms (60 min/d, 3 d/wk for physical and mental activity for 12 weeks;	72 inactive community-dwelling elders aged 65+ (mean age 73.3 ± 6.1; 60% women) with sleeping complaints recruited in the MAX Trial (UC San Francisco & Veterans Affairs Medical Center, USA) [This study is a secondary analysis of the Mental Activity and eXercise (MAX) Trial, which used a two-by-two factorial design to study the effects of exercise (aerobic intervention vs stretching control) and mental activity (cognitive training intervention vs educational DVD control) on the primary outcome of cognitive function.] a class-based exercise program (aerobic activity or stretching) and a home-based cognitive engagement program (cognitive training or educational DVDs) in a two-by-two factorial design for 12 weeks [Note: a class-based exercise program (aerobic activity or stretching) and a home-based cognitive engagement program (cognitive training or educational DVDs) in a two-by-two factorial design for 12 weeks.]	Aerobic class: All participants attended exercise classes designed for this study at a local YMCA for 60 minutes per day, 3 days per week for 12 weeks. The aerobic class consisted of 10 minutes of warm-up, 30 minutes of aerobic exercise (dance-based aerobics), 5 minutes of cool-down, 10 minutes of strength training, and 5 minutes of stretching and relaxation. The stretching class: consisted of 10 minutes of warm-up, 30 minutes of stretching, 10 minutes of strength training (using stretch bands to train the major muscle groups), and 10 minutes of relaxation, during which participants lay on their backs and were instructed to relax different parts of their bodies. HR were monitored by having participants check their wrist or neck pulse for 10 sec at the beginning, middle, & end of class and record the values in an exercise journal, with a target peak heart rate of 60% to 75% of the max for the participant's age in the	Outcomes: self-reported sleep and cognitive problems, i.e., change in sleep quality using seven questions from the Sleep Disorders [Measurements Change in sleep quality using seven questions from the Sleep Disorders Questionnaire on the 2005 to 2006 National Health and Nutrition Examination Survey (range 0-28, with higher scores reflecting worse sleep quality)] Cognitive Activity —All participants were provided with detailed written and in-person oral instructions regarding their assigned cognitive activities, which were performed independently at home on a computer on the days and times of their choosing for 60 minutes per day, 3 day per week for 12 wks.	<p style="text-align: center;">Baseline and Changes Scores of Sleep Quality</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Sleep Quality</th> <th colspan="2">Aerobic Exercise + Cognitive Training</th> <th colspan="2">Aerobic Exercise + Educational DVD</th> <th colspan="2">Stretching + Cognitive Training</th> <th colspan="2">Stretching + Educational DVD</th> <th colspan="2">Group by Time Interaction</th> </tr> <tr> <th>Baseline</th> <th>Change</th> <th>Baseline</th> <th>Change</th> <th>Baseline</th> <th>Change</th> <th>Baseline</th> <th>Change</th> <th>P Value</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Falling asleep</td> <td>1.5</td> <td>0</td> <td>2.3</td> <td>-0.3</td> <td>1.7</td> <td>-0.2</td> <td>1.8</td> <td>-0.7^a</td> <td>.32</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Waking at night</td> <td>1.8</td> <td>0.2</td> <td>2.1</td> <td>0.1</td> <td>2.3</td> <td>0</td> <td>2.1</td> <td>-0.7^a</td> <td>.02</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Sleep Quality	Aerobic Exercise + Cognitive Training		Aerobic Exercise + Educational DVD		Stretching + Cognitive Training		Stretching + Educational DVD		Group by Time Interaction		Baseline	Change	Baseline	Change	Baseline	Change	Baseline	Change	P Value		1. Falling asleep	1.5	0	2.3	-0.3	1.7	-0.2	1.8	-0.7 ^a	.32		2. Waking at night	1.8	0.2	2.1	0.1	2.3	0	2.1	-0.7 ^a	.02	
Sleep Quality	Aerobic Exercise + Cognitive Training		Aerobic Exercise + Educational DVD		Stretching + Cognitive Training		Stretching + Educational DVD		Group by Time Interaction																																													
	Baseline	Change	Baseline	Change	Baseline	Change	Baseline	Change	P Value																																													
1. Falling asleep	1.5	0	2.3	-0.3	1.7	-0.2	1.8	-0.7 ^a	.32																																													
2. Waking at night	1.8	0.2	2.1	0.1	2.3	0	2.1	-0.7 ^a	.02																																													

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
					aerobic arms.	Participants in the cognitive training arms played games designed to enhance the speed and accuracy of visual & auditory processing. Games focused on visual tasks, such as tracking the location of objects (first 6 weeks), and auditory tasks, such as matching sound pairs (second 6 weeks). The educational DVD arm: Participants watched DVDs of educational lectures on art, history, and science. After each session, participants answered approximately six paper-based, multiple-choice, or short-answer lecture-specific questions. The days & amount of time spent performing cognitive activities at home was recorded for all arms in activity journals.	

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
<p>Conclusion Self-reported sleep quality improved significantly more with low-intensity physical and mental activities than with moderate- or high-intensity activities with self-reported cognitive and sleep difficulties. Future longer-term studies with objective sleep measures are needed to corroborate these results.[In this study, older adults with self-reported cognitive and sleep difficulties, self reported sleep quality improved significantly more with low-intensity physical and mental activities than with moderate- or high-intensity activities. These results suggest that the optimal types of exercise and cognitive activity in older adults may depend on the desired outcomes. For older adults, a combination of low-intensity restorative activities, such as stretching and light cognitive activity, may be appropriate for improving at least short-term sleep outcomes. Future studies with objective sleep measures are needed to corroborate these findings.]</p>							
15	Pedersen, M. T., et al. (2017). "Effect of team sports and resistance training on physical function, quality of life, and motivation in older adults." Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports 27(8): 852-864. SR_PA10_Effect of team sport vs. resistance training group. [SR_PA10_Effect of team sport vs. resistance training group/purchase article]	RCT aimed to investigate the effect of team sports and resistance training on physical function, psychological health, quality of life, and motivation in older untrained adults (men=25, women=47).	72 older untrained adults aged 80 (range: 67-93) years. [Twenty-five men aged 79 ± 5 (range: 71-87) years with a height, body mass, and body mass index (BMI) of 1.70 ± 0.08m, 80 ± 13 kg, and 28 ± 4 kg/m ²) and forty seven women aged 80 ± 7 (range: 67-93) years with a height, body mass, and BMI of 1.61 ± 0.06 m, 74 ± 15 kg, & 28 ± 6 kg/m ²) were recruited from five elderly centers in the Municipality of Copenhagen, Denmark. Inclusion: They were not performing exercise training more than 2times/wk, and they should be able to walk without aids, such as a walker or a wheelchair. Exclusion: those who were severe cardiovascular & neurodegenerative diseases, and severe cognitive disorders. All participants took medicine on a daily basis.]	A 12-wk exercise training: <u>1. A team training group (TG, n=25)</u> , trained for 1 hour twice a week for 12 weeks <u>2. A resistance training group (RG, n=26)</u> , trained for 1 hour twice a week for 12 weeks. <u>3. A control group (CG, n=21)</u> [Participants in the TG & RG were randomly recruited from 3 training centers & were matched by gender, age, and SF- 12 (see questionnaires below), all other in the CG were from the two remaining centers.]	Outcomes: physical function, quality of life, and health. TABLE 4 Intervention effects and mean values before (pre) and after (post) the intervention for physical function, health, and quality of life in the training group (TRG) and the control group (CG)		

	TRG		CG	
	Pre	Post	Pre	Post
Physical function				
Arm curls (n)	14.3 ± 3.1	17.2 ± 2.9	14.8 ± 2.3	14.0 ± 2.5
Chair stand (n)	12.1 ± 2.9	13.8 ± 3.2	11.8 ± 1.9	11.0 ± 2.1
Up-and-go (s)	7.5 ± 2.0	7.2 ± 1.9	7.4 ± 1.9	7.7 ± 2.0
Self-perceived health				
Physical function	2.2 ± 0.6	2.2 ± 0.5	2.4 ± 0.7	2.4 ± 0.6
Physical limitations	1.5 ± 0.5	1.4 ± 0.5	1.5 ± 0.5	1.6 ± 0.5
Physical pain	2.2 ± 1.0	2.0 ± 1.0	2.3 ± 1.4	2.1 ± 1.1
General health	2.9 ± 0.7	3.0 ± 0.9	3.1 ± 0.9	3.1 ± 0.9
Energy	3.7 ± 1.4	4.0 ± 1.2	3.3 ± 1.2	3.3 ± 1.2
Psychological limitations	1.5 ± 0.4	1.2 ± 0.4	1.4 ± 0.5	1.2 ± 0.4
Psychological well-being	4.9 ± 0.9	5.1 ± 0.9	5.0 ± 0.6	4.6 ± 0.6
Social well-being	1.7 ± 0.8	1.6 ± 0.8	2.1 ± 1.0	2.1 ± 1.0
Psychological health				
Anxiety	11.1 ± 3.5	10.8 ± 3.1	10.1 ± 2.7	11.0 ± 3.1
Depression	9.6 ± 2.7	8.6 ± 1.6	9.6 ± 3.1	10.0 ± 2.7
Quality of life				
General	4.3 ± 0.6	4.4 ± 0.4	3.8 ± 0.8	4.0 ± 0.7
Health related	3.6 ± 0.6	3.8 ± 0.6	3.8 ± 0.8	3.1 ± 0.6
Social	3.9 ± 0.6	4.0 ± 0.6	3.9 ± 0.5	3.9 ± 0.5
Emotional	4.2 ± 0.6	4.3 ± 0.6	4.2 ± 0.5	4.2 ± 0.5

Data are presented as mean ± SD and unstandardized B-coefficients ±SE from the linear regression analyses. n.s., not significant.

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results		Au
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)	
		<p>conducted in municipal-based elderly centers, which offer a broad variety of activities for adults older than 65 years. One can become a member in the elderly center through a referral from their doctor to do training or other activities due to, for example, functional impairment, or one can turn up by own initiative and gain membership if the staff considers the person to have a physical, social, or mental need for daily offered activities.</p>						
<p>Detailed intervention: Team training group: consisted of three different types of team sports with a ball, in which two teams played against each other. The were organized as intervals with 4 minute of playing followed by 4 minute of rest with three intervals (≈12 minute per session) during the first 4 weeks, four intervals (≈15 minute per session) during week five to eight, and five intervals (≈20 minute per session) in week nine to twelve. The team sports included (1) small-sided floor ball, like hockey, but played with plastic sticks,15 (2) “cone ball,” played by hitting the opponent’s cones in the end of the lane with a softball. When a cone was moved the cone to their own site of the lane, and (3) “hula goal” played by throwing the ball through a hula ring, which a teammate had lifted to hip height.</p>								

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																											
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																										
						<p>score in the same ring two times in a row. No dribbling and steps with the ball were allowed in cone ball and hula goal. All team sport games were played 30 minutes on a plastic floor sized $\approx 10 \times 10$ m, and no physical contact was allowed. TG completed 2.2 ± 0.3 training sessions a week.</p> <p>Resistance training group: the training consisted of three exercises per session. In training week, one to four participants performed two sets of 10 repetitions of each exercise, separated by 2-minute rest of each exercise, and three sets of 10 RM in training week five– twelve. The exercises were (1) squat with dumbbells (range 2-23 kg) standing up from and sitting down on a chair, (2) sitting shoulder flexion with a dumbbell in each hand (range 0.5-10 kg), and (3) sitting elbow flexion with a dumbbell (range 1-11.5 kg). RG completed 1.9 ± 0.4 training sessions a week, which was not significantly different from the exercise compliance in TG.</p> <p>Measure: Participants were tested before and after the 12-week intervention period. This testing included functional tests (see Physical function) as well as a questionnaire (see Questionnaires) and qualitative individual interviews (see Interviews). In addition, accelerometer measurements were taken before and during the intervention (see physical activity measurements). Physical function Participants were instructed to refrain from strenuous exercise 36 hours before the test day, and participants were instructed to take their habitual medicine on the experimental days. Participants completed the following tests from the senior fitness test battery: (1) Arm curl, 10 repetitions of bicep curls in 30 seconds with a dumbbell of 5 lbs (2.27 kg) for women and 8 lbs (3.63 kg) for men, (2) chair stands, that is, maximal repetitions of standing up from and sitting down from a chair in 30 seconds with arms folded across chest, and (3) 2.45-m up-and-go, that is, time to get up from seated position, walk 2.45 m, and sit down on chair. Questionnaires The Danish version of the SF-128 was used to measure self-perceived physical and psychological health. It contains 128 items to measure eight subscales of self-perceived health, namely (1) physical function, (2) physical limitations, (3) physical pain, (4) general health, (5) energy, (6) psychological well-being, (7) psychological well-being, and (8) social well-being. The questions have different answer formats, ranging from yes/no to a Likert scale from 1 to 6. The SF-128 was used for the sample and produce valid results comparable with the longer version, the SF-36.8 A Danish version of the Older People's Quality of Life questionnaire was used to assess quality of life in the participants. It contains eight subscales of quality of life, namely (1) life in general, (2) health, (3) social relations and leisure, (4) independence, control over life and freedom, (5) psychological and emotional well-being, (6) home and neighborhood, (7) financial circumstances, and (8) religion/culture. In the intervention was not expected to affect (6) home and neighborhood, (7) financial circumstances, and (8) religion/culture, these subscales were excluded, leaving 7 subscales in the questionnaire. The questions have a Likert scale answering format from 1 (disagree a lot) to 5 (agree a lot). The questionnaire has been constructed specifically for older adults²⁸ and was translated from English to Danish and back-translated by four experts in psychological measurement (two for translation and two for validation) to meet to discuss differences in translation version and to agree on a final translated version. A Danish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) was used to assess psychological health in the participants. It contains two subscales, namely (1) anxiety and (2) depression. Each subscale contains seven questions, with a Likert answering format from 1 to 4, whose end points differ depending on each question. The questionnaire has been validated in Danish.</p>																											
						<p>Results: Compared with CG, TRG improved the number of arm curls within 30 seconds ($P < .05$) and 30-seconds chair stand ($P < .05$) during the intervention. In addition, TRG training led to higher ($P < .05$) scores in the subscales psychological well-being, general quality of life, and health-related quality of life, as well as decreased depression levels. No differences between changes in TG and RG were found over the intervention period, neither in physical function tests nor psychological questionnaires. Participants were highly motivated for training, but TG expressed a higher degree of enjoyment and intrinsic motivation mainly due to social interaction during the activity. RG was motivated by extrinsic factors like health and fitness benefits. In conclusion, both team training and resistance training improved physical function, psychological health, and quality of life. However, team sport training motivated the participants more by intrinsic factors than resistance training.</p>																											
17	Ranchana Nokham., S. P., Totsaporn Khampolsiri. (2016). "Effect of Square- Stepping Exercise on Balance Among Older Persons." Nursing Journal 43(3): 58-68. (Thai)	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental res study)	ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน กรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 [n =47, คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (คือ 1) อายุ 60-74ปี, 2)ระยะเวลาที่ใช้ในการ เปลี่ยนแปลง ท่าทางจากการนั่งไปยืนและเดิน มากกว่า 10 วินาที(3) ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย 4) ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน หรือประวัติโรคประจำตัวที่ทำให้ ไม่ สามารถออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบประสาท โรคระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อ (Shigematsu, Okura, Nakagaichi, Tanaka et al., 2008) หรือโรคระบบทาง เดินหายใจ โดยที่ ต้องสามารถควบคุมความรุนแรงของ โรคได้(5) สติสัมปชัญญะดีไม่มีภาวะสมองเสื่อม 6) ไม่มี	A 12-week square stepping exercise program Measure: Pre- and post-test กลุ่มทดลอง: กลุ่มผู้สูงอายุที่ ได้รับการออกกำลังกาย แบบก้าวตามตาราง สัปดาห์ ละ 3 ครั้งๆ ละ 40 นาที เป็นระยะเวลานาน 12 สัปดาห์ (n=23) กลุ่มควบคุม: กลุ่มผู้สูงอายุที่ ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าว	สมมุติ ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนท่าทางจากนั่งไปยืนและ แบบก้าวตามตารางและกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนท่าทางจากนั่ง ไปยืนและเดิน <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">กลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง</th> <th rowspan="2">F</th> </tr> <tr> <th>Mean</th> <th>S.D.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ที่เริ่มต้น</td> <td>11.40</td> <td>1.25</td> <td>11.32</td> </tr> <tr> <td>ที่ 12 สัปดาห์</td> <td>11.32</td> <td>1.23</td> <td>8.77</td> </tr> </tbody> </table> ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนท่าทางจากนั่งไปยืนและ ของกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางและกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าว ระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนท่าทางจาก กลุ่มตัวอย่าง <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">กลุ่มที่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง</th> <th rowspan="2">F</th> </tr> <tr> <th>Mean</th> <th>S.D.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ที่เริ่มต้น</td> <td>11.36</td> <td>1.39</td> <td>8.77</td> </tr> <tr> <td>ที่ 12 สัปดาห์</td> <td>11.40</td> <td>1.25</td> <td>11.32</td> </tr> </tbody> </table>		กลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง		F	Mean	S.D.	ที่เริ่มต้น	11.40	1.25	11.32	ที่ 12 สัปดาห์	11.32	1.23	8.77		กลุ่มที่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง		F	Mean	S.D.	ที่เริ่มต้น	11.36	1.39	8.77	ที่ 12 สัปดาห์	11.40	1.25	11.32
	กลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง		F																														
	Mean	S.D.																															
ที่เริ่มต้น	11.40	1.25	11.32																														
ที่ 12 สัปดาห์	11.32	1.23	8.77																														
	กลุ่มที่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง		F																														
	Mean	S.D.																															
ที่เริ่มต้น	11.36	1.39	8.77																														
ที่ 12 สัปดาห์	11.40	1.25	11.32																														

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
	รัฐชญา หน่อคำ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ. (2559). ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร 43(3): 58-68.		พฤติกรรมการออกกำลังกายโดยวิธีใดๆ ที่สม่ำเสมอต่อเนื่อง 7) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 8) ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยสามารถเข้าร่วมการออกกำลังกายตามที่กำหนด คือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ได้ จาก 1 ใน 11 เทศบาล โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่ม]		ตามตาราง(n=24) Outcome: ระยะเวลาที่ใช้ในการทำ Time Up and Go Test (TUGT) และการทรงตัว (Balance)		
						<p>สมมติฐานข้อที่ 1 การทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มที่ ออกกำลังกายตามตารางที่ 12 สัปดาห์ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการไปขึ้นและเดิน ระหว่าง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางที่ 12 สัปดาห์กับกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ที่เริ่มต้นด้วย Independent t-test ที่ระดับ นัยสำคัญ .05 และเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงท่าทางจากนั่งไปยืนของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางและกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ที่ 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติการทดสอบ t-test ที่ระดับ นัยสำคัญ .05 พบว่าที่จุดเริ่มต้น ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงท่าทางจากนั่งไปยืนและเดินของทั้งสอง กลุ่มที่ 12 สัปดาห์ค่าเฉลี่ย ระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงท่าทางจากนั่งไปยืนและเดินของกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ นัยสำคัญ .05 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงท่าทางจากนั่งไปยืนและเดิน ที่เริ่มต้นและที่ 12 สัปดาห์ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Matched Pairs test ที่ระดับ นัยสำคัญ .05 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลง ท่าทางจากนั่งไปยืนและเดิน ที่เริ่มต้นและที่ 12 สัปดาห์ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ ออกกำลังกายแบบ ก้าวตามตารางโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Matched Pairs test ที่ระดับ นัยสำคัญ .05 พบว่าในผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลง ท่าทางจากนั่งไปยืนและเดิน ที่เริ่มต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลง ท่าทางจากนั่งไปยืนและ เดิน ที่ 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันกับที่เริ่มต้นไปยืนและ เดิน ที่ 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันกับที่เริ่มต้นไปยืนและ เดิน ที่ 12 สัปดาห์</p>	
	<p>โปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าว ตามตารางประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุไทยที่พัฒนาโดย ชิเกะฮิโตะ, กนกพร สุคำวัง, รัฐชญา หน่อคำ, ศุภิดา พรหมทอน และพรพรรณทิพ แสงสว่าง (2556) โยบานเสื้อ ขนาดกว้าง 100 เซนติเมตร ยาว 250 เซนติเมตร ภายในเสื้อแบ่งเป็นช่องตาราง จำนวน 40 ช่องซึ่งแต่ละช่องมีขนาดกว้าง 25 เซนติเมตร ยาว 25 เซนติเมตร ประกอบด้วยเอวกร้าวที่ด้านข้าง ด้านหลัง และด้านทแยงมุม ตามรูป แบบในระดับเริ่มต้นจนถึงระดับกลาง จำนวนทั้งหมด 20 รูปแบบ ซึ่งแต่ละครั้งของการออกกำลังกายจะฝึกการ ก้าวตามตารางไม่เกิน 8 รูปแบบ</p>						

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
18	Sahin, U. K., et al. (2018). "Effect of low-intensity versus high-intensity resistance training on the functioning of the institutionalized frail elderly." <u>International Journal of Rehabilitation Research</u> 41(3): 211-217.	RCT: Three arms	The institutionalized frail elderly. [In Turkey: A total of 110 elderly individuals from a single institution were screened for study eligibility, and 66 were recruited as participants. The inclusion criteria were as follows: diagnosis of frailty by a doctor according to the Fried criteria, age older than or equal to 65 years and a score of at least 24 points on the Mini-Mental State Examination. The exclusion criteria were as follows: immobility, cardiac or cerebrovascular event during the follow-up period, endocrine disorder, fluid-electrolyte imbalance, hospitalisation due to infection, severe heart or circulatory disturbance, fracture, endoprosthesis in the lower extremity, severe sensory disturbance, chronic steroid or immunosuppressive drug use, malignancy, delirium, acute inflammation, smoking in the preceding 12 months, major surgery within the preceding 6 months or withdrawal from the study.]	Group1: High-intensity (HI; n =16; age: 69–96 years) Group2: Low-intensity (LI; n =16; age: 77–93 years) strength training groups Group3: A control group (n =16; age: 76–93 years) with no specific exercise programme but were told to continue their usual daily routine. Outcome: physical function, muscle strenght, gait, and QOL (Participants were assessed for muscle strength, physical function, activities of daily living, depression and quality of life.)	Measure: The same physiotherapist evaluated before starting and after completing the 8-week. Assessments were spread over 2 successive effects of fatigue. Table 2 Muscle strength measurement values of individuals		

Table 2 Muscle strength measurement values of individuals

	LI
Handgrip strength (kg-force)	
Before treatment	5.66 ± 4.72
After treatment	9.22 ± 4.88
Change	3.51 ± 1.54
p ^a	< 0.001
Hip flexor strength (N)	
Before treatment	123.03 ± 26.24
After treatment	171.30 ± 36.95
Change	48.36 ± 19.16
p ^a	< 0.001
Hip abductor strength (N)	
Before treatment	99.05 ± 28.93
After treatment	132.01 ± 37.09
Change	33.10 ± 24.66
p ^a	< 0.001
Knee extensor strength (N)	
Before treatment	123.43 ± 37.02
After treatment	154.50 ± 46.17
Change	31.06 ± 20.42
p ^a	< 0.001*
Dorsi flexor strength (N)	
Before treatment	154.31 ± 27.69
After treatment	188.60 ± 31.83
Change	34.29 ± 14.03
p ^a	< 0.001*

ANOVA, analysis of variance; HI, high intensity; LI, low intensity; N, Newton.
^aOne-way ANOVA.
^bPaired sample t-test.
^cp < 0.05.
^dThe origin of statistical differences.

Table 3 Changes in physical performance tests, Barthel and Lawton

	LI
	Median (Min-max)
Short Physical Performance Test (0–12 points)	
Before treatment	3.5 (1–5)
After treatment	7 (1–9)
Change	3.31 ± 1.44
p ^a	0.001*
Barthel (0–100 points)	
Before treatment	80 (70–85)
After treatment	85 (75–95)
Change	6.87 ± 3.09
p ^a	< 0.001*
Lawton Brody Instrumental Daily Life Activities (0–17 points)	
Before treatment	10 (7–15)
After treatment	12 (11–17)
Change	2.18 ± 0.91
p ^a	< 0.001*

HI, high intensity; LI, low intensity; max, maximum; min, minimum.
^aKruskal-Wallis test.
^bWilcoxon's signed-rank test.
^cp < 0.05.
^dThe origin of statistical differences.

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																																
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																																															
						<p>Table 4 Changes in fatigue severity scale, geriatric depression</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>LI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fatigue Severity Scale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Before treatment</td> <td>56.19 ± 8.27</td> </tr> <tr> <td>After treatment</td> <td>39.00 ± 9.45</td> </tr> <tr> <td>Change</td> <td>-17.18 ± 6.81</td> </tr> <tr> <td><i>P</i></td> <td>< 0.001*</td> </tr> <tr> <td>Geriatric Depression Scale (0–15 points)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Before treatment</td> <td>3.18 ± 2.25</td> </tr> <tr> <td>After treatment</td> <td>1.75 ± 1.73</td> </tr> <tr> <td>Change</td> <td>-1.43 ± 1.75</td> </tr> <tr> <td><i>P</i></td> <td>0.005*</td> </tr> <tr> <td>WHOQL-OLD (0–120 points)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Before treatment</td> <td>98.75 ± 8.51</td> </tr> <tr> <td>After treatment</td> <td>106.50 ± 6.71</td> </tr> <tr> <td>Change</td> <td>7 ± 5.01</td> </tr> <tr> <td><i>P</i></td> <td>< 0.001*</td> </tr> </tbody> </table> <p>HI, high intensity; LI, low intensity; WHOQL-OLD, WHO Quality of Life-Older *Welch statistics (Tamhane). *Paired sample <i>t</i>-test. *<i>P</i> < 0.05. **The origin of statistical differences</p>			LI	Fatigue Severity Scale		Before treatment	56.19 ± 8.27	After treatment	39.00 ± 9.45	Change	-17.18 ± 6.81	<i>P</i>	< 0.001*	Geriatric Depression Scale (0–15 points)		Before treatment	3.18 ± 2.25	After treatment	1.75 ± 1.73	Change	-1.43 ± 1.75	<i>P</i>	0.005*	WHOQL-OLD (0–120 points)		Before treatment	98.75 ± 8.51	After treatment	106.50 ± 6.71	Change	7 ± 5.01	<i>P</i>	< 0.001*																															
	LI																																																																					
Fatigue Severity Scale																																																																						
Before treatment	56.19 ± 8.27																																																																					
After treatment	39.00 ± 9.45																																																																					
Change	-17.18 ± 6.81																																																																					
<i>P</i>	< 0.001*																																																																					
Geriatric Depression Scale (0–15 points)																																																																						
Before treatment	3.18 ± 2.25																																																																					
After treatment	1.75 ± 1.73																																																																					
Change	-1.43 ± 1.75																																																																					
<i>P</i>	0.005*																																																																					
WHOQL-OLD (0–120 points)																																																																						
Before treatment	98.75 ± 8.51																																																																					
After treatment	106.50 ± 6.71																																																																					
Change	7 ± 5.01																																																																					
<i>P</i>	< 0.001*																																																																					
				<p>Intervention: Interventions The same physiotherapist who conducted the assessments supervised the training. The training protocol consisted of resistance training for lower limb muscles 3 days a week for 8 weeks. The LI and HI groups received the same amount of training: one set of 6–10 repetitions with 6–8 s for each repetition. Free weights were used as they were economical and easy for the elderly to use. The adjustable ankle cuff system was used for lower limb strengthening and dumbbells for upper limb strengthening exercises. Participants in the LI group trained at 40% and in the HI group at 70% of the onerepetition maximum (one RM) with the same adjustable ankle cuff system and dumbbells that was used for strength testing. Each training session lasted for 40 min, including 10 min of warm-up exercises, 20 min of strengthening and balance exercises, and 10 min of cool-down exercises. Lower limb strengthening exercises consisted of hip flexion, extension and abduction, knee flexion, extension and dorsiflexion and toe raises. Upper limb strengthening exercises included shoulder flexion and abduction and elbow flexion and extension. The control group underwent no exercise regimen and was asked to continue their usual daily routine (Hortobágyi et al., 2001; Hunter et al., 2001; Seynnes et al., 2004; Van De Rest et al., 2014).</p> <p>Statistical analysis: Statistical analyses were performed using the SPSS software package (version 22; SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). Statistical significance was accepted at <i>P</i> less than 0.05. Descriptive statistics were expressed as the mean ± SD or as median and minimum and maximum values. To compare differences between groups at baseline and after 8 weeks, the Kruskal–Wallis test and analysis of variance ($\alpha \leq 0.05$) were used. The changes within groups from baseline to 8 weeks were compared using the Wilcoxon signed-rank test or a paired <i>t</i>-test, as appropriate ($\alpha \leq 0.05$) (Hayran, 2011).</p> <p>Results: The study showed that LI exercise was as effective as HI exercise for most parameters tested. Exercise training is useful for the prevention or treatment of frailty, as it improves functioning by contributing positively to muscle strength, gait, balance and quality of life. The HI group had significantly better results (<i>P</i> < 0.05) on the Timed Up and Go Test than the LI group; however, the LI group did show a significant improvement in those scores, whereas the scores of the control group worsened. In all other evaluations were similarly favourable in both exercise groups (<i>P</i> > 0.05). The study showed that LI exercise was as effective as HI exercise for most parameters tested. Exercise training is useful for the prevention or treatment of frailty, as it improves functioning by contributing positively to muscle strength, gait, balance and quality of life.</p>																																																																		
19	Santanasto, A. J., et al. (2017). "Effect of Physical Activity versus Health Education on Physical Function, Grip Strength and Mobility." Journal of the American Geriatrics Society 65(7): 1427-1433.	RCT aiming to investigate effects of exercise intervention on physical function, grip strength and mobility. [The LIFE Study was a multicenter, single-blind randomized trial of 1,635 sedentary older adults, aged 70–89, at high risk for mobility disability conducted	1,635 older adults aged 78.9 ± 5.2 years recruited by 8 lifestyle center located throughout the US, 67.2% women at risk for mobility disability (with a score of the Short Physical Performance Battery [SPPB] <10)	<p>Measurement: Participants were assessed by staff and were blinded to intervention assignments at time of clinic visits every 6 months: at baseline, 6, 12, 24, and 36 months. Home, telephone, and proxy assessments were offered if a participant was unable to attend.</p> <p>A 36-month (2.6 y) lifestyle intervention having 2 groups:</p>	<p>Outcomes: Physical Function, Grip Strength and Mobility</p> <p>Table 2. Adjusted Mean Gait speed, Balance Score and Mobility in All and Lower Functioning Participants</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">All Participants</th> </tr> <tr> <th>Physical Activity *Mean ± SE</th> <th>Health Education Mean ± SE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Balance score, 0–4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 months</td> <td>3.03 ± 0.03 (N = 770)</td> <td>2.91 ± 0.03 (N = 787)</td> </tr> <tr> <td>12 months</td> <td>2.94 ± 0.04 (N = 747)</td> <td>2.85 ± 0.04 (N = 766)</td> </tr> <tr> <td>24 months</td> <td>2.79 ± 0.04 (N = 700)</td> <td>2.78 ± 0.04 (N = 711)</td> </tr> <tr> <td>36 months</td> <td>2.77 ± 0.06 (N = 279)</td> <td>2.72 ± 0.06 (N = 283)</td> </tr> <tr> <td>Overall Effect</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Usual gait speed score, 0–4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 months</td> <td>3.25 ± 0.02 (N = 770)</td> <td>3.25 ± 0.02 (N = 787)</td> </tr> <tr> <td>12 months</td> <td>3.21 ± 0.02 (N = 747)</td> <td>3.23 ± 0.02 (N = 766)</td> </tr> <tr> <td>24 months</td> <td>3.12 ± 0.03 (N = 700)</td> <td>3.10 ± 0.03 (N = 711)</td> </tr> <tr> <td>36 months</td> <td>2.98 ± 0.04 (N = 279)</td> <td>3.04 ± 0.04 (N = 283)</td> </tr> <tr> <td>Overall Effect</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>400 m walking-speed, m/s</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 months</td> <td>0.84 ± 0.00 (N = 764)</td> <td>0.81 ± 0.00 (N = 775)</td> </tr> <tr> <td>12 months</td> <td>0.82 ± 0.00 (N = 734)</td> <td>0.80 ± 0.00 (N = 756)</td> </tr> <tr> <td>18 months</td> <td>0.81 ± 0.00 (N = 707)</td> <td>0.78 ± 0.00 (N = 723)</td> </tr> <tr> <td>24 months</td> <td>0.78 ± 0.01 (N = 690)</td> <td>0.76 ± 0.01 (N = 707)</td> </tr> <tr> <td>Overall effect</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hand grip strength, kg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 months</td> <td>23.6 ± 0.2 (N = 688)</td> <td>23.8 ± 0.2 (N = 684)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*All means are least squared means and adjusted for baseline value, chi</p>		All Participants		Physical Activity *Mean ± SE	Health Education Mean ± SE	Balance score, 0–4			6 months	3.03 ± 0.03 (N = 770)	2.91 ± 0.03 (N = 787)	12 months	2.94 ± 0.04 (N = 747)	2.85 ± 0.04 (N = 766)	24 months	2.79 ± 0.04 (N = 700)	2.78 ± 0.04 (N = 711)	36 months	2.77 ± 0.06 (N = 279)	2.72 ± 0.06 (N = 283)	Overall Effect			Usual gait speed score, 0–4			6 months	3.25 ± 0.02 (N = 770)	3.25 ± 0.02 (N = 787)	12 months	3.21 ± 0.02 (N = 747)	3.23 ± 0.02 (N = 766)	24 months	3.12 ± 0.03 (N = 700)	3.10 ± 0.03 (N = 711)	36 months	2.98 ± 0.04 (N = 279)	3.04 ± 0.04 (N = 283)	Overall Effect			400 m walking-speed, m/s			6 months	0.84 ± 0.00 (N = 764)	0.81 ± 0.00 (N = 775)	12 months	0.82 ± 0.00 (N = 734)	0.80 ± 0.00 (N = 756)	18 months	0.81 ± 0.00 (N = 707)	0.78 ± 0.00 (N = 723)	24 months	0.78 ± 0.01 (N = 690)	0.76 ± 0.01 (N = 707)	Overall effect			Hand grip strength, kg			12 months	23.6 ± 0.2 (N = 688)	23.8 ± 0.2 (N = 684)
	All Participants																																																																					
	Physical Activity *Mean ± SE	Health Education Mean ± SE																																																																				
Balance score, 0–4																																																																						
6 months	3.03 ± 0.03 (N = 770)	2.91 ± 0.03 (N = 787)																																																																				
12 months	2.94 ± 0.04 (N = 747)	2.85 ± 0.04 (N = 766)																																																																				
24 months	2.79 ± 0.04 (N = 700)	2.78 ± 0.04 (N = 711)																																																																				
36 months	2.77 ± 0.06 (N = 279)	2.72 ± 0.06 (N = 283)																																																																				
Overall Effect																																																																						
Usual gait speed score, 0–4																																																																						
6 months	3.25 ± 0.02 (N = 770)	3.25 ± 0.02 (N = 787)																																																																				
12 months	3.21 ± 0.02 (N = 747)	3.23 ± 0.02 (N = 766)																																																																				
24 months	3.12 ± 0.03 (N = 700)	3.10 ± 0.03 (N = 711)																																																																				
36 months	2.98 ± 0.04 (N = 279)	3.04 ± 0.04 (N = 283)																																																																				
Overall Effect																																																																						
400 m walking-speed, m/s																																																																						
6 months	0.84 ± 0.00 (N = 764)	0.81 ± 0.00 (N = 775)																																																																				
12 months	0.82 ± 0.00 (N = 734)	0.80 ± 0.00 (N = 756)																																																																				
18 months	0.81 ± 0.00 (N = 707)	0.78 ± 0.00 (N = 723)																																																																				
24 months	0.78 ± 0.01 (N = 690)	0.76 ± 0.01 (N = 707)																																																																				
Overall effect																																																																						
Hand grip strength, kg																																																																						
12 months	23.6 ± 0.2 (N = 688)	23.8 ± 0.2 (N = 684)																																																																				

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																			
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																		
		between February 2010 and the predetermined end date of December 2013.24 LIFE was designed to assess the effect of PA compared with HE in preventing major mobility disability after an average of 2.6 years.]		<p>PA group: received moderate PA (PA sessions were group based and consisted primarily of overground walking, with a goal of 150 min/wk, supplemented with strength and balance training designed to be done at the center (2x/wk) and at home. Participants were instructed to walk at a “somewhat hard” intensity and perform strength training at a “hard” intensity. Resistance training used ankle weights that were adjustable up to 20 lbs. in 0.5 lb. increments. The balance regimen consisted of five levels that progressed in difficulty. Following each session, participants completed several flexibility/stretching exercises. (n subgroup)</p> <p>Control: the HE group received weekly workshops for the first 26 weeks. From week 27 on, sessions were offered 2 x/month, with required participation at least 1x/month. The topic of PA was purposefully avoided. The workshops concluded with 5–10 minutes of light, upper</p>	<p>Table 3. The Effect of Physical Activity on Health Education on the Prevention of Mobility Disability Adjusted for Change in Physical Performance</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">*Cox Proportional Hazard Model For The Development Of Mobility Disability</th> </tr> <tr> <th>Physical Activity Versus Health Education</th> <th>Adjusted For Change In Total SPPB Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HR (95% CI)</td> <td>0.82 (0.69–0.98) 0.87 (0.73–1.04)</td> </tr> </tbody> </table> <p>SPPB: Short Physical Performance Battery; CI: confidence interval *Physical performance measures treated as time-dependent covariates in separate models.</p> <p>A</p> <table border="1"> <caption>Data for Panel A: All participants</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Health Education</th> <th>Physical Activity</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>7.43</td> <td>7.30</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>8.16</td> <td>8.46</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>8.05</td> <td>8.31</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>7.74</td> <td>7.89</td> </tr> </tbody> </table> <p>B</p> <table border="1"> <caption>Data for Panel B: Lower Functioning Participants</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Health Education</th> <th>Physical Activity</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>5.92</td> <td>5.86</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7.46</td> <td>7.02</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>7.29</td> <td>6.81</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>6.72</td> <td>6.43</td> </tr> </tbody> </table> <p>Figure 1. Adjusted Least Square Mean for Total SPPB Score at Baseline, 6, 12, 24, and 36 months by Intervention in All (Panel A) and Lower Functioning Participants (Panel B). The Physical Activity group had better extremity performance (SPPB score), compared with the Health Education group, over the course of the trial (Panel A). These effects were more pronounced in lower functioning participants (SPPB <8, panel B). Error bars are standard errors.</p>	*Cox Proportional Hazard Model For The Development Of Mobility Disability		Physical Activity Versus Health Education	Adjusted For Change In Total SPPB Score	HR (95% CI)	0.82 (0.69–0.98) 0.87 (0.73–1.04)	Month	Health Education	Physical Activity	0	7.43	7.30	6	8.16	8.46	12	8.05	8.31	24	7.74	7.89	Month	Health Education	Physical Activity	0	5.92	5.86	6	7.46	7.02	12	7.29	6.81	24	6.72	6.43
*Cox Proportional Hazard Model For The Development Of Mobility Disability																																									
Physical Activity Versus Health Education	Adjusted For Change In Total SPPB Score																																								
HR (95% CI)	0.82 (0.69–0.98) 0.87 (0.73–1.04)																																								
Month	Health Education	Physical Activity																																							
0	7.43	7.30																																							
6	8.16	8.46																																							
12	8.05	8.31																																							
24	7.74	7.89																																							
Month	Health Education	Physical Activity																																							
0	5.92	5.86																																							
6	7.46	7.02																																							
12	7.29	6.81																																							
24	6.72	6.43																																							

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results	
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)
					extremity stretching.)		
<p>Conclusion Lower extremity performance (SPPB) was significantly higher in the PA compared with HE group. Changes in chair-stand score explained a considerable effect of PA on the reduction of major mobility disability-consistent with the idea that preserving muscle strength/power may be important for the prevention of disability.</p>							
20	Sitjā-Rabert, M., et al. (2015). "Effects of a Whole Body Vibration Exercise Intervention for Institutionalized Older People: A Randomized, Multicentre, Parallel, Clinical Trial." <i>Journal of the American Medical Association</i> 16(2): 125-131.	RCT A 6-wk institution-based intervention for elders in nursing home (n = 159 participants from 10 centers, mean age = 82 y, women = 67.3%). All participants were residents at 1 of 10 nursing homes in Spain	Participants were recruited from 10 nursing homes in the metropolitan area of Barcelona, Spain, between November 2010 and November 2011. [The inclusion criteria were volunteers of either sex aged older than 65 years, resident in a nursing home, and able to adopt a squat position on a vibrating platform.44 Exclusion criteria were acute illness (not resolved within 10 days), epilepsy, severe heart disease, and use of a pacemaker. We also excluded people who had a high risk of thromboembolism, a hip or knee replacement, or musculoskeletal disorders, and also those who had cognitive or physical disorders that could interfere with training methods.]	Measure: At baseline, after intervention at wk 6, and at follow-up (month 6) Intervention: Group1: A whole body vibratory platform (WBV) plus exercise group, n=81 [The only difference was that the WBV plus exercise group performed these exercises individually on a vibratory platform (Pro5 Airdaptive Model; PowerPlate, Amsterdam, The Netherlands). The frequency of the vibration was 30 to 35 Hz and the amplitude was 2 to 4 mm.] Group2: An exercise program on a stationary surface (exercise group, n=78) Both groups received training of static and dynamic exercises (balance and strength training over a 6-week training period of 3 sessions per week), the frequency applied on the vibratory platform was 30 to 35 Hz and amplitude was 2 to 4 mm.	Outcome: 1° outcome: Balance, gait and functional performance at 6 weeks 2° outcome: Balance, gait, and functional performance at 6 months; Muscle performance at 6 weeks and 6 months; maximum speed (Vmax) at 6 weeks; Number of chair-stands at 6 weeks and 6 months		

Table 1
Body Balance and Muscle Performance (ITT Analysis)

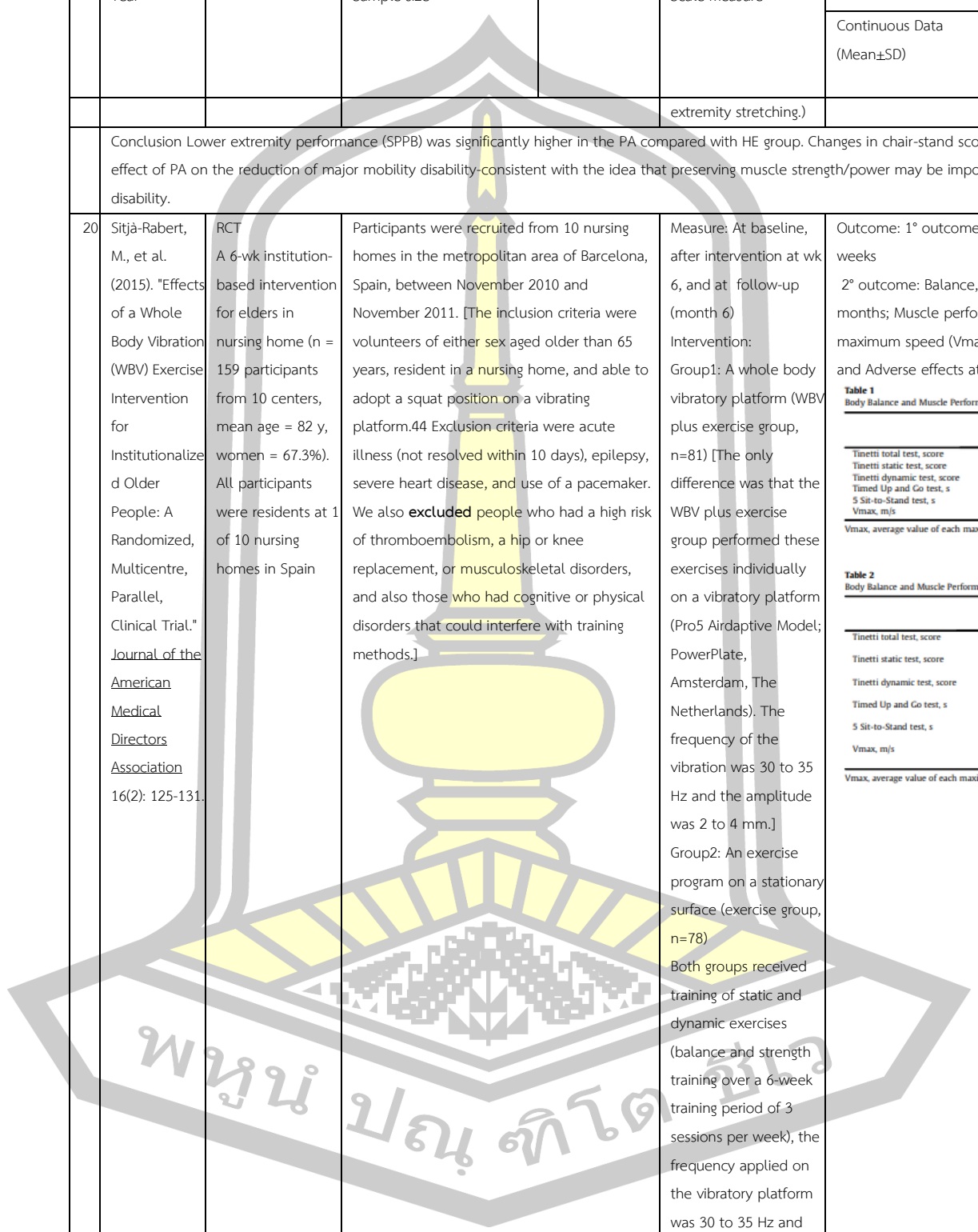
	Basal Mean (SD)	
	WBV Plus Exercise	Exercise
Tinetti total test, score	22.52 (4.38)	22.71 (4.38)
Tinetti static test, score	12.41 (2.41)	12.36 (2.41)
Tinetti dynamic test, score	10.11 (2.38)	10.35 (2.38)
Timed Up and Go test, s	20.04 (11.24)	21.09 (11.24)
5 Sit-to-Stand test, s	30.38 (27.22)	31.60 (27.22)
Vmax, m/s	0.60 (0.24)	0.59 (0.24)

Vmax, average value of each maximum speed during 5 chair uprisings.

Table 2
Body Balance and Muscle Performance (PP Analysis)

	Basal Mean (SD)	
	WBV Plus Exercise	Exercise
Tinetti total test, score	n = 59 22.25 (4.50)	n = 63 22.67 (4.50)
Tinetti static test, score	n = 59 12.36 (2.36)	n = 63 12.43 (2.36)
Tinetti dynamic test, score	n = 59 9.90 (2.58)	n = 63 10.24 (2.58)
Timed Up and Go test, s	n = 59 19.98 (11.22)	n = 63 20.73 (11.22)
5 Sit-to-Stand test, s	n = 59 17.26 (7.20)	n = 58 17.22 (7.20)
Vmax, m/s	n = 60 0.61 (0.17)	n = 58 0.62 (0.17)

Vmax, average value of each maximum speed during 5 chair uprisings.



No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																																																																																																																																																			
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																																																																																																																																																																		
<p>Result: : A total of 159 participants from 10 centers were included: 81 in the WBV plus exercise group and 78 in the control group. Mean age was 82 years, and 45 were women. The Tinetti test score showed a significant overall improvement in both groups (P < .001). No significant differences were found between groups at week 6 or month 6 (P = .718). The Timed Up and Go test did not improve (P = .599) in either group over time, and no significant differences were found between groups at week 6 (P = .959). Muscle performance results from the 5 Sit-To-Stand tests improved significantly across time (P = .001), but no statistically significant differences were found between groups at week 6 (P = .709) or month 6 (P = .841). A total of 57 falls (35.8%) were recorded during the follow-up period, with no differences between groups. Our results indicate that WBV together with an exercise program is a safe intervention, but that its benefits in body balance, gait, functional mobility, and mobility are similar to those of exercise alone in institutionalized elderly individuals.</p>																																																																																																																																																																																									
21	Sun, W., et al. (2018). "Detraining effects of regular Tai Chi exercise on postural control ability in older women: A randomized controlled trial." <i>Journal of Exercise Science & Fitness</i> 16(2): 55-61.	RCT: Effects of Tai Chi vs. brisk walk on community dwelling elders in China [48 older women aged 60e70 years were recruited through newspapers, leaflets, and community advocacy from Jinan city, China. The exclusion criteria were as follows: having any regular exercise experience and any records of cardiovascular, neurological, falling history, & musculoskeletal diseases. All participants were randomly divided into the TC (n = 16), BW (n = 16), and control (C) groups (n = 16) by using computer-generated program.]	a 16-week intervention training and 8-week detraining program. Group1: Tai Chi (TC, n = 16), Group2: Brisk walking (BW, n=16), Group3: Control(C, n=16) groups (The participants completed a 16-week intervention training and 8-week detraining program.); Measurement: Postural control ability in SLS was tested at the baseline, 16 t h, 20 t h, and 24 t h weeks;	Measure: a 16-week intervention training and 8-week detraining program. Postural control ability in SLS was tested at the baseline, 16 t h, 20 t h, and 24 t h weeks. The primary outcomes included single-leg stance time (Time) and secondary outcomes included maximal displacement of the center of pressure (COP) in the anterior-posterior (AP) direction (D-ap), maximal displacement of the COP in the medial-lateral (ML) direction (D-ml), total length of the COP trajectories (Lng), and 95% confidence ellipse area of the COP movements (area),	<p>Table 2 Comparisons of study variables with eyes open in single leg stance among three groups.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TC group (N = 12)</th> <th>BW group (N = 13)</th> <th>C group (N = 11)</th> <th>time P value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Time (second)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>32.73 ± 16.69</td> <td>40.80 ± 15.13</td> <td>38.37 ± 13.73</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>55.61 ± 10.29[†]</td> <td>55.03 ± 12.80[†]</td> <td>39.94 ± 8.05</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>54.90 ± 10.95[†]</td> <td>56.89 ± 8.78[†]</td> <td>41.18 ± 11.07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>54.20 ± 19.98[†]</td> <td>56.90 ± 28.55[†]</td> <td>39.18 ± 6.56</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lng (mm)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>422.57 ± 105.56</td> <td>363.43 ± 104.7</td> <td>427.93 ± 152.3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>217.89 ± 45.82[†]</td> <td>245.42 ± 80.48[†]</td> <td>375.9 ± 69.78</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>256.27 ± 84.94[†]</td> <td>260.73 ± 83.73[†]</td> <td>357.29 ± 78.42</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>319.94 ± 82.98[†]</td> <td>276.83 ± 90.25[†]</td> <td>367.22 ± 84.32</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Area (cm²)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>1.45 ± 0.53</td> <td>1.32 ± 0.61</td> <td>1.38 ± 0.71</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>0.40 ± 0.11[†]</td> <td>0.34 ± 0.25[†]</td> <td>1.29 ± 0.20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>0.44 ± 0.18[†]</td> <td>0.35 ± 0.24[†]</td> <td>1.32 ± 0.14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>0.38 ± 0.13[†]</td> <td>0.63 ± 0.38[†]</td> <td>1.23 ± 0.40</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D-ap (mm)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>30.07 ± 4.82</td> <td>28.47 ± 7.96</td> <td>25.95 ± 6.71</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>16.52 ± 3.62[†]</td> <td>15.60 ± 5.64[†]</td> <td>25.61 ± 6.51</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>16.46 ± 3.44[†]</td> <td>15.44 ± 4.45[†]</td> <td>27.50 ± 6.08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>16.80 ± 3.49[†]</td> <td>21.47 ± 6.58[†]</td> <td>25.46 ± 7.22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D-ml (mm)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>33.62 ± 11.49</td> <td>31.97 ± 9.88</td> <td>33.59 ± 7.32</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>18.61 ± 6.49[†]</td> <td>16.46 ± 6.08[†]</td> <td>29.26 ± 3.96</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>19.48 ± 8.22[†]</td> <td>16.71 ± 5.00[†]</td> <td>28.84 ± 8.30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>22.85 ± 7.80[†]</td> <td>24.30 ± 9.37[†]</td> <td>28.19 ± 5.17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>V-ap (mm/s)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>7.61 ± 2.61</td> <td>7.26 ± 2.24</td> <td>7.63 ± 1.66</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>4.22 ± 1.47[†]</td> <td>3.74 ± 1.38[†]</td> <td>6.64 ± 0.90</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>4.43 ± 1.86[†]</td> <td>3.79 ± 1.13[†]</td> <td>6.55 ± 1.88</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>5.19 ± 1.77[†]</td> <td>4.52 ± 2.58[†]</td> <td>6.40 ± 1.17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>V-ml (mm/s)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>6.49 ± 1.18</td> <td>6.21 ± 1.73</td> <td>5.66 ± 1.46</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>3.56 ± 0.83[†]</td> <td>3.41 ± 1.22[†]</td> <td>5.58 ± 1.41</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>3.54 ± 0.79[†]</td> <td>3.36 ± 0.97[†]</td> <td>6.02 ± 1.32</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>3.62 ± 0.81[†]</td> <td>4.68 ± 1.43[†]</td> <td>5.55 ± 1.57</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Abbreviations: Time, the single-leg stance time; Lng, the total length of the COP trajectories; Area, the 95% confidence ellipse area of the COP movements; D-ap, the maximal displacement of the COP in the anterior-posterior direction; D-ml, the maximal displacement of the COP in the medial-lateral direction; V-ap, the mean ML total excursion velocities; V-ml, the mean ML total excursion velocities.</p>		TC group (N = 12)	BW group (N = 13)	C group (N = 11)	time P value	Time (second)				<.001	Week ₀	32.73 ± 16.69	40.80 ± 15.13	38.37 ± 13.73		Week ₁₆	55.61 ± 10.29 [†]	55.03 ± 12.80 [†]	39.94 ± 8.05		Week ₂₀	54.90 ± 10.95 [†]	56.89 ± 8.78 [†]	41.18 ± 11.07		Week ₂₄	54.20 ± 19.98 [†]	56.90 ± 28.55 [†]	39.18 ± 6.56		Lng (mm)				<.001	Week ₀	422.57 ± 105.56	363.43 ± 104.7	427.93 ± 152.3		Week ₁₆	217.89 ± 45.82 [†]	245.42 ± 80.48 [†]	375.9 ± 69.78		Week ₂₀	256.27 ± 84.94 [†]	260.73 ± 83.73 [†]	357.29 ± 78.42		Week ₂₄	319.94 ± 82.98 [†]	276.83 ± 90.25 [†]	367.22 ± 84.32		Area (cm²)				<.001	Week ₀	1.45 ± 0.53	1.32 ± 0.61	1.38 ± 0.71		Week ₁₆	0.40 ± 0.11 [†]	0.34 ± 0.25 [†]	1.29 ± 0.20		Week ₂₀	0.44 ± 0.18 [†]	0.35 ± 0.24 [†]	1.32 ± 0.14		Week ₂₄	0.38 ± 0.13 [†]	0.63 ± 0.38 [†]	1.23 ± 0.40		D-ap (mm)				<.001	Week ₀	30.07 ± 4.82	28.47 ± 7.96	25.95 ± 6.71		Week ₁₆	16.52 ± 3.62 [†]	15.60 ± 5.64 [†]	25.61 ± 6.51		Week ₂₀	16.46 ± 3.44 [†]	15.44 ± 4.45 [†]	27.50 ± 6.08		Week ₂₄	16.80 ± 3.49 [†]	21.47 ± 6.58 [†]	25.46 ± 7.22		D-ml (mm)				<.001	Week ₀	33.62 ± 11.49	31.97 ± 9.88	33.59 ± 7.32		Week ₁₆	18.61 ± 6.49 [†]	16.46 ± 6.08 [†]	29.26 ± 3.96		Week ₂₀	19.48 ± 8.22 [†]	16.71 ± 5.00 [†]	28.84 ± 8.30		Week ₂₄	22.85 ± 7.80 [†]	24.30 ± 9.37 [†]	28.19 ± 5.17		V-ap (mm/s)				<.001	Week ₀	7.61 ± 2.61	7.26 ± 2.24	7.63 ± 1.66		Week ₁₆	4.22 ± 1.47 [†]	3.74 ± 1.38 [†]	6.64 ± 0.90		Week ₂₀	4.43 ± 1.86 [†]	3.79 ± 1.13 [†]	6.55 ± 1.88		Week ₂₄	5.19 ± 1.77 [†]	4.52 ± 2.58 [†]	6.40 ± 1.17		V-ml (mm/s)				<.001	Week ₀	6.49 ± 1.18	6.21 ± 1.73	5.66 ± 1.46		Week ₁₆	3.56 ± 0.83 [†]	3.41 ± 1.22 [†]	5.58 ± 1.41		Week ₂₀	3.54 ± 0.79 [†]	3.36 ± 0.97 [†]	6.02 ± 1.32		Week ₂₄	3.62 ± 0.81 [†]	4.68 ± 1.43 [†]	5.55 ± 1.57	
	TC group (N = 12)	BW group (N = 13)	C group (N = 11)	time P value																																																																																																																																																																																					
Time (second)				<.001																																																																																																																																																																																					
Week ₀	32.73 ± 16.69	40.80 ± 15.13	38.37 ± 13.73																																																																																																																																																																																						
Week ₁₆	55.61 ± 10.29 [†]	55.03 ± 12.80 [†]	39.94 ± 8.05																																																																																																																																																																																						
Week ₂₀	54.90 ± 10.95 [†]	56.89 ± 8.78 [†]	41.18 ± 11.07																																																																																																																																																																																						
Week ₂₄	54.20 ± 19.98 [†]	56.90 ± 28.55 [†]	39.18 ± 6.56																																																																																																																																																																																						
Lng (mm)				<.001																																																																																																																																																																																					
Week ₀	422.57 ± 105.56	363.43 ± 104.7	427.93 ± 152.3																																																																																																																																																																																						
Week ₁₆	217.89 ± 45.82 [†]	245.42 ± 80.48 [†]	375.9 ± 69.78																																																																																																																																																																																						
Week ₂₀	256.27 ± 84.94 [†]	260.73 ± 83.73 [†]	357.29 ± 78.42																																																																																																																																																																																						
Week ₂₄	319.94 ± 82.98 [†]	276.83 ± 90.25 [†]	367.22 ± 84.32																																																																																																																																																																																						
Area (cm²)				<.001																																																																																																																																																																																					
Week ₀	1.45 ± 0.53	1.32 ± 0.61	1.38 ± 0.71																																																																																																																																																																																						
Week ₁₆	0.40 ± 0.11 [†]	0.34 ± 0.25 [†]	1.29 ± 0.20																																																																																																																																																																																						
Week ₂₀	0.44 ± 0.18 [†]	0.35 ± 0.24 [†]	1.32 ± 0.14																																																																																																																																																																																						
Week ₂₄	0.38 ± 0.13 [†]	0.63 ± 0.38 [†]	1.23 ± 0.40																																																																																																																																																																																						
D-ap (mm)				<.001																																																																																																																																																																																					
Week ₀	30.07 ± 4.82	28.47 ± 7.96	25.95 ± 6.71																																																																																																																																																																																						
Week ₁₆	16.52 ± 3.62 [†]	15.60 ± 5.64 [†]	25.61 ± 6.51																																																																																																																																																																																						
Week ₂₀	16.46 ± 3.44 [†]	15.44 ± 4.45 [†]	27.50 ± 6.08																																																																																																																																																																																						
Week ₂₄	16.80 ± 3.49 [†]	21.47 ± 6.58 [†]	25.46 ± 7.22																																																																																																																																																																																						
D-ml (mm)				<.001																																																																																																																																																																																					
Week ₀	33.62 ± 11.49	31.97 ± 9.88	33.59 ± 7.32																																																																																																																																																																																						
Week ₁₆	18.61 ± 6.49 [†]	16.46 ± 6.08 [†]	29.26 ± 3.96																																																																																																																																																																																						
Week ₂₀	19.48 ± 8.22 [†]	16.71 ± 5.00 [†]	28.84 ± 8.30																																																																																																																																																																																						
Week ₂₄	22.85 ± 7.80 [†]	24.30 ± 9.37 [†]	28.19 ± 5.17																																																																																																																																																																																						
V-ap (mm/s)				<.001																																																																																																																																																																																					
Week ₀	7.61 ± 2.61	7.26 ± 2.24	7.63 ± 1.66																																																																																																																																																																																						
Week ₁₆	4.22 ± 1.47 [†]	3.74 ± 1.38 [†]	6.64 ± 0.90																																																																																																																																																																																						
Week ₂₀	4.43 ± 1.86 [†]	3.79 ± 1.13 [†]	6.55 ± 1.88																																																																																																																																																																																						
Week ₂₄	5.19 ± 1.77 [†]	4.52 ± 2.58 [†]	6.40 ± 1.17																																																																																																																																																																																						
V-ml (mm/s)				<.001																																																																																																																																																																																					
Week ₀	6.49 ± 1.18	6.21 ± 1.73	5.66 ± 1.46																																																																																																																																																																																						
Week ₁₆	3.56 ± 0.83 [†]	3.41 ± 1.22 [†]	5.58 ± 1.41																																																																																																																																																																																						
Week ₂₀	3.54 ± 0.79 [†]	3.36 ± 0.97 [†]	6.02 ± 1.32																																																																																																																																																																																						
Week ₂₄	3.62 ± 0.81 [†]	4.68 ± 1.43 [†]	5.55 ± 1.57																																																																																																																																																																																						

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																																																																																																													
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																																																																																																												
					mean AP total excursion velocities (V-ap), and mean ML total excursion velocities (V-ml)	<p>Table 2 Comparisons of study variables with eyes open in single leg stance at 16 weeks</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TC group (N = 12)</th> <th>BW group (N = 13)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Time (second)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>32.73 ± 16.69</td> <td>40.80 ± 15.13</td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>55.61 ± 10.20^c</td> <td>55.03 ± 12.80^c</td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>54.90 ± 10.95^c</td> <td>56.89 ± 8.78^c</td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>54.20 ± 19.98^c</td> <td>56.90 ± 28.55^c</td> </tr> <tr> <td>Lng (mm)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>422.57 ± 105.56</td> <td>363.43 ± 104.7</td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>217.89 ± 45.82^{a,c}</td> <td>245.42 ± 80.48^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>256.27 ± 84.94^{a,c}</td> <td>260.73 ± 83.73^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>319.34 ± 82.98^{a,c}</td> <td>276.83 ± 90.25^a</td> </tr> <tr> <td>Area (cm²)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>1.45 ± 0.53</td> <td>1.32 ± 0.61</td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>0.40 ± 0.11^{a,c}</td> <td>0.34 ± 0.25^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>0.44 ± 0.18^{a,c}</td> <td>0.35 ± 0.24^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>0.38 ± 0.13^{a,c}</td> <td>0.63 ± 0.38^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>D-ap (mm)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>30.07 ± 4.82</td> <td>28.47 ± 7.96</td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>16.52 ± 3.62^{a,c}</td> <td>15.60 ± 5.64^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>16.46 ± 3.44^{a,c}</td> <td>15.44 ± 4.45^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>16.80 ± 3.49^{a,c}</td> <td>21.47 ± 6.58^b</td> </tr> <tr> <td>D-ml (mm)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>33.62 ± 11.49</td> <td>31.97 ± 9.88</td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>18.61 ± 6.49^{a,c}</td> <td>16.46 ± 6.08^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>19.48 ± 8.22^{a,c}</td> <td>16.71 ± 5.00^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>22.85 ± 7.80^{a,c}</td> <td>24.30 ± 9.37^b</td> </tr> <tr> <td>V-ap (mm/s)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>7.61 ± 2.61</td> <td>7.26 ± 2.24</td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>4.22 ± 1.47^{a,c}</td> <td>3.74 ± 1.38^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>4.43 ± 1.86^{a,c}</td> <td>3.79 ± 1.13^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>5.19 ± 1.77^{a,c}</td> <td>4.52 ± 2.58^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>V-ml (mm/s)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week₀</td> <td>6.49 ± 1.18</td> <td>6.21 ± 1.73</td> </tr> <tr> <td>Week₁₆</td> <td>3.56 ± 0.83^{a,c}</td> <td>3.41 ± 1.22^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₀</td> <td>3.54 ± 0.79^{a,c}</td> <td>3.36 ± 0.97^{a,c}</td> </tr> <tr> <td>Week₂₄</td> <td>3.62 ± 0.81^{a,c}</td> <td>4.68 ± 1.43^b</td> </tr> </tbody> </table> <p>Abbreviations: Time, the single-leg stance time; Lng, the total length of the COP; D-ap, the displacement of the COP in the anterior-posterior direction; D-ml, the displacement of the COP in the medial-lateral direction; V-ap, the mean AP total excursion velocities; V-ml, the mean ML total excursion velocities.</p>			TC group (N = 12)	BW group (N = 13)	Time (second)			Week ₀	32.73 ± 16.69	40.80 ± 15.13	Week ₁₆	55.61 ± 10.20 ^c	55.03 ± 12.80 ^c	Week ₂₀	54.90 ± 10.95 ^c	56.89 ± 8.78 ^c	Week ₂₄	54.20 ± 19.98 ^c	56.90 ± 28.55 ^c	Lng (mm)			Week ₀	422.57 ± 105.56	363.43 ± 104.7	Week ₁₆	217.89 ± 45.82 ^{a,c}	245.42 ± 80.48 ^{a,c}	Week ₂₀	256.27 ± 84.94 ^{a,c}	260.73 ± 83.73 ^{a,c}	Week ₂₄	319.34 ± 82.98 ^{a,c}	276.83 ± 90.25 ^a	Area (cm²)			Week ₀	1.45 ± 0.53	1.32 ± 0.61	Week ₁₆	0.40 ± 0.11 ^{a,c}	0.34 ± 0.25 ^{a,c}	Week ₂₀	0.44 ± 0.18 ^{a,c}	0.35 ± 0.24 ^{a,c}	Week ₂₄	0.38 ± 0.13 ^{a,c}	0.63 ± 0.38 ^{a,c}	D-ap (mm)			Week ₀	30.07 ± 4.82	28.47 ± 7.96	Week ₁₆	16.52 ± 3.62 ^{a,c}	15.60 ± 5.64 ^{a,c}	Week ₂₀	16.46 ± 3.44 ^{a,c}	15.44 ± 4.45 ^{a,c}	Week ₂₄	16.80 ± 3.49 ^{a,c}	21.47 ± 6.58 ^b	D-ml (mm)			Week ₀	33.62 ± 11.49	31.97 ± 9.88	Week ₁₆	18.61 ± 6.49 ^{a,c}	16.46 ± 6.08 ^{a,c}	Week ₂₀	19.48 ± 8.22 ^{a,c}	16.71 ± 5.00 ^{a,c}	Week ₂₄	22.85 ± 7.80 ^{a,c}	24.30 ± 9.37 ^b	V-ap (mm/s)			Week ₀	7.61 ± 2.61	7.26 ± 2.24	Week ₁₆	4.22 ± 1.47 ^{a,c}	3.74 ± 1.38 ^{a,c}	Week ₂₀	4.43 ± 1.86 ^{a,c}	3.79 ± 1.13 ^{a,c}	Week ₂₄	5.19 ± 1.77 ^{a,c}	4.52 ± 2.58 ^{a,c}	V-ml (mm/s)			Week ₀	6.49 ± 1.18	6.21 ± 1.73	Week ₁₆	3.56 ± 0.83 ^{a,c}	3.41 ± 1.22 ^{a,c}	Week ₂₀	3.54 ± 0.79 ^{a,c}	3.36 ± 0.97 ^{a,c}	Week ₂₄	3.62 ± 0.81 ^{a,c}	4.68 ± 1.43 ^b
	TC group (N = 12)	BW group (N = 13)																																																																																																																	
Time (second)																																																																																																																			
Week ₀	32.73 ± 16.69	40.80 ± 15.13																																																																																																																	
Week ₁₆	55.61 ± 10.20 ^c	55.03 ± 12.80 ^c																																																																																																																	
Week ₂₀	54.90 ± 10.95 ^c	56.89 ± 8.78 ^c																																																																																																																	
Week ₂₄	54.20 ± 19.98 ^c	56.90 ± 28.55 ^c																																																																																																																	
Lng (mm)																																																																																																																			
Week ₀	422.57 ± 105.56	363.43 ± 104.7																																																																																																																	
Week ₁₆	217.89 ± 45.82 ^{a,c}	245.42 ± 80.48 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₀	256.27 ± 84.94 ^{a,c}	260.73 ± 83.73 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₄	319.34 ± 82.98 ^{a,c}	276.83 ± 90.25 ^a																																																																																																																	
Area (cm²)																																																																																																																			
Week ₀	1.45 ± 0.53	1.32 ± 0.61																																																																																																																	
Week ₁₆	0.40 ± 0.11 ^{a,c}	0.34 ± 0.25 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₀	0.44 ± 0.18 ^{a,c}	0.35 ± 0.24 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₄	0.38 ± 0.13 ^{a,c}	0.63 ± 0.38 ^{a,c}																																																																																																																	
D-ap (mm)																																																																																																																			
Week ₀	30.07 ± 4.82	28.47 ± 7.96																																																																																																																	
Week ₁₆	16.52 ± 3.62 ^{a,c}	15.60 ± 5.64 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₀	16.46 ± 3.44 ^{a,c}	15.44 ± 4.45 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₄	16.80 ± 3.49 ^{a,c}	21.47 ± 6.58 ^b																																																																																																																	
D-ml (mm)																																																																																																																			
Week ₀	33.62 ± 11.49	31.97 ± 9.88																																																																																																																	
Week ₁₆	18.61 ± 6.49 ^{a,c}	16.46 ± 6.08 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₀	19.48 ± 8.22 ^{a,c}	16.71 ± 5.00 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₄	22.85 ± 7.80 ^{a,c}	24.30 ± 9.37 ^b																																																																																																																	
V-ap (mm/s)																																																																																																																			
Week ₀	7.61 ± 2.61	7.26 ± 2.24																																																																																																																	
Week ₁₆	4.22 ± 1.47 ^{a,c}	3.74 ± 1.38 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₀	4.43 ± 1.86 ^{a,c}	3.79 ± 1.13 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₄	5.19 ± 1.77 ^{a,c}	4.52 ± 2.58 ^{a,c}																																																																																																																	
V-ml (mm/s)																																																																																																																			
Week ₀	6.49 ± 1.18	6.21 ± 1.73																																																																																																																	
Week ₁₆	3.56 ± 0.83 ^{a,c}	3.41 ± 1.22 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₀	3.54 ± 0.79 ^{a,c}	3.36 ± 0.97 ^{a,c}																																																																																																																	
Week ₂₄	3.62 ± 0.81 ^{a,c}	4.68 ± 1.43 ^b																																																																																																																	
				Intervention detail: Exercise intervention During the 16-week training periods, each group participated in a 60-min session at 5 times a week for 16 weeks. In a attendance sessions of 80 (80%) were required for each participant among the three groups. Tai Chi: The participants were individually taught to perform a2 qualified TC master in the first 3 weeks. Each session included a 10-min warm-up, 20-min learning new movement forms, 20-min reviewing learned movement forms, and 10-min cool-down. Subsequently, they practiced with master supervision for the 13 weeks. Each session included a 10-min warm-up, 40-min TC, and 10-min cool-down. Brisk walking was defined as walking at a 1.79 m/s speed value. ²¹ During this exercise, the participants perceived that their breathing significantly accelerated and they felt extremely hot, and that their sweat streamed down. ¹⁸ A professional instructor asked the participants to regulate their pace and speed on a pedestrian road. The speed was increased from 10 to 40 min progressively over the first 3 weeks and then remained constant at 40-min for the later 13 weeks. A session consisted of a 10- min warm-up, 10- minutes TC, 10- minutes BW, and 10- minutes cool down. The control group was asked to watch TV programs, read newspapers, or attend healthy education lectures with the two other groups. However, they were prohibited to perform any regular exercise and were allowed to maintain their dietary habits. During the 8-week detraining , the participants of the three groups were asked to stop the intervention exercise and any regular exercise. The researchers called the participants on a weekly basis to confirm whether they participated in any programmed exercises.																																																																																																															
				Significant within-group difference compared with the baseline and between-groups difference compared with control group were found at 16 t h, 20 t h, and 24 t h in the TC group and at the 16 t h and 20 th weeks in the BW group in all the primary and secondary outcomes. Most of secondary outcomes including Lng, D-ml, V-ml, were significantly at the 24 t h week compared with that at the 16 t h week in BW group. Conclusions TC was effective in improving postural control ability and maintaining balance gains, and was recommended as an appropriate exercise to prevent falls in the older adults. [Conclusion: The 24-form TC and BW significantly improved postural control ability with SLS after the 16-week training in older women. During the 8-week detraining, the intervention were fully maintained in the TC group and partly maintained in the BW group.]																																																																																																															
22	สมพงษ์ โมราฤทธิ์ กัญญา เทพา วิทยา บุญยศ เพ็ญประภาศิริโรจน์. (2562). "ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพทางกายต่อสมรรถภาพทางกาย และความสามารถในการเคลื่อนไหว]	RCT	ผู้สูงอายุใน ตำบลทุ่งฮ้าง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีภาวะเปราะบางตามเกณฑ์ดัชนีโรคของลินดา ไฟด์ (Linda Fried) อย่างน้อย 1 หรือ 2 ตัวชี้วัด โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องมีแรงบีบมือต่ำ	A 12-wk exercise intervention vs health education control program Measure: Pre- and post-test evaluation Intervention_ A 12-wk intervention กลุ่มทดลอง (n=38, บ้าน	Outcomes: สมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ความแข็งแรงและกำลังขา) และความสามารถในการเคลื่อนไหว (วัดด้วย TUG).																																																																																																														

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results																				
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)																			
	สมรรถภาพทางกาย ของผู้สูงอายุในภาวะก่อนเปราะบาง." วารสารการแพทย์และสุขภาพ 25(3): 95-109.			หมู่ 4) ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพทางกาย (การเดิน และออกกำลังกายแรงบีบมือ) กลุ่มควบคุม (n=38, บ้านหมู่ 5) ได้รับสุขศึกษา กก การออกกำลังกาย รายละเอียดคนวัดกรรม (หน้า99-100 ติมาก)		<p>ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่าง</p> <p>ตัวแปร</p> <p>กลุ่มทดลอง</p> <p>แรงบีบมือ (กิโลกรัม) (n=38)</p> <p>กำลังขา (กิโลกรัม) (n=36)</p> <p>ความสามารถในการเคลื่อนไหว (วินาที) (n=38)</p> <p>กลุ่มควบคุม</p> <p>แรงบีบมือ (กิโลกรัม) (n=38)</p> <p>กำลังขา (กิโลกรัม) (n=27)</p> <p>ความสามารถในการเคลื่อนไหว (วินาที) (n=38)</p> <p>Paired t-test; *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$</p> <p>ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่าง</p> <p>ตัวแปร</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวแปร</th> <th>n</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แรงบีบมือ (กิโลกรัม)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>สัปดาห์ที่ 0</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>สัปดาห์ที่ 12</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>กำลังขา (กิโลกรัม)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>สัปดาห์ที่ 0</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>สัปดาห์ที่ 12</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>ความสามารถในการเคลื่อนไหว (วินาที)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>สัปดาห์ที่ 0</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>สัปดาห์ที่ 12</td> <td>38</td> </tr> </tbody> </table> <p>Independent t-test; *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$</p>	ตัวแปร	n	แรงบีบมือ (กิโลกรัม)		สัปดาห์ที่ 0	38	สัปดาห์ที่ 12	38	กำลังขา (กิโลกรัม)		สัปดาห์ที่ 0	36	สัปดาห์ที่ 12	27	ความสามารถในการเคลื่อนไหว (วินาที)		สัปดาห์ที่ 0	38	สัปดาห์ที่ 12	38
ตัวแปร	n																									
แรงบีบมือ (กิโลกรัม)																										
สัปดาห์ที่ 0	38																									
สัปดาห์ที่ 12	38																									
กำลังขา (กิโลกรัม)																										
สัปดาห์ที่ 0	36																									
สัปดาห์ที่ 12	27																									
ความสามารถในการเคลื่อนไหว (วินาที)																										
สัปดาห์ที่ 0	38																									
สัปดาห์ที่ 12	38																									
<p>หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีแรงบีบมือและกำลังขามากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$, $p = 0.022$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$, $p = 0.046$) และภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มเปราะบางในสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 39.5 และ 68.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพทางกายด้วยการออกกำลังกายแรงบีบมือ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะก่อนเปราะบางสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ทั้งแรงบีบมือและกำลังขาได้ และสามารถนำผลวิจัยไปวางแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในและช่วยชะลอภาวะเปราะบาง</p>																										
24	Hars, M., Herrmann, F., Fielding, R., Reid, K., Rizzoli, R., & Trombetti, A. (2014). Long-	Variable	Baseline	1-year		4-year		PValue ^a	P																	
			Long-term intervention group (n = 23)	Control group (n = 29)	Long-term intervention group (n = 23)	Control Group (n = 29)	Long-term intervention group (n = 23)	Control group (n = 29)																		
		Gait	Single-task condition																							

No	Authors/ Year	Study Method	Participants/Setting/ Sample size	Intervention	Outcome Description/ Scale Measure	Study Results			
						Continuous Data (Mean±SD)	Dichotomous Data (N/Total)		
Term Exercise in Older Adults: 4-Year Outcomes of Music-Based Multitask Training. <i>Calcif Journal of International, 95(5), 393- 404. https://doi.org /10.1007/s002 23-014-9907-y</i>	Gait speed								
	Gait velocity, cm/s	111.5 ± 1 9.4	102.1 ± 1 6.5	113.3 ± 1 9.0	108.5 ± 1 7.4	118.3 ± 21 .1 [†]	97.9 ± 17. 4	0.006	<
	Stride length, cm	122.1 ± 1 6.4	113.9 ± 1 3.0	124.1 ± 1 5.2	115.8 ± 1 5.3	126.2 ± 16 .4 [†]	109.2 ± 15 .6 [†]	0.001	0
	Cadence, step s/min	109.5 ± 7. 7	107.6 ± 9. 4	109.7 ± 8. 7	112.5 ± 8. 2	112.5 ± 10 .5	108.1 ± 9. 8	0.318	0
	Dynamic balance								
	Double support phase, %	22.6 ± 3.2	24.0 ± 3.4	20.5 ± 3.9	22.5 ± 3.0	25.5 ± 3.0 [†]	29.6 ± 4.2 [†]	0.003	0
	Support base, cm	7.1 ± 2.5	8.4 ± 3.5*	6.7 ± 2.3	8.9 ± 3.4*	7.4 ± 3.0	9.4 ± 3.7 [†]	0.314	0
	Gait variability								
	Stride time variability, % CV	2.2 ± 0.8	2.3 ± 1.1	2.1 ± 0.8	2.6 ± 1.1	2.3 ± 1.0	3.2 ± 1.0 [†]	0.036	0
	Stride length variability, % CV	2.6 ± 1.0	2.7 ± 1.1	2.5 ± 1.0	2.7 ± 1.0	2.6 ± 1.0	3.6 ± 1.4 [†]	0.033	0
	Step time variability, % CV	3.3 ± 1.1	3.6 ± 1.3	3.4 ± 1.3	4.1 ± 1.4	3.7 ± 1.4	5.1 ± 1.6 [†]	0.027	0
Step length variability, % CV	4.1 ± 1.8	4.2 ± 1.6	4.4 ± 2.7	4.2 ± 1.6	4.1 ± 1.6	5.5 ± 2.4 [†]	0.016	0	
<p>Prospective controlled evidence supporting the efficacy of long-term exercise to prevent physical decline and reduce falls in old age is lacking. The present study examined the effects of long-term music-based multitask exercise (i.e., Jaques-Dalcroze eurhythmics) on physical function and fall risk in older adults. A 3-year follow-up randomized controlled trial (NCT01107288) was conducted in Geneva (Switzerland), in which 134 community-dwellers aged ≥65 years at increased risk of falls were randomized to a music-based multitask exercise program. Four years following original enrolment, 52 subjects (baseline mean ± SD age, 75 ± 8 years) who (i) have maintained participation through the 4-year follow-up visit ('long-term intervention group', n = 23) or (ii) have discontinued participation following original trial completion (n = 29) were studied. They were reassessed in a blind fashion, using the same procedures as at baseline. At 4 years, linear mixed-effects models showed significant improvements in gait speed (P = 0.006) and balance (one-legged stance time, P = 0.015) in the long-term intervention group, compared with the control group. Also, long-term exercise did better on Timed Up & Go, Five-Times-Sit-to-Stand and handgrip strength tests, than controls (P < 0.05, for all comparisons). Furthermore, the exercise program reduced the risk of falling (relative risk, 0.69; 95 % confidence interval, 0.5-0.9; P = 0.008). These findings suggest that long-term maintenance of a music-based multitask exercise is a promising strategy to prevent age-related physical decline in older adults. They also highlight the efficacy of sustained long-term adherence to exercise for fall prevention.</p>									

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวมธุรา ยะโกะ
วันเกิด	วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดนราธิวาส
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 187 หมู่ 5 ตำบลจวบ อำเภोजะเอย์ จังหวัดนราธิวาส รหัสไปรษณีย์ 96130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งอาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา รหัสไปรษณีย์ 95000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 ปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต (ศษ.บ.) สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2554 ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ศษ.ม.) สาขาวิชา สร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2562 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	ทุนโครงการพัฒนาอาจารย์และบุคลากรสำหรับสถาบันอุดมศึกษา เขต พัฒนาเฉพาะกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำปี พ.ศ.2556 ทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว