รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

(A Development of Elderly Club Model)

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปี พ.ศ. 2543

ทุนวิจัยสนับสนุน

จากงบประมาณแผ่นดินปี พ.ศ. 2542-2543

12 พ.ย. 2546

I 20122032

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยพัฒนา "รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง" ครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยความอนุเคราะห์จากหน่วยงานและบุคคลหลายฝ่าย

ผู้วิจัยขอขอบคุณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน ปี 2542-2543 ขอขอบคุณ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย นายแพทย์ราเมศร์ อำไพพิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 จ.ชลบุรี นางชวนพิศ สินธุวรการ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 นางผ่องใส เจนศุภการ หัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 คณะทำงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 จ.ชลบุรี ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง แกนนำ / ผู้บริหารชมรมผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิในงานวิจัยครั้งนี้ ตลอดทั้งคณาจารย์และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นางสาวพรสุข มโนภักดี ที่ให้ความอนุเคราะห์/ร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี

ขอขอบคุณครอบครัวโอทกานนท์ที่ให้การสนับสนุนและให้ความอนุเคราะห์ทุกอย่างแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ

ประนอม โอทกานนท์

เลขหมู่ จฬ
พม 15
เลขทะเบียน 010772
วัน.เดือน.ปี 18 ธ.ค. 44

คำนำ

แม้ว่าหน่วยงานทั้งของภาครัฐและเอกชนหลายแห่งได้ให้ความสนใจและดำเนินงานในด้านชมรมผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่า การดำเนินงานยังพบอุปสรรคปัญหามากมาย ปัญหาที่พบ อาทิ ขาดเงินทุนสนับสนุน กรรมการยังไม่เข้มแข็ง ขาดแกนนำของชมรมที่จะผลักดันให้ชมรมดำเนินการโดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุและเพื่อชุมชน นอกจากนั้นยังขาดสถานที่ๆเหมาะสมสำหรับการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ

งานวิจัยครั้งนี้จึงได้พัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ชมรมได้ก่อตั้ง ดำเนินงานและจัดกิจกรรมที่สนองนโยบายหลักของการสาธารณสุขและสนองความต้องการของผู้สูงอายุเองในแต่ละท้องที่ได้

ประนอม โอทกานนท์

มกราคม พ.ศ.2544

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย รศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์ วท.บ. (พยาบาล), M.S.N, กศ.ด.

เดือน ปี ที่ทำวิจัยเสร็จ มกราคม พ.ศ. 2544

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ การพัฒนาแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพและปัญหาของชมรมผู้สูงอายุโดยการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จำนวน 197 คน สัมภาษณ์ผู้บริหาร / แกนนำของชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน จาก 4 ภาค กำหนดกรอบแนวคิดของการสร้างรูปแบบ ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุในการที่จะดูแลตนเองและชุมชน จากกรอบแนวคิดที่ได้ในระยะที่ 1 คือแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชนผู้สูงอายุ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบที่สร้างขึ้น ตั้งชื่อรูปแบบที่แก้ไขว่า "รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง" ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบว่าจะสามารถเสริมสร้างความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยป้องกันและลดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุได้เพียงใด ผลการทดลองใช้ รูปแบบฯ ณ โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 ต.พลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี พบว่า รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง มีประสิทธิผลตามกำหนด ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถทำหน้าที่แกนนำของชมรมได้ดี สามารถบริหารจัดการและดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงซึ่งได้ร่วมกันก่อตั้งขึ้นมาได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน "รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง" ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้เป็นการออกแบบโครงสร้างชมรมผู้สูงอายุที่ระบุรายการต่อไปนี้ 1) วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 2) การดำเนินงาน (ในระยะก่อตั้ง ระยะดำเนินการ และระยะดำเนินการไประยะหนึ่ง) 3) คุณสมบัติของสมาชิก 4) กิจกรรมหลักของชมรม และ 5) สถานที่ตั้ง

Project title : A DEVELOPMENT OF ELDERLY CLUB MODEL

Name of Investigator Assoc. Prof. Pranom Othaganont

Year : 2001

ABSTRACT

The purpose of this project was to develop an elderly club model. There were 3 phases of study. In phase 1: The status and problems of the elderly clubs were studied. It was conducted by interviewing the 197 elderly and the 21 leaders of elderly clubs in 4 parts of Thailand. At the end of the first phase, the conceptual framework of elderly club model was formulated. In phase 2: The elderly club model was constructed by using empowerment concept to promote and enhance the elderly 's ability to take charge of their life and their community. Workshop of 19 experts was held in order to validate the constructed model. "PLUTALUANG ELDERLY CLUB MODEL" was named. Later, In the final phase, the efficiency of the model was evaluated in terms of knowledge, health behavior, leadership of the elderly, and prevention/decrease their loneliness. The participants were able to direct, and manage the club effectively. The development of elderly club model was fulfilled. The "Plutaluang Elderly Club Model" was a design or structure in which identified the following component of elderly club : 1) A purpose of establishment of elderly club 2) How to conduct (at beginning, to forward, and to go afterward) 3) Attribute of the members. 4) The main activities and 5) A suitable location of the club.

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		
คำนำ		
บทที่ 1	**ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา**	1
	วัตถุประสงค์	3
	สมมุติฐาน	4
	นิยามศัพท์	4
	ขอบเขตการวิจัย	6
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2	**กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย**	7
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	13
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	17
บทที่ 5	**สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ**	44
บรรณานุกรม		48
ภาคผนวก ก.		51
	รายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง	
	รายชื่อแกนนำ / ผู้บริหารชมรมที่ทำการสัมภาษณ์	
	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ	
	กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณารูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ	
ภาคผนวก ข.		56
	แบบวัดความรู้และพฤติกรรม	
	แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุ	
	แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ	
	แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพ	
	แบบวัดความเป็นผู้นำ	
	แบบสังเกต / สัมภาษณ์พฤติกรรมแสดงออก	
	สถานการณ์จำลองวัดความสามารถการบริหารจัดการ	
ภาคผนวก ค.		68
	ระเบียบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา	

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจาก 4 ชมรม ใน 4 ภาค 17

2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามภาคที่เป็นที่ตั้งของชมรม.....20

3. คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาคที่เป็นที่ตั้งของชมรม.....21

4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 4 ภาค จำแนกตามความต้องการกิจกรรม การใช้เวลาว่าง.....22

5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง.....35

6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ t คะแนนความรู้ พฤติกรรม สุขภาพ และความเป็นผู้นำของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 29).....38

7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ t คะแนนความรู้ พฤติกรรม สุขภาพ และความเป็นผู้นำของกลุ่มตัวอย่าง (n = 29) และกลุ่มตัวอย่าง สมาชิกใหม่ (n = 29).....39

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ พบว่า ปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,822,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 จะเท่ากับ 8,118,000 คน และในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 10,494,000 คน (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2542 : 30) ในจำนวนที่รายงานไว้นี้พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (น. 28 – 29) จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ทวีจำนวนมากขึ้นทุกวัน นักวิชาการให้ความสนใจที่จะศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการแก่ของบุคคล ผลของการศึกษาวิจัยทำให้คนมีทัศนะใหม่ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมิได้เป็นไปตามกระบวนการแก่เท่านั้น การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากการเป็นโรค (นัยพินิจ คชภักดี, 2536) การศึกษาค้นคว้าได้ขยายขอบเขตความลึกซึ้ง ครอบคลุมชีววิทยาตั้งแต่ระดับเซลล์และโมเลกุลของกลไกการเกิดความชราภาพ และได้มีการศึกษาในระดับกว้างออกไปจนถึงการศึกษาด้านระบาดวิทยาในชุมชน การศึกษาได้เสนอแนะไว้ว่าการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ตลอดจนภาวะเสี่ยงทั้งปวง เป็นเรื่องสำคัญ จำเป็น และเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการตั้งแต่บุคคลยังไม่เข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพและบทบาทสอดคล้องกับภาวะสังคมและเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วคือ บุคคลต้องพึ่งพาตนเองมากที่สุด ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537 : 9 – 19) เสนอแนะเรื่องนี้ไว้ว่า การเข้าใจกระบวนการแก่จำเป็นต้องศึกษาจากศาสตร์ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ และการดำเนินงานเพื่อพัฒาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชา

ชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการก่อตั้งเป็นครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประสพ รัตนากร ได้เริ่มจัดให้มีโครงการสุขภาพผู้สูงอายุตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (วิทุร แสงสิงแก้ว ในรายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 3 เรื่องการประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ, 2536 : 17) การก่อตั้งครั้งนั้นได้ผลดีในด้านการอบรมวิชาการด้านผู้สูงอายุแก่แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ โดยจัดร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข การรณรงค์จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุได้รับความ

สนใจอีกครั้งและได้รับการบรรจุเป็นสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535 – 2554 โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบคือ กรมประชาสงเคราะห์และหน่วยงานเอกชน (คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ, 2535 : 18) ในแผนระยะยาวฯกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญอีกเช่นกัน วิทุร แสงสิงแก้ว ซึ่งดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นกล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพในทุกอำเภอโดยระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนและชุมชน (วิทุร แสงสิงแก้ว, 2536 : 146) และในการศึกษาเรื่องภาพลักษณ์ของประชากรผู้สูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในศตวรรษหน้า ผลการศึกษาระบุว่า การส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายคือมาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543 : 21)

กิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุคือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันหาความต้องการ หาปัญหา วิธีการ และพยายามใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง แนวคิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมที่กำหนดงานด้านผู้สูงอายุไว้ว่า การบริการผู้สูงอายุจะรุกเข้าไปในพื้นที่เพื่อเป็นการป้องกัน ฟื้นฟู และพัฒนา เป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชา เป็นบริการผสมผสานของวิธีการทางสังคมศาสตร์ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชน ครอบครัวมากกว่าการที่จะขอรับการพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหน่วยงานหลายหน่วยงานได้มีนโยบาย แผนงาน และงบประมาณชัดเจนสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ แต่ชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นแล้วก็ยังมิได้กำหนดรูปแบบการก่อตั้ง/กิจกรรม ตลอดทั้งคุณสมบัติของผู้ที่จะทำหน้าที่หรือเป็นแกนนำของการดำเนินงานให้ชัดเจน งานวิจัยสำรวจของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ พบว่า ในปี พ.ศ. 2537 ชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศมีจำนวน 3,487 ชมรม และที่ดำเนินกิจกรรมอย่างแน่นอนมีเพียง 1,042 ชมรม ในจำนวนที่ดำเนินการนี้อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด พบร้อยละ 57.5 มีชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในเครือข่ายสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเพียงร้อยละ 19.6 ปัญหาการดำเนินงานของชมรมที่พบมากคือ ขาดเงินทุนดำเนินงานและกรรมการไม่เข้มแข็ง (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539 : 86 – 89) สำนักเลขาธิการ คณะรัฐมนตรี ได้รายงานการศึกษาเรื่อง “ปัญหาสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพชีวิต” และได้เสนอแนะการดำเนินงานในส่วนของชมรมผู้สูงอายุไว้ว่า ชมรมผู้สูงอายุควรเน้นการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่องาน 3 ประการ คือ 1) เป็นชุมชนสร้างสรรค์เพื่อป้องกันความโดดเดี่ยว 2) เป็นชุมชนที่รับความรู้ด้านสุขภาพและสุขศึกษา และ 3) เป็นชุมชน

ที่มีบทบาททางด้านพัฒนาสังคม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำในทางวัฒนธรรมและท้องถิ่น (สำนักเลขาธิการ คณะรัฐมนตรี, 2539 : 37)

จากการตระหนักถึงความสำคัญของชมรมผู้สูงอายุที่จะเป็นกลยุทธ์สำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย กอปรกับการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุที่มีในปัจจุบันยังมิได้มีรูปแบบที่ชัดเจน กิจกรรมที่จัดกระทำได้จัดตามความเชื่อ ความถนัด และโอกาสของการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้น หากมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้การก่อตั้งและดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย นโยบายหลักของแผนพัฒนาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยจะให้ข้อมูลรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ชมรมได้ก่อตั้งดำเนินงานและจัดกิจกรรมที่สนองนโยบายหลักของประเทศได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ

คำถามงานวิจัย

รูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่จะมีกิจกรรมเพื่อ 1) เสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) เสริมสร้างบทบาทความเป็นผู้นำในท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 3) ป้องกันและลดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุจะมีรูปแบบเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. สร้างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุเพื่อสนองความต้องการของผู้สูงอายุและสนองนโยบายหลักของการสาธารณสุขในด้านต่อไปนี้
    1.1 เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
    1.2 เสริมสร้างบทบาทความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุ
    1.3 ป้องกันและลดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ
2. ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น ประสิทธิผลของรูปแบบฯ วัดได้จากพฤติกรรมดังนี้
    2.1 ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ
    2.2 ความเป็นผู้นำในท้องถิ่น
    2.3 การเข้าร่วมกลุ่มและการแสดงความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกลุ่ม

สมมติฐานงานวิจัย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและความเป็นผู้นำภายหลังการเข้ารับการทดลองสูงกว่าก่อนเข้ารับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเป็นผู้นำภายหลังเข้ารับการทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มสมาชิกใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิยามคำศัพท์

1. รูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

หมายถึง แบบแผน หรือโครงสร้างชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

1.1 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

1.2 บทบาทของผู้สูงอายุ หน่วยงาน องค์กร บุคคล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระยะต่าง ๆ ของการจัดตั้งชมรม ซึ่งได้แก่ :-

1.2.1 ระยะก่อตั้ง

1.2.2 ระยะดำเนินการ

1.2.3 ระยะดำเนินการไประยะหนึ่ง

1.3 คุณสมบัติของสมาชิก

1.4 กิจกรรมหลักของชมรมฯที่จะส่งเสริมผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ คือ

1.4.1 เสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

1.4.2 เสริมสร้างบทบาทความเป็นผู้นำในท้องถิ่น

1.4.3 ป้องกันและลดความว้าเหว่

1.5 สถานที่ตั้งของชมรม

2. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

หมายถึง ความคาดหวัง ความตั้งใจ และเจตนารมณ์ของการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรม 3 ด้าน คือ 1) กิจกรรมเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 2) กิจกรรมเสริมสร้างบทบาทความเป็นผู้นำในท้องถิ่น 3) กิจกรรมป้องกันและลดความว้าเหว่

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หมายถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐและภาคเอกชนซึ่งได้รับการฝึกฝนด้านการแพทย์ การพยาบาลและการสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ผู้มีศักดิ์และสิทธิในการดูแลรักษาพยาบาล และให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้มาขอรับบริการด้านการแพทย์

4. บุคลากรที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หมายถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐ ภาคเอกชนและประชาชนทั่วไป ซึ่งไม่ได้รับการฝึกฝนด้านการแพทย์ การพยาบาลและการสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองท้องถิ่น พัฒนากร ผู้นำท้องถิ่นและประชาชนทั่วไป ผู้ซึ่งไม่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแล รักษา และให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน

5. กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

หมายถึง กิจกรรมที่เป็นความต้องการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย มีการออกกำลังกาย ผ่อนคลายความตึงเครียดด้านร่างกายและจิตใจ ฝึกสมาธิ ฝึกฝนและปรับปรุงพฤติกรรมบริโภค เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

6. กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างบทบาทความเป็นผู้นำในท้องถิ่น

หมายถึง กิจกรรมที่เป็นความต้องการและเป็นความจำเป็นของผู้สูงอายุในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นแกนนำและหรือเป็นสมาชิกที่ดีของชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถรวมกลุ่มและบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ชมรมดำเนินการได้โดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุ และเพื่อชุมชนโดยรวม

7. กิจกรรมเพื่อการป้องกันและลดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ

หมายถึง กิจกรรมที่เป็นความต้องการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่มกัน ริเริ่มสร้างสรรค์และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน

8. คุณสมบัติของสมาชิก

หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่จะสามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุได้ ลักษณะที่ต้องระบุ ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้ สถานภาพทางสุขภาพ และความสนใจ

9. สถานที่ตั้งของชมรม หมายถึง การระบุสถานที่ทำการของชมรมผู้สูงอายุที่ชัดเจน ผู้สูงอายุและบุคคลอื่นสามารถติดต่อ ประสานงานหรือเข้าร่วมกลุ่มได้สะดวก

ขอบเขตงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการพัฒนาคือ มุ่งพัฒนากิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ

1. กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. กิจกรรมเสริมสร้างบทบาทความเป็นผู้นำในท้องถิ่นของผู้สูงอายุ
3. กิจกรรมเพื่อป้องกันและลดความว้าเหว่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่สามารถใช้เป็นแนวทางการจัดตั้ง การดำเนินงาน และการประเมินผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายหลักคือ เสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างบทบาทความเป็นผู้นำในท้องถิ่น ป้องกันและลดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ

บทที่ 2

กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

ในการดำเนินโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังจะเสนอรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความโดดเดี่ยว

คำว่า ความโดดเดี่ยว ความเหงา ความว้าเหว่ เป็นคำที่ใช้ในความหมายเดียวกัน ศรีเรือน แก้วกังวาล (2536) อธิบายความรู้สึกนี้ในผู้สูงอายุไว้ว่า เกิดจากความรู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น เห็นว่าตนเองเป็นคนไม่สำคัญ ไม่มีพวก ไม่มีกลุ่ม ขาดเครือข่ายความสัมพันธ์ของสังคมหรือขาดความผูกพันกับงาน Miller (1995 : 61) กล่าวถึงคำว่า ความโดดเดี่ยว และการแยกตัวจากสังคมว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดในผู้สูงอายุเมื่อตนเองพบกับความสูญเสีย เช่น มีการตายจากไปของเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว Eliopoulos (1993) กล่าวถึง การแยกตัวจากสังคมของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียวและมีความต้องการที่จะคบหาสมาคมกับคนอื่นแต่ไม่สามารถกระทำได้ คำ ๆ นี้ แตกต่างจากคำว่า ปลีกวิเวก (Solitude) ซึ่งเป็นคำที่หมายถึง ความต้องการอยู่คนเดียวเพื่อความสงบ เป็นการพักจากสิ่งกระตุ้นและมีเวลาเป็นของตนเอง Eliopoulos ยังให้ข้อแนะนำว่าผู้ป่วยที่แยกตัวจะสังเกตได้ว่า อยู่คนเดียวนาน ๆ มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น โกรธง่าย ซึมเศร้า หงุดหงิด เบื่อหน่าย และไม่เห็นคุณค่าตนเอง Peterson (1991) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา อธิบายถึงสาเหตุของความเหงา ความว้าเหว่ และความโดดเดี่ยวไว้ว่า เกิดจากการขาดกิจกรรมที่ตนชอบซึ่งส่งผลให้มีปัญหาทางสุขภาพ แต่เมื่อได้ทำกิจกรรมที่ตนชอบ ได้เข้ากลุ่มกับคนที่ตนพอใจ อาการป่วยและอาการเหงาจะหายไป คำกล่าวเช่นนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ Wade (1996 : 38 – 39) ที่กล่าวไว้ว่า การสอนทักษะทางสังคมแก่ผู้สูงอายุจะช่วยลดความเหงาและการแยกตัวออกจากสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ตกอยู่ในภาวะว้าเหว่และโดดเดี่ยว ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ ความเสื่อมถอยด้านร่างกายและจิตใจ ความเจ็บป่วย การช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และการเสียชีวิตของคู่สมรส นอกจากนั้นผู้สูงอายุไทยยังมีปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะโดดเดี่ยวได้ง่ายขึ้น คือลักษณะไม่แสดงออก ขี้อาย เก็บตัว หรือขาดทักษะทางสังคม ผู้สูงอายุไทยในชนบทมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ส่วนผู้สูงอายุในเมืองมักจะมีลูกน้อยคน เมื่อลูกต้องไปศึกษาต่อหรือแยกครัวเรือนไป สภาพสังคมที่มีเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารง่ายขึ้นรวมทั้งปัญหาการเดินทาง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพังอย่างโดดเดี่ยวเช่นกัน

Shearer (1999) กล่าวว่า ความว้าเหว่เป็นอาการแสดงประการหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ผลสืบเนื่องของความว้าเหว่ที่จะพบได้ ได้แก่ การขาดหรือการมีปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพกับคนอื่น การบ่นและการไม่สามารถตัดสินใจ Butler และคณะ (1998) ได้ระบุอาการเตือนของภาวะซึมเศร้าไว้ว่าคืออาการต่อไปนี้ น้ำหนักลด มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ มีความรู้สึกผิดและคิดว่าตนเองไร้คุณค่า ขาดความสนใจเรื่องเพศ กิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ในที่สุดอาจคิดทำร้ายตนเอง (Suicide) Koenig (1999) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ในอนาคตที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุมีปัจจัยมากมายที่จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังได้กล่าวมาแล้ว การระดมทรัพยากรในชุมชน อาทิ โบสถ์ เพื่อการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุควรได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้น

ทำอย่างไรบุคคลจะเอาชนะความเหงาหรือความว้าเหว่ได้ Grajezyk and Zollner (1998) กล่าวถึงการดูโทรทัศน์ของผู้สูงอายุไว้ว่า การดูโทรทัศน์ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เห็นโลกกว้าง ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้ และในขณะเดียวกันการดูโทรทัศน์เป็นเวลานาน ๆ ประจำสม่ำเสมออาจเป็นตัวชี้บ่งอย่างหนึ่งของความว้าเหว่และทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับความสนใจในเรื่องความโดดเดี่ยวได้ Shearer (1999) เสนอแนะการเอาชนะความว้าเหว่ไว้น่าสนใจดังนี้ 1) บุคคลต้องเรียนรู้ที่จะมีพฤติกรรมใหม่เมื่อพบกับภาวะผิดหวังหรือสูญเสีย 2) เรียนรู้ที่จะอยู่ได้ด้วยลำพังตนเองอย่างมีความสุขโดยยังคบค้าสมาคมกับเพื่อนและคนในสังคม 3) เปลี่ยนแปลงความคาดหวังและเป้าหมายของชีวิตให้เหมาะสมกับตนเอง 4) จัดการกับความเครียดที่เผชิญอย่างสร้างสรรค์ 5) ทบทวนอดีตที่เคยประสบความสำเร็จ ซึ่งจะทำให้ชีวิตมีความสุข และ 6) แสวงหาความช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น ข้อเสนอแนะดังกล่าวมานี้จะเห็นว่า การเข้าร่วมกลุ่มผู้สูงอายุคือหนทางหนึ่งของการเอาชนะความว้าเหว่ ตามที่ Shearer ได้เสนอแนะไว้ นอกจากนั้นการเข้าร่วมกลุ่มของผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบปะ มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน งานเขียนของ Trice (1990) กล่าวว่า ประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เป็นประสบการณ์ชีวิตที่มีการเอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น 2) ประสบการณ์ชีวิตที่รับรู้ว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่ตนเอื้ออาทร 3) ประสบการณ์ชีวิตที่รับรู้ว่าตนเองได้ทำประโยชน์ต่อบุคคลที่ตนเอื้ออาทร 4) ความรู้สึกต่อตนเองว่าตนเองเป็นบุคคลหนึ่งและเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในกิจกรรมความช่วยเหลือที่ตนเองกระทำอยู่ เช่นเดียวกับ Duffy (1993) รายงานไว้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าคือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ปฏิบัติตนดีสม่ำเสมอในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การทำสิ่งที่ดีที่สุดของชีวิต และการให้การสนับสนุนระหว่างบุคคล Aller และ Coeling (1995) รายงานไว้เช่นกันว่าสิ่งที่ทำให้ชีวิตผู้สูงอายุมีคุณภาพจากการรายงานของผู้สูงอายุได้แก่ ความสามารถที่จะสื่อสารกับผู้อื่น ความสามารถที่ได้ช่วยเหลือตนเอง และความสามารถที่ได้ช่วยเหลือคนอื่น

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยข้างต้น ข้อเสนอแนะการเอาชนะความโดดเดี่ยวและความว้าเหว่ของผู้สูงอายุน่าจะปฏิบัติได้ดีเมื่อผู้สูงอายุได้เข้ากลุ่มและมีกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกันในชุมชน

ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพคือ ภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล ประเวศ วะสี (2543 : 3) ให้ความหมายคำนี้ไว้ว่า หมายถึง ความถูกต้องของทั้งหมดทั้งเรื่องเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม การเมือง สิ่งแวดล้อม และการศึกษาอย่างเป็นบูรณาการพร้อมกันไป ได้มีผู้กล่าวว่าสุขภาพดีคือการมีชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี คือ ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตนดีทุกด้าน Karper (1993) กล่าวว่า การออกกำลังที่พอเหมาะจะช่วยสร้างภูมิต้านทานโรคแก่ผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่พอเหมาะได้แก่ การเดิน 3 – 5 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที และมีการอุ่นเครื่องด้วยการยืดเส้นยืดสายประมาณ 10 นาที งานวิจัยของคณะแพทย์ที่ Butler (1998) รายงานไว้ระบุว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้มีการออกกำลังกาย พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงและแบบแผนการนอนหลับดีขึ้น ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในสังคมปัจจุบันสำหรับคนทุกวัยรวมทั้งผู้สูงอายุด้วยก็คือ แม้ว่ามีการเรียนรู้หลากหลายทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ แต่บุคคลก็ยังมิได้ประพฤติปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือบุคคลยังคงประพฤติพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ Burbank and Others (2000) ได้ศึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาของผู้สูงอายุ บทความระบุว่าพฤติกรรมปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารและความเครียด หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ บุคคลจะบรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ คำถามในที่นี้คือทำอย่างไรบุคคลจึงจะมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะทำเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ (Self-efficacy expectation) ซึ่งผู้รู้กล่าวว่าคำ ๆ นี้ ร่วมกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) ทั้ง 2 ตัว มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล Burbank ได้เสนอรูปแบบ TTM (Transtheoretical Model) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหา รูปแบบประกอบด้วยขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) 5 ขั้นตอน ซึ่งผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องมีกระบวนการ (Process of change) แสดงเป็นกิจกรรม 10 ประการ ขั้นตอน 5 ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ 1) ยังไม่มีความคิดหรือความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วขึ้น 4) ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) คงอยู่ในพฤติกรรมนั้น ส่วนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแสดงเป็นกิจกรรม 10 ประการ ได้แก่ 1) ความพยายามของบุคคลที่จะแสวงหาข้อมูลเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมปัญหา 2) ความรู้สึกอยากจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหา 3) การประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมปัญหา 4) การประเมินผล

กระทบของปัญหา 5) การยอมรับที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปัญหา 6) มีทางเลือกพฤติกรรมไปในทางที่ดีกว่า 7) ยอมรับและใช้เครือข่ายสนับสนุนความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8) จัดหาแรงเสริมเพื่อการประพฤติปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 9) ผูกพันที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหา 10) ควบคุมสถานการณ์และเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมปัญหา จากขั้นตอนและกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังสรุปมานี้ Burbank ได้เสนอกลยุทธ์สนับสนุนกิจกรรมทั้ง 10 ประการ ไว้อย่างน่าสนใจ พร้อมได้แสดงตัวอย่างการนำรูปแบบนี้ไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่ยอมออกกำลังกายได้ตระหนักและมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งเขาได้เสนอแนะว่ารูปแบบน่าจะได้มีการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน

ความเป็นผู้นำ

ผู้นำ หมายถึง ผู้ที่สามารถประสานงาน รวมกลุ่มบุคคลเพื่อดำเนินกิจการใดกิจการหนึ่งได้ ผู้นำที่ดีจะสามารถประสานงานเพื่อความสำเร็จของงานกลุ่มได้ ภาวะผู้นำสามารถฝึกฝนได้ ลักษณะการแสดงออก ซึ่งได้แก่ ภาษาท่าทาง คำพูด ความกระตือรือร้น การควบคุมความเครียดและความกังวลใจ คือลักษณะหนึ่งที่ต้องได้รับการฝึกฝนในการเตรียมตัวเป็นผู้นำที่ดี ผู้นำที่ดีคือผู้นำที่สามารถแสดงออกได้ดี

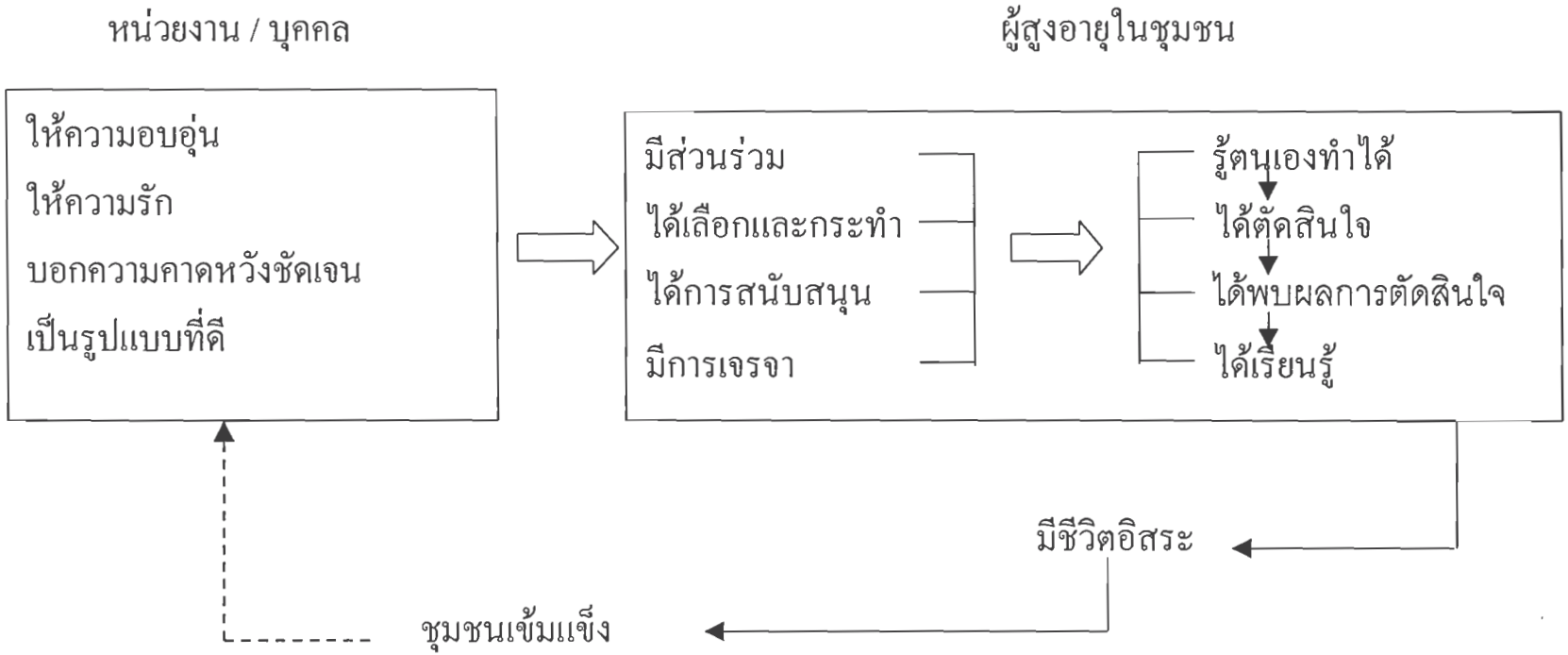
การแสดงออก หมายถึง พฤติกรรมแสดงถึงความคิด ความรู้สึกของบุคคลอย่างตรงไปตรงมา จริงใจ รักษาสิทธิของตนเองและผู้อื่น บุคคลที่มีพฤติกรรมแสดงออกที่ดีจะมีคุณลักษณะมั่นใจตนเอง ตัดสินใจและรับผิดชอบการกระทำของตนเอง รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น มีแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง มีเป้าหมาย และตั้งใจทำงาน พฤติกรรมกับอุปนิสัยตรงกัน ยอมรับสิทธิของคนอื่น ยอมรับคำตำหนิและสามารถปฏิเสธคนอื่นได้ตามความเหมาะสม พฤติกรรมแสดงออกมีความแตกต่างจากคำว่า พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมไม่แสดงออกโดยสิ้นเชิง ดังนั้นผู้ที่จะมีความเป็นผู้นำจะต้องฝึกฝนการแสดงออก กล่าวคือ ผู้นำจะต้องเป็นผู้ที่แสดงออกทางภาษาท่าทางได้ดี ถูกต้อง เหมาะสม มีความกระตือรือร้น สามารถควบคุมความเครียดและความกังวลใจได้

การสร้างพลังอำนาจประชาชน

นิยามคำว่า "การสร้างพลังอำนาจประชาชน" (Empowerment) เป็นคำที่ใช้กว้างขวางโดยได้นำมาใช้ในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ อาทิ กลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้สูงอายุในชมรม กลุ่มผู้ป่วยทางจิตเรื้อรัง หรือกลุ่มผู้ป่วยใกล้ตาย และครอบครัว Longman Dictionary (1978) นิยามคำนี้ว่าหมายความว่า การให้อำนาจหรือการให้สิทธิตามกฎหมายแก่บุคคลเพื่อกระทำการสิ่งหนึ่งสิ่งใด Rappaport (1984 อ้างถึงใน Connelly, Lynne M. and Others. 1993 : 300) นิยามคำนี้

ว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคล องค์กร หรือชุมชน ควบคุมดูแลวิถีชีวิตของตนเอง ในงานที่ Connelly ศึกษา เขานิยามคำนี้ว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลแสดงออกเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อชีวิตของเขา Connell (1993) ได้อภิปรายความหมายและลักษณะของคุณสมบัตินี้ไว้ว่า ในการสร้างพลังอำนาจนั้นประชาชนหรือผู้รับบริการต้องเป็นผู้สร้างด้วยตนเอง บุคลากรสาธารณสุขจะเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ในขั้นตอนแรกของการสร้างพลังอำนาจบุคคลจะต้องสร้างจิตสำนึกว่าตนเองสามารถกระทำได้ หลังจากนั้นบุคคลจะต้องได้ตัดสินใจและต้องได้พบกับผลของการตัดสินใจ จากการเรียนรู้ที่ได้ตัดสินใจ ในที่สุดบุคคลจะสามารถมีชีวิตอิสระได้ Zerwekh (1993 : อ้างถึงใน Zerwekh, 1992) กล่าวถึงการสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลไว้ว่า พลังอำนาจมีจุดกำเนิดมาจากการรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะพัฒนามาจากการได้รับความรัก ความอบอุ่น การรู้ถึงความคาดหวังที่ชัดเจน ความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับบุคคล การได้เห็นรูปแบบที่ดี และการได้มีโอกาสเลือกสิ่งที่มีความหมายสำหรับตนเอง การสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์การดำเนินการอาจออกมาในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มปรึกษาหารือ หรือกลุ่มเพื่อนสอนเพื่อน เป็นต้น ผลการศึกษาวิจัยของ Connelly พบรูปแบบการสร้างอำนาจ (Model of Powerment) เริ่มจากน้อยไปมาก มี 4 ระดับ คือ 1) การมีส่วนร่วม (participating) หมายถึง บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจการหนึ่ง ๆ 2) การเลือก (choosing) หมายถึง การที่บุคคลมีอิสระในการเลือกและกระทำตามที่ตนเองคิดว่าดีที่สุดสำหรับตนเอง 3) การสนับสนุน (supporting) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน 4) การเจรจา (Negotiating) หมายถึง การเจรจาต่อรองเพื่อหาข้อสรุปที่นำความพอใจมาสู่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การเจรจาจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลยอมรับนับถือกัน เคารพในสิทธิซึ่งกันและกัน ซึ่งความหมายในระดับนี้สอดคล้องกับความหมายของคำว่า การสร้างพลังอำนาจซึ่ง Zerwekh, J. (1992) อธิบายไว้ว่า เกิดจากความสัมพันธ์ร่วมมือของทั้งสองฝ่าย ซึ่งมีสิทธิเสมอภาคกัน ลักษณะทั้ง 4 ลักษณะที่เสนอมาข้างต้นเป็นกระบวนการ เป็นระดับของการสร้างพลังอำนาจ ผลลัพธ์จากกระบวนการทั้ง 4 ระดับ Connelly เสนอว่า เมื่อบุคคลพัฒนามาถึงระดับที่ 4 บุคคลจะรับรู้ผลของการสร้างพลังอำนาจในตนเองได้ (Personal Significance) เช่น รับรู้ว่าตนเองมีความกล้าแสดงออกมากขึ้น ตนเองมีอิสระหรือตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น เป็นต้น ดังแสดงให้เห็นชัดเจนในแผนภูมิที่ 1

งานวิจัยเรื่องนี้ได้นำแนวคิดเรื่อง "การสร้างพลังอำนาจประชาชน" เป็นกรอบของการสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเป็นการศึกษาวิจัย พัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุเพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความเป็นผู้นำ และลดความว้าเหว่ ดังจะกล่าวในตอนต่อไป



แผนภูมิที่ 1 การสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุในชุมชน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ งานวิจัยมี 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพและปัญหาของชมรมผู้สูงอายุ

1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 4 ภาค

การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจะศึกษาครอบคลุมปัญหาและความต้องการ 3 ด้าน คือ 1) ความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุ 2) ความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุ 3) กิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อป้องกันและลดความว้าเหว่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคงูสวัส โรคตา โรคกระดูกและข้อ ข้อคำถามจะถามผู้สูงอายุว่าข้อความนั้นๆ เป็นจริงหรือไม่เป็นจริง ถ้าตอบถูกได้คะแนน = 1 ตอบผิดได้คะแนน = 0 แบบสอบชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 6 คน และผ่านการตรวจสอบสำนวน ภาษา และคำที่ใช้จากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 4 คน

แบบสอบมีจำนวนคำถามรวมทั้งสิ้น 30 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุ

แบบสอบเป็นข้อคำถามการแสดงออกของผู้สูงอายุ 3 ด้าน 1) ภาษา ท่าทาง / คำพูด 2) ความกระตือรือร้น 3) การควบคุมความเครียด/ความกังวลใจ ข้อคำถามจะถามผู้สูงอายุว่าข้อความนั้นๆ ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติหรือไม่ได้ปฏิบัติ ถ้าปฏิบัติถูกต้องได้คะแนน = 1 ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องได้คะแนน = 0 แบบสอบได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจสอบสำนวน ภาษา และคำที่ใช้จากพยาบาลวิชาชีพชุดเดียวกันกับแบบสอบความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุ

แบบสอบมีจำนวนคำถามทั้งสิ้น 40 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการกิจกรรมการใช้เวลาว่าง

แบบสัมภาษณ์เป็นข้อรายการ ประกอบด้วย กิจกรรมการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุเพื่อ 1) การหารายได้ 2) กีฬา 3) สันทนาการ 4) ทัศนศึกษา 5) การช่วยเหลือสังคม ข้อคำถามจะถามผู้สูงอายุว่ามีความต้องการหรือไม่มีความต้องการในกิจกรรมนั้นๆ

1.2 ศึกษาปัญหาของชมรมผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์แกนนำ / ผู้บริหารชมรมผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 20 คน

การสัมภาษณ์ต้องการศึกษาสภาพและปัญหาของสิ่งต่อไปนี้

1.2.1 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

1.2.2 บทบาทในชมรมผู้สูงอายุของหน่วยงาน / องค์กร บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรที่ไม่ใช่นักสาธารณสุข และประชาชนผู้สูงอายุ

1.2.3 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในชมรมผู้สูงอายุ

จากการศึกษาในข้อ 1.1 และ 1.2 จะนำมาประมวลเป็นกรอบแนวคิดของการสร้างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุในตอนต่อไป

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

2.1 นำกรอบแนวคิดจากระยะที่ 1 มาทำการยกร่างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญและผู้นำในงานชมรมผู้สูงอายุ ประมาณ 20 คน เพื่อพิจารณา ทบทวน แก้ไข รูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่ยกร่างขึ้น

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

3.1 นำรูปแบบชมรมผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

3.2 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดย

3.2.1 ทดสอบค่าสถิติ t คะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความเป็นผู้นำของ

1) กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

2) กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง และกลุ่มสมาชิกใหม่ จับคู่ (Matching)ในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา

3.2.2 การเข้าร่วมกลุ่มและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกลุ่มของผู้สูงอายุ

3.3 เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ มี 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (120 คะแนน)

1.1 แบบสอบความรู้เรื่องโรคของผู้สูงอายุ (30 คะแนน) (ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6คน, r_{XY} test-retest= 0.87 ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง 30 คน)

1.2 พฤติกรรมสุขภาพ (90 คะแนน)

1.2.1 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน (72 คะแนน) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ปรับปรุงจากแบบวัดของสุชาดา แก่นแก้ว, 2540

1.2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพ (18 คะแนน) ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองเรื่องอาการ/โรคที่เป็นอยู่ 2) การดูแลสุขภาพคนในครอบครัว 3) สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบเกณฑ์และสำนวนภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน)

ชุดที่ 2 แบบวัดความเป็นผู้นำ (100 คะแนน)

2.1 แบบสังเกต / สัมภาษณ์พฤติกรรมแสดงออก (40 คะแนน) ประกอบด้วยการสังเกต / สัมภาษณ์เพื่อวัดภาษา ท่าทาง คำพูด ความกระตือรือร้น และการควบคุมความเครียด / ความกังวลใจ (ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ6คน r_{XY} (test-retest) = 0.60 ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง 30 คน)

2.2 สถานการณ์จำลองวัดความสามารถการบริหารจัดการ (60 คะแนน) ประกอบด้วยการวัดความสามารถด้านการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล (ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบเกณฑ์ สำนวนภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S^2_d/n}}$$

เมื่อ X_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง

X_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลอง

D = ผลต่างระหว่างข้อมูลแต่ละคู่

S^2_d = ความแปรปรวนของ D

2. ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสมาชิกใหม่

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left(\frac{(n_1 - 1)\ S^2_1 + (n_2 - 1)\ S^2_2}{n_1 + n_2 - 2}\right)\left(\frac{n_1 + n_2}{n_1, n_2}\right)}}$$

เมื่อ X_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง

X_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกใหม่

S_1 = ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง

S_2 = ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกใหม่

n_1 = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

n_2 = จำนวนกลุ่มตัวอย่างสมาชิกใหม่

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การรายงานผลการวิจัยจะรายงานตามระยะเวลาของการศึกษาดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพและปัญหาของชมรมผู้สูงอายุ

1.1 ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 4 ภาค

การศึกษาได้เลือกศึกษาชมรมผู้สูงอายุ 4 ภาค ดังนี้

ภาคใต้ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ภาคกลาง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพรหมบุรี จ.สิงห์บุรี

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุบ้านศิลา จ.ขอนแก่น

ภาคเหนือ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกล้วย จ.สุโขทัย

แสดงข้อมูลไว้ในตาราง 1, 2 และ 3

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจาก 4 ชมรมใน 4 ภาค

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) / ภาค					ร้อยละ
	ใต้	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	เหนือ	รวม (คน)	
1. อายุ (ปี)						
55 – 59	6	1	1	0	2	1.01
60 – 64	11	8	12	10	41	20.81
65 – 69	17	15	13	10	55	27.92
70 – 74	14	14	16	11	55	27.92
75 – 79	8	5	11	6	30	15.23
80 – 84	2	4	1	7	14	7.11
รวม	52	47	54	44	197	100
2. เพศ						
ชาย	30	29	35	35	129	65.48
หญิง	22	8	19	9	68	34.52
รวม	52	47	54	44	197	100

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจาก 4 ชมรมใน 4 ภาค (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) / ภาค					
	ใต้	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	เหนือ	รวม (คน)	ร้อยละ
3. สถานภาพ						
หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่	29	26	28	18	101	51.27
โสด	22	21	24	22	89	45.18
คู่	1	0	2	4	7	3.55
รวม	52	47	54	44	197	100
4. ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1	5	5	12	23	11.68
ประถมศึกษา	34	39	43	32	148	75.13
มัธยมศึกษา	11	1	4	0	16	8.12
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4	1	2	0	7	3.55
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	2	1	0	0	3	1.53
รวม	52	47	54	44	197	100
5. อาชีพหลัก						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	16	23	30	84	42.64
ข้าราชการบำนาญ	24	22	11	6	63	31.98
รับจ้าง	2	3	12	7	24	12.18
ค้าขาย	4	4	5	1	14	7.11
เกษตรกรรม	7	2	3	0	12	6.09
รวม	52	47	54	44	197	100
6. เงินสำหรับใช้สอยรายเดือน						
พอใช้	16	23	14	22	75	38.07
พอใช้และเหลือเก็บ	19	9	12	6	46	23.35
ไม่พอใช้	7	8	16	14	45	22.84
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	10	7	12	2	31	15.74
รวม	52	47	54	44	197	100

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจาก 4 ชมรมใน 4 ภาค (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) / ภาค					ร้อยละ
	ใต้	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	เหนือ	รวม (คน)	
7. ระยะเวลาที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ						
น้อยกว่า 1 ปี	6	11	4	0	21	10.67
1 – 3 ปี	22	21	34	18	95	48.22
4 – 5 ปี	13	11	7	14	45	22.84
6 – 10 ปี	11	4	9	8	32	16.24
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	0	0	0	4	4	2.03
รวม	52	47	54	44	197	100
8. งานอดิเรกในปัจจุบัน						
งานเกษตรกรรม	10	5	32	8	55	39.85
งานประดิษฐ์	10	18	2	9	39	28.26
ทำงานบ้าน	6	1	2	12	21	15.22
เลี้ยงสัตว์	4	4	0	1	9	6.52
ค้าขาย รับจ้างทั่วไป	2	1	3	2	8	5.80
อ่านหนังสือ เล่นเกมส์	4	0	1	1	6	4.35
รวม	36	29	40	33	138	100

ตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 55–84 ปี พบเพศชายมากกว่าเพศหญิงพบร้อยละ 65.48 สถานภาพคู่พบได้ใกล้เคียงสถานภาพหม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ ระดับการศึกษาพบระดับประถมศึกษามีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 75.13 ไม่ได้ประกอบอาชีพพบจำนวนสูงสุด ร้อยละ 42.64 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 31.98 เงินสำหรับใช้สอยรายเดือนพบว่า พอใช้ ร้อยละ 38.07 พบว่าไม่พอใช้และมีหนี้สินพบร้อยละ 15.74 ระยะเวลาเป็นสมาชิกของชมรมจำนวนสูงสุดร้อยละ 48.22 คือ 1 – 3 ปี งานอดิเรกที่ทำในปัจจุบันจำนวนสูงสุดคือ เกษตรกรรมพบร้อยละ 39.85 การอ่านหนังสือ/เล่นเกมส์พบจำนวนน้อยที่สุดคือร้อยละ 4.35

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามภาคที่เป็นที่ตั้งของชมรม

ภาค	$\bar{X}$ (คะแนนเต็ม = 30)	SD
ใต้	20.75	2.74
กลาง	19.32	2.29
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18.17	2.50
เหนือ	8.11	3.55
รวม	19.10	3.07

ตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าจากคะแนนเต็มความรู้เรื่องโรคที่พบเท่ากับ 30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 4 ภาค มีคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับ ภาคใต้ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ คือ 20.75, 19.32, 18.17 และ 18.11 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในระหว่าง 2.29-3.55

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาคที่เป็นที่ตั้งของชมรม

ภาค	$\bar{X}$ (คะแนนเต็ม = 40)	SD
ใต้	31.67	3.87
กลาง	28.70	3.78
ตะวันออกเฉียงเหนือ	28.15	3.55
เหนือ	26.84	3.78
รวม	28.94	4.15

ตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าจากคะแนนเต็มความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุเท่ากับ 40 คะแนน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 4 ภาค มีคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับ ภาคใต้ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ คือ 31.67, 28.70, 28.15 และ 26.84 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในระหว่าง 3.55-3.87 ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 28.94 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.15

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 4 ภาค จำแนกตามความต้องการกิจกรรมการใช้เวลาว่าง

กิจกรรมที่ต้องการ	จำนวน (คน) / ภาค					ร้อยละ
	ใต้	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	เหนือ	รวม (คน)	
หารายได้						
1. ปลูกพืชสวนครัว	25	25	38	28	116	23.97
2. จัดสวน	20	14	26	18	78	16.11
3. ผลิตสมุนไพร	18	9	24	15	66	13.64
4. ทำดอกไม้จันทน์	21	16	19	10	66	13.64
5. แปรรูปหรือทำอาหารคาว-หวาน	19	7	12	8	46	9.50
6. พับถุงกระดาษ	9	5	12	7	33	6.82
7. ทำไม้กวาด	4	5	11	3	23	4.75
8. การฝีมือ เย็บปักถักร้อย	9	4	5	3	21	4.34
9. ทอเสื่อ	2	6	3	4	15	3.10
10. อื่นๆ (ร้อยมาลัย, ทำพวงหรีด, ดอกไม้ประดิษฐ์, ทำโบว์, ทอผ้า, จัดดอกไม้, ทำเฟอร์นิเจอร์, แสดงละคร	3	13	1	3	20	4.13
รวม	130	104	151	99	484	100
กีฬา						
1. เปตอง	22	22	25	5	74	25.34
2. โยนห่วง	19	11	22	16	68	23.29
3. หมากรุก หมากฮอส	18	4	16	6	44	15.07
4. ตะกร้อ	12	8	10	4	34	11.64
5. ปิงปอง	13	4	6	3	26	8.91
6. แชร์บอล	6	3	1	10	20	6.85
7. แบดมินตัน	6	2	4	0	12	4.11
8. กอล์ฟ	0	2	5	2	9	3.08
9. ฟุตบอล	0	4	1	0	5	1.71
รวม	96	60	90	46	292	100

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ 4 ภาค จำแนกตามความต้องการกิจกรรมการใช้เวลาว่าง (ต่อ)

กิจกรรมที่ต้องการ	จำนวน (คน) / ภาค					
	ใต้	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	เหนือ	รวม (คน)	ร้อยละ
สันทนาการ						
1. รำไทย	37	24	27	23	111	26.43
2. กลองยาว	25	12	25	17	79	18.81
3. คาราโอเกะ	20	14	15	8	57	13.57
4. เต้นรำ	19	9	11	8	47	11.19
5. ระนาดวง	8	4	20	9	41	9.76
6. สีซอต่างๆ	4	8	9	6	27	6.43
7. อังกะลุง	5	4	12	3	24	5.71
8. โปงลาง	0	17	0	0	17	4.05
9. ขิม	3	3	1	3	10	2.38
10. แคน	0	4	0	0	4	0.95
11. ร้องเพลงไทยเก่าๆ	1	0	0	2	3	0.71
รวม	122	99	120	79	420	100

ตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุรายงานความต้องการด้านการหารายได้ จำนวนสูงสุดได้แก่ ปลูกพืชสวนครัว พบร้อยละ 23.97 รองลงมาได้แก่ จัดสวน ผลิตสมุนไพร และทำดอกไม้จันทน์ พบร้อยละ 16.11, 13.64 และ 13.64 ตามลำดับ ความต้องการที่พบน้อยที่สุดคือ ทอเสื่อ พบเพียงร้อยละ 3.10

ด้านการกีฬา พบเปตองจำนวนสูงสุดคือร้อยละ 25.34 โยนห่วงพบใกล้เคียงคือร้อยละ 23.29 จำนวนที่รายงานน้อยที่สุดคือฟุตบอล พบร้อยละ 1.71

ด้านสันทนาการ พบรำไทยจำนวนสูงสุดคือร้อยละ 26.43 รองลงมาคือกลองยาว พบร้อยละ 18.81 จำนวนที่รายงานน้อยที่สุดคือ ร้องเพลงไทยเก่าๆ พบเพียงร้อยละ 0.71

ข้อมูลอื่นๆ

จากการศึกษา สัมภาษณ์ และสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 4 ภาค ผู้วิจัยได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมดังนี้ **ด้านสุขภาพอนามัย** สิ่งที่เป็นปัญหาในปัจจุบันของผู้สูงอายุคือโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง ตาฝ้ามัว และเวียนศีรษะเป็นประจำ **ด้านความเป็นผู้นำ** สิ่งที่เป็นปัญหาคือการจัดการกับความกังวลและความเครียดของตนเอง ลูกหลานมีหนี้สิน **ทัศนศึกษา** สถานที่ผู้สูงอายุสนใจจะไปทัศนศึกษาคือ วัด โบราณสถาน วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น ทะเล และสวนสัตว์ **การมารวมกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ** ประมวลสิ่งที่เป็นปัญหาของ ผู้สูงอายุได้ดังนี้ 1) ปัญหาเรื่องการเดินทาง ผู้สูงอายุเดินทางมาชมรมไม่สะดวก เช่น บ้านอยู่ไกล ไม่มีรถโดยสาร ไม่มีเงินค่ายานพาหนะ ไม่มีผู้พามาชมรม 2) ปัญหาเรื่องเพื่อนสมาชิกผู้สูงอายุบางรายรายงานว่ามาชมรมแล้ว ไม่อยากมาอีกเพราะไม่ชอบพฤติกรรมของกลุ่มหรือพฤติกรรมของสมาชิกบางคน 3) ปัญหาเรื่องกิจกรรมในชมรม สมาชิกรายงานว่า ตนเองไม่รู้สึกว่ามีความหมายต่อชมรม การที่มาหรือไม่มาชมรมมีค่าเท่ากัน และรู้สึกตนเองว่าไม่สามารถจะทำกิจกรรมอะไรได้ในชมรม และ 4) จุดประสงค์ของการมารวมกลุ่ม สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจำนวนมาก มีจุดประสงค์ของการมาชมรมคือ การมารับการตรวจรักษาโรคและการมารับยาไปรับประทานที่บ้าน จุดประสงค์อื่น ๆ ไม่พบว่าจะมีการกล่าวถึงหรือดำเนินการในการรวมกลุ่ม

1.2 ทำการสัมภาษณ์ผู้บริหาร/แกนนำชมรมผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยหัวข้อที่ต้องการสอบถามและมีช่องว่างสำหรับบันทึก ประมวลข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร / แกนนำชมรมผู้สูงอายุจำนวน 21 คน ได้ดังนี้

1.2.1 วัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคือการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อรวมกลุ่มแล้วต้องมีความเอื้ออาทรต่อกัน ร่วมกันสร้างสรรค์ชุมชน ควรต้องมีกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากยังเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพ ส่วนการกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อกิจกรรมอื่น ๆ นั้นควรเปิดกว้างเนื่องจากชมรมแต่ละแห่งจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความต้องการของสมาชิกเป็นสำคัญ

1.2.2 คุณสมบัติของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุควรเป็นสถานที่รวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้พอสมควร ไม่ควรจำกัดเพศ และพื้นฐานความรู้ สมาชิกคือผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่ควรเปิดกว้างสำหรับบุคคลวัยอื่นที่สนใจจะเข้ามาช่วยงานของชมรมด้วย

1.2.3 บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระยะต่าง ๆ ของการจัดตั้งชมรมคือระยะก่อตั้ง ระยะดำเนินการ และระยะดำเนินการไปแล้วระยะหนึ่ง

ในระยะก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ พบข้อมูลว่าส่วนใหญ่เป็นการก่อตั้งโดยหน่วยงานของรัฐ การรวมกลุ่มด้วยกันเองระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ปรากฏ

ในระยะดำเนินการ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกจะได้รับการเลือกตั้งให้เป็นผู้นำหรือผู้บริหารชมรม จากข้อมูลพบว่า ผู้บริหารหรือผู้นำของชมรมผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความรู้ ความสามารถ (โดยเฉพาะความรู้ด้านการบริหารจัดการ) และบทบาทการเป็นผู้นำกลุ่มยังไม่ชัดเจน ในลักษณะเช่นนี้เจ้าหน้าที่ของรัฐจะทำหน้าที่เป็นแกนนำของชมรมโดยปริยาย ข้อเสนอแนะก็คือ ควรได้ทำการเสริมสร้างความเป็นผู้นำแก่แกนนำของชุมชน หากชุมชนมีแกนนำที่เข้มแข็ง แกนนำสามารถรวมกลุ่มทำหน้าที่บริหารจัดการงานของชมรมผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุก็จะเป็นสถานที่ ๆ ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อคุณภาพชีวิตของตนเองได้

ในระยะดำเนินการไประยะหนึ่ง พบว่ามีชมรมจำนวนมากที่หยุดการดำเนินงานหรือมีกิจกรรมน้อยลง การจะได้ดำเนินการต่อไปหรือหยุดการดำเนินงานขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อาทิ ลักษณะแกนนำหรือผู้บริหารชมรม สมาชิกและงบประมาณดำเนินงาน

1.2.4 กิจกรรมหลักของชมรมที่จะส่งเสริมผู้สูงอายุในด้านต่างๆ

กิจกรรมและการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุแต่ละแห่งจะแตกต่างกัน ความแตกต่างขึ้นอยู่กับประเภท ลักษณะและที่ตั้งของชมรม ลักษณะและประเภทของสมาชิกก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งของความแตกต่างในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม กิจกรรมหลักที่ควรปฏิบัติก็คือ กิจกรรมเพื่อความเข้าใจและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย การเป็นผู้นำท้องถิ่นและกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดความว้าเหว่

1.2.5 อุปสรรค ปัญหาของการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ

อุปสรรค ปัญหาที่พบได้แก่ 1) สถานที่ไม่เหมาะสม สถานที่ไม่มีความพร้อม เช่น ขาดห้องสุขา ขาดสนามหญ้า อาคารที่มีอยู่ไม่เหมาะสม และไม่สะดวกสำหรับใช้เป็นสถานที่ ๆ ที่ผู้สูงอายุจะรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรม 2) ขาดงบประมาณสนับสนุน ชมรมผู้สูงอายุไม่มีงบประมาณสนับสนุน ผู้สูงอายุเองไม่ทราบว่าจะหาแหล่งสนับสนุนจากที่ใด 3) ความรู้จากวิทยากร สมาชิกของชมรมจะได้รับความรู้จากวิทยากรในหัวข้อเรื่องที่มีผู้จัดมาบรรยาย สมาชิกของชมรมยังไม่มีโอกาสและยังไม่เคยใช้โอกาสเสนอหัวข้อที่ต้องการจะได้รับความรู้จากวิทยากร 4) จำนวนสมาชิก จำนวนสมาชิกของชมรมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจ จำนวนพอเหมาะคือเท่าใด ควรจะจำกัดจำนวนสมาชิกในแต่ละ

ชมรมหรือไม่อย่างไร การมีสมาชิกจำนวนมากหรือมีสมาชิกจำนวนน้อยจะได้รับผลดี ผลเสีย หรือไม่อย่างไร เหล่านี้คือข้อคำถามและข้อสังเกต

จากการประมวลข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แนวคิดเรื่อง**การเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชน** (Empowerment) น่าจะสอดคล้องกับแนวคิดของการสร้างเสริมความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เป็นแกนนำสำคัญของชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการจัดตั้งและดำเนินการชมรมโดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุและเพื่อชุมชน

งานวิจัยนี้จึงได้กำหนดแนวคิด "การเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชน" เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

2.1 ทำการสร้างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุโดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชนที่ได้จากระยะที่ 1 รูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่ยกร่างขึ้นประกอบด้วยหัวข้อ 4 หัวข้อพร้อมรายละเอียด หัวข้อทั้ง 4 ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 2) การดำเนินงาน การดำเนินงานมี 3 ระยะคือ ระยะก่อตั้ง ระยะดำเนินการ และระยะดำเนินการไประยะหนึ่ง 3) คุณสมบัติของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และ 4) กิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ

2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญด้านชมรมผู้สูงอายุจำนวน 19 คน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก)

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ร่วมกันพิจารณารูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น การประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เวลา 1 วัน คือวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 ณ โรงแรมมาร์คแลน อ.พัทยา จ.ชลบุรี (แสดงรายการการประชุมไว้ในภาคผนวก)

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายในหัวข้อชมรมผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิทยากรผู้นำการอภิปรายคือ น.พ.บรรลุ ศิริพานิช ที่ประชุมได้อภิปรายถึงความหมายของคำว่า "ชมรม" และความหมายของคำว่า "ผู้สูงอายุ" ลักษณะสำคัญของชมรมได้แก่ การมีสมาชิกในชมรม การมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและการมีสถานที่ตั้งแน่นอน(มี address) ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทยได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและด้านสถานภาพทางสังคม ที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันว่าชมรมผู้สูงอายุคือกุญแจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในการพิจารณารูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น ที่ประชุมเห็นชอบดังนี้

2.2.1 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

ควรเป็นวัตถุประสงค์กว้างๆ เป็นแนวทางให้ผู้ที่จะจัดตั้งไปดำเนินการตามศักยภาพและสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชน

2.2.2 การดำเนินงาน

การดำเนินงานควรเริ่มต้นจากการเสาะหาแกนนำในชุมชน จัดโอกาสให้แกนนำได้พบปะกัน หน่วยงาน องค์กร บุคลากรภาครัฐหรือเอกชนให้การสนับสนุนในระยะแรก และพยายามให้ชมรมได้ดำเนินการต่อไปด้วยตนเองให้มากขึ้น มีผู้ให้ความเห็นว่าผู้มีอาชีพครูหรือบุคลากรทางการแพทย์น่าจะเป็นแกนนำของชุมชนได้ดีเนื่องจากมีความพร้อมด้านความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญเฉพาะทาง

2.2.3 คุณสมบัติของสมาชิก

ที่ประชุมเห็นด้วยกับการไม่จำกัดเพศ อายุ ส่วนภาวะสุขภาพควรอยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นผู้ที่สนใจงานของชมรมผู้สูงอายุ

2.2.4 กิจกรรมหลักของชมรม

ที่ประชุมให้ความสำคัญต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเห็นชอบเป็นมติว่า กิจกรรมหลักของชมรมคือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ควรเป็นกิจกรรมตามที่สมาชิกต้องการ สมาชิกมีความถนัดหรือมีความสามารถพิเศษ

2.2 สถานที่

ที่ประชุมมีความเห็นสอดคล้องตรงกันว่า ควรเพิ่มประเด็นของสถานที่ลงในรูปแบบฯ สถานที่ตั้งของชมรมจะเป็นสถานที่ใดก็ได้ในชุมชน แต่จะต้องเป็นสถานที่ ๆ ผู้สูงอายุจะสามารถเดินทางไป-กลับได้อย่างสะดวก

จากการอภิปรายและให้ความเห็นชอบ ที่ประชุมพิจารณาปรับปรุงรูปแบบชมรมผู้สูงอายุจากที่ร่างไว้ แสดงรูปแบบชมรมที่ปรับปรุงในตอนต่อไป

ผู้วิจัยและทีมงานตั้งชื่อรูปแบบที่สร้างขึ้นไว้ว่า “รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง” ด้วยการวางแผนว่าจะนำรูปแบบนี้ไปทดลองใช้ ณ ชมรมผู้สูงอายุในตำบลพลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี

รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง
(PLUTALUANG ELDERLY CLUB MODEL)

1. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

เพื่อเป็นแหล่งสังสรรค์ของผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทรต่อกัน ดำเนินกิจกรรมเพื่อสุขภาพและกิจกรรมอื่นตามความต้องการของสมาชิกเพื่อประโยชน์สุขของสมาชิกและของชุมชน

2. การดำเนินงาน

ระยะ	บทบาท	
	ผู้สูงอายุ	หน่วยงาน องค์กร บุคคล
2.1 ก่อตั้ง	• รวมกลุ่มผู้สูงอายุ • อาสาสมัคร	• เสาะหาแกนนำชุมชน • จัดโอกาสให้แกนนำได้พบปะหารือ
2.2 ดำเนินการ	• มีส่วนร่วม • อาสาสมัครงานตามความถนัด สนใจ • สนับสนุนซึ่งกันและกัน • มีปรึกษาหารือ	• เสริมสร้างคุณค่าตนเองแก่แกนนำ • ให้การสนับสนุนตามความต้องการ • เป็นตัวอย่างผู้นำที่ดี (Role Modeling)
2.3 ดำเนินการไประยะหนึ่ง	• วางแผนกิจกรรมต่อไปเพื่อดึงดูดสมาชิก • เป็นตัวอย่างผู้นำที่ดี (Role Modeling)	• ให้การสนับสนุนตามความต้องการ

3. คุณสมบัติของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่สนใจงานด้านผู้สูงอายุ ไม่จำกัดเพศ ความรู้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่หลงลืม

4. กิจกรรมหลักของชมรม

4.1 กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

ได้แก่ การฝึกฝนพฤติกรรมอนามัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2 กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างบทบาทความเป็นผู้นำ

ได้แก่ การฝึกฝนพฤติกรรมการกล้าแสดงและทักษะการบริหารจัดการ

4.3 กิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อป้องกันความโดดเดี่ยว

ได้แก่ กิจกรรมที่เป็นความถนัดและความสนใจของสมาชิก อาจเป็นกิจกรรมเพื่อหารายได้ สันทนาการ หรือกิจกรรมช่วยเหลือสังคม

5. สถานที่

สถานที่ที่ใดก็ได้ที่ผู้สูงอายุจะเดินทางไป-กลับสะดวก ติดต่อได้

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

ทำการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบชมรมผู้สูงอายุด้วยการนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ การทดลองใช้คือการดำเนินงานซึ่งมี 3 ระยะคือ ระยะก่อตั้ง ระยะดำเนินการ และระยะดำเนินการไประยะหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่รูปแบบฯ กำหนดคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สนใจงานด้านผู้สูงอายุ ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดความรู้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่หลงลืม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 30 คน ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเสาะหาผู้สูงอายุที่จะสามารถเป็นแกนนำชุมชนได้ วิธีการเสาะหาคือ ทำการสอบถามจากบุคคลในชุมชนสอบถามเจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชนทั้งฝ่ายบริหารและฝ่ายการสาธารณสุข ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงไว้ในตาราง 4

วิธีดำเนินการ

การดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ ได้ดำเนินงานตามที่รูปแบบกำหนดโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดเป็นทีมงาน 5 คน ที่จะแสดงบทบาทเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานกล่าวคือ **ในระยะก่อตั้ง** จะทำหน้าที่เสาะหาแกนนำชุมชน จัดโอกาสให้แกนนำได้พบปะหารือและพยายามสร้างจิตสำนึกแก่กลุ่มตัวอย่างว่าชมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ **ในระยะดำเนินการ** จะทำหน้าที่เสริมสร้างคุณค่าตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ ให้การสนับสนุนตามความต้องการและเป็นรูปแบบ (Role Model) ที่ดีทั้งด้านพฤติกรรมอนามัย การเป็นผู้นำและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ **ในระยะดำเนินการไปแล้วระยะหนึ่ง** จะทำหน้าที่ให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างตามความต้องการ การทดลองและผลการทดลองเป็นดังนี้

ระยะก่อตั้ง

ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและทีมงานทำการเสาะหาแกนนำชุมชน ได้แกนนำชุมชนจำนวน 30 คน เมื่อได้แกนนำชุมชนจำนวนครบตามต้องการแล้ว จัดโอกาสให้แกนนำทั้ง 30 คน พบปะหารือกันโดยเลือกใช้บริเวณของโรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 เป็นสถานที่พบปะหารือ เหตุผลการเลือกใช้บริเวณภายในโรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 เพื่อความสะดวกด้านวิทยากร ความพร้อมของสถานที่และการเดินทางของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเดินทางไป-กลับได้

ระยะก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการไปตามวัน-เวลา ดังนี้

วันที่ 8 กรกฎาคม 2543 กลุ่มตัวอย่างได้มาพบปะกัน ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการทดลอง ขอความร่วมมือ แจ้งระยะเวลาดำเนินการทดลองคือตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2543 รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน แจ้งขั้นตอนดำเนินการและวิธีดำเนินการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการแล้ว ได้ดำเนินการใน 3 เรื่อง คือ

เรื่องที่ 1 รวบรวมคะแนนก่อนการทดลอง ดำเนินการโดย

1.1 ผู้สูงอายุทำแบบสอบความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุ (30 คะแนน)

1.2 สัมภาษณ์ความเป็นผู้นำของผู้สูงอายุ (40 คะแนน)

หลังจากผู้สูงอายุทำแบบสอบถามและสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนัดหมายเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแต่ละราย จุดประสงค์ของการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุคือการสังเกตสภาพที่บ้าน สภาพแวดล้อม รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (90 คะแนน) และข้อมูลด้านความสามารถในการบริหารจัดการ (60 คะแนน)

รวมคะแนนที่ทำการรวบรวมก่อนทดลอง

ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ = 30+90 = 120 คะแนน

ความเป็นผู้นำ = 40+60 = 100 คะแนน

เรื่องที่ 2 เลือกตั้งผู้แทนกลุ่มจำนวน 4-5 คน

ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตั้งประธานกลุ่ม 1 คน และผู้แทนกลุ่มอีกจำนวน 4-5 คน เพื่อทำหน้าที่บริหารและประสานงานภายในกลุ่ม ประธานกลุ่มและผู้แทนกลุ่มที่เลือกตั้งได้นี้ต่อมาเรียกชื่อว่าประธานชมรมและคณะกรรมการบริหารชมรม

เรื่องที่ 3 พิจารณาวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

จากวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ว่า "ชมรมผู้สูงอายุเป็นแหล่งสังสรรค์ของผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทรต่อกัน ดำเนินกิจกรรมเพื่อสุขภาพและกิจกรรมอื่นตามความต้องการของสมาชิกเพื่อประโยชน์สุขของสมาชิกและของชุมชน" กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันพิจารณาวัตถุประสงค์ข้างต้น และได้มีการตกลงเห็นชอบกับวัตถุประสงค์ของชมรมกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดวันที่มารวมกลุ่มและจัดกิจกรรมในชมรมสัปดาห์ละ 2 วัน คือทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 8.00-15.00 น.

ระยะดำเนินการ

ทีมงานวิจัยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างจัดตารางการเข้ารวมกลุ่ม จัดระเบียบและจัดกิจกรรมตามความต้องการของสมาชิกชมรม จากการจัดกิจกรรมและการดำเนินการภายใต้การสนับสนุนของทีมงาน กลุ่มตัวอย่างดำเนินการได้สำเร็จ ผลงานที่ปรากฏได้แก่

เรื่องที่ 1 จัดตั้งชื่อชมรมว่า ชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา

เรื่องที่ 2 กำหนดแผนงานการรวมกลุ่มในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี แผนงานประกอบด้วย

ภาคเช้า ออกกำลังกาย
พักดื่มน้ำสมุนไพร
สวดมนต์ สมาธิ แผ่เมตตา
ฝึกเล่นดนตรี (กลุ่มเลือกเล่นอังกะลุง)
พักกลางวัน ร่วมรับประทานอาหารที่ต่างคนต่างนำมาจากบ้าน รับประทานร่วมกัน

ภาคบ่าย ฝึกทักษะการเป็นผู้นำ
เสวนาสังสรรค์
ปรึกษาหารือเรื่อง การบำเพ็ญประโยชน์ต่อชุมชน ทัศนศึกษา ความรู้ที่ต้องการและวิทยากร พร้อมเสนอแนะกิจกรรมอื่นๆ

จากแผนงานการรวมกลุ่มข้างต้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้หารือ แสดงความคิดเห็น แสดงความต้องการและได้รวมกลุ่มตามความสนใจปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ **1) กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน** ได้แก่ สอนหนังสือนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียนบ้านขลอด ต.พลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี เรื่องที่สอนได้แก่ ศีลธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมไทย และการสูงอายุ ปลูกต้นไม้ริมถนนหลวงแผ่นดินหมายเลข 331 ร่วมกับ อบต. พลูตาหลวง เนื่องในวันเฉลิมพระชนม์พรรษาสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เก็บขยะและทำความสะอาดสนามรอบบริเวณโรงพยาบาลพลูตาหลวง เยี่ยมเพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอื่นที่เจ็บป่วย สาธิตการออกกำลังกายแก่ชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ใน ต. พลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี และชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง เยี่ยมผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์วาศนะเวศน์ จ.อยุธยา และร่วมบริจาคเงิน เข้าร่วมและสาธิตการออกกำลังกายในน้ำ ณ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ บริจาคเงินให้ชมรมพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา (ตามศรัทธาเพื่อเป็นค่าน้ำสมุนไพร) **2) กิจกรรมหารายได้** ได้แก่ การทำดอกไม้จันทน์ การเกื้อกูลสมาชิกให้มีรายได้ (ตัดเสื้อ ช่วยซื้อผักสวนครัว อาหารและขนม) **3) ทัศนศึกษาและกิจกรรมสังสรรค์**

ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากร จัดเล่นเกมส์และกีฬาทุกวันจันทร์ เยี่ยมชมวัดสวนแก้วและสนทนาธรรมกับพระพยอม กัลยาโณ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประสานเครือข่ายกับประธานและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวัดสวนแก้ว

เรื่องที่ 3 จัดทำระเบียบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา ระเบียบประกอบด้วย (แสดงไว้ในภาคผนวก)

หมวดที่ 1 หมวดความทั่วไป
2. สมาชิก
3. สวัสดิการของสมาชิก
4. การแต่งกายของสมาชิก
5. กิจกรรมของชมรม
6. การเลือกตั้งคณะกรรมการบริหารชมรม
7. การเงิน
8. บทสรุป

รายชื่อกรรมการ และที่ปรึกษา

ระยะดำเนินการไประยะหนึ่ง

เมื่อชมรมได้ก่อตั้งและดำเนินการไประยะหนึ่ง ผู้วิจัยทำการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบในระยะทดลอง 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ระยะหลังทดลอง 2 เดือน

จากการประชุมประเมินผล พบข้อมูลผู้สูงอายุรายงานสรุปได้ดังนี้

- ได้ความรู้หลายสาขา
- ได้รวมกลุ่ม
- ได้พบเพื่อนฝูง
- รู้สึกสดชื่นกว่าเก่า
- มีการใช้สมองจากการเข้ากลุ่ม
- ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- มีความสุขมาก
- ได้เล่นดนตรี (อังกะลุง)
- ปกติไม่กล้าพูด ตอนนี้กล้าพูดแล้ว
- ได้ศึกษาซึ่งกันและกัน
- รักชมรม ถ้าไม่มาจะห่วงมาก
- ได้แนวทางปฏิบัติตนด้านสุขภาพ
- ได้คลายเครียด
- ได้ทำประโยชน์ต่อคนอื่น
- รู้สึกกระตือรือร้นขึ้น ชอบมาก
- ได้เห็นคนหลง (เยี่ยมสถานสงเคราะห์คนชรา) ทำให้ปลง
- รักทุกคนในชมรม
- ได้เรียนใหม่อีกครั้ง เหมือนเป็นนักเรียน
- ได้รับความอบอุ่นจากเพื่อนในชมรม ทำให้ขยันขึ้น
- หูตาสว่างขึ้น
- จิตใจแจ่มใส ร่าเริงขึ้น

ข้อมูลที่ประทับใจจากการสังเกตของผู้วิจัยและการรายงานของกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสังคมอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุรายหนึ่งรายงานว่า "รู้สึกสดชื่น มีกำลังใจ มีความหวังที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป" อีกรายหนึ่งรายงานว่า "หลังเกษียณการทำงานผมมีปัญหา ตั้งใจจะนอนไปเลย 3 เดือน ผมเริ่มเขียนหนังสือไม่ได้ หลังจากเข้าร่วมกลุ่มในชมรม ผมรู้สึกดีขึ้นมาก ได้ช่วยงานด้านหนังสือของชมรม ตอนนี้ผมเขียนหนังสือได้เกือบปกติแล้ว" และอีกรายหนึ่งรายงานว่า "ชมรมที่ดีต้องมีระเบียบ สมาชิกต้องมีความตั้งใจและจริงใจ"

ภายหลังในระยะเวลาทดลอง 2 เดือน มีผู้สูงอายุ 1 ราย เจ็บป่วยกะทันหัน กลุ่มตัวอย่างจึงเหลือเพียง 29 คน

ระยะหลังทดลอง 3 เดือน (ปลายเดือนกันยายน พ.ศ.2543)

ผู้วิจัยและทีมงานทำการประเมินผลระยะหลังทดลอง 3 เดือน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจัดกิจกรรมสังสรรค์ จุดประสงค์ของการให้กลุ่มตัวอย่างจัดกิจกรรมคือ เพื่อสังเกตความเป็นผู้นำ การบริหารจัดการ การประสานงาน การแสดงออก และการจัดประเภทของอาหาร น้ำดื่ม และสุขลักษณะโดยทั่วไป จากการสังเกตและประเมินผลพบข้อมูลว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถทำงานเป็นทีม ทำหน้าที่บริหารจัดการ และประสานงานได้ระดับปานกลาง การจัดอาหาร น้ำดื่ม และสุขลักษณะทั่วไปอยู่ในระดับดี

จากข้อมูลที่ปรากฏ ผู้วิจัยและทีมงานได้เสนอแนะผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างให้พัฒนาความสามารถด้านการบริหารจัดการ การบริหารจัดการที่ดีต้องมีการวางแผน การคาดการณ์ล่วงหน้า การสื่อสารและการมอบหมายหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนเป็นเรื่องสำคัญยิ่งของการทำงานเป็นทีม

ระยะหลังทดลอง 6 เดือน (ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2543)

ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสมาชิกใหม่ ได้สมาชิกใหม่ทยอยเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 5 คน 10 คน และ 15 คน สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 ที่มีอยู่เดิมได้สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา (เดือนมกราคม พ.ศ.2544 สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนามีจำนวนทั้งสิ้น 230 คน) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน (เรียกว่าแกนนำ) ได้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง แสดงตนเป็นแบบอย่าง (Role Modeling) แก่เพื่อนสมาชิกใหม่ในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ความกล้าแสดงออก และการบริหารจัดการ

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนามีแผนงานกิจกรรมในอนาคตในเรื่องต่อไปนี้ **การปลูกพืชสมุนไพร** เพื่อนำมาใช้ในห้องหัตถบำบัด โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 (ผู้สูงอายุให้เหตุผลว่า เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องเสียค่ายานพาหนะไปซื้อไกล) **ส่งเสริมและอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมไทย** โดยการจัดสอนรำไทย และ (สมาชิกของชมรมจะเป็นผู้ฝึกสอน) **ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ** โดยการฝึกซ้อมลีลาศ **ประสานงานและสร้างเครือข่ายกับชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ ในตำบลพลูตาหลวง** เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และบำเพ็ญประโยชน์ต่อชุมชนท้องถิ่น

แสดงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงในตอนต่อไป

ตาราง 5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-62	2	6.67
63-65	5	16.67
66-68	13	43.33
69-71	7	23.33
72-74	3	10.00
รวม	30	100
เพศ		
หญิง	20	66.67
ชาย	10	33.33
รวม	30	100

I 20122032

ตาราง 5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	19	63.34
หม้าย	10	33.33
โสด	1	3.33
รวม	30	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	10.00
ประถมศึกษา	23	76.67
มัธยมศึกษา	3	10.00
อนุปริญญา / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1	3.33
รวม	30	100
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	66.67
ข้าราชการบำนาญ	7	23.33
ค้าขาย	2	6.67
รับจ้าง	1	3.33
รวม	30	100
เงินสำหรับใช้สอยรายเดือน		
พอใช้	17	56.67
พอใช้และเหลือจ่าย	9	30.00
ไม่พอใช้	3	10.00
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	1	3.33
รวม	30	100

ตาราง 5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
งานอดิเรก		
ปลูกต้นไม้/ ดอกไม้ประดับ	16	53.34
เย็บผ้า	6	20.00
งานบ้าน	3	10.00
เลี้ยงสัตว์ (ปลา, กบ, ไก่)	2	6.67
ทำดอกไม้ประดิษฐ์	1	3.33
เลี้ยงหลาน	1	3.33
ไม่ทำอะไร	1	3.33
รวม	30	100

ตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวนสูงสุดอายุอยู่ระหว่าง 66-68 ปี พบร้อยละ 43.33 เพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบร้อยละ 66.67 สถานภาพสมรสคู่ พบจำนวนสูงสุดร้อยละ 63.34 การศึกษา ส่วนใหญ่ประถมศึกษา พบร้อยละ 76.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนสูงสุดร้อยละ 66.67 เงินสำหรับใช้สอยรายเดือนอยู่ในระดับพอใช้ พบสูงสุดคือร้อยละ 56.67 งานอดิเรกที่ทำมากที่สุดคือ ปลูกต้นไม้ / ดอกไม้ประดับ พบร้อยละ 53.34

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ t คะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเป็นผู้นำของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 29)

คะแนน	ก่อน		หลัง		SD	t
	X_1	SD_1	X_2	SD_2	difference	
ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ						
ความรู้ (30 คะแนน)	22.06	4.69	26.48	5.15	2.79	14.25***
พฤติกรรมสุขภาพ (90 คะแนน)	56.90	13.83	75.17	7.13	10.11	30.97***
ความเป็นผู้นำ (100 คะแนน)	51.34	12.67	65.03	18.35	13.06	20.43***

*** $p < .001$

ตาราง 6 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเป็นผู้นำหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การทดลองนี้ยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ t คะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความเป็นผู้นำของกลุ่มตัวอย่าง (n = 29) และกลุ่มตัวอย่างสมาชิกใหม่ (n = 29)

คะแนน	กลุ่มตัวอย่าง		สมาชิกใหม่		t
	X_1	SD_1	X_2	SD_2	
ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ					
ความรู้ (30 คะแนน)	26.48	5.15	19.97	4.68	5.05***
พฤติกรรมสุขภาพ (90 คะแนน)	75.17	7.13	52.21	7.77	11.71***
ความเป็นผู้นำ	65.03	18.35	49.93	11.94	3.71***

*** $p < .001$

ตาราง 7 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเป็นผู้นำสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างสมาชิกใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การทดลองครั้งนี้ยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อมูลอื่นๆ

การประเมินผลในระยะที่ 3 ปลายเดือนธันวาคม 2543 กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลอื่นเพิ่มเติมดังนี้ **เรื่องอาหาร** มีความรู้เรื่องอาหารเพิ่มมากขึ้น ได้นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน ได้ลดอาหารเค็ม **เรื่องการออกกำลังกาย** ประทับใจตอนออกกำลัง มีพวกออกกำลังแล้วรู้สึกสนุก ออกกำลังแล้วรู้สึกแข็งแรงขึ้น ชอบมาก **เรื่องดนตรี** ชอบเล่นอังกะลุงมาก และต่อไปควรจะเพิ่มการร้องเพลงและการรำวงไทย อยากให้มีวงดนตรีประจำชมรมของเรา **เรื่องการเป็นผู้นำ** รู้จักปรับตัวขึ้นเพราะอยู่กับคนหมู่มากต้องมีระเบียบ รู้จักฟังมากขึ้น ได้พูด ได้ออกความเห็น กล้ายิ้ม กล้าทักคนอื่น อยู่ด้วยกันต้องอะลุ้มอะหล่วย มีอะไรก็เผื่อแผ่กัน ได้มีเพื่อนปรึกษาหารือ ภูมิใจที่ได้ร่วมก่อตั้งชมรม

ความเห็นทั่วๆ ไป ประมวลได้ดังนี้ เข้ามาอยู่ในชมรมแล้วรู้สึกหูตาสว่างขึ้น ได้พบได้เห็น ได้เที่ยว ได้ความรู้ประดับสติปัญญา ได้เพื่อน เมื่อก่อนเหมือนอยู่โลกมืด มีกำลังใจไม่เหงา ไม่หดหู่ เบิกบานใจ สดชื่น ใจมันฟู สนุกสนาน ได้ฝึกความสามัคคี ได้ฝึกความเป็นระเบียบและความพร้อมเพรียงกัน ไม่อยากขาด ได้ไปบอกเพื่อนบ้าน ได้ชวนเพื่อนบ้านมาเข้าเป็นสมาชิกชมรม ได้เอาความรู้ไปสอนลูกหลาน ลูกหลานเขาดีกับเรามากขึ้น เมื่อเครียดที่บ้านมาชมรมแล้วหายเครียด ไม่คิดมาก นอนหลับได้ ชอบทุกคนในชมรม ได้เข้าใจชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น มีความหวัง อยากทำประโยชน์ต่อชุมชนมากขึ้น ได้รู้จักการให้อภัย เข้าใจกลุ่มดีขึ้น อารมณ์เย็นขึ้นมาก ร่างกายกระชุ่มกระชวย ปัสสาวะดีขึ้น (เดิมปัสสาวะซึมๆ) ทุกอย่างในร่างกายดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ความดัน เบาหวาน ลดลง ฝึกออกกำลังตอนนี้เดินและวิ่งเหยาะ ๆ ได้แล้ว **ผู้สูงอายุรายหนึ่ง**เล่าว่า เพื่อนบ้านบอกว่าเธอดีขึ้น ไม่โกรธใคร ไม่เหมือนเมื่อก่อน เดิมเป็นคนขี้โมโห **สามีผู้สูงอายุรายหนึ่ง**เล่าว่า วันที่ภรรยาจะไปชมรม รู้สึกเขาดีใจมาก กลับจากชมรมก็มาร้องเพลงที่บ้าน รู้สึกอารมณ์ของเขาดีมากครับ

บทที่ 5

บทสรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นงานวิจัยพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินงานวิจัยเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพและปัญหาของชมรมผู้สูงอายุ การศึกษาประกอบด้วย

1) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 4 ภาค คือ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพรหมบุรี จ.สิงห์บุรี ชมรมผู้สูงอายุบ้านศิลา จ.ขอนแก่น และชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกล้วย จ.สุโขทัย การศึกษาระยะนี้พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ พบอายุอยู่ระหว่าง 62-70 ปี พบเพศชายมาชมรมมากกว่าเพศหญิงในทุกภาค สถานภาพหม้ายมีจำนวนสูงสุด การศึกษาจำนวนสูงสุดคือ ระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เงินใช้สอยอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด ระยะเวลาการเป็นสมาชิกคือ 1-3 ปี พบมากที่สุด งานอดิเรกในปัจจุบันพบจำนวนสูงสุดคืองานเกษตรกรรม ความต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ที่พบจำนวนสูงคือ ต้องการปลูกพืชสวนครัว ต้องการกีฬาเปตอง โยนห่วง และรำไทย คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุเท่ากับ 19.10 (คะแนนเต็ม = 30) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.27 คะแนนเฉลี่ยความเป็นผู้นำเท่ากับ 28.94 (คะแนนเต็ม = 40) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.15 และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้ **ด้านสุขภาพอนามัย** ส่วนที่เป็นปัญหาคือ โรคภัยไข้เจ็บของตนเอง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง ตามัว และเวียนศีรษะบ่อยๆ **ด้านความเป็นผู้นำ** ส่วนที่เป็นปัญหาคือ การจัดการกับความกังวลและความเครียดของตนเอง ลูกหลานมีหนี้สิน **ด้านทัศนศึกษา** สถานที่ที่ผู้สูงอายุสนใจจะไปทัศนศึกษาคือ วัด โบราณสถาน วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น ทะเล และสวนสัตว์ **ปัญหาอุปสรรคของการมารวมกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ** ได้แก่ การเดินทาง ผู้สูงอายุเดินทางมาชมรมไม่สะดวก เช่น บ้านอยู่ไกล ไม่มีรถ ไม่มีเงินค่ายานพาหนะ ไม่มีผู้นำมาชมรม ส่วนกิจกรรมในชมรมพบสมาชิกรายงานว่า ตนเองไม่มีความหมายต่อชมรม รู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถจะทำกิจกรรมอะไรได้ในชมรม **จุดประสงค์หลักของการมาเข้ารวมกลุ่ม** ยังมีบางชมรมที่ผู้สูงอายุมาชมรมเพื่อมารับการตรวจรักษาและรับยาไปรับประทานที่บ้าน และยังพบว่าไม่มีกิจกรรมอื่นใดนอกจากการตรวจรักษาโรคและรับยากลับบ้าน

2) ทำการสัมภาษณ์ผู้บริหาร/แกนนำชุมชนผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน การสัมภาษณ์ต้องการหาข้อมูลใน 3 ประเด็น คือ 1) วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 2) บทบาทในชมรมผู้สูงอายุของหน่วยงานองค์กรบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรที่ไม่ใช่นักสาธารณสุขและประชาชนผู้สูงอายุ และ 3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในชมรมผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์พบข้อมูลดังนี้ วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคือเป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทรต่อกัน การรวมกลุ่มควรมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกิจกรรมสุขภาพ ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ นั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิก **ด้านการมารวมกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ** กิจกรรมของแต่ละชมรมจะแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของ

สมาชิกซึ่งมีความแตกต่างกัน ชมรมจะต้องมีแกนนำที่เข้มแข็ง แกนนำที่เข้มแข็งจะมีส่วนผลักดันกิจกรรมของชมรมอย่างมาก ในปัจจุบันปัญหาของแกนนำชมรมก็คือ แกนนำยังมีความจำกัดในด้านความรู้ ความสามารถโดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการ บทบาทการเป็นผู้นำในชมรมยังไม่ชัดเจน และพบเสมอว่า ผู้นำหรือแกนนำของชมรมผู้สูงอายุคือบุคลากรของรัฐซึ่งอาจจะเป็นแพทย์หรือพยาบาล หากว่าชมรมนั้นจัดตั้งอยู่ภายในบริเวณของโรงพยาบาล อุปสรรคปัญหาอื่นๆได้แก่ สถานที่ตั้งของชมรมยังไม่เหมาะสม กล่าวคือ สถานที่ไม่มีความพร้อมที่จะให้ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มและดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุยังขาดงบประมาณสนับสนุนและขาดวิทยากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จำนวนสมาชิกของชมรมบางชมรมที่ลงทะเบียนไว้มีจำนวนมากที่ไม่เคยมารวมกลุ่มในชมรม

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ประมวลได้ ผู้วิจัยกำหนดใช้กรอบแนวคิดเรื่อง "การเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชน" (Empowerment) เป็นแนวคิดหลักของงานวิจัยนี้ โดยมุ่งหวังจะใช้ในการเสริมสร้างแกนนำผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

2.1 ยกร่างรูปแบบชมรมผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดหลักคือการเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชน

2.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญและผู้นำของชมรมผู้สูงอายุเพื่อพิจารณารูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่ยกร่างขึ้น รูปแบบที่ได้ปรับปรุงแก้ไขจากการประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม การดำเนินการ (ระยะก่อตั้ง ระยะดำเนินการ และระยะดำเนินการไประยะหนึ่ง) คุณสมบัติของสมาชิก กิจกรรมหลักของชมรม และสถานที่ตั้งของชมรม

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบที่ยกร่างขึ้น

ทำการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบที่ยกร่างขึ้นโดยนำไปทดลองใช้ สถานที่ทำการทดลองคือ โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 ต.พลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี การทดลองใช้รูปแบบดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อตั้ง ระยะดำเนินการ และระยะดำเนินการไประยะหนึ่ง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีดำเนินการ

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลพลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี ซึ่งมีรูปแบบตามรูปแบบกำหนดคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สนใจงานด้านผู้สูงอายุ ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดพื้นฐานความรู้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่หลงลืม ผู้วิจัยและทีมงานดำเนินงานตามรูปแบบกำหนดกล่าวคือ ในระยะก่อตั้ง ได้ทำการเสาะหาแกนนำชุมชน จัดโอกาสให้แกนนำได้พบปะหารือ สร้างจิตสำนึกกลุ่มตัวอย่างว่าชมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุและเพื่อชุมชน

ในระยะก่อตั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกตั้งผู้แทนกลุ่มจำนวน 5 คน (ต่อมาเรียกว่า ประธานและกรรมการบริหารชมรม) **ในระยะดำเนินการ** ผู้วิจัยและทีมงานจะทำหน้าที่เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ (Empowerment) โดยการเสริมสร้างคุณค่าตนเองแก่ผู้สูงอายุ ให้การสนับสนุนตามความต้องการและแสดงตนเป็นรูปแบบที่ดีทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความเป็นผู้นำและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างจัดทำตารางการเข้ารวมกลุ่ม จัดระเบียบและจัดกิจกรรมตามความต้องการของชมรม จัดทำระเบียบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา ตารางการเข้ารวมกลุ่มประกอบด้วย **ช่วงเช้า** ออกกำลังกาย พักดื่มน้ำสมุนไพร สวดมนต์ ทำสมาธิ แผ่เมตตา ฝึกเล่นดนตรี (ดนตรีที่เลือกคือ อังกะลุง) พักรับประทานอาหารกลางวัน (นำมาจากบ้านและรับประทานร่วมกัน) **ภาคบ่าย** ฝึกทักษะการเป็นผู้นำละเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ (กลุ่มตัวอย่างจะปรึกษาหารือเลือกหัวข้อตามความต้องการและเชิญวิทยากร) เสวนาสังสรรค์และหารือร่วมกันในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในช่วงดำเนินการได้แก่ สอนหนังสือในชั้นประถมศึกษา สอนศีลธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมไทย และการสูงอายุแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนบ้านขลอด อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี ปลูกต้นไม้ริมถนนร่วมกับ อบต. เนื่องในวันเฉลิมพระชนม์พรรษาสมเด็จพระบรมราชินีนาถ เก็บขยะ ทำความสะอาดบริเวณโรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 เยี่ยมเพื่อนในชมรมซึ่งเจ็บป่วย ร่วมงานศพ ประสานเครือข่ายและสาธิตการออกกำลังกายแก่ชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ในตำบลพลูตาหลวง บริจาคเงินตามศรัทธาแก่ชมรม เยี่ยมผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์วาศนะเวศน์ จ.อยุธยา สนทนาธรรมกับพระพยอม กัลยาโณ กิจกรรมหารายได้ ได้แก่ ทำดอกไม้จันทน์ และขนม **ในระยะดำเนินการไปแล้วระยะหนึ่ง** ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในระยะทดลอง 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน **ทำการประเมินในระยะ 2 เดือน** (ปลายเดือนสิงหาคม 2543) ด้วยการให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองและรายงานต่อที่ประชุม พบข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า รู้สึกตนเองมีความสุขขึ้น ไม่เหงา รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและจะทำประโยชน์ต่อชมรมได้ มีความรู้ เข้าใจและต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่าชมรมที่ดีต้องมีระเบียบ สมาชิกต้องมีความตั้งใจและจริงใจ ผลการประเมินในระยะที่ 2 นั้น ผู้วิจัยและทีมงานได้ปรับปรุงและสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมในเรื่องต่อไปนี้ การจัดหารองเท้ากีฬาสำหรับการออกกำลังกายแก่กลุ่มตัวอย่างทุกคน จัดระเบียบการวางรองเท้าหน้าห้องชมรม วินัยในการอยู่รวมกลุ่ม ประเภทและลักษณะของอาหารกลางวันที่ผู้สูงอายุนำมาจากบ้าน ควรเป็นอาหารประเภทปลา ผัก และไม่มีไขมัน และการจัดน้ำดื่มสมุนไพร ทำการ**ประเมินผลในระยะ 3 เดือน** (ปลายเดือนกันยายน 2544) ด้วยการให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจัดกิจกรรมสังสรรค์ ผู้วิจัยและทีมงานสังเกตพฤติกรรมสุขภาพและความเป็นผู้นำ การบริหารจัดการ การประสานงานและการแสดงออก จากการสังเกตและประเมินผลพบข้อมูลว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถทำงานเป็นทีมทำหน้าที่บริหารจัดการและประสานงานได้ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการจัดอาหารน้ำดื่ม และสุขลักษณะทั่วไปอยู่ในระดับดี ภายหลังการประเมินผลผู้วิจัยและทีมงานเสนอแนะกลุ่มตัวอย่างให้พัฒนาความสามารถด้านการบริหารจัดการ กล่าวคือ การบริหารจัดการต้องมีการวางแผน การสื่อสารและการมอบหมายหน้าที่แก่สมาชิก ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการทำงานเป็นทีม

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในระยะ 6 เดือน หลังการทดลอง (ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ.2543) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสมาชิกใหม่ ได้สมาชิกใหม่ทยอยเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 5 คน 10 คน และ 15 คน สิ้นเดือนธันวาคมมีสมาชิกใหม่เข้าสมทบจำนวน 40 คน และเมื่อสิ้นเดือนมกราคม 2544 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 ที่มีอยู่เดิมได้สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนาทั้งสิ้นจำนวน 230 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง แสดงตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เพื่อนสมาชิกใหม่ทั้งในด้านการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ พฤติกรรมสุขภาพ และการแสดงบทบาทการเป็นผู้นำท้องถิ่น

ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองทั้งในเรื่องความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเป็นผู้นำสูงกว่าก่อนเข้ารับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 14.25, 30.97$ และ 20.43 ตามลำดับ) และผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 เรื่องของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสมาชิกใหม่ (จับคู่ในเรื่องเพศ อายุ และระดับการศึกษา $N = 29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.05, 11.71, 3.71$ ตามลำดับ) การวิเคราะห์ยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากผลการวิเคราะห์แสดงว่า รูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและความเป็นผู้นำ ช่วยป้องกันและลดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุได้

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงที่พัฒนาจากงานวิจัยนี้ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินงาน คุณสมบัติของสมาชิก กิจกรรมหลักของชมรม และสถานที่ตั้งของชมรม ดังจะกล่าวรายละเอียดในตอนต่อไป

1. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

รูปแบบฯ ได้กำหนดไว้ว่า การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งสังสรรค์ของผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทรต่อกัน ดำเนินกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และกิจกรรมอื่นตามความต้องการของสมาชิกเพื่อประโยชน์สุขของสมาชิกและของชุมชน

วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุข้างต้นได้กำหนดมาจากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุไทย กล่าวคือ จากการศึกษาสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุไทยโดยรวมยังมีปัญหาด้านสุขภาพ ยังมีความจำกัดในบางเรื่อง อาทิ ความเป็นผู้นำในท้องถิ่น การรู้หนังสือ และยังอยู่ในสภาพยากจนอีกเป็นจำนวนมาก ดังนั้นวัตถุประสงค์ที่กำหนดจึงได้เน้นประเด็นเฉพาะการรวมกลุ่มสังสรรค์ การเอื้ออาทร แต่ต้องมีกิจกรรมสุขภาพ การกำหนดวัตถุประสงค์ได้เน้นเฉพาะประเด็นหลักของผู้สูงอายุ

และมีความยืดหยุ่นพอเพียงที่ชมรมแต่ละแห่งสามารถนำไปดำเนินการตามสภาพท้องถิ่นและลักษณะของสมาชิกผู้สูงอายุแต่ละชมรมได้

2. การดำเนินงาน

การดำเนินงานได้เน้นบทบาทของกลุ่มบุคคล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มของหน่วยงาน องค์กร และบุคคล กลุ่มบุคคลทั้ง 2 กลุ่มจะมีบทบาทแตกต่างกันใน 3 ระยะของการดำเนินงาน ในระยะก่อตั้ง หน่วยงาน องค์กร หรือบุคคลผู้สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุจะทำการเสาะหาแกนนำชุมชน ในสภาพสังคมไทยโดยเฉพาะสังคมชนบท การเสาะหาแกนนำกระทำได้ไม่ยากนัก เมื่อได้แกนนำซึ่งแกนนำเหล่านี้ต้องสมัครใจแล้วต้องมีการจัดโอกาสให้แกนนำได้พบปะหารือกัน ในระยะนี้ได้ให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มและอาสาสมัครทำงานในหน้าที่ต่าง ๆ ของกลุ่ม การปฏิบัติเช่นนี้เชื่อว่าต่อไปการดำเนินงานของชมรมจะประสบผลสำเร็จได้เพราะว่าการทำงานในชมรมที่เป็นกิจกรรมของชุมชนได้ดำเนินการโดยคนในชุมชน (Wilkinson, 1999) **ระยะดำเนินงาน** กลุ่มหน่วยงาน องค์กร และบุคคลจะทำหน้าที่เสริมสร้างคุณค่าในตัวเองให้แก่ผู้สูงอายุ (Empowerment) โดยการให้ความรัก ให้ความเอื้ออาทร ให้โอกาส ให้ข้อมูลข่าวสาร บอกความคาดหวังที่ชัดเจน ช่วยขจัดอุปสรรคต่าง ๆ พร้อมที่จะให้การสนับสนุนและแสดงตนเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งถือว่าผู้สูงอายุได้รับความเอาใจใส่และเป็นผลดีด้านจิตวิญญาณ (Fisher, 1996) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุเองนั้นเป็นกลุ่มสำคัญที่สุดที่จะต้องเป็นผู้สร้างพลังอำนาจนั้นด้วยตนเอง การสร้างพลังอำนาจในตนเองกระทำได้ด้วยการมีส่วนร่วมในกิจการของชมรม อาสาสมัครงานที่ตนเองถนัดและสนใจ มีการสนับสนุนและปรึกษาหารือกันภายในกลุ่ม พร้อมทั้งได้เรียนรู้จากแบบอย่างที่ดี ในระยะดำเนินการนี้ได้พบผลของการเสริมสร้างอำนาจประชาชน คือพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างแสดงออกถึงความพึงพอใจที่ได้เข้ารวมกลุ่ม รักชมรม รอคอยวันที่กำหนดจะมาพบกันในชมรม (ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดีของสัปดาห์) ซึ่งผู้รู้กล่าวไว้เช่นกันว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้มากจะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตมาก (Birren, 1988) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้สูงอายุบางรายได้รวมกลุ่มกันนอกเหนือจากวันที่กำหนดคือ ได้มาพบกันเพื่อทำดอกไม้จันทน์ ได้เพิ่มเวลาให้ตนเองและรวมกลุ่มในการฝึกซ้อมอังกะลุง อนึ่งการใช้ดนตรีอังกะลุงสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าได้ประโยชน์หลายประการ อาทิ มีการเล่นเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุได้ใช้กล้ามเนื้อแขน มือ และข้อเล็ก ๆ ของนิ้วมือ และราคาไม่แพงเพราะเป็นเครื่องดนตรีพื้นบ้านทำจากวัสดุในท้องถิ่น ในระยะดำเนินงานไประยะหนึ่งภายหลังการทดลอง 2 เดือน ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าตนเองมีความสุขขึ้น ไม่เหงา รู้ตัวว่าตนเองมีคุณค่าและทำประโยชน์ต่อชมรมได้ มีความรู้ มีความเข้าใจ และต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะที่ชมรมได้จัดตั้งและดำเนินงานไปแล้ว ความเอื้ออาทร และการสนับสนุนซึ่งกันและกันจะต้องดำเนินต่อไปอีกอย่างต่อเนื่อง ได้มีการสนับสนุนในการจัดหารองเท้ากีฬาสำหรับการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างให้ครบทุกคน ได้มีการพบปะทั้งส่วนตัวและเป็นกลุ่ม สอบถามเรื่องความทุกข์สุข การทำมาหากิน และลูกหลาน ตลอดจนปัญหาในชีวิตประจำวัน ทำการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นด้วยวิธีที่ดีที่สุดที่ผู้สูงอายุพึงกระทำได้ ได้มีการหารือ แนะนำประเภทและลักษณะ

อาหารที่ผู้สูงอายุนำมารับประทาน ร่วมกัน ควรเป็นอาหารประเภทผัก ปลาและไม่มีไขมัน ภายหลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า ในการจัดกิจกรรมสังสรรค์ที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเรื่องอาหาร น้ำดื่ม และสุขลักษณะทั่วไปอยู่ในระดับดี สนใจการทำงานเป็นทีม ส่วนความสามารถด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจะได้ปรับปรุงตนเองในเรื่องการวางแผนงาน การประสานงาน การสื่อสารและการมอบหมายหน้าที่แก่สมาชิกซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญของการทำงานเป็นทีม เมื่อชมรมก่อตั้งมาได้ครบ 6 เดือน ชมรมได้เปิดรับสมาชิกใหม่ ได้สมาชิกใหม่ทยอยเข้าสมทบเป็นระยะๆ (สิ้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 ที่มีอยู่เดิมได้สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนาจำนวนทั้งสิ้น 230 คน ซึ่งในจำนวนสมาชิก 230 คนนี้ จะได้มีการเลือกตั้งประธานชมรมและกรรมการบริหารชมรมกันใหม่เหมือนในระยะก่อตั้งชมรม และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจะต้องเข้าร่วมกลุ่ม อาสาสมัครงานทำตนเป็นแกนนำของงาน ให้โอกาส สนับสนุนซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือ เสริมสร้างคุณค่าตนเองแก่ผู้สูงอายุด้วยกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกใหม่ พร้อมทั้งแสดงบทบาทเป็นตัวอย่างผู้นำที่ดีทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความเป็นผู้นำ และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน

ด้วยการสร้างพฤติกรรมการเข้าร่วมกลุ่มเช่นนี้ ถือว่าเป็น**การพัฒนาที่ยั่งยืน**สำหรับการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชน และผลการทดลองครั้งนี้สนับสนุนคำกล่าวที่ว่า การส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายคือมาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543 : 21)

3. คุณสมบัติของสมาชิก

ชมรมผู้สูงอายุควรเปิดโอกาสอย่างกว้างขวางสำหรับผู้สนใจงานของผู้สูงอายุ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของการรวมกลุ่มเพื่อบำเพ็ญประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ดังนั้นคุณสมบัติของสมาชิกจึงได้กำหนดไว้ว่าไม่จำกัดเพศ ความรู้ แต่ต้องเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้และสนใจงานผู้สูงอายุ ทั้งนี้สำหรับผู้ที่มีอายุไม่ถึง 60 ปี หากมีความสนใจในงานผู้สูงอายุ ก็สามารถเข้าร่วมกิจกรรมชมรมในฐานะอื่น ๆ ได้ ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น สับสน หลงลืม หรือเจ็บป่วยก็น่าจะเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือในโรงพยาบาล

4. กิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุที่รูปแบบกำหนดไว้มี 3 กิจกรรม คือ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความเป็นผู้นำในท้องถิ่น ลดและป้องกันความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะว่าผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบันประสบปัญหาอย่างมากด้านสุขภาพ มีความจำกัดในการแสดงบทบาทผู้นำท้องถิ่นและยังไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุเพื่อบำเพ็ญประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อชุมชน ดังนั้นกิจกรรมทั้ง 3 จึงถือเป็นกิจกรรมหลักของชมรม ซึ่งทั้ง 3 กิจกรรมนั้น ชมรมแต่ละชมรม

สามารถดำเนินการด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งขึ้นกับความพร้อม ความสามารถและความเหมาะสมของสมาชิกและของชมรมแต่ละชมรมได้

5. สถานที่ตั้ง

เนื่องด้วยการเดินทางเข้าร่วมกลุ่มในชมรมเป็นปัญหาอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ดังนั้น รูปแบบกำหนดว่า สถานที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุจะเป็นที่ใดก็ได้ (เช่น บริเวณภายในวัด บริเวณบ้านของใครก็ได้ที่มีความเหมาะสม หรืออาจจะเป็นสถานที่ราชการที่สามารถจัดสรรได้) ทั้งนี้หลักการของการเลือกสถานที่ตั้งชมรมก็คือ ต้องเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุจะต้องเดินทางไป-กลับสะดวก ปลอดภัย และเสียค่าใช้จ่ายน้อย และเป็นสถานที่ที่สามารถติดต่อประสานงานได้

ผลจากการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้โดยใช้สถานที่บริเวณโรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี เป็นเวลา 6 เดือน พบว่ารูปแบบสามารถเสริมสร้างความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความเป็นผู้นำในท้องถิ่นของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้ รูปแบบได้สร้างความพึงพอใจ ช่วยป้องกันและลดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ ช่วยสร้างจิตสำนึกแก่ผู้สูงอายุและชุมชนว่าชมรมผู้สูงอายุต้องดำเนินการโดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุและเพื่อชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถทำหน้าที่แกนนำของชมรมได้ดี สามารถบริหารจัดการและดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงซึ่งได้ร่วมกันก่อตั้งขึ้นมาได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ด้วยข้อมูลและผลการทดลองข้างต้น จึงกล่าวได้ว่า "รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง" สามารถนำมาใช้เพื่อดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน เห็นสมควรเผยแพร่รูปแบบเพื่อให้มีการใช้ "รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง" เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ อย่างกว้างขวางต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ สำนักนายกรัฐมนตรี (2535). สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหามกุฎราชวิทยาลัย.

นัยพินิจ คชภักดี. (2536). "การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยด้านวิทยาศาสตร์- ชีวภาพและการแพทย์" เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดล. ธันวาคม 2536 (อัดสำเนา).

บรรลุ ศิริพานิช , ฉลาด ถิรพัฒน์, มรกต สิงหะคเชนทร์, พนิษฐา พานิชาชีวะกุล และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2539). **ชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม.** รายงานการวิจัยในนามสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

ประนอม โอทกานนท์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2537). ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ รายงานการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประนอม โอทกานนท์. (2543). **การประกันคุณภาพการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. (2543) **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์.** กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี บ.จ.ก.

วิฑูร แสงสิงแก้ว. (2536). "นโยบายและแผนปฏิบัติการระยะยาวของโครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย" ในรายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง การประสานแผนการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ วันที่ 26–27 เมษายน 2536 ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ จัดโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2536). "การปรับตัวของผู้สูงอายุ". เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง "การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย" จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดล. ธันวาคม 2536 (อัดสำเนา).

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (2542). **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2542-2559.** กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอเดียสแควร์.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (2539). "ปัญหาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในรายงานการพิจารณาศึกษาเรื่อง ปัญหาสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพชีวิต, พฤษภาคม 2539 (อัดสำเนา).

สุชาดา แก่นแก้ว. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรมัย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, สิรินทร ฉันศิริกาญจน, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ นวลอนันต์ ตันติเกตุ. (2543). **ภาพลักษณ์ของประชากรผู้สูงอายุ ระบบสวัสดิการและบริการในศตวรรษหน้า.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Aller, Loretta J. and Coeling, Harriet Van Ess, (1995). "Quality of life : its meaning of the long-term care resident". **Image :Journal of Nursing Scholarship**. 21 (2).

Birren, James ; Bengtson, Verr L. editors. (1988). **Emergent theories of aging**. New York : Springer Publisher Co.

Burbank, Patricia M; Padula, Cynthia A.; and Nigg, Claudo R., (2000). "Changing health behaviors of older adults". **Journal of Gerontological Nursing**. 26 (3) : 26 –33.

Butler, Robert N. (1998). Physical fitness : benefits of exercise for the older patient. **Geriatrics**. 52 (10) : 46.

Butler, Robert N. ; Cohen, Gene ; Lewis, Myrna I. and others. (1977). Late-life depression ; how to make a difficult diagnosis. **Geriatrics**. 52 (3) : 37.

Connelly, Lynne M.;Keele, Beck S.; Kleinbeck, SusanV.M.; Schneider, Joanne Krazenzle; and Cobb, Ann Kuckelman. (1993). "A place to be your – self:empowerment from the client's perspective". **Image: Journal of Nursing Scholarship**. 25 (4) : 297 – 303.

Duffy, Mary E. (1993). "Determinant of health-promotion lifestyles in older persons". **Image : Journal of Nursing Scholarship**. 25 (1) : 23-28.

Eliopoulos, Charlotte. (1993). **Gerontological Nursing**. Philladelphia : Lippincott Co.

Fisher, Mary L. (1996). **Redesigning the nursing organization**. Boston, Delmer Publishers.

Grajczyle, Andreas : Zollner, Oliver (1998). "How older people watch television". **Gerontology**. 44 : 176.

Karper, Willium B. and Boschen, Martha B. (1993). "Effects of exercise on acute respiratory tract infections and related symptoms". **Geriatric Nursing**. 14 (1) : 18.

Koening, Harold G. (1999). "Late-life depression : How to treat patients with comorbid chronic illness". **Geriatrics**. 54 (5) : 56.

Miller, Carol A. (1995). **Nursing care of older adult**. Philadelphia : J.B. Lippincott Co.

Paterson, J., Blashko, C., & Janzen, H. (1991). **When you stand alone**. Alberta : Three Pears Publishing.

Rappaport, J. (1984). "Studies in empowerment : Introduction to the issue" in Connelly, Lynne M.; and Others (1993) : A place to be your-self : empowerment from the client ' s perspective". **Image : Journal of Nursing Scholarship**. 25 (4) : 297-303.

Shearer, Ruth ; Davidhizar, Ruth. (1999). "Conquering loneliness". **Elderly care**. 11 (2) : 12.

Trice, Lucy Bland. (1990). "Meaningful life experience to the elderly". **Image : Journal of Nursing Scholarship.** 22 (4) : 248-251.

Wade, L. and Water, K. (1996). **A textbook of gerontological nursing : perspective on practice.** London : Bailliere tindall.

Wilkinson, Geoff ; Miers, Margaret ;editors. (1999). **Power and nursing practice.** London Macmillan Press. Ltd.

Zerwekh, Joyce V. (1992). The practice of powerment and coercion by expert public health nurses. **Image : Journal of Nursing Scholarship.** 24 (2) : 102.

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

รายชื่อแกนนำ / ผู้บริหารชมรมที่ทำการสัมภาษณ์

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ

รายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง)

1. พ.อ.อ.ถนอม บุญฉ่ำ
2. พ.จ.อ. บังเอิญ ช่อทอง
3. น.ต.สุคนธ์ อัตตะนังค์
4. น.ท.สุรพงศ์ เพชรราม
5. พ.อ.อ.จำนวน นาคเสวี
6. นายทองใบ วังชัย
7. นายมาก สุวรรณเพชร
8. นางรัชนี ช่อทอง
9. นางเตือน วงษ์สาลี
10. นางจำลอง มณีรัตน์
11. นางก้าน พอใจ
12. นางสมบูรณ์ ลดหวัน
13. นายสมศรี ไชยณรงค์
14. นายประ เรืองบำรุง
15. นางพิมล หอมสมบูรณ์
16. นางพุก สุนทร
17. นางกานดา ธาราธงไพบูลย์
18. นางทองอยู่ สมจิตร
19. นางวน บัวบาน
20. นางพยุง มิตรยง
21. นางสาวย่อม สุจริต
22. นางจงกล เที่ยงแท้
23. นางทองหล่อ ถนอมวงศ์
24. นางนิยม เพชรต่าย
25. นายหอม ศรีโรจน์
26. นางแป้น ทรัพย์สิน
27. นางเชื่อม อินทแพทย์
28. นางฉลวย ทรัพย์บริบูรณ์
29. นางประไพ ช่วยทอง

รายชื่อแกนนำ / ผู้บริหารชมรมที่ทำการสัมภาษณ์

1. น.ส.เรณู แสงสุวรรณ์	ผู้ประสานงานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. นางสมปอง เลี้ยงสุทธิสุคนธ์	เลขานุการชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. นางอุษา ชลวาณิช	ผู้ช่วยเลขานุการศูนย์บริการผู้สูงอายุ ต.วัดโบสถ์ อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี
4. นายสำรวย ธรรมเมธา	เลขานุการศูนย์บริการผู้สูงอายุ ต.วัดโบสถ์ อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี
5. นายนาค คำสินธุ์	ประธานศูนย์ผู้สูงอายุ ต.วัดโบสถ์ อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี
6. นายชัยศักดิ์ ประพันธ์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพนัสนิคม อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี
7. น.ส.ศรีนิล อยู่เป็นสุขดี	ผู้ประสานงานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพนัสนิคม อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี
8. นายเชิด บุรีจันทร์	ที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้านศิลา จ.ขอนแก่น
9. นางกรรณิกา พิณศรีสุข	พยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลสุโขทัย จ.สุโขทัย รับผิดชอบงานชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกล้วย
10. น.พ.ณัฐ หาวารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมบุรี อ.พรหมบุรี จ.สิงห์บุรี
11. น.ส.พัชรี ตั้งเจริญ	นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลพรหมบุรี อ.พรหมบุรี จ.สิงห์บุรี
12. นางนันทวัน วราโภ	พยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลพรหมบุรี อ.พรหมบุรี จ.สิงห์บุรี
13. นางชะลี้ อินอยู่	อาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกล้วย จ.สุโขทัย
14. นางสาหร่าย อารีรักษ์	อาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกล้วย จ.สุโขทัย
15. นางศิริลักษณ์ โฆษสิทธิเกษม	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสุโขทัย จ.สุโขทัย
16. นายอินทร์ ม่วงพุ่ม	ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกล้วย จ.สุโขทัย
17. ร.อ.รังสรรค์ บุญเลิศ	ที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากร
18. นางชวนพิศ สินธุวรการ	หัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 จ.ชลบุรี
19. พ.อ.อ.ถนอม บุญฉ่ำ	อดีตประธานชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี
20. นายจำรูญ ชมนาวัง	ประธานชมรมผู้สูงอายุขอนแก่น จ.ขอนแก่น
21. นายบุญธรรม บ้านศิลา	ประธานชมรมผู้สูงอายุบ้านศิลา ต.ศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ
ณ โรงแรมมาร์คแลน อ.พัทยา จ.ชลบุรี
วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ.2543

1. นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช	ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
2. พล. ร.ต.อำนวย ชูโต	ที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์
3. นางมาลัย โกมลมิศร์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 33
4. นางพยอม อัมพผลิน	ประธานชมรมผู้สูงอายุดินแดง
5. นายประกิตติ์ ศรีตลานนท์	ประธานสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ประจำจังหวัดชลบุรี
6. นายจิรายุทธ์ สุวรรณจรัส	ผู้ช่วยประชาสงเคราะห์ จังหวัดชลบุรี
7. พ.อ.อ. ถนอม บุญฉ่ำ	ที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุ ต.พลูตาหลวง จ.ชลบุรี
8. นายชัยศักดิ์ ประพันธ์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพนัสนิคม
9. นางประมวล สาครพันธ์	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ เขตดุสิต
10. ผศ.ผุสดี ธรรมรักษ์	รองประธานชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล
11. นางนงนุช วิลาสิณีวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข 7 กระทรวงสาธารณสุข
12. ร.อ.สังสรรค์ บุญเลิศ	รักษาการหัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์
13. จ.อ.ครรชิต มั่นใจ	เจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์
14. นายพเยาว์ ไทประดิษฐ์	เลขานุการชมรมผู้สูงอายุประจำตำบลห้วยใหญ่
15. นายสำรวย ธรรมเมธา	เลขานุการศูนย์บริการผู้สูงอายุ ประจำตำบลวัดโบสถ์ จ.ชลบุรี
16. นางผ่องใส เจนศุภการ	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 จ.ชลบุรี
17. นายเจือ นาวาพนม	รองประธานชมรมผู้สูงอายุ จ.ฉะเชิงเทรา
18. นางระเบียบ เชยชม	นักวิชาการสาธารณสุข จ.จันทบุรี
19. น.อ. (พิศษ) ณรงค์ กัณหะกาญจนะ	ชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด กรุงเทพมหานคร

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ
ณ ห้องสัตหีบ โรงแรมมาร์คแลนด์เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี

8.00-8.30 น.	ลงทะเบียน ณ ห้องสัตหีบ (ชั้น 3)
8.30-9.45 น.	พิธีเปิดการประชุม
	บรรยายพิเศษ "ชมรมผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ"
	โดย น.พ. บรรลุ ศิริพานิช
9.45-10.30 น.	นำเสนอข้อมูล 1. การศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีความพึงพอใจในชีวิตกับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ไม่พึงพอใจในชีวิต 4 จังหวัดชายทะเล ภาคตะวันออก
	2. รูปแบบชมรมผู้สูงอายุ (ฉบับร่าง)
	โดย รศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์
10.30-10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45-12.00 น.	พิจารณารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้เข้าร่วมประชุม
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน ณ ห้องสกายเรสทัวรอง
13.00-14.30 น.	พิจารณารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ (ต่อ)
14.30-14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.45-15.45 น.	สรุปรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ
15.45-16.00 น.	พิธีปิดการประชุม

ภาคผนวก ข

แบบวัดความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

แบบวัดความเป็นผู้นำ

แบบสังเกต / สัมภาษณ์พฤติกรรมแสดงออก

สถานการณ์จำลองวัดความสามารถการบริหารจัดการ

แบบสอบ/สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
ในโครงการวิจัย "พัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ"

คำชี้แจงในการสอบ/สัมภาษณ์

1. สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและตอบคำถามได้
2. สถานที่ใช้สัมภาษณ์เงียบสงบมีความเป็นส่วนตัว
3. เริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการทักทายแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้สูงอายุ
4. พูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยน้ำเสียงและจังหวะที่เหมาะสม ไม่เร่งรัด หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดหรือท่าทีที่ทำให้ผู้สูงอายุกังวลใจ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ตอนที่ 1 ให้ผู้สัมภาษณ์กรอกข้อมูลในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ❑ ให้ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี
2. เพศ
   - 1 ❑ ชาย
   - 2 ❑ หญิง
3. สถานภาพ
   - 1 ❑ โสด
   - 2 ❑ คู่
   - 3 ❑ หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
   - 1 ❑ ไม่ได้รับการศึกษา
   - 2 ❑ ประถมศึกษา
   - 3 ❑ มัธยมศึกษา
   - 4 ❑ อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ
   - 5 ❑ ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพหลัก	1	❑	ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำงานบ้าน
	2	❑	รับจ้าง
	3	❑	ค้าขาย
	4	❑	เกษตรกรรม
	5	❑	ข้าราชการบำนาญ
6. เงินสำหรับใช้สอยรายเดือน	1	❑	พอใช้
	2	❑	พอใช้และเหลือเก็บ
	3	❑	ไม่พอใช้
	4	❑	ไม่พอใช้และมีหนี้สิน
7. ระยะเวลาที่เป็นสมาชิกใน	1	❑	น้อยกว่า 1 ปี
ชมรมผู้สูงอายุ	2	❑	1 - 3 ปี
	3	❑	4 - 5 ปี
	4	❑	6 - 10 ปี
	5	❑	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป
8. งานอดิเรกในปัจจุบัน	1	❑	มีระบุ .....
	2	❑	ไม่มี

แบบสอบความรู้เรื่องโรคที่พบในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแล้วให้ผู้สูงอายุตอบว่า "ใช่" "ไม่ใช่" ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือให้ตรงกับที่ผู้สูงอายุตอบ

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
	สุขภาพอนามัยทั่วไป		
1.	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายครั้งละ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง		
2.	ผู้สูงอายุทุกคนออกกำลังกายได้เหมือน ๆ กัน		
3.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันโรคหัวใจได้		
4.	ยานอนหลับช่วยให้ผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ		
5.	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ ครั้ง		
6.	ไข่แดงเป็นอาหารที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ		
7.	ผู้สูงอายุควรดื่มชา กาแฟ และยาชูกำลัง		
8.	ผู้สูงอายุควรนอนพักผ่อนให้มาก ๆ		
9.	ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพราะสมองจะเสื่อมเร็ว		
10.	ฟันปลอมไม่จำเป็นต้องแปรงทำความสะอาด		
	โรคที่พบในผู้สูงอายุ		
11.	โรคเบาหวานเกิดจากการรับประทานอาหารหวานจัด		
12.	อาการเริ่มแรกของโรคเบาหวานคือ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน กระหายน้ำ กินจุ แต่น้ำหนักลด		
13.	การรักษาโรคเบาหวานที่ได้ผลดี คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษาด้วยยา		
14.	ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ควรรับประทานน้ำตาล		
15.	โรคเบาหวานเป็นกรรมพันธุ์		
16.	การวัดความดันโลหิตเป็นประจำ จะช่วยป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
17.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีค่าความดันโลหิตค่าล่างสูงกว่า 95 มิลลิเมตร ปรอท		

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
18.	ผู้ที่มีอาการมึนงง ตาพร่า ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ควรได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต		
19.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกาย		
20.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานอาหารรสจืด		
21.	ผู้สูงอายุไม่ควรนั่งพับเพียบหรือนั่งขัดสมาธินาน ๆ เพราะจะทำให้ข้อเข่าเสื่อมได้		
22.	โรคกระดูกพรุนเกิดจากการขาดสารอาหารแคลเซียม		
23.	สารอาหารแคลเซียมจะมีอยู่ในอาหารประเภท นม และปลาเล็กปลาน้อย		
24.	ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จะไม่เป็นโรคตา		
25.	โรคต้อกระจกรักษาได้โดยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตา		
26.	โรคต้อกระจกมีอาการ มองไม่ชัดเจนในที่สว่าง แต่จะเห็นชัดเจนในที่มืดสลัว		
27.	โรคต้อหินทำให้ตาบอดได้		
28.	โรคต้อหินมีอาการปวดลูกตาอย่างเฉียบหลันและคลื่นไส้อาเจียน		
29.	โรคงูสวัสเป็นโรคติดต่อ		
30.	โรคงูสวัสมีอาการคล้ายเป็นลมพิษและบวมที่ใบหน้า		

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความด้านซ้ายมือ และให้ผู้สูงอายุชี้เครื่องหมายระดับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ด้านขวามือดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมนั้นชี้เครื่องหมาย	100%
บางครั้ง	หมายถึง	ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมนั้นชี้เครื่องหมาย	50%
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมนั้นชี้เครื่องหมาย	0%

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติ		ไม่ได้
		ประจำ	บางครั้ง	ปฏิบัติ
	การเตรียมตัวด้านร่างกาย			
	การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม			
1.	ท่านรับประทานอาหารครบวันละ 3 มื้อ			
2.	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ 1. ข้าว แป้ง น้ำตาล 2. เนื้อสัตว์ต่าง ๆ 3. ไขมัน 4. ผัก 5. ผลไม้			
3.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน			
4.	ท่านใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ในการปรุงอาหาร			
5.	ท่านรับประทานปลาชนิดต่าง ๆ			
6.	ท่านไม่ดื่มน้ำชาหรือกาแฟ			
7.	ท่านไม่ดื่มเหล้าหรือสารที่มีฤทธิ์เสพติด			
8.	ท่านดื่มน้ำสะอาดประมาณวันละ 6 – 8 แก้ว			
9.	ท่านดื่มนมหรืออาหารเสริมที่ทำมาจากนม			
	การพักผ่อนนอนหลับ			
10.	ท่านนอนหลับในเวลากลางคืนอย่างน้อย 6 ชม.			
11.	ท่านเข้านอนทันทีเมื่อรู้สึกง่วง			
12.	ท่านนอนในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก			
13.	ท่านไม่รับประทานยานอนหลับเมื่อมีความกังวลใจ			
14.	ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งเหยาะ ๆ อย่างน้อย 30 นาที			
15.	ท่านออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก			

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติ		ไม่ได้
		ประจำ	บางครั้ง	ปฏิบัติ
16.	ท่านทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำงานบ้าน การขับถ่าย			
17.	ท่านถ่ายอุจจาระเป็นเวลา			
18.	ท่านรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักหรือผลไม้			
19.	ท่านดื่มน้ำหลังตื่นนอน 1 - 2 แก้ว			
20.	ท่านไม่ใช้ยาถ่ายหรือยาระบาย			
21.	ท่านไม่กลั้นปัสสาวะ			
22.	ท่านฝึกขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (กล้ามเนื้อทวารหนักและกล้ามเนื้อช่องคลอดในสตรี)			
23.	ท่านรักษาความสะอาดของร่างกาย			
24.	ท่านพบแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
25.	ท่านไม่ซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย			
26.	ท่านปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์เมื่อเจ็บป่วย			
27.	ท่านไปขอคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพ			
28.	ท่านหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากหนังสือหรือวิทยุ หรือโทรทัศน์			
	การเตรียมตัวด้านจิตใจ			
	การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา			
29.	ท่านไปทำบุญ			
30.	ท่านไปฟังเทศน์ฟังคำสอนทางศาสนา			
31.	ท่านช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนา			
32.	ท่านฝึกจิตใจให้สงบ/ฝึกสมาธิ			
33.	ท่านปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาหรือตามศีล 5			
34.	ท่านช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์			
	งานอดิเรก			
35.	ท่านหางาน (อดิเรก) ทำเมื่อยามว่าง			
36.	ท่านเลือกทำงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย			

แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง ผู้สังเกตสนทนา / เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับสภาพที่เป็นจริง

ดี หมายถึง ปฏิบัติ/ดูแลรักษาให้อยู่ในสภาพถูกสุขลักษณะ

ปานกลาง หมายถึง การปฏิบัติ/ดูแลรักษาได้ในสภาพควรปรับปรุง

ไม่ดีเลย หมายถึง การไม่ได้ปฏิบัติ/ดูแลรักษาให้ถูกสุขลักษณะ ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง

ข้อรายการ	ดี	ปานกลาง	ไม่ดีเลย
1. การดูแลตนเอง (เกี่ยวกับอาการ/โรคที่เป็นอยู่)			
2. การดูแลสุขภาพคนในครอบครัว			
3. สภาพแวดล้อม บริเวณที่อยู่อาศัย			

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
	หมวดที่ 3 การควบคุมความกังวล / ความเครียด		
21.	ท่านกล้าบอกเพื่อนหรือคนในครอบครัว ในสิ่งที่ท่านต้องการ		
22.	ท่านกล้าถามเพื่อนหรือคนในครอบครัว ว่าเขาต้องการให้ท่านทำอะไร		
23.	ท่านทำงานโดยมีการเตรียมการล่วงหน้า		
24.	เมื่อพบปัญหา ท่านจะต้องแก้ไขปัญหานั้นทันที		
25.	ท่านจะช่วยเหลือผู้อื่น เมื่อท่านช่วยเหลือได้		
26.	ท่านกล้าพูดหรือกล้าแสดงความคิดเห็นในที่มีคนหมู่มาก		
27.	ท่านกล้าบอกผู้อื่นเมื่อท่านรู้สึกไม่พอใจ		
28.	เมื่ออยู่ต่อหน้าผู้มีฐานะตำแหน่งสูงกว่า ท่านรู้สึกเป็นปกติ		
29.	เมื่อมีผู้อื่นไม่ชอบท่าน ท่านรู้สึกปกติธรรมดา		
30.	ถ้าผู้อื่นไม่สนใจท่าน ท่านรู้สึกปกติธรรมดา		
31.	เมื่อมีผู้อื่นวิพากย์วิจารณ์ท่าน ท่านยินดีรับฟัง		
32.	ถ้าผู้อื่นล้อเลียนท่าน ท่านไม่รู้สึกโกรธ		
33.	ถ้าผู้อื่นแสดงอาการโกรธท่าน ท่านรู้สึกปกติธรรมดา		
34.	ท่านกล้าพูดปฏิเสธในสิ่งที่ท่านทำไม่ได้		
35.	ท่านไม่กล่าวคำขอโทษหรือพูดถ่อมตนพร่ำเพรื่อ		
36.	เมื่อท่านผิดพลาดท่านยอมรับผิด		
37.	เมื่อผู้อื่นผิดพลาดท่านให้อภัย		
38.	ท่านไม่พูดจาถากถางประชดประชันคนอื่น		
39.	เมื่อท่านทำงานกับผู้อื่น ท่านไม่ทำให้เขาอึดอัดใจ		
40.	ท่านจะแสดงความคิดเห็นแทนผู้อื่นเสมอ		

สถานการณ์จำลองวัดความสามารถการบริหารจัดการ

<u>คำชี้แจง</u>

ผู้สอบ**เลือก**อ่านสถานการณ์จำลอง**หนึ่ง**สถานการณ์ที่มีสภาพใกล้เคียงกับชีวิตความเป็นอยู่และประสบการณ์ของผู้สูงอายุแต่ละคนแล้วให้ผู้สูงอายุตอบคำถาม (ข้อละ 10 คะแนน รวม 60 คะแนน)

สถานการณ์ที่ 1 ท่านมีตึกแถวที่ตลาดศรีประพัฒน์อยู่สองห้องติดกัน ตึกแถวของท่านหันหน้าไปทางถนน 331 ท่านมีเงินทุนอยู่ 300,000 บาท

สถานการณ์ที่ 2 ท่านมีที่ดินซึ่งอยู่ในที่ลุ่มน้ำดี ดินดี สามารถปลูกพืชไร่ได้ พร้อมกับมีเงินอยู่ 30,000 บาท

สถานการณ์ที่ 3 ท่านจะทำบุญเลี้ยงพระเพลที่บ้านของท่าน ท่านมีเงินอยู่ 3,000 บาท

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้

1. ท่านจะขาย / ปลูก / ทำบุญ อะไร? ให้เหตุผลด้วย
2. ท่านจะเตรียมการอะไรบ้าง?
3. ท่านจะวางแผนอย่างไร?
4. ท่านจะดำเนินการอย่างไร?
5. ท่านจะรู้ได้อย่างไรว่ากำไรหรือขาดทุน? ทำต่อไปดีหรือไม่?
   (ถ้าเป็นสถานการณ์ทำบุญท่านได้อะไร?)
6. ถ้ามีปัญหาขาดทุน / เงินทุนหมด / อาหารทำบุญไม่พอ ท่านจะทำอย่างไร?

การให้คะแนนความสามารถการบริหารจัดการของผู้สูงอายุ

ข้อ 1 บอกชัดเจนว่าทำอะไร (5 คะแนน)

เหตุผล ทำไมถึงทำหรือทำเพื่ออะไร

อย่างสมเหตุสมผล (5 คะแนน)

ข้อ 2 รวบรวมข้อมูลหลักครบถ้วน คือ 4 M. (M. ละ 2 คะแนน รวม 8 คะแนน)

การตลาด (2 คะแนน)

ข้อ 3 การวางแผนสอดคล้องกับเรื่องที่จะทำในข้อ 1

วางแผนงาน (2 คะแนน)

ทำอย่างไร (2 คะแนน)

ใครทำ (2 คะแนน)

ระยะเวลา (2 คะแนน)

งบประมาณ (2 คะแนน)

ข้อ 4 ปฏิบัติตามแผนในข้อ 3 (5 คะแนน)

ปรับแผนทั้งทางบวกและหรือทางลบ (5 คะแนน)

ข้อ 5 ประเมินผล (5 คะแนน)

ประเมินเชิงคุณภาพ (3 คะแนน)

ประเมินเชิงปริมาณ (2 คะแนน)

ข้อ 6 ใช้การช่วยเหลือจากภายนอกที่ไม่ใช่ตัวเอง (5 คะแนน)

การช่วยเหลือสมเหตุสมผล (3 คะแนน)

มีความเป็นไปได้ (2 คะแนน)

ภาคผนวก ค

ระเบียบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา

ชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา

โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 20180

คำนำ

ชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา เป็นองค์กรเอกชน จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2543 ได้รับการสนับสนุนจากโครงการวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ" โดย รศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการสังคม ให้กับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก มีกิจกรรมหลักคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การส่งเสริมการเป็นผู้นำ และการส่งเสริมงานอดิเรก การจัดตั้งชมรมจำเป็นต้องมีระเบียบ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรม และเพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อย คณะกรรมการบริหารชมรม จึงร่างระเบียบโดยผ่านความเห็นชอบของสมาชิกชมรม จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรและประกาศใช้

ชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา ขอขอบคุณ รศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์ เจ้าของโครงการวิจัย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 ที่อนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่เป็นที่ตั้งของชมรม พยาบาล คณะทำงานบริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 ทุกท่านที่ทำหน้าที่ประสานงาน และขอขอบคุณสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

(พ.อ.อ.ถนอม บุญฉ่ำ)

ประธานชมรมพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา

ระเบียบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา

หมวดที่ 1 ความทั่วไป

1. ชมรมนี้มีชื่อว่า ชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนา
2. สัญลักษณ์ของชมรม เป็นดอกลำดวน อยู่ในวงกลม

3. สถานที่ตั้งชมรม ห้องประชุมโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 ต.พลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี
4. วัตถุประสงค์ของชมรม
    - 4.1 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะสังสรรค์เพื่อเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาตนเอง
    - 4.2 เพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิการสังคม
    - 4.3 ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง

หมวดที่ 2 สมาชิก

5. สมาชิกชมรมมี 3 ประเภทคือ
    5.1 สมาชิกสามัญ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้จากการสมัคร ไม่เสียค่าบำรุงชมรม
    5.2 สมาชิกวิสามัญ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีถึง 59 ปี ได้จากการสมัคร เสียค่าบำรุงชมรมปีละ 100 บาท
    5.3 สมาชิกกิติมศักดิ์ หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้สนใจให้การสนับสนุนชมรม ได้จากการเชิญโดยมติของคณะกรรมการบริหารชมรม ไม่เสียค่าบำรุงชมรม
6. คุณสมบัติของสมาชิก
    6.1 เป็นผู้มีความประพฤติดี ประกอบอาชีพสุจริต สามารถมาร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอ
    6.2 ไม่เป็นโรคติดต่อระยะร้ายแรง
    6.3 มีความศรัทธาเลื่อมใสในชมรม
7. สมาชิกภาพสิ้นสุดลงเมื่อ
    7.1 เสียชีวิต
    7.2 สมาชิกสามัญไม่มาร่วมกิจกรรมของชมรมติดต่อกันเกินกว่า 1 ปี
    7.3 สมาชิกวิสามัญขาดการส่งเงินบำรุงชมรม
8. สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก
    8.1 มีสิทธิในการออกเสียง แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการบริหารชมรม
    8.2 มีสิทธิได้รับสวัสดิการที่ชมรมจัดให้โดยเสมอภาค
    8.3 มีสิทธิตรวจสอบเอกสารและบัญชีทรัพย์สินของชมรม
    8.4 มีสิทธิลงสมัครรับเลือกตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารชมรม และมีสิทธิเลือกตั้ง
    8.5 มีสิทธิเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมของชมรม
    8.6 มีหน้าที่ดูแลความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย รักษาผลประโยชน์และชื่อเสียงของชมรม

8.7 มีหน้าที่สอดส่องดูแลความประพฤติของเพื่อนสมาชิก และให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อ เกื้อหนุนเพื่อนสมาชิกด้วยกัน

8.8 มีหน้าที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนการดำเนินงานของชมรม และสมานสามัคคีในหมู่คณะ

หมวดที่ 3 สวัสดิการของสมาชิก

9. มีน้ำดื่มทุกครั้งที่มีกิจกรรมประจำของชมรม
10. เจ็บป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จัดของเยี่ยมตามความเหมาะสม ไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง/ปี
11. จัดหรีดเคารพศพและร่วมทำบุญ ในกรณีที่สมาชิกเสียชีวิต วงเงินไม่เกิน 500 บาท

หมวดที่ 4 การแต่งกายของสมาชิก

12. ต้องแต่งกายสุภาพเรียบร้อย เหมาะสมกับวัยและวัฒนธรรม
13. แต่งกายด้วยเสื้อเชิ้ต หรือฮาวายแขนสั้นสีฟ้า ตามที่ชมรมกำหนด มีสัญลักษณ์ของชมรมที่อกด้านซ้าย กางเกง ผ้านุ่ง หรือกระโปรงสีดำ หรือสีเข้ม

หมวดที่ 5 กิจกรรมของชมรม

14. กิจกรรมปกติ ดำเนินการทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ ระหว่างเวลา 08.30 – 14.30 น. โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

    14.1 การออกกำลังกาย

    14.2 การสวดมนต์ – สมาธิ

    14.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

    14.4 การส่งเสริมความเป็นผู้นำ

    14.5 การส่งเสริมงานอดิเรก

    14.6 การสื่อสารเสวนา

15. กิจกรรมพิเศษตามวาระ และการเชิญ

15.1 ร่วมพิธีรัฐกิจต่างๆ

15.2 ร่วมงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ

15.3 การประชุมสภาสาขาผู้สูงอายุแห่งชาติ

15.4 การทัศนศึกษา และเยี่ยมชมรมผู้สูงอายุต่างๆ

15.5 ร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชน ในการทำประโยชน์ให้กับท้องถิ่น

15.6 ให้ความร่วมมือทางวิชาการ และงานวิจัย

หมวดที่ 6 การเลือกตั้งคณะกรรมการบริหารชมรม

16. คณะกรรมการบริหารชมรมได้จากการสมัครรับเลือกตั้งจากสมาชิกชมรม อยู่ในวาระ 2 ปี คณะกรรมการมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 5 คน
17. ผู้ที่ได้รับเลือกด้วยคะแนนสูงสุด เป็นประธานคณะกรรมการ
18. ประธานคณะกรรมการมอบหมายหน้าที่ต่างๆให้กับกรรมการที่ได้รับเลือกตั้ง

หมวดที่ 7 การเงิน

19. รายได้ของชมรมได้จากการบริจาค เงินอุดหนุนขององค์กรภาครัฐและเอกชน ค่าบำรุงของสมาชิกวิสามัญ และจากการจำหน่ายผลิตผลหรือกิจกรรมของชมรม
20. การเก็บเงิน ให้นำฝากไว้กับธนาคารกรุงไทยจำกัด (มหาชน) สาขาพลูตาหลวง ผู้ที่มีอำนาจในการเซ็นต์เบิกเงินได้แก่ สมาชิกสามัญ 1 ท่าน สมาชิกวิสามัญ 1 ท่าน และสมาชิกกิติมศักดิ์ 1 ท่าน ซึ่งคณะกรรมการบริหารชมรม ได้พิจารณาเห็นชอบมอบหน้าที่ มีสิทธิในการเบิกเงินจากธนาคารได้ 2 ใน 3 ท่าน
21. กรรมการที่ทำหน้าที่เหรัญญิก มีสิทธิเก็บเงินสดได้ไม่เกินจำนวน 2,000 บาท
22. รายจ่ายของชมรม จ่ายในกิจกรรมต่างๆของชมรม จ่ายเยี่ยมสมาชิกที่เจ็บป่วย และเสียชีวิตตามระเบียบสวัสดิการ
23. การตัดสินใจจ่ายเงินแต่ละครั้ง ต้องเป็นความเห็นชอบของคณะกรรมการเกินกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนคณะกรรมการทั้งหมด
24. เหรัญญิกแจ้งยอดรายรับ - รายจ่ายของชมรมทุก 6 เดือน

หมวดที่ 8 บทสรุป

25. ถ้าชมรมต้องล้มเลิกการทำกิจกรรม ผลประโยชน์และทรัพย์สินของชมรมทั้งหมดให้ยกให้กับโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10
26. ระเบียบนี้เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 15 สิงหาคม 2543

คณะกรรมการ

ชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวงกลุ่มพัฒนาโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

ประธานชมรม	พ.อ.อ.ถนอม บุญฉ่ำ
รองประธานชมรม	พ.จ.อ.บังเอิญ ช่อทอง
คณะที่ปรึกษา	รศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์
	คุณชวนพิศ สินธุวรการ
	คุณผ่องใส เจนศุภการ
เหรัญญิก	น.ต.สุคนธ์ อัตตะนังค์
กรรมการ	พ.อ.อ.จำนวน นาคเสวี
เลขานุการ	นายทองใบ วังชัย

****