

หัวข้อวิจัย	การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา
ชื่อผู้วิจัย	อัปสร อีซอ, นัทที ขจรกิตติยา, ชมพูนุท ศรีพงษ์, ปวีณา เจาะอารง และ ดุษฎี นาคเรือง
สังกัด	คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
ปีการศึกษา	2555

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา ระเบียบวิธีการวิจัย ใช้แบบผสมผสาน ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย การใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการทดลอง โดยมีกลุ่มเป้าหมายจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้แต่ละกลุ่มเมื่อจำแนกตามเครื่องมือมีจำนวน 380, 10, และ 50 คน ตามลำดับ สำหรับการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้วิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ สังเคราะห์ เปรียบเทียบและเขียนพรรณนาเชิงเหตุผล สำหรับการทดลองใช้สถิติค่าที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้การวิจัยเน้นพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในส่วน “6. อ” เป็นหลัก อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลาอยู่ที่ระดับ “ปานกลาง” และพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับ “น้อย” ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาออกแบบการพัฒนาเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน 5 เครื่องมือ ได้แก่ 1) การตลาดเชิงกิจกรรม โดยการถ่ายภาพ “ยิ้มผู้สูงวัย” และภาพ “กอดอุ่นใจ” รวมถึงร่วมไหวตคำขวัญและสปรอตวิทย์ 2) การใช้สื่อสัญลักษณ์ โดยจัดทำสื่อ แก้วน้ำ พิมพ์เสนา 3) การโฆษณา โดยผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บอร์ดและสื่อวิทยุ 4) การประชาสัมพันธ์ โดยจัดทำคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” และ 5) การจัดอบรม “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” ทั้งนี้ภายหลังการทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกเหนือจากนี้ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวมีความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในระดับ “มาก”

Research Title: Integrated Marketing Communications Campaign on Elderly Care
in Yala City Municipality

Researchers: Apsorn E-sor, Nutti kajornkittiya, Chompunuch SripHong,
Paweena Jeharrong and Dussadee Nakraung

Faculty/University: Management Sciences, Yala Rajabhat University

Academic Year: 2012

Abstract

This research and development project was aimed to study the behavior on elderly self care and the behavior of family members towards elderly care, as well as to develop the integrated marketing communications campaign on elderly care in Yala city municipality. A mixed method approach of quantitative research, qualitative research, and participatory action research was applied in the research of which instruments included questionnaires, focus group discussion, and experiment, used for 2 classified target groups of the elderly and the family members attending elderly care, that when distributed by each instrument it included 380, 10, and 50 subjects, respectively. The statistics applied for quantitative data analysis were frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation; for qualitative data analysis, comparative analysis and synthesis and rational description were used; and for experiment, t-test was employed to compare the behavior. before and after experiment. In this study, six aspects (“6 A’s”) of diet, exercise, emotion, leisure, hygiene, and building environment were emphasized and it indicated in the research results that self care behavior of the elderly in Yala city municipality was at a “moderate” level while the behavior of family members towards elderly care was at a “low” level. The data obtained were utilized in designing and developing 5 tools of integrated marketing communications modes including: 1) event marketing, making photos of “Elderly Smile” and “Hearty Hug” as well as invitation for voting on slogans and radio spots, 2) symbolic media, making shirts, glasses, and bottled liquid borneol, 3) advertisement, broadcast through electronic media and radio media, 4) public relations, making a handbook of “6 A’s for the Elderly”, and 5) training, provision of training on “6 A’s for the Elderly”. After test use the integrated marketing communications the behavior of the elderly on their self care and of family members on

attending elderly care was found significantly increased at a statistical level of .05. Additionally, the perspective of the elderly and the family members towards the integrated marketing communications came out at a “high” level.

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาจากหลายๆ ท่าน อาทิ คุณวิหาร ขวัญดี ข้าราชการครูจากโรงเรียนบันนังสตาวิทยา ที่ช่วยอนุเคราะห์ถ่ายภาพ “ยิ้มผู้สูงวัย” และ “ภาพกอดอุ่นใจ” คุณพงษ์ศักดิ์ ยิ่งชนม์เจริญ นายกเทศมนตรีนครยะลา ที่อนุญาตบุคลากรในสังกัดเป็นนักวิจัยร่วม รวมถึงคุณกัลยาณี กาญจนธานี นักวิชาการประชาสัมพันธ์ 6 ว. และคุณศิริราณี แวจนา พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. จากเทศบาลนครยะลา ซึ่งให้เกียรติเป็นนักวิจัยร่วม และที่จะขาดไม่ได้ขอบคุณผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกท่าน ซึ่งร่วมกันให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม การใช้แบบสอบถาม และการทดลอง ทำให้วัตถุประสงค์วิจัยบรรลุผลสำเร็จ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

อัปสร อีซอ

นัทที ขจรกิตติยา

ชมพูนุท ศรีพงษ์

ปวีณา เจะอารง

ดุขฎี นาคเรือง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
ขอบเขตของโครงการวิจัย	3
กรอบแนวคิดของการวิจัย	4
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	7
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ : หลัก 6 อ.	11
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
สรุปภาพทฤษฎีและแนวคิดการวิจัย	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
เครื่องมือที่ใช้ และกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา	47
การพัฒนาและทดสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา	57

พฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครยะลา	73
การพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครยะลา	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	95
อภิปรายผล	98
ข้อเสนอแนะ	104
บรรณานุกรม	106
ภาคผนวก	112
ประวัติผู้วิจัย	159

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร	58
4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอาหาร	62
4.3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านออกกำลังกาย	63
4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอารมณ์	64
4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอดิเรก	65
4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอนามัย	66
4.7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอาคารสิ่งแวดล้อม	67
4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน (6 อ.)	68
4.9 จำนวนและร้อยละของบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางประชากร	74
4.10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร	77
4.11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านออกกำลังกาย	78
4.12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์	80
4.13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอดิเรก	81

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัว ที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอนามัย	82
4.15 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัว ที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอาคารสิ่งแวดล้อม	83
4.16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัว ที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน (6 อ.)	84
4.17 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลัง การทดลอง	90
4.18 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง	91
4.19 ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสาร การตลาดแบบผสมผสาน	92
4.20 ระดับความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพ เครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน	93

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2.1 ธงโภชนาการ	13

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ. 2012 จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีประมาณ 810 ล้านคน และคาดว่าจะเติบโตกว่า 2,000 ล้านในปี ค.ศ. 2050 (United Nations, 2012) อันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์รวมถึงความสนใจ ใส่ใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยตรง ส่งผลให้บุคคลมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้น สำหรับประเทศไทยพระราชบัญญัติผู้สูงอายุของไทย พ.ศ. 2546 ได้ระบุความหมายของผู้สูงอายุในมาตรา 3 ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2553) ข้อมูลจากสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2555) พบว่าปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 7.79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.38 ของประชากรทั้งหมด ในอนาคตปีพ.ศ. 2573 คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 25% และอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 71.7 ปีเป็น 76.4 ปี สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552)

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลับด้อยลง เนื่องจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเสื่อมถอย มีการศึกษาวิจัยและพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งโรคที่พบบ่อยมากในผู้สูงอายุได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง และโรคข้อเสื่อม ฯลฯ (ภักธทิดา พลทอง และคณะ, 2550) ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการดูแล ซึ่งปัจจุบันพบสถานการณ์ด้านครอบครัวที่น่าเป็นห่วง โดยผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.6 ในปี 2550 อีกทั้งสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานเริ่มลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ 73.6 ลดลงเหลือ 60.2 รวมถึงมีการคาดการณ์กันว่าจากปัจจุบันประชากรวัยแรงงาน 9 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน จะมีการเปลี่ยนแปลงเหลือเพียง 3 คนต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปีพ.ศ. 2583 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552)

อีกปรากฏการณ์หนึ่งที่พบในหมู่ผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการย้ายเข้าสู่เขตเทศบาลมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) การพัฒนาความเป็นเมือง ทำให้ผู้คนมีความเป็นวัตถุนิยมมากขึ้น อีกทั้งมีการแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตกที่เน้นการพึ่งพาตนเอง ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ต่อผู้สูงอายุ เช่น การถูกทอดทิ้ง รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ความเชื่อในค่านิยมความกตัญญูต่อผู้สูงอายุหรือผู้มีพระคุณลดน้อยลง (สุรพงษ์ คณานรินทร์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่า บทบาทการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในเมืองด้านสังคม รวมถึงด้านอารมณ์และจิตใจ มีน้อยกว่าการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชนบท (เล็ก สมบัติ, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในเมือง มีการทำกิจกรรมทางกายเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายที่ควรจะเป็น (ภรณ์ทิลา พลทอง และคณะ, 2550)

การสื่อสารทางการตลาดแบบผสมผสาน (Integrated Marketing Communication : IMC) จัดเป็นเครื่องมือหนึ่งทางการตลาด ที่เป็นที่ยอมรับในการสื่อสารรณรงค์พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยเครื่องมือดังกล่าว เน้นการดำเนินงานแบบองค์รวม มีการบูรณาการเครื่องมือสื่อสารหลากหลายรูปแบบนำไปใช้ร่วมกัน สอดคล้องในแนวทางเดียวกัน ก่อให้เกิดพลังในการสื่อสารโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด (Shimp, 2007) นอกเหนือจากนี้ ยังเป็นที่ยอมรับถึงการประหยัดต้นทุน ช่วยลดความสูญเปล่าด้านการใช้สื่อ ช่วยเพิ่มผลกระทบให้การสื่อสาร (ชลาลัย นาควิไล และสรารุช อนันตชาติ, 2547) จากสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการตระหนักใส่ใจดูแลผู้สูงอายุในเมืองที่ลดลง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาเครื่องมือในการสื่อสารรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อันเป็นการส่งเสริมและสร้างกระแสสังคมสู่การเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ช่วยลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุให้กับภาครัฐอีกทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครยะลา
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครยะลา
3. เพื่อพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครยะลา

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดสมมุติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง

ข้อตกลงเบื้องต้น

เนื่องจากงานวิจัยนี้เน้นรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในเชิงการป้องกันมากกว่าการรักษา จึงเน้นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานผ่านเกณฑ์ดัชนีแคทซ์ (Katz Index of ADL) ซึ่งต้องสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 6 อย่างได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อันได้แก่ การเคลื่อนไหว ควบคุมการขับถ่าย ใช้ห้องสุขา อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า และรับประทานอาหาร

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้

1. ขอบเขตของการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

1.1 ด้านเนื้อหาการดูแลผู้สูงอายุ เน้นครอบคลุมงาน 6 ด้าน (หรือที่เรียกว่า 6 อ.) อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

1.2 ด้านเครื่องมือการพัฒนา เน้นพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน 5 เครื่องมือ อันประกอบด้วย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ โดยเครื่องมือทั้งหมดเน้นแนวความคิดการสื่อสารรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ

1.3 ด้านการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ เน้นศึกษาใน 2 มิติ คือ มิติรูปแบบการพัฒนา และ มิติผลการพัฒนา ทั้งนี้ในส่วนผลการพัฒนา จำแนกแยกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ผลการพัฒนาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และ 2) ความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

2. ขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุ เน้นศึกษาจากผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มีถิ่นพำนักอาศัยในเขตเทศบาลนครยะลา โดยพักอาศัยร่วมกับบุคคลในครอบครัว อีกทั้งมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 6 อย่างได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อันได้แก่ การเคลื่อนไหว ควบคุมการขับถ่าย ใช้ห้องสุขา อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า และรับประทานอาหาร

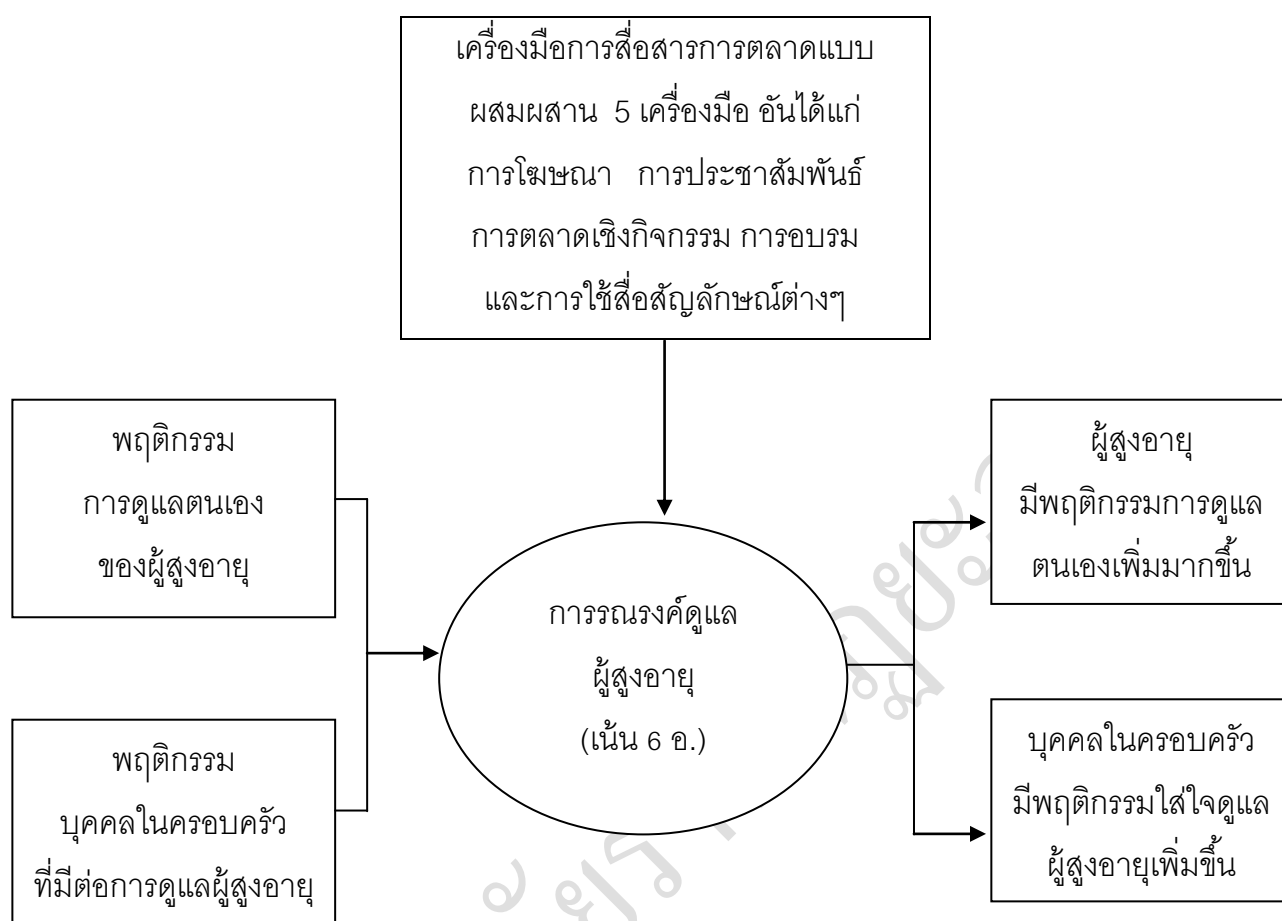
2.2 บุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในที่นี้หมายถึงสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักหรือมีบทบาทมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุใน 6 ด้าน (หรือ 6 อ.) อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

3. ขอบเขตของพื้นที่ที่ศึกษา ศึกษาในเขตพื้นที่เทศบาลนครยะลา

4. ขอบเขตของระยะเวลาที่ศึกษา ใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย 1 ปี คือ ปีงบประมาณ 2555

กรอบแนวคิดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนาการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึง พฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปพัฒนาวิธีการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน (Integrated Marketing Communication หรือ IMC) 5 เครื่องมือ อันประกอบด้วย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ โดยเนื้อหาการรณรงค์เน้นในส่วน 6 อ. เป็นหลัก อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยดังกล่าว ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มีถิ่นพำนักอาศัยในเขตเทศบาลนครยะลา โดยพักอาศัยร่วมกับบุคคลในครอบครัว อีกทั้งมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 6 อย่างได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อันได้แก่ การเคลื่อนไหว ควบคุมการขับถ่าย ใช้ห้องสุขา อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า และรับประทานอาหาร

บุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักหรือมีบทบาทมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุใน 6 ด้าน (หรือ 6 อ.) อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

ครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกอย่างน้อย 2 คน หรือมากกว่า โดยสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วยผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน หมายถึง กระบวนการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือการสื่อสารการตลาดหลากหลายรูปแบบผสมผสานกัน สอดคล้องในแนวทางเดียวกัน ก่อให้เกิดพลังในการสื่อสารโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด ซึ่งในที่นี้การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน เน้นใช้เครื่องมือ 5 อย่าง อันประกอบด้วย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

6 อ. หมายถึง หลักการดูแลผู้สูงอายุ 6 ประการ อันประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยและพัฒนา คาดว่าจะมีประโยชน์ในการช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมถึงบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อันเป็นการส่งเสริมและสร้างกระแสสังคมสู่การเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ อีกทั้งช่วยลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุให้กับภาครัฐอีกทางหนึ่ง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับบทนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเนื้อหาเสนอเรียงลำดับ ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ : หลัก 6 อ.
 3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน
 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 5. สรุปภาพทฤษฎีและแนวคิดการวิจัย
- ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดแยกย่อยดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ (older persons) ว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (United Nations, 2012) ในขณะที่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ของไทย ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่าหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2553) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการแบ่งโดยใช้เกณฑ์เรื่องอายุเป็นหลัก อย่างไรก็ตามนิยามความหมายผู้สูงอายุ สามารถแบ่งโดยใช้หลายเกณฑ์ดังนี้ (เกษณี โคกตาทอง และคณะ, 2554)

1.1 วัย (Chronological age) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- วัยสูงอายุตอนต้น (young-old) หมายถึง ผู้สูงวัยที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี
- วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) หมายถึง ผู้สูงวัยที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี
- วัยสูงอายุตอนปลาย (Old-old) หมายถึง ผู้สูงวัยที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

1.2 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Functional assessment)

โดยเป็นเกณฑ์ประเมินสำรวจว่าผู้สูงอายุสามารถ ทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตนเองหรือไม่

- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน(Katz Index of Independence in Activities of Daily Living : Katz Index ADLs) อันได้แก่ สวมเสื้อผ้า อาบน้ำ ใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร และการควบคุมการขับถ่าย
- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรส่วนตัว (Basic activities of daily

living : basic ADLs) อันได้แก่ การลุกจากเตียง การใช้ห้องน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได และการรับประทานอาหาร

- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ซับซ้อนกว่าขั้นพื้นฐาน (Instrumental activities of daily living : instrumental ADLs) อันได้แก่ การซักผ้า การล้างจาน การจ่ายตลาด การบริหารเงิน การปรุงอาหาร การใช้โทรศัพท์ การบริหารยา

1.3 ความมีโรค ซึ่งสามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ผู้สูงอายุสุขภาพดีหรือไม่มีโรค (Health elderly)
- ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (Frailty หรือ Frail elderly)

การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่เกิดในช่วงวัยนี้ มักเป็นไปในทางเสื่อมลง โดยการเปลี่ยนแปลงแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (เกษณี โคกตาทอง และคณะ, 2554)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีรวิทยาของผู้สูงอายุดังนี้

1.1 ผิวหนัง จะบาง แห้ง เหี่ยวยุบ มักมีอาการคัน ขาดความมันและความยืดหยุ่น มีรอยเขียวช้ำเกิดขึ้นได้ง่าย เนื่องจากเส้นเลือดเปราะ

1.2 ต่อมเหงื่อ ลดน้อยลง การขับเหงื่อลดลง ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของอากาศไม่ดี เกิดความรู้สึกหนาว ร้อนไม่คงที่

1.3 ผมและขน ร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว หรือหงอก ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายร่วงหลุดง่าย ที่เห็นชัด คือ ขนรักแร้ ทั้งนี้เนื่องจากต่อมไขมันทำงานน้อย

1.4 ระบบประสาทสัมผัส ตา สายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตาวาย เลนส์หรือ กระจกตา ขุ่น อาจเกิดต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้เวียนศีรษะง่าย หู ประสาทรับเสียงเสื่อม หูตึง ต้องพูดดังๆ จึงจะได้ยิน จมูก ประสาทรับกลิ่น บกพร่องลิ้น รุ่ยสน้อยลง

1.5 ระบบทางเดินอาหาร พลังงานมากขึ้น ทำให้การเคี้ยวอาหาร ไม่ได้ละเอียด ต่อม น้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อย ทำให้มีความชื้นในปาก และเมือกหล่อลื่นไม่พอที่จะช่วยคลุกเคล้าอาหารรวมทั้งประสาททกล้ามเนื้อ ที่ควบคุมการกลืนทำงานน้อยลง ทำให้กลืนอาหารลำบาก นอกจากนี้ปริมาณ น้ำย่อยต่างๆ จะลดลง เช่น ปริมาณกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด ตับและตับอ่อนเสื่อม ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย การขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติ ท้องผูกง่าย เพราะไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

1.6 ระบบทางเดินหายใจ ปอด เสื่อมลง การขยายตัวและยุบตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล้องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อม

1.7 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือด แข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น

1.8 ระบบทางเดินปัสสาวะ ไต ทำหน้าที่เสื่อมลง ขับของเสียได้น้อย แต่ขับน้ำ ออกมามาก ทำให้ปัสสาวะบ่อยส่วนกระเพาะปัสสาวะนั้น กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อน จึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดีในผู้ชายบางคนต่อลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก

1.9 ระบบประสาทและสมอง สมองเสื่อม ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมอง กล้ามเนื้อ และข้อเสียไป การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย บางคนหลงลืมง่าย

1.10 ฮอร์โมน เมื่ออายุมากขึ้น ฮอร์โมนเพศเอสโตรเจน แอนโดรเจนลดลง และการเปลี่ยนแปลงของระบบพาราไธรอยด์ ฮอร์โมน ทำให้การสร้างเซลล์จากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดกระดูกพรุน (Osteoporosis) เปราะหักง่าย โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง สะโพก กระดูกต้นขาและข้อมือ ทำให้เกิดอาการปวดหลังและข้อได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กัดดันทางอารมณ์ และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุดังนี้

2.1 อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย

2.2 นิสัยเปลี่ยนไป เจื้อยขาต่อเหตุการณ์ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในบ้านไม่นึกสนุกสนาน คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนไม่มีประโยชน์เป็นภาระต่อผู้อื่น ซึมเศร้าหงุดหงิด โกรธง่ายใจน้อย

2.3 ความทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย อาลัยอาวรณ์ คิดถึงปัจจุบันด้วยความวิตก เศร้าสลด หวาดระแวง คิดถึงอนาคตด้วยความหวาดกลัว ว้าวุ่น ในรายที่สูญเสียคู่ชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีเงื่อนไขทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม ที่เคยมี

3.2 การถูกทอดทิ้ง สภาพปัจจุบัน ในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นเพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิมส่วนในสังคมเมือง ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงาน นอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่

3.3 การเสื่อมความเคารพ คนส่วนใหญ่ มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพความสามารถน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุจากการที่เคยได้รับความเคารพนับถือในฐานะที่มีประสบการณ์ เป็นการเสื่อมความเคารพแทน

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถสรุปทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยได้ดังนี้ (ดวงเดือน อุ่นศรีयर, 2551)

1. ทฤษฎีความสูงวัย ประกอบด้วย ทฤษฎีชีวภาพและทฤษฎีทางสังคม ซึ่งช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม และทฤษฎีไม่ใช่พันธุกรรม ช่วยให้เข้าใจผลที่เกิดขึ้นของสิ่งมีชีวิต ความแตกต่างแต่ละบุคคล ระบบอวัยวะ และความเปราะบางที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย อันก่อให้เกิดความคิดในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ
3. ทฤษฎีพันธุกรรม เช่น ทฤษฎีการทำลายพันธุ์ของดีเอ็นเอ (DNA demand theory) และทฤษฎีการกำกับพันธุกรรม ซึ่งอธิบายความสูงวัยว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงหรือการทำลายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างโปรตีน การสะสม การเปลี่ยนแปลง หรือความผิดพลาดของการสร้างเซลล์ ทำให้เซลล์ตาย ซึ่งเป็นการตั้งโปรแกรมไว้และเป็นนาฬิกาชีวภาพ
4. ทฤษฎีสึกหรอ เป็นผลของทฤษฎีอุณหภูมิจากการรุกรานของร่างกายสึกหรอเนื่องจากของชีวิต และผลของเมตาโบลิซึม
5. ทฤษฎีแยกจาก (Deprivation theory) ซึ่งสามารถอธิบายความเป็นผู้สูงอายุที่เกิดจากเซลล์ขาดสารอาหารที่จำเป็นและขาดออกซิเจน

จะเห็นได้ว่านิยามผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงใหญ่ๆ 3 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เสื่อมถอย ความรู้ดังกล่าวช่วยให้สามารถระบุกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ : หลัก 6 อ.

โดยทั่วไป การดูแลผู้สูงอายุ (Elderly care หรือ Elder care) ประกอบด้วยการดูแลในด้านสำคัญ ดังนี้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

- ด้านอาหาร
- ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย
- ด้านการขับถ่าย
- ด้านการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
- ด้านการติดเชื้อและโรคประจำตัว
- ด้านสุขภาพจิต
- ด้านสิ่งแวดล้อม

ซึ่งความรู้ดังกล่าว สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์ (อ้างถึงในพวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) แพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แยกการดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ รวมเรียกว่าหลัก 11 อ. เพื่อให้ง่ายต่อการสื่อสารรับรู้เข้าใจมากยิ่งขึ้น ดังนี้

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. อาหาร | 2. ออกกำลังกาย |
| 3. อนามัย | 4. อูจจาระปัสสาวะ |
| 5. อากาศ | 6. อาทิตย์ |
| 7. อารมณ์ | 8. อติเรก |
| 9. อนาคต | 10.อบอุ่น |
| 11.อุบัติเหตุ | |

ในขณะที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2552) ได้กล่าวถึงหลักปฏิบัติ 5 อ.สำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. อาหาร
2. อาการที่พัก
3. ออกกำลังกาย

4. อารมณ์

5. อติเรก

ซึ่งหลักปฏิบัติ 5 อ. ดังกล่าว มีความใกล้เคียงกับหลักการปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาพดี 5 อ. ของสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา (2554) ดังนี้

1. อาหาร

2. ออกกำลังกาย

3. อารมณ์

4. อติเรก

5. อนามัย

จากการสังเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างของหลัก 11 อ. และหลัก 5 อ.

ดังกล่าว พบว่า อ. ที่เป็นคุณลักษณะร่วมกันของหลักการทั้งหมดได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก ส่วน อ.ที่เป็นคุณลักษณะร่วมเพียง 2 หลักการ ได้แก่ อนามัย และอาคารที่พัก ในขณะที่ อ. ที่เหลือสามารถจัดรวมกลุ่มเข้ากันได้ ดังนี้

-อุจจาระปัสสาวะ	สามารถจัดรวมอยู่ใน อ : อนามัย
-อากาศ อาทิตย อุบัติเหตุ	สามารถจัดรวมอยู่ใน อ : อาคารที่พัก
-อบอุ่น อนาคต	สามารถจัดรวมอยู่ใน อ : อารมณ์

ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยนี้ จึงเลือกใช้หลักการ 6 อ. ในการสื่อสารรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อาหาร

การรับประทานอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคและความเจ็บป่วย อีกทั้งช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fung (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคทางเดินอาหารอักเสบเฉียบพลัน (Acute gastroenteritis: AG) ในผู้สูงอายุ พบว่า การประเมินตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ดังธงโภชนาการ (หน่วยสุศึกษา ฝ่ายผู้ปวยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2555)



ภาพที่ 2.1 ธงโภชนาการ

ที่มา (หน่วยสุศึกษา ฝ่ายผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2555)

หมู่ที่ 1 คาร์โบไฮเดรต อันได้แก่ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง มันเผือก แป้ง ฯลฯ

ซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีความต้องการพลังงานลดลง เนื่องจากความสามารถในการใช้กลูโคสลดลง ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารกลุ่มนี้แต่พออิ่ม ไม่มากเกินไป เพราะส่วนที่เกินจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในร่างกาย อันจะเป็นผลเสียต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีผลต่อข้อเข่าเสื่อม ทำให้ปวดเข่าเวลาเดิน ดังที่ Çeliker (2009) ระบุว่าโรคข้อเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่มีภาวะข้อต่ออักเสบและมีผลมากต่อความผิดปกติในการทำกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งตะโพกและข้อเข่าเป็นข้อต่อขนาดใหญ่ที่สำคัญที่ได้รับผลกระทบจากโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุ

หมู่ที่ 2 โปรตีน ซึ่งได้แก่ เนื้อสัตว์ ถั่วชนิดต่างๆ อาหารกลุ่มนี้จำเป็นต่อการซ่อมแซมและสร้างเนื้อเยื่อที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุถึงแม้จะไม่เจริญเติบโต แต่ร่างกายยังต้องการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ เพื่อทดแทนของเดิมที่สูญเสียไปตลอดเวลา ผู้สูงอายุจึงต้องการสารอาหารกลุ่มนี้ มากกว่าคนวัยหนุ่มสาว เนื้อสัตว์ที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน คือ เนื้อปลาซึ่งมีกรดไขมันโอเมก้า 3 สามารถป้องกันหลอดเลือดแข็งตัวและโรคหัวใจได้ หากเป็นเนื้อวัว หมู ไก่ ควรลอกส่วนที่เป็นมันหรือหนังออก เพราะอาจทำให้ไขมันอุดตันในเส้นเลือด นอกจากนี้ถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ก็เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ราคาไม่แพง แต่ให้คุณค่าไม่แพ้เนื้อสัตว์ อีกทั้งยังมีกากใยช่วยให้ลำไส้บีบตัวดี ช่วยป้องกันท้องผูก

หมู่ที่ 3 ไขมัน น้ำมันพืชที่ใช้ประกอบอาหาร กะทิซึ่งเป็นน้ำมันจากมะพร้าว ไขมันจากสัตว์ เช่น หนังไก่ หนังหมู หรือแม้แต่ไข่แดง นม ฯลฯ อาหารกลุ่มนี้จะให้พลังงานสูง หากรับประทานมากเกินไป จะเป็นผลเสียต่อร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแข็งและเลือดไหลเวียนไปเลี้ยง

อวัยวะที่สำคัญ เช่น สมองและหัวใจ ได้ติดขัดหรือช้าลง ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานไขมันให้น้อยที่สุด

หมู่ที่ 4 เกลิโอแร แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการและมักจะขาดคือ ธาตุแคลเซียมและธาตุสังกะสี ธาตุแคลเซียมเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก พบมากในนม เต้าหู้ ผัก ผลไม้ เมล็ดงา กระดุกสัตว์ เช่น ปลาตัวเล็ก ปลาป่น ฯลฯ รวมถึงนม ซึ่งควรเป็นนมพร่องไขมันเนย เพื่อลดปริมาณไขมันที่ไม่จำเป็นออกไป ส่วนธาตุสังกะสี มีความจำเป็นต่อร่างกายหลายระบบ โดยเฉพาะระบบผิวหนัง จึงควรรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลา กุ้ง ปู ฯลฯ เพื่อเพิ่มธาตุดังกล่าว

หมู่ที่ 5 วิตามิน วิตามินมีหลายชนิด แต่ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะขาดได้แก่ วิตามินบีหนึ่ง วิตามินอี วิตามินดี และกรดโฟลิก ผู้สูงอายุจึงควรได้รับวิตามินเพิ่ม โดยการบริโภคอาหารดังนี้

- วิตามินบีหนึ่ง พบมากในข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้
- วิตามินอี พบมากในถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วขาว ฯลฯ
- วิตามินดี พบมากในนม ตับ น้ำมันตับปลา
- กรดโฟลิก พบมากในพืชผักสดใบเขียวทุกชนิด

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องตระหนักคือ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารรสชาติอ่อน ไม่เค็ม มัน หวานจัด อีกทั้งมีลักษณะที่อ่อนนุ่ม เคี้ยวและย่อยง่าย เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร การย่อยและการดูดซึม ถ้าเป็นผลไม้หรือผักควรหั่นให้ชิ้นเล็กลง หากเป็นเนื้อสัตว์ ควรต้ม ตู้นให้เปื่อย เพื่อลดปัญหาอาการแน่นท้อง นอกเหนือจากนี้ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว และไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หรือชา กาแฟที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เพราะนอกจากจะทำให้หลับยากแล้ว ยังทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในแต่ละวันเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ (Limprasertkul, 2009) นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อควบคุมรักษาโรค

2. ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจัดเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อใดที่ผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกายอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงควรมีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ช่วยให้ระบบโลหิตไหลเวียนได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเซลล์ต่างๆ ของร่างกายสามารถแลกเปลี่ยนสารอาหารและขับถ่ายของเสียได้ดียิ่งขึ้น (Limprasertkul, 2009) ทั้งนี้การออกกำลังกายของผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การออกกำลังกายหรือการบริหารเฉพาะส่วน มักใช้เพื่อการรักษาโรค เช่น การบริหารข้อไหล่ในผู้ป่วยโรคไหล่ติด การบริหารกล้ามเนื้อหลังในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง และการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าในกรณีที่ข้อเข่าเสื่อม ฯลฯ โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อมซึ่งพบมากถึง 40% ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากสะโพกและข้อเข่าเป็นข้อต่อขนาดใหญ่ที่สำคัญที่ได้รับผลกระทบจากโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุ ทางเลือกในการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยาได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายแบบต่อเนื่องหรือแอโรบิค การออกกำลังกายในน้ำ ฯลฯ (Celiker, 2009)

2. การออกกำลังกายโดยทั่วไป เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหรือนันทนาการ ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตและเพื่อผ่อนคลายความเครียด อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยของ Dyer et al. (2007) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สนใจการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสูงอายุถึง 76.3% ที่คะแนนจากการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย (Physical Performance Test) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อแนะนำถึงหลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

- ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อหรือออกแรงเบ่งมาก เช่น ยกน้ำหนัก ฯ
- หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกหรือเกิดแรงเครียดต่อข้อต่อ

โดยเฉพาะข้อที่ต้องรับน้ำหนักตัว เช่น การกระโดด การเดินขึ้นลงบันไดที่สูงมากๆ หรือนั่งยองๆ ฯลฯ

-ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้ความเร็วสูงหรือเปลี่ยนทิศทาง เพราะจะทำให้หกล้มได้ง่าย

-ไม่ควรออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหนักๆ หรือเมื่อรู้สึกเหนื่อย ไม่สบาย

-หลีกเลี่ยงออกกำลังกายประเภทการแข่งขันทุกชนิด ทั้งการแข่งขันกับคนหรือเวลา

-ควรให้ทุกส่วนของร่างกายได้ออกกำลังหรือเคลื่อนไหว ไม่ควรเน้นส่วนใดส่วนหนึ่งมากเกินไป เพราะอาจทำให้ได้รับบาดเจ็บได้

-พยายามทำให้งานหรือกิจวัตรประจำวันมีการออกกำลังกาย เช่น การเดินขึ้น/ลงบันไดแทนการขึ้นลิฟ การเดินไปหาแทนการโทรศัพท์ การทำสวน การกวาด/ถูบ้าน ฯลฯ (ภิญทิลา พลทอง, ขนิษฐา นาคะ และเนตรสภา คู่พันธ์วี, 2553)

-ควรออกกำลังกายแบบต่อเนื่องติดต่อกันนานอย่างน้อย 30 นาที

-ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ผู้สูงอายุมักมีกล้ามเนื้อตึง เนื่องจากกล้ามเนื้อยืดหยุ่นน้อยลง เป็นผลให้มีอาการปวดเมื่อย ลุกนั่งลุกยืนไม่ค่อยสะดวก หรืออยู่ในท่าใด ๆ นาน ๆ ไม่ได้ นอกจากนี้หากกล้ามเนื้อบริเวณ

คอตั้ง อาจก่อให้เกิดการวิงเวียนศีรษะและปวดตาได้ นอกจากกล้ามเนื้อตึงแล้ว ผู้สูงอายุมีการหล่อลื่นของข้อต่อน้อยลง เป็นผลให้เกิดการปวดข้อ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องบริหารร่างกายเพื่อรักษาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ โดยการยืดกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ให้เต็มช่วงการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ ในที่นี้จึงแนะนำท่าบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ (วิมลวรรณ เที่ยงแก้ว, 2551)

1. การบริหารคอ เมื่อวิงเวียน
 2. การบริหารข้อไหล่ เพื่อป้องกันไหล่ติด
 3. การบริหารข้อเข่า เมื่อปวดเข่า
 4. การบริหารข้อเท้า เพื่อการทรงตัว
- ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

การบริหารคอเมื่อวิงเวียน

-ผู้สูงอายุสามารถใช้นิ้วโป้งคลึงกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย และดันคอส่วนบนได้ดังรูป



-หากการวิงเวียนลดลงหรือไม่มีอาการ ผู้สูงอายุสามารถบริหารคอได้โดยนั่งตัวตรง หันศีรษะซ้ายและขวาให้สุด เอียงศีรษะซ้ายและขวาให้สุด ก้มและเงยศีรษะให้สุด



หันศีรษะซ้าย-ขวา



เอียงศีรษะซ้าย-ขวา



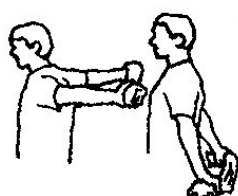
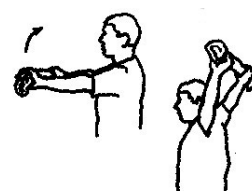
ก้มศีรษะ



เงยศีรษะ

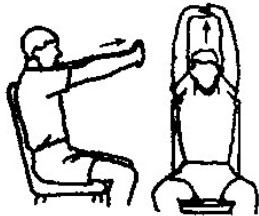
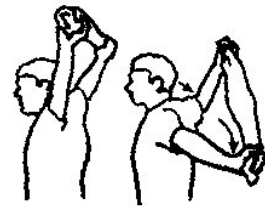
การบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันไหล่ติด

-นั่งหรือยืน ศีรษะตั้งตรง มือทั้งสองจับผ้าหรือกระบอง ในลักษณะกางแขนเล็กน้อย จับผ้าหรือกระบองในลักษณะคว่ำมือ ยกแขนทั้งสองขึ้นจนสุด เหยียดไปด้านหลังเล็กน้อย ทำ 10 ครั้ง



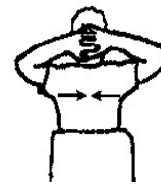
-นั่งหรือยืน ศีรษะตั้งตรง มือทั้งสองจับผ้าหรือกระบอง ทางด้านหลังของลำตัว ยกแขนทั้งสองขึ้นและลง ทำ 10 ครั้ง

-นั่งหรือยืน ศีรษะตั้งตรง มือทั้งสองจับผ้าหรือกระบัง
ยกแขนทั้งสองขึ้นจนสุด เอียงแขนไปมาซ้ายและขวา
ทำ 10 ครั้ง



-นั่งหรือยืน ศีรษะตั้งตรง ประสานมือทั้งสอง เหยียดศอก
ยกแขนขึ้นมาระดับหน้าอก เอื้อมมาด้านหน้า ยกแขนขึ้นสุด
หงายมือ เอื้อมขึ้นด้านบน ทำ 10 ครั้ง

-นั่งหรือยืน ศีรษะตั้งตรง ประสานมือทั้งสอง ไขว่ที่ท้ายทอย
แบะไหล่ ออก



-นั่งหรือยืน ศีรษะตั้งตรง นำมือข้างซ้ายแตะไหล่ขวา
นำมือข้างขวาไปจับข้อศอกซ้าย ใช้มือขวาดันศอกซ้าย

การบริหารข้อเข้าเมื่อปวดเข่า

-นั่งตัวตรง กระดกข้อเท้าและเตะขาขึ้น เกร็งค้างไว้
นับ 1-10 ค่อย ๆ วางเท้าลงกับพื้น



-นอน ชันเข่าข้างหนึ่ง อีกข้างยกขาขึ้น
กระดกข้อเท้าออกและเหยียดเข่าขึ้นลงเล็กน้อยสลับไปมา

-นอน เหยียดขา กระดกข้อเท้าขึ้น พร้อมกดเข่าลงติดเตียง
เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วปล่อย

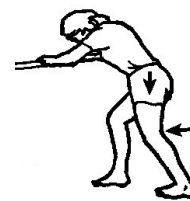


การบริหารข้อเท้าเพื่อการทรงตัว



-ยืน หันหน้าเข้าหากำแพง มือเท้ากำแพง ขาขวาอยู่หน้า
งอเข่า ขาซ้ายอยู่หลัง เหยียดเข่า นำสะโพกเข้าหากำแพง
พร้อมกับกดส้นเท้าติดพื้น ค้างไว้ นับ 1-10 แล้วปล่อย
ทำ 10 ครั้ง เปลี่ยนขาซ้ายอยู่หน้า งอเข่า ทำเช่นเดียวกัน

-ยืน หันหน้าเข้าหากำแพง มือเท้ากำแพง ขาขวาอยู่หน้า
งอเข่า ขาซ้ายอยู่หลัง เขี่ยเข่า ลดสะโพกลงหาพื้นพร้อมกับ
งอเข่าและส้นเท้ายังคงติดพื้น ค้างไว้นับ 1-10 แล้วปล่อย
ทำ 10 ครั้ง เปลี่ยนขาซ้ายอยู่หน้า งอเข่า ทำเช่นเดียวกัน



-นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ ยกขาขึ้นจากเก้าอี้เล็กน้อย
งอเข่า และกระดูกข้อเท้าขึ้นลง



-นั่งบนพื้น กางขา และเขี่ยเข่าสุด กระดกข้อเท้าขึ้นลง
อาจหมุนข้อเท้าไปซ้ายและขวา สลับกัน และบิดเข้าบิดออก



3. อาการ

อารมณ์จิตใจที่เป็นสุข ย่อมนำมาซึ่งความสุข พึงระวังภาวะอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพราะจะนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพ ดังงานวิจัยหลายเล่มที่พบปัญหาด้านอารมณ์และสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ Acar and Salinsky (2010) ที่ศึกษาภูมิหลังประวัติของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคลมชัก พบว่ามีประวัติการทำร้ายร่างกายและเคยใช้ยานอนหลับและยาคลายเครียด นอกจากนั้นงานวิจัยของ Dyer et al. (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ของการไม่ดูแลเอาใจใส่ตนเองในผู้สูงอายุ พบว่า 50% ของผู้ป่วยสูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับผิดปกติ อีกทั้งพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุดังกล่าว

แบบสำรวจต่อไปนี้ ช่วยให้สามารถสำรวจสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยให้พิจารณาว่าสภาพอารมณ์แต่ละข้อ ว่าเกิดขึ้นบ่อยทุกวันหรือเกือบทุกวัน นานสองสัปดาห์ติดต่อกันหรือไม่ (สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา, 2554).

- ☐ 1. รู้สึกเซ็ง เศร้า เสียใจ หงุดหงิด โดยไม่มีเหตุผล
- ☐ 2. รู้สึกเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ ที่เคยชอบ เคยทำ
- ☐ 3. รู้สึกเบื่ออาหารหรือกินมากขึ้น น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มมากขึ้น
- ☐ 4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป
- ☐ 5. ความต้องการทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ลดลง หรือมากขึ้น)
- ☐ 6. รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า ไม่มีแรง โดยไม่มีสาเหตุ
- ☐ 7. รู้สึกหมดหวัง มองตนเองไม่มีค่า หรือคอยตำหนิกล่าวโทษตนเอง

- ☐ 8. สมาธิไม่ดี ซ้ำลิ้ม ไม่มั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจ
- ☐ 9. รู้สึกกระวนกระวายใจ นั่งไม่ติด ทุณทุราย โดยไม่มีสาเหตุ
- ☐ 10. เบื่อหน่ายหรือเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

หากผลการสำรวจพบจำนวน 5 ข้อหรือมากกว่า โดยอาการนี้เป็นมานานสองสัปดาห์ บ่งชี้ได้ว่ามีปัญหาภาวะซึมเศร้า ควรหาทางบำบัดแก้ไข หรือไปพบจิตแพทย์

สำหรับการดูแลจิตใจให้เป็นสุข ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้ (ปรับปรุงจากสุรพงษ์ คณานุรักษ์, 2545)

3.1 เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง พึงยอมรับว่าสิ่งต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นเรื่องธรรมดา ธรรมชาติ มิใช่เรื่องของเวรกรรม การยอมรับการเปลี่ยนแปลง เช่น

-การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ผมหงอก ผิวย่น ปวดเมื่อยตัว ฯลฯ

-การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เช่น จากหัวหน้าครอบครัว เป็นสมาชิกครอบครัว จากผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้พึ่งพาครอบครัว จากครอบครัวใหญ่ เป็นครอบครัวเดี่ยว จากผู้ให้ เป็นผู้รับ

-การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียความเคารพนับถือ ฯลฯ

3.2 ฝึกตน ฝึกจิตให้อยู่ในหลักธรรมของศาสนา ทำความดีเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ จิตใจเป็นสุข ไม่หลงยึดติดในลาภยศ สรรเสริญต่างๆ

3.3 ฝึกตนและมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน การมองโลกในแง่ดี แบ่งวก ช่วยให้ปัญหาต่างๆ ที่เลวร้ายบางลง แต่หากมองโลกในแง่ลบ ยิ่งทำให้รู้สึกถึงความหนักหน่วงเลวร้ายของปัญหามากยิ่งขึ้น จึงควรฝึกตนให้มองโลกในแง่ดี เช่น ข้อดีของการเป็นผู้สูงวัย คนอื่นๆ จะยกมือไหว้ ให้เกียรติ คอยดูแล ลูกให้ นั่ง ได้รับการบริการก่อน ฯลฯ

3.4 การวางตนให้เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดี ผู้สูงอายุควรวางตนให้เหมาะสมกับวัย ประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งทางกาย วาจา ใจ เพื่อลูก หลาน สมาชิกในครอบครัว และสังคมเกิดความภาคภูมิใจและเคารพนับถือ

3.5 เป็นที่ปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจเมื่อบุตรหลานมีปัญหา ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมากมาย ทำให้มีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียนให้คำปรึกษา แนะนำแก่คนรุ่นหลังได้ ผู้สูงอายุสามารถชี้แนะ แนะนำถึงการแก้ปัญหาอย่างมีสติ บนพื้นฐานการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียแต่ละทางเลือก รวมถึงให้กำลังใจในการต่อสู้ฝ่าฟันปัญหา แต่สิ่งที่ต้องพึงระวัง ผู้สูงอายุต้องไม่เครียดต่อปัญหานั้นเอง มิฉะนั้นบุตรหลาน สมาชิกในครอบครัวจะไม่นำปัญหามา

ปรึกษาอีกในครั้งต่อไป อีกทั้งไม่คาดหวังว่าบุตรหลานต้องแก้ไขปัญหาดังที่ตนเองแนะนำ เพราะแต่ละคนอาจมีเงื่อนไขเหตุผลที่แตกต่างกัน

3.6 การยอมรับและเข้าใจผู้อื่น ไม่ยึดถือตนเองเป็นหลัก ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว โดยการยอมรับบทบาทและการรับฟังความคิดเห็น การให้กำลังใจ การให้เกียรติสมาชิกทุกคน ฯลฯ การยอมรับและเข้าใจผู้อื่น ไม่ยึดถือตนเองเป็นหลัก จะช่วยลดปัญหาช่องว่างระหว่างวัยและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน อันจะช่วยให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างมีความสุข

3.7 การช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้ รวมถึงช่วยเหลืองานบ้านตามความถนัดและความสามารถ การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเท่าที่สามารถทำได้ เป็นการแบ่งเบาหรือช่วยลดภาระให้กับบุตรหลานได้อีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักไม่ชอบอยู่นิ่งเฉย หากสภาพร่างกายยังมีกำลังดี ก็สามารถช่วยเหลืองานบ้านที่ชอบและถนัดได้ เช่น ทำอาหาร เลี้ยงหลาน ทำงานฝีมือ ทำสวน ทำความสะอาดบ้าน เย็บปักถักร้อย ฯลฯ แต่ควรทำอย่างมีความสุข ทำเท่าที่ความสามารถจะทำได้ แต่ไม่ควรฝืน เพราะจะนำสู่ผลเสีย อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายได้

4. อติเรก

มีงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุไม่มีการทำกิจกรรมอติเรก อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ (Limprasertkul, 2009) ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมอติเรก เพราะเมื่อก้าวเข้าสู่วัยนี้ ผู้สูงอายุจะมีเวลาว่างมากขึ้น งานอติเรกช่วยสร้างความเพลิดเพลิน ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ช่วยนำมาซึ่งความสุข ทั้งนี้นงานอติเรกของผู้สูงอายุอาจเป็นกิจกรรมดังต่อไปนี้ (สุรพงษ์ คณานุกรณ์, 2545)

4.1 กิจกรรมนันทนาการ ได้แก่ การร้องเพลง รำวง ลีลาศ เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ ฯ

4.2 กิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การทำสมาธิ การสวดมนต์ การฟังธรรม การทำบุญเนื่องในวันสำคัญต่างๆ

4.3 กิจกรรมส่งเสริมอาชีพและรายได้ เช่น การประดิษฐ์ดอกไม้ การนวดเพื่อสุขภาพ การทำอาหาร ฯลฯ โดยผู้สูงอายุสามารถเลือกทำได้ตามความถนัดและความสนใจ

4.4 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย เช่น โยคะ ไทเก๊ก โยคะ หรืออาจเล่นกีฬาประเภทเปตอง หมากรุก ฯลฯ

4.5 กิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ได้แก่ การพัฒนาชุมชน และสังคม โดยการรวมกลุ่มหรือเข้าร่วมโครงการบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ หรืออาจเป็นปราชญ์ชาวบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้ ภูมิปัญญา รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งสามารถถ่ายทอดสู่ชนรุ่นหลังได้

4.6 กิจกรรมทัศนศึกษา ได้แก่ การท่องเที่ยวตามสถานที่สำคัญต่างๆ ซึ่งอาจเป็นสถานที่ที่เป็นแหล่งวัฒนธรรมศาสนา เช่น วัด มัสยิดต่างๆ ทิวทัศน์วัฒนธรรมตามสถานที่ต่างๆ หรือท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ เช่น เที่ยวสปา อาบน้ำแร่ เที่ยวแหล่งธรรมชาติ ฯลฯ

4.7 อื่นๆ เช่น การอบรมเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การดูหนังละคร เกมโชว์ ทอล์คโชว์ ที่ช่วยผ่อนคลาย การเยี่ยมเยียนผู้อื่น ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า งานอดิเรกมีทั้งที่ประเภททำคนเดียว ทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และทำร่วมกับผู้อื่น ผู้สูงอายุจึงควรเลือกให้เหมาะกับความสุข ความถนัด ความสนใจของตนเอง

5. อนามัย

ปัญหาด้านสุขอนามัย ส่งผลต่อสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังงานวิจัยของ Acar and Salinsky (2010) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคทางเดินอาหารอักเสบเฉียบพลันในบ้านพักคนชรา ทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล ผลที่ได้ชี้ให้เห็นว่าการระบาดของอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคทางเดินอาหารอักเสบเฉียบพลันในบ้านพักคนชรา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับต้นทุนทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งสัดส่วนของเจ้าหน้าที่อนามัยต่อผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราที่มีการระบาดของโรค มีจำนวนน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับกลุ่มบ้านพักคนชราที่ไม่มีการระบาดของโรค การละเลยการล้างมือภายหลังจากเข้าห้องน้ำ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลที่มีนัยสำคัญต่อการแพร่เชื้อของโรคทางเดินอาหารอักเสบเฉียบพลัน ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุควรมีอนามัยหรือการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา, 2554)

5.1 มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

5.1.1 เกณฑ์สุขภาพกายดี คือ ปราศจากประวัติและอาการของโรคต่างๆ ดังนี้

- โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คือ โรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ 150/90 มิลลิเมตรปรอท โรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150 มิลลิกรัม

- โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดสมองอุดตัน โรคข้อเสื่อม โรคเอดส์ วัณโรค ฯลฯ

5.1.2 เกณฑ์สุขภาพจิตดี ผู้สูงอายุที่จัดว่ามีสุขภาพจิตดี ต้องผ่านเกณฑ์ 3 ข้อในต่อไปนี้

- เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและ/หรือเพื่อนบ้านเป็นประจำ
- เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ สามารถแก้ไขได้โดยไม่ต้องปรึกษาเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขหรือแพทย์

- รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีลูกหลานให้ความเคารพนับถือ หรือลูกหลานมีการมาปรึกษาหารือหรือขอความคิดเห็น

- รู้สึกว่าตนเองมิได้ถูกทอดทิ้ง มีลูกหลานมาเยี่ยมหรือดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ

5.2 มีพื้นที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี

5.3 มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย โดยผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระดับผอมและอ้วน มีความเสี่ยงหรือมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระดับปกติ ผู้สูงอายุจึงควรหมั่นดูแลสุขภาพของร่างกาย ให้มีค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

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

การแปลผล	ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5	หมายถึง ผอม
	ค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 18.5-24	หมายถึง ปกติ
	ค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 24 - 30	หมายถึง ท้วม
	ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30	หมายถึง อ้วน

ข้อเท็จจริงประการหนึ่งคือ เมื่อสูงอายุมากขึ้น ระบบเผาผลาญร่างกายยิ่งด้อยลง จึงมีข้อแนะนำในการลดความอ้วนสำหรับผู้สูงอายุโดยควบคุมแคลอรีอาหารที่จะรับประทาน รวมถึงเพิ่มการเผาผลาญแคลอรีด้วยการออกกำลังกาย โดยปฏิบัติดังนี้

-อาหาร ทานน้ำก่อน 1 แก้ว ตามด้วยผลไม้ แล้วจึงรับประทานอาหารตามปกติแต่เน้นจานเล็ก ส่วนกับข้าวเน้นต้ม นึ่ง ย่าง และให้มีผักทุกมื้อ เคี้ยวช้าๆ ทานพอสิดี้มไม่เต็มหลีกเลียงของเค็ม หวาน มัน และทอด

-การออกกำลังกาย ต้องมีวินัยในตนเอง ยิ่งออกทุกวัน ยิ่งดีต่อร่างกาย อาจจะมีข้อคิดคำคมไว้เตือนใจตัวเอง เช่น “รักตัว กลัวตาย ต้องขยันออกกำลังกาย” หรือ “ยิ่งออกแรง ยิ่งได้แรง”

5.4. สามารถช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ดังนี้

- ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันขั้นพื้นฐานได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น การควบคุมการขับถ่าย ใช้ห้องสุขา อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า และรับประทานอาหาร

- สามารถเดินทางไปนอกบ้านตามที่ต้องการได้ด้วยตนเอง

- สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

อาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์

ผู้สูงอายุควรไปพบแพทย์ เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้

1. ปวดหลัง และมีอาการปวดร้าวจากหลังหรือสะโพกลงไปที่น่องหรือขา ร่วมกับมีอาการขา อ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาด้านที่ปวด หรือ ร่วมกับอาการปัสสาวะไม่ออก หรือ มีอาการกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้
2. ปวดเข่า ร่วมกับมีอาการเข่าบวม มีไข้
3. มีอาการปวดมาก รับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือ มีอาการปวดมากขึ้นเรื่อยๆ
4. คลำพบก้อนเนื้อผิดปกติ ไม่ว่าจะมีอาการปวดหรือไม่ปวดก็ตาม
5. อาการผิดปกติอื่นๆ ที่เป็นนานมากกว่า 2 อาทิตย์ แล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือเป็นแยะกว่าเดิม

หากเกิดอาการดังกล่าว อย่างหนึ่งจนใจ ควรพบแพทย์เพื่อจะได้ค้นหาสาเหตุและรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

6. อาคารสิ่งแวดล้อม

อุบัติเหตุของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายในบ้าน ซึ่งอาจเกิดจากความประมาท การเสื่อมสภาพของร่างกายผู้สูงอายุ รวมถึงการออกแบบบ้านที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ด้วยเหตุนี้จึงมีข้อเสนอแนะในการออกแบบอาคารสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังนี้ (ปรับปรุงจาก ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2555)

6.1 พื้นบ้านและทางเดิน ควรเป็นระดับเดียวกัน และใช้วัสดุที่เปียกน้ำแล้วไม่ลื่น ไม่ควรทำพื้นต่างระดับหรือธรณีประตู และไม่ทิ้งสิ่งกีดขวางให้เกะกะทางเดิน เพราะอาจเกิดการสะดุดล้มได้

6.2 บันได ควรจัดให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องใช้บันไดหรือใช้ให้น้อยที่สุดหากจำเป็น บันไดควรมีราวให้จับทั้ง 2 ด้าน บันไดแต่ละขั้นควรสูงน้อยกว่า 15 ซม. ส่วนความลึกของบันไดควรมากกว่า 30 ซม. และใส่ยางกันลื่นบริเวณขอบบันได

6.3 ประตูและราวจับ ประตูควรเป็นแบบเลื่อน ซึ่งสามารถเปิด/ปิดโดยใช้แบบมือจับดึงหรือดัน ไม่ควรใช้แบบลูกบิด นอกจากนี้ประตูควรกว้างพอสำหรับการเข้าออกพร้อมกัน 2 คน เพื่อเหตุจำเป็นปัจจุบันทันด่วน ส่วนราวจับควรมีตลอดแนวทางเดิน ภายในห้องควรมีราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวเวลาลุกยืนหรือเดิน โดยมีลักษณะกลม มีขนาดที่จับได้พอเหมาะ และควรอยู่สูงพอที่จะจับได้ถนัด

6.4 แสงสว่าง ภายในบ้านโดยเฉพาะห้องน้ำ ทางเดินและบันได ควรจัดให้มีความสว่างที่เพียงพอ ไม่มีมืด แต่ก็ไม่ควรสว่างจ้าเกินไป เพราะทำให้ตาพร่าได้

6.5 เฟอร์นิเจอร์และเครื่องอำนวยความสะดวก ควรมีความสูงต่ำที่พอเหมาะ หากเป็นเตียงหรือเก้าอี้ควรมีความสูงระดับหัวเข่า ส่วนการจัดวางสิ่งของก็ไม่ควรวางสูงจนต้องเขย่งหรือต่ำจนต้องก้มหรือคุกเข่าเพื่อหยิบของ ควรใช้เฟอร์นิเจอร์ที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ เช่น ใช้โต๊ะกินข้าวแทนการนั่งพื้น ใช้ไม้เท้าแทนการนั่งดู ยืนรัดผ้าแทนการนั่งรัด ฯลฯ

6.6 ห้องน้ำ จัดเป็นห้องที่สำคัญที่สุด และมักจะเป็นสถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด พื้นห้องน้ำจึงควรทำเป็นระดับเดียวกัน ไม่มีธรณีประตูหรือพื้นต่างระดับ วัสดุที่ใช้ปูพื้นห้องน้ำ ต้องไม่ลื่นเมื่อเปียกน้ำ ควรใช้โถนั่งหรือชักโครก ก๊อกน้ำควรเป็นแบบคันโยกโดยใช้มือดึงหรือดันเพื่อเปิด/ปิดน้ำ ไม่ควรเป็นแบบลูกบิดหรือแบบหมุน

6.7 ต้นไม้ ควรจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านหรือมุมบ้านให้มีต้นไม้ ดอกไม้ เนื่องจากสีเขียวของใบไม้ รวมถึงสีส้มของต้นไม้ ช่วยสร้างความสดชื่นให้กับผู้สูงอายุ

6.8 หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน ควรมีติดไว้ที่ผนังหรือชั้นวางใกล้โทรศัพท์เพื่อความสะดวกในการติดต่อเหตุฉุกเฉินจำเป็นต่างๆ โดยอาจเป็นหมายเลขโทรศัพท์ของลูกหลานหรือเพื่อนบ้านที่ไว้ใจได้ รวมถึงหมายเลขสายด่วนกรณีเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่างๆ

ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นหลัก 6 ข้อ ในการสื่อสารรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหลัก 6 ข้อ ดังกล่าวประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

การสื่อสารทางการตลาดแบบผสมผสาน (Integrated Marketing Communication หรือ IMC) จัดเป็นแนวคิดที่สำคัญที่หลายๆ องค์กรเริ่มนำมาใช้อย่างแพร่หลายในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้คำว่า การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน (Integrated Marketing Communications) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

American Association of Advertising Agencies (อ้างถึงใน Kotler, 2009) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน เป็นแนวคิดของการวางแผนการสื่อสารการตลาดที่มีประสิทธิภาพ ที่ครอบคลุมการใช้รูปแบบการสื่อสารที่หลากหลายเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อ

การสื่อสารที่มีความต่อเนื่อง ชัดเจน และสอดคล้องกัน อันนำมาซึ่งผลกระทบการสื่อสารที่สูงที่สุด”

Duncan (2005) ได้กล่าวไว้ว่า “การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน เป็นกระบวนการของการรวมการสื่อสารที่หลากหลายไว้ด้วยกัน เพื่อก่อให้เกิดพลังในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทำให้เป้าหมายของการสื่อสารประสบผลสำเร็จ”

Shimp (2010) ได้ให้นิยามไว้ว่า “การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานเป็นกระบวนการของการพัฒนาและการใช้รูปแบบต่างๆ ของโปรแกรมการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจผู้บริโภคเป้าหมายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมของผู้บริโภค”

วารินยา ลีลาวัฒน์ (2550) ได้กล่าวสรุปไว้ว่า “การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานจัดเป็นกระบวนการพัฒนาเครื่องมือในการสื่อสารตราสินค้าไปสู่ผู้บริโภค เพื่อสร้างคุณค่าให้กับตราสินค้า”

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน เป็นกระบวนการวางแผนและใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดที่หลากหลายรูปแบบผสมผสานกัน และสอดคล้องในทิศทางเดียวกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างคุณค่าในตราสินค้า และวัตถุประสงค์ขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ”

ลักษณะสำคัญของการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

จากความหมายดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานหรือที่เรียกว่า IMC นั้น มีคุณลักษณะที่สำคัญๆ ดังนี้ (อัปสร อีซอ, 2556)

1. IMC เน้นใช้เครื่องมือการสื่อสารหลากหลายรูปแบบร่วมกัน

การบรรลุซึ่งเป้าหมายของการสื่อสารใดๆ ก็ตาม ไม่สามารถใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งตามลำพังได้ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือการสื่อสารหลากหลายรูปแบบร่วมกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดที่สามารถนำมาใช้ผสมผสานกัน ได้แก่ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การส่งเสริมการขาย การใช้พนักงานขาย การตลาดทางตรง การตลาดเชิงกิจกรรม การบรรจุภัณฑ์ ฯลฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ใน IMC จำเป็นต้องสื่อสารสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

เครื่องมือสื่อสารที่นำมาใช้หลากหลายรูปแบบ จำเป็นที่จะต้องใช้สื่อสารไปในทิศทางเดียวกัน (one voice) เพื่อให้การสื่อสารทางการตลาดนั้นมีพลัง อันจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายทางการสื่อสารในที่สุด

3. IMC เน้นวัตถุประสงค์เพื่อสร้างคุณค่าในตราสินค้า รวมถึงวัตถุประสงค์ขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ

IMC เป็นการสื่อสารสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้ลูกค้าเล็งเห็นถึงคุณค่าในตราสินค้า (brand equity) อันจะส่งผลต่อการสนับสนุนสินค้าในที่สุด นอกเหนือจากนี้แล้ว IMC ต้องสามารถช่วยให้วัตถุประสงค์ขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ เช่น การสร้างการรับรู้ สร้างทัศนคติต่อตราสินค้า กระตุ้นให้เกิดการทดลองซื้อ ทดลองใช้ ให้มีการติดต่อกลับ ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนด ฯลฯ

เครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานเพื่อโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด จำเป็นต้องใช้เครื่องมือสื่อสารหลากหลายรูปแบบร่วมกัน ซึ่งเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน มีดังนี้

- การโฆษณา
- การประชาสัมพันธ์
- การส่งเสริมการขาย
- การใช้พนักงานขาย
- การตลาดเชิงกิจกรรม
- การอบรมสัมมนา
- การจัดประกวดแข่งขัน
- การตลาดทางตรง
- การจัดแสดงสินค้า
- การสาธิตสินค้า
- การบรรจุภัณฑ์
- การใช้สื่อหรือสัญลักษณ์ต่างๆ
- การจัดนิทรรศการ
- การใช้ของที่ระลึก
- ฯลฯ

จากการศึกษาเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้ งานวิจัยของสุภาณี แก้วพินิจ, ลินดา สิริภูบาล และบุญสนอง ภิญโญ (2550) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลการศึกษาพบว่า

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการมีดังนี้ 1) การตรวจและทดสอบสมรรถภาพของร่างกายพร้อมให้คำแนะนำ 2) การรับประทานอาหารสุขภาพ 3) การออกกำลังกาย โยคะ ยืดเหยียด การออกกำลังกายในน้ำ (hydro aerobic) สาธิตและฝึกปฏิบัติการเล่นกีฬา woodball รวมถึงการทำ spa stream & sauna 4) ศิลปะเพื่อสุขภาพ (Art for health) การใช้ศิลปะบำบัด (color therapy) พร้อมด้วยดนตรีบำบัด (music therapy) 5) ผสมผสานกับกิจกรรมบูรณาการของกรมอนามัยในการดูแลสุขภาพตนเอง อาทิ การล้างมือและการใช้ช้อนกลาง โดยสอดแทรกเข้าไปในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อฝึกให้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต กิจกรรมด้านสังคมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการถ่ายทอดประสบการณ์จากการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การสนทนาธรรม การปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ

ด้านงานวิจัยของเกษณี โคกตาทอง และคณะ (2554) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยได้กล่าวถึง แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย (1) ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือโครงการสุขภาพดีมีสุข (2) ด้านครอบครัว คือ โครงการครอบครัวอบอุ่น (3) ด้านสังคม ซึ่งประกอบด้วย (3.1)โครงการสัญญาใจ (3.2) โครงการสายใย ครอบครัว ชุมชน จุฬาลงกรณ เข้าวัด (3.3) โครงการครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง ด้านยาเสพติด (4) ด้านเศรษฐกิจ คือโครงการพัฒนาอาชีพกลุ่มผู้สูงอายุ (5) ด้านสวัสดิการ คือ (5.1) โครงการจัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (5.2) โครงการสวนสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ (6) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ (6.1) โครงการจัดทำสวนสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ (6.2) โครงการเพิ่มพื้นที่สีเขียว นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของอุบลทิพย์ ไชยแสง และคณะ (2554) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง การใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักซิณ จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากการทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หากวิเคราะห์เครื่องมือการสื่อสารดังกล่าว พบว่าประกอบไปด้วยเครื่องมือหลักคือ การอบรม ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และการให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในรายละเอียด พบว่ามีการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ ร่วมประชาสัมพันธ์โครงการด้วย อันได้แก่ เสื่อกระเป่า แฟ้มต่างๆ จากความรู้ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าการสื่อสารทางการตลาดแบบผสมผสาน เน้นการดำเนินงานแบบองค์รวม มีการบูรณาการเครื่องมือสื่อสารหลากหลายรูปแบบนำไปใช้ร่วมกันสอดคล้องในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดพลังในการสื่อสารโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด นอกเหนือจากนี้ การสื่อสารทางการตลาดแบบผสมผสาน ยัง

เป็นที่ยอมรับถึงการประหยัดต้นทุน ช่วยลดความสูญเปล่าด้านการใช้สื่อ และช่วยเพิ่มผลกระทบ
 กับการสื่อสาร สำหรับงานวิจัยนี้ เครื่องมือสื่อสารทางการตลาดที่ใช้ในการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ
 ได้แก่ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์
 ต่างๆ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นสายวิทยาศาสตร์ โดยเน้นการ
 ควบคุม ป้องกัน และรักษาปัญหาด้านสุขภาพเป็นหลัก สำหรับสายสังคมศาสตร์ จากการสังเคราะห์
 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- 4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์ผู้สูงอายุ
- 4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- 4.3 งานวิจัยเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 4.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุ
- 4.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์ผู้สูงอายุ

งานวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้เห็นภาพรวมหรือข้อมูล
 พื้นฐาน อันเป็นประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัย ได้แก่ งานวิจัยของวิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ
 (2552) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550 ผล
 การศึกษาพบว่าจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ สามารถจำแนกได้ 8 ประเด็น คือ
 ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ เศรษฐกิจของ
 ผู้สูงอายุ ครอบครัวกับผู้สูงอายุ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมเพื่อ
 ผู้สูงอายุ การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย และการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ
 ผลการทบทวนสรุปได้ดังนี้ **ประเด็นด้านประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย** จากการสำรวจของ
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่า ประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีถึงประมาณ 7 ล้านคน
 คิดเป็นเกือบร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอยู่ประมาณ 65.6 ล้านคน แสดงว่าประเทศไทย
 เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว การเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยของไทยนั้นเกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้นมาก โดย
 อัตราการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ สาเหตุหลักทางประชากรคือการลดภาวะเจริญพันธุ์หรือ

ภาวะการเกิดอย่างรวดเร็วจากช่วงปี 2506-2507 สตรีคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 6 คน ลดลงเหลือ 4 คนในช่วงทศวรรษ 2520 และในปัจจุบันเหลือประมาณ 1.6 คนต่อสตรี 1 คน นอกจากนี้สัดส่วนประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 ในปี 2493 เป็นเกือบร้อยละ 11 ในปัจจุบัน และประชากรในวัยแรงงานซึ่งเป็นฐานที่สำคัญของการผลิตและเกื้อหนุน (ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การดูแลบุพการี การเสียภาษีรายได้ให้แก่รัฐเพื่อนำมาจัดสรรหรือจัดสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ประชากรสูงอายุ) ต่อประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มลดลงโดยตลอด และคาดว่าจะลดลงไปอีกในอนาคต จากประชากรวัยแรงงานประมาณ 9 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 1 คน ในปัจจุบัน เหลือเพียง 3 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปีพ.ศ. 2583 ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจะมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการทั้งในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการเตรียมการในด้านสวัสดิการ บริการ และการสร้างหลักประกันต่างๆ เพื่อรองรับประชากรสูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ต้องเตรียมการให้คนไทยทุกวัยทั้งวัยทำงาน วัยก่อนสูงอายุ และวัยสูงอายุมีส่วนร่วมรับรู้และเตรียมความพร้อมทั้งด้านการออม การศึกษา การทำงานเพื่อหารายได้ ด้านสุขภาพ และสังคม

ส่วนประเด็นด้านภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ พบว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (Health Average Life Expectancy: HALE) ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย และล่าสุดปี พ.ศ. 2550 เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 75.2 ปี และเพศชายเท่ากับ 68.4 ปี ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นได้โดยอิสระ สื่อภาพของการมีสุขภาพดี คือ มีความแข็งแรงของร่างกายพอที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้ โดยไม่ต้องการการพึ่งพาหรือเป็นภาระของบุคคลอื่น การสำรวจในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้เองมากกว่าร้อยละ 90 ดีกว่าการสำรวจในปี 2547 แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากก็มีทุกขภาวะจากปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน การบดเคี้ยวอาหาร และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง และโรคข้อเสื่อม (โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ) ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะก่อทุกข์ในผู้สูงอายุ ด้วยมีการสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงาน และการตัดสินใจแล้ว ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเช่นเดียวกับภาวะทุพพลภาพ การหกล้มในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ 10.3

ทุกขภาวะที่ตามมาของการหกล้มในผู้สูงอายุอาจมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เพราะอาจมีภาวะกระดูกหักได้ง่าย ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีจำนวนน้อยกว่าที่ไม่ออกกำลังกาย แต่นับว่ามีแนวโน้มดีขึ้น ด้วยขยับขึ้นจากปี พ.ศ. 2545 และ 2547 ตามลำดับ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 28.4 ผู้สูงอายุชายน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 21.0 และประมาณ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุยังคงสูบบุหรี่ สำหรับการตรวจร่างกายประจำปีซึ่งบ่งบอกความสนใจและเอาใจใส่สุขภาพ และเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ เพราะเป็นการตรวจที่ไม่ใช่การตรวจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองการทำงานต่าง ๆ ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การสำรวจ ในปี พ.ศ. 2550 ยืนยันว่าผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายในสัดส่วนที่ไม่น่าพอใจ (เพียงร้อยละ 45) สำหรับการให้บริการด้านรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะห้าปี นี้ มีความก้าวหน้าด้านการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก อาทิ บริการตรวจรักษาและผ่าตัดตาครบวงจร โครงการฟันเทียม ผู้ป่วยโรคไตที่มีบัตรทองทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์ในการล้างไต ฟอกเลือด ผ่าตัดเปลี่ยนไตฟรี ฯลฯ

สำหรับประเด็นด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จากข้อมูลปี 2550 พบว่าประชากรวัยสูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 100,000 บาทต่อปีขึ้นไปมีอยู่เพียงประมาณร้อยละ 15.38 ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุที่ยากจน(รายได้ต่ำกว่า 20000 บาทต่อปี) มีอยู่ประมาณร้อยละ 34.13 เมื่อพิจารณาแหล่งรายได้พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ตอบว่ามาจากบุตรหญิงหรือบุตรชายที่สมรสแล้ว ที่เหลือมาจากการทำงาน เงินออม เบี้ยยังชีพ คู่สมรส และบุตรที่เป็นโสด การทำงานของผู้สูงอายุ จากข้อมูลปี 2549 พบว่าอัตราการมีส่วนร่วมของแรงงานสูงอายุประมาณร้อยละ 7.00 ซึ่งเพิ่มจากในอดีตอย่างเห็นได้ชัด และจำนวนผู้มีงานทำนั้นส่วนมาก(ร้อยละ 99) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นช่วงแรก (60-64 ปี) โดยประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างรายได้จะแตกต่างกันเห็นได้ชัดตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ และขึ้นกับภาคอุตสาหกรรมที่ทำด้วย ความต้องการจ้างแรงงานสูงอายุในองค์กรพัฒนาเอกชน จากการสอบถามพบว่าทักษะของผู้สูงอายุที่องค์กรพัฒนาเอกชนต้องการมากที่สุดได้แก่ ภาษาต่างประเทศ รองลงมาเป็นเรื่องของทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และเกษตรอินทรีย์ จึงควรพัฒนาทักษะแรงงานผู้สูงอายุในอนาคตให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน และจากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าร้อยละ 31.3 ของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ออมหรือสะสมเงินทองหรือทรัพย์สินทั้งในรูปสังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์ รัฐต้องเร่งจัดทำระบบบำนาญผู้สูงอายุไทยโดยเป็นระบบบำนาญบนพื้นฐานที่ครอบคลุมทุกคน โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันเมื่อสูงอายุ

ประเด็นด้านครอบครัวและผู้สูงอายุ มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะอยู่คนเดียว อยู่กับสามี และภรรยาโดยไม่บุตรเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลาน และต้องรับภาระในการเลี้ยงหลานก็เพิ่มขึ้นด้วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีลูกเป็นโรคเอดส์ ครอบครัวขยายที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นมีแนวโน้มลดลง ผู้สูงอายุทั้งที่ยากจน ฐานะปานกลางยังได้รับการดูแลจากครอบครัว ตามสถานภาพทางร่างกายและความสามารถที่มีอยู่ โดยบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส โดยพฤติกรรมที่ส่งเสริมระดับมาก ได้แก่ การให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ การขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อประสบปัญหา การสนับสนุนงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือบุตรหลานที่เป็นเพศหญิง (เพศชายจะเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย) คู่สมรสที่ทำหน้าที่ดูแลมักเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุคือ การศึกษาของผู้ดูแล และรายได้ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีความสุขที่สุด ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีหนี้สิน มีสุขภาพดีมาก ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาศัยอยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคมดีมาก (ความรู้จักคุ้นเคยกับเพื่อนบ้าน ความเชื่อมั่นในการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในยามวิกฤต ความไว้วางใจใจกันระหว่างเพื่อนบ้าน และความรู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สิน) และผู้ที่รู้สึกไม่ยากจนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้าน

ประเด็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ หลายชุมชนได้ตอบสนองปัญหาของผู้สูงอายุในรูปของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสริมรายได้ และการมีกองทุนในชุมชน ร้อยละ 36 ของหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถามรายงานว่ามีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (เป้าหมายคือ ร้อยละ 20) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่รายงานว่าหมู่บ้านมีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนที่ต่ำที่สุด (27%) และร้อยละ 60 รายงานว่าผู้สูงอายุในหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มกิจกรรมเสริมรายได้ โดยสัดส่วนใกล้เคียงกันในทุกภูมิภาคของประเทศ เครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุนั้นมีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และ 6) องค์กรเอกชนและองค์กรอิสระ ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนช่วยเหลือเพื่อแผ้วถางระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันจึงถือเป็นการ “เติมเต็มให้กัน”

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้วยกันก็ยังคงมีข้อจำกัดที่ดูแลได้เฉพาะผู้ที่เป็นสมาชิก ถึงแม้จะมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย แต่ในปี

พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยและพบว่า ผู้สูงอายุเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 43.9) ต่ำที่สุดในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 4.6) ในส่วนของชุมชนนั้น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ร่วมกับภาคประชาชนในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2550 เห็นชอบให้มีการขยายผลโครงการ ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ แต่พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงไม่กี่แห่งที่ดำเนินการ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนทั่วประเทศจำนวน 4,577 คน สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุจำนวน 37,495 คน นอกจากนี้ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุยังได้ริเริ่มให้มีการดำเนินโครงการ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยเป็นโครงการนำร่องใน 7 จังหวัด (เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี) จากการสอบถามความเห็นตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับบริการเพื่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวันพบว่า ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะเห็นด้วยกับแนวคิดในเรื่องการมีสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมให้ผู้สูงอายุได้มาพักผ่อน หรืออยู่รวมกัน เพื่อจะได้พบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนกัน แต่ผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างก็มีความเห็นว่าศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันน่าจะเหมาะกับพื้นที่เขตเมืองหรือเขตเทศบาลมากกว่า เพราะพื้นที่เทศบาลมีขนาดเล็ก ระยะทางการเดินทางมาที่ศูนย์ไม่ไกล ในระดับหมู่บ้านยังไม่จำเป็นต้องมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันเพราะผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องรับบริการยังมีน้อย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากไม่ได้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรงแต่ดำเนินการเพียงการสนับสนุนงบประมาณแก่กลุ่ม หน่วยงานและองค์กรในชุมชนให้จัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานเอนกประสงค์และ โรงพยาบาล การมอบเครื่องอุปโภคบริโภค การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาครูฝึก จัดหาเครื่องเสียง การอำนวยความสะดวกให้ใช้สถานที่ และการจัดกิจกรรมทัศนศึกษาเป็นครั้งคราว สำหรับการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ และได้มีการประมาณการว่า หากรัฐบาลจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนซึ่งมีรวมทั้งสิ้นประมาณ 7.05 ล้านคน โดยจ่ายให้คนละ 500 บาทต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2550 รัฐต้องใช้จ่ายเงินทั้งสิ้น 42,120,000,000 บาท

ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าการสร้างชุมชนผู้สูงอายุ เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งพิง ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของรัฐ การอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จึงเป็นทางเลือกอันดับสุดท้าย การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในขนาดของผู้สูงอายุช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2545-2550)

มีความแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุจัดเตรียมที่อยู่อาศัย แตกต่างกัน คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุไม่ได้จัดเตรียมอะไรสำหรับตนเองในด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ยากจนบางส่วนไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ทุกภาคส่วนต่างๆ ของสังคมควรให้ความสนใจว่าจะวางนโยบายอย่างไรกับผู้สูงอายุหรือผู้ที่เข้าวัยผู้สูงอายุ ทิศทางการวิจัยด้านการเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยควรให้ความสำคัญกับ “บ้านหลังแรก” ที่สามารถอยู่ได้จนถึงวัยสูงอายุเป็นลำดับแรกบ้านหลังแรกควรจะได้มีการออกแบบ วางผังให้ใช้งานได้จนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และสามารถปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพได้เข้ากับวัยของผู้อยู่อาศัย การออกประกาศกฎกระทรวง ลงวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2548 โดยกำหนดรายละเอียดการออกแบบทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ ทูพพลภาพและผู้สูงอายุ โดยใช้บังคับกับอาคาร 2 ประเภท ประเภทแรก ได้แก่ อาคารที่ทำการราชการ รัฐวิสาหกิจ สถานที่ศึกษา สถานิชนสงฆ์สถาน สถานพยาบาลทุกรูปแบบ ประเภทที่สอง ได้แก่ อาคารสำนักงาน โรงแรม หอประชุม สนามกีฬา ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า การประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ อาจเป็นแหล่งกระตุ้นที่สำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนา หรือ ปรับปรุง สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งการปรับปรุง อาคารสถานที่ทั้งภายนอกและภายในให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ ทางเดินทำสาธารณะ เป็นต้น แต่ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายนี้กับอาคาร สถานที่ ที่สร้างก่อนหน้าที่จะออกกฎกระทรวงฉบับนี้ **ประเด็นด้านการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย** ตั้งแต่ปี 2546 – 2550 พบว่ากระทรวงต่างๆ มีการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุในหลากหลายด้าน การดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุในด้านสุขภาพมีการดำเนินงานได้ค่อนข้างมาก แต่ก็มีบางอย่างยังต้องพัฒนาเพิ่มขึ้น สำหรับด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมีการเตรียมค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรของประเทศไทยที่ก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว

ประเด็นด้านการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ จากการทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนางานผู้สูงอายุต่อไปในอนาคตดังนี้ งานศึกษาวิจัยที่ควรทำในอนาคต การวิจัยด้านผู้สูงอายุในอนาคต ควรเป็นการวิจัยในลักษณะสหสาขาวิชา โดยบูรณาการศาสตร์ต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ รวมทั้งควรส่งเสริมการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศ เช่น ในกลุ่มอาเซียน เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของประเทศต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนานโยบาย ภาครัฐจึงควรส่งเสริมให้มีการวิจัยในมิติทางเศรษฐกิจและสังคมให้เพิ่มมากขึ้นดังนี้ 1.ศึกษาระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับสังคมไทย รวมทั้งศักยภาพของ

ครอบครัว ชุมชน และรัฐในการให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ 2.ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง 3.ควรศึกษาถึงแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุโดยละเอียด และควรวิเคราะห์ถึงความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำระหว่างระดับรายได้และแหล่งที่มาของรายได้ 4.การศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริโภคของครัวเรือนผู้สูงอายุเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวของธุรกิจหรืออุตสาหกรรมในสังคมผู้สูงอายุ 5.การศึกษาที่สำคัญคือบทบาทของชุมชนในการช่วยผู้สูงอายุหรือครอบครัวในการลดรายจ่ายด้านการดูแล หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ บทบาทของชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวนั่นเอง 6.ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน โดยแยกเมืองและชนบท และเน้นการใช้เทคโนโลยีระดับชาวบ้าน 7.ศึกษาบทบาทการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 8.ศึกษาเกี่ยวกับมาตรการจูงใจด้านภาษีและไม่ใช้ภาษีแก่ผู้ผลิตที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ 9.ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ และส่งเสริมงานวิจัยสู่การผลิต 10.ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องความสุข/ความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุ 11.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโดยแสวงหานวัตกรรมใหม่ๆ ในบริบทสังคมไทย โดยทำในภาพใหญ่เพื่อพัฒนาเป็นทฤษฎีต่อไป 12.ควรทำวิจัยวิธีแก้ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

นอกเหนือจากนี้ ควรมีการพัฒนางานเพื่อผู้สูงอายุดังนี้ 1.ควรส่งเสริมและสร้างกระแสสังคมในเรื่องของการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ 2.สนับสนุนให้มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด 3.เผยแพร่ประชาสัมพันธ์พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุได้มากขึ้น 4.ควรมีแผนงานด้านผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นเพื่อเป็นหลักประกันว่าการเปลี่ยนตัวผู้บริหารจะไม่กระทบต่อการดำเนินงาน ควรเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุ กลุ่ม หรือองค์กรผู้สูงอายุในชุมชน อาทิเช่น ชมรมผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน นโยบาย หรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 5.ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรได้รับการเพิ่มขีดความรู้ ความสามารถ รวมทั้งทักษะและมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะการติดตามงานของเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งหามาตรการแรงจูงใจในการถ่ายโอนบุคลากร 6.ควรมีการติดตามประเมินผลการขยายการให้สวัสดิการเบี้ยยังชีพ 7.ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านการออมและการส่งเสริมรายได้ในวัยสูงอายุ 8.ควรมีข้อมูลผู้สูงอายุในฐานะผู้ใช้แรงงานในเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ต่อการ match หรือ mismatch กับอุปสงค์แรงงานผู้สูงอายุและความ

ต้องการจ้างงานผู้สูงอายุ ซึ่งควรต้องทำอย่างเป็นระบบ 9.ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุควรให้ครอบคลุมในกลุ่มต่างๆให้มากขึ้น 10.ควรมีหน่วยงานหลักในการรวบรวมฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุและเชื่อมโยงข้อมูลงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆได้ เพื่อการพัฒนาและใช้ประโยชน์ 11.ควรศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเวชศาสตร์อายุรวัฒน์ (การบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการชะลอความชรา) แต่ควรศึกษาถึงความคุ้มค่า และผลลัพธ์ระยะยาว 12.พัฒนากำลังคนและศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ ให้เพียงพอในการให้บริการผู้สูงอายุได้ดีขึ้น 13.จัดประกวด การสร้างสิ่งประดิษฐ์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในระดับชุมชน จังหวัด ประเทศ และนานาชาติ

4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

งานวิจัยลักษณะนี้ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ทำให้ทราบเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งได้แก่งานวิจัยของสุรพงษ์ คณานุรักษ์ (2545) ศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีเทศบาลนครยะลา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ ดื่มน้ำมากกว่า 8 แก้วต่อวัน และ ไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภทกระตุ้นประสาท ไม่สูบบุหรี่ แต่มีบ้างเป็นส่วนน้อยที่ดื่มกาแฟ และดื่มไวน์ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ นอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง ขับถ่ายปัสสาวะและ อุจจาระปกติ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ป้องกันอุบัติเหตุทั้งภายในและภายนอกบ้าน มีการ ตรวจสุขภาพประจำปี ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ โรคเกี่ยวกับกระดูก กล้ามเนื้อ ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะปล่อยให้หายเอง มีการดูแลสังเกตและเฝ้าระวังตนเองไม่ให้ เป็นมากขึ้น หากเจ็บป่วยรุนแรงมักไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ใน ระดับดี สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านต่างๆ ที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ ส่วนลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีความสัมพันธ์น้อยกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกับ ปัจจัยแวดล้อม ซึ่งได้แก่ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัว และการรับรู้ข่าวสาร

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ ดวงเดือน อุ่นเคียร และคณะ (2551) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลควนมะพร้าว อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68 ปี สถานภาพสมรส การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ด้านอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว ประกอบอาชีพ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวในการประกอบอาชีพ พบว่าเป็น

อาชีพค้าขายมากที่สุด รองลงมาคืออาชีพทางการเกษตร สำหรับแหล่งที่มาของรายได้สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ได้จากบุตรหลานมากที่สุด รองลงมาได้จากอาชีพ ส่วนความพอเพียงของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้พอใช้จ่าย รองลงมาคือไม่พอจ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ส่วนพฤติกรรมด้านโภชนาการพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด โดยเฉพาะประเด็นการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อและการรับประทานอาหารตรงเวลา

ซึ่งผลที่ได้แตกต่างจากงานวิจัยของปัทมทัต บนขุนทด (2554) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านท่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการศึกษา รายด้านพบว่า การรับประทานอาหารระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.327 การออกกำลังกายระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.725 การจัดการความเครียดระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 2.822 และการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.319 ปัจจัยด้านรายได้ ความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของศรีเมือง พลัทธิ (2547) ซึ่งวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความพอใจ ตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัว สามารถอธิบายการแปรผัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และด้านความพอใจ ได้ร้อยละ 33.8, 17.9, 13.2, 9.7 และ 9.3 ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระ 12 ตัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้าน แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วย การเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัว ด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินหรือการสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่โดยสมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อสามารถให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัว

และชุมชน สำหรับในระดับชุมชนควรเน้นหลักการทำงานชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรม ตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ งานวิจัยของภักดีทิลา พลทอง, ขนิษฐา นาคะ และเนตรนภา คู่พันธ์วี (2553) ซึ่งวิจัยเรื่องกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุในเขตเมืองประกอบกิจกรรมงานอดิเรกมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 98.85) รองลงมาได้แก่ กิจกรรมงานบ้าน (ร้อยละ 84.62) กิจกรรมการเดินทาง (ร้อยละ 54.61) และกิจกรรมงานอาชีพ (ร้อยละ 35.76) ตามลำดับ 2) ผู้สูงอายุในเขตเมืองเพียงร้อยละ 35 ที่ทำกิจกรรมทางกายได้เพียงพอต่อการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย 3) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความพอเพียงในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ศาสนา อาชีพ สถานภาพการเงิน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง ให้มีความเพียงพอเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่หรือวิถีดำเนินชีวิต โดยเน้นการส่งเสริมกิจกรรมงานบ้านและกิจกรรมอื่นที่เหมาะสมกับวัย เช่น การเดิน ฯลฯ

4.3 งานวิจัยเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ทำให้ทราบข้อมูลพฤติกรรมการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่งานวิจัยของศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547) ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความพอใจ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัว สามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และด้านความพอใจ ได้ร้อยละ 33.8, 17.9, 13.2, 9.7 และ 9.3 ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระ 12 ตัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้าน แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วยการเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินหรือการสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการ

เป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ โดยสมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อสามารถให้คำแนะนำข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัว และชุมชน สำหรับในระดับชุมชนควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วยการสนับสนุนและ กระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรม ตามความต้องการและ สอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการ ทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

เช่นเดียวกับเล็ก สมบัติ (2549) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวในปัจจุบัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากสมาชิกใน ครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี นับถือศาสนาพุทธ สมรสแล้ว การศึกษา ระดับประถมศึกษา 4-6 อาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ การศึกษาปัจจัย ภายในซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพหรือพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุที่แสดงต่อกันใน ด้านต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพในทางที่ดี สมาชิกในครอบครัว มีการแสดงพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุในระดับสูงในด้านการให้ความเคารพ เชื้อพียง มีเหตุผล การเอาใจใส่ ให้ความรัก การให้คำแนะนำปรึกษา การช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน และการยอมรับฟังความคิดเห็น ส่วนปัจจัยภายนอกที่ครอบคลุมการได้รับความช่วยเหลือจาก เครือข่ายภายนอกทั้งจากองค์กรท้องถิ่น ผู้นำองค์กรเอกชน และองค์กรภาครัฐ พบว่า สมาชิกใน ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับบริการมากด้านบริการสุขภาพ และได้รับน้อยในบริการด้านสังคม ได้แก่ การได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การได้รับบริการจากศาสนา บริการจากนักวิชาชีพ เช่น อาสาสมัครและการสงเคราะห์ด้านต่างๆ

2. บทบาทและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเก็บข้อมูลเชิง คุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มี ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง สรุปได้ว่าความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีความสัมพันธ์ กับปัจจัยภายในครอบครัวรวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี โดยอาศัยปัจจัยภายใน ครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแลหลัก

ที่ทำหน้าที่ดูแลด้านอาหาร การกิน ความสะอาดและสุขภาพโดยรวม ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็น

3. ปัญหาและความต้องการของสมาชิกในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมลง ซึ่งเป็นปัญหาในการดูแล ปัญหาด้านอารมณ์จิตใจทั้งของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว และปัญหาด้านการเงินที่จำเป็นต้องใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุและใช้จ่ายในครอบครัว

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ศึกษาวิจัยโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน ผลการศึกษาเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุดคือ ญาติ ครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวคือปัญหาด้านรายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล และภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนนั้น ผู้นำชุมชนมีทัศนคติว่าครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่ชุมชนควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นรูปแบบที่เน้นการสงเคราะห์แบบให้เปล่า และยังได้พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยในครอบครัว 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งทุกกลุ่มมีปัญหาด้านการเงินมากที่สุด การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย การกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของสถาบันและองค์กรระดับต่าง ๆ ให้ชัดเจน มีระบบการสร้าง ความมั่นคงทางรายได้ ระบบบริการที่เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ระบบบริการในสถาบันที่ขยายครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการและการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง

นอกจากงานวิจัยดังกล่าวศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ยังได้ศึกษาวิจัยเรื่องตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นเพศหญิง 6 ราย ชาย 2 ราย อายุต่ำสุด 66 ปี อายุสูงสุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 82.87 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย อิสลาม 1 ราย สถานภาพสมรสเป็นหม้าย 7 ราย และยังอยู่กับคู่สมรส 1 ราย ทุกรายมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก วิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดีประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์

และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ส่วนชุมชนที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และการมีระบบการประเมินบริการ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาระดับนโยบาย ควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและสังคมที่บ้าน การสร้างระบบบริหารการดูแลระดับปฏิบัติงานควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการระดับท้องถิ่นโดยสร้างทีมการดูแลที่สามารถให้บริการดูแลระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ การเพิ่มบริการสนับสนุนบริการในครอบครัว และบริการทางเลือกสำหรับอุปกรณ์การดูแล ระดับครอบครัวคือการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหา รูปแบบการดูแลที่ดีของชุมชนอย่างบูรณาการและสร้างตัวชี้วัดการดูแลที่ดีต่อไป

ด้านงานวิจัยของนารีรัตน์ จิตรมาตรี และคณะ (2552) ซึ่งวิจัยเรื่องตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษารูปได้ดังนี้ ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน ผลการถอดบทเรียนจาก 2 ชุมชน ผลการวิเคราะห์ตัวแบบจึงสรุปเป็นตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง ดังนี้ ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน 1. การมีชุมชนที่เข้มแข็ง 1.1. ผู้นำเข้มแข็งและมีผู้สูงอายุต้นแบบ 1.2. ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน 1.3. การทำงานเป็นทีม 2. การมีระบบสนับสนุนที่ดีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 2.1. ระบบสนับสนุนจากภาครัฐ 2.2. ระบบสนับสนุนจากภาคเอกชนและอาสาสมัคร 3. การมีทุนทางสังคม 3.1. การใช้แหล่งประโยชน์หลากหลาย 3.2. ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยเข้มแข็ง 3.3. ความกลมกลืนทางศาสนา 4. การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 4.1. การประหยัดค่าใช้จ่าย 4.2. การแก้ปัญหาค่าเดินทางของผู้สูงอายุ 5. การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5.1. การให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูง ด้วยต้นทุนที่ต่ำ 5.2. การใช้สถานที่ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า 6. การบูรณาการบทบาทในชุมชน 6.1. การเป็นกรรมการหลายชุด (สวมหมวกหลายใบ) 6.2. เป็นทั้งแหล่งให้บริการและแหล่งเรียนรู้ 7. การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว ผลการถอดบทเรียนปัจจัยที่มีผลให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว 4 ครอบครัวในชุมชนเขตเมือง มีดังนี้ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาในอดีต และความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล การที่ผู้ดูแลหลักมอบความไว้วางใจดูแลผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลรับจ้าง การได้รับการ

สนับสนุนการดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

อย่างไรก็ตาม พบงานวิจัยของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องด้านอาหาร ซึ่งได้แก่ งานวิจัยของ ศิริวรรณ พริยคุณธร และวัลลภา ท่งปรีอ (2553) ซึ่งวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการจัดการด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการจัดการด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน พบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมดูแลอยู่ในระดับสูง ส่วนขั้นตอนการประเมินปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนการตัดสินใจวางแผนการดูแล และขั้นตอนการประเมินผลการดูแล จัดอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการจัดการด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นเบาหวาน ได้ตรงความต้องการของผู้สูงอายุตลอดจนควบคุมอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุ

งานวิจัยลักษณะนี้ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ เช่น งานวิจัยของสุภาณี แก้วพินิจ, ลินดา สิริภูบาล และบุญสนอง ภิญโญ (2550) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจและทดสอบสมรรถภาพของร่างกายพร้อมให้คำแนะนำ 2) การรับประทานอาหารสุขภาพ 3) การออกกำลังกาย โยคะ ยืดเหยียด การออกกำลังกายในน้ำ (hydro aerobic) สาสิตและฝึกปฏิบัติการเล่นกีฬา woodball รวมถึงการทำ spa stream & sauna 4) ศิลปะเพื่อสุขภาพ (Art for health) การใช้ศิลปะบำบัด (color therapy) พร้อมด้วยดนตรีบำบัด (music therapy) 5) ผนวกกับกิจกรรมบูรณาการของกรมอนามัยในการดูแลสุขภาพตนเอง อาทิ การล้างมือและการใช้ช้อนกลาง โดยสอดแทรกเข้าไปในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อฝึกให้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต กิจกรรมด้านสังคมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการถ่ายทอดประสบการณ์จากการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การสนทนาธรรม การปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ ภายใต้อาคารล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่วนผลสำรวจภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี มีปัญหาเรื่องไข้มันเกินและความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.67 จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตไม่มีส่วนร่วม พบว่ากลุ่มแกนนำทั้ง 15 คน มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยวางอยู่บนพื้นฐานของวิถีการดำเนินชีวิต (life style) และนำไปปฏิบัติกับครอบครัว รวมถึงนำไปขยายผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับชุมชน โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ง่ายหรือการ

สาริต ให้อุทำให้อลุ่มแกนนนำผู้สูงอายุมีความรู้ สามารถจัดการกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม รูปแบบดังกล่าว ต้องติดตามผลและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

เช่นเดียวกันกับ วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม (2550) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งจำแนกเป็น 6 ด้าน พบว่า 1)ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดได้แก่การปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 2)ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่การที่มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือกัน ค่าเฉลี่ย 3.58 3)ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่การทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43 4)ด้านโภชนาการ พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80 5)ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การพยายามทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.61 6)ด้านการพัฒนาการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.56 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยให้มีการจัดทำแผนงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนมากขึ้น เน้นการปฏิบัติการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และส่งเสริมเรื่องของการจัดการความเครียด

ด้านงานวิจัยของชนัดดา เกิดแพร่ (2552) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.48 รองลงมาคือ ด้านจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ย 3.44 เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้านพบว่า ด้านที่ 1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น ด้านที่ 2 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้าน ด้านที่ 3 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือการออกกำลังกายจนรู้สึกว่ามีหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ด้านที่ 4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ส่วน

พฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ด้านที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ เป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การสมหวังในสิ่งที่ต้องการ ด้านที่ 6 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การปฏิเสธคำขอร้องขอของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของเกษณี โคกตาทอง และคณะ (2554) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 45.4 สถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 53.8 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร/หลาน ร้อยละ 38.5 เป็นหัวหน้า ร้อยละ 56.0 ไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 35.5 สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 78.0 ในบรรดาผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.7 ผู้สูงอายุอยู่ในระดับสามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 96.3 2) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เรื่อง การดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกต่อภาวะผู้สูงอายุ ด้านสังคม วัฒนธรรมและการเมือง ด้านบริการสวัสดิการสังคม ด้านความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านการบริการจัดการด้านสุขภาพ และด้านความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต หลังดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน ($p < 0.05$) 3) แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ (1) ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือโครงการสุขภาพดีมีสุข (2) ด้านครอบครัว คือ โครงการครอบครัวอบอุ่น (3) ด้านสังคม คือ (3.1)โครงการสัญญาใจ (3.2) โครงการสายใย ครอบครัว อุ้มลูก จูงหลาน เข้าวัด (3.3) โครงการครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง ด้านยาเสพติด (4) ด้านเศรษฐกิจ คือโครงการพัฒนาอาชีพกลุ่มผู้สูงอายุ (5) ด้านสวัสดิการ คือ (5.1) โครงการจัดอบรมอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (5.2) โครงการสวนสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ (6) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ (6.1) โครงการจัดทำสวนสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ (6.2) โครงการเพิ่มพื้นที่สีเขียว

เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของอุบลทิพย์ ไชยแสง และคณะ (2554) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง การใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ย 72 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพส่วนใหญ่เป็นม่าย การศึกษาระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เข้าพักบ้านทักษิณด้วยเหตุผลญาตินำส่ง อีกทั้งญาติมาติดต่oprมาณปีละ 2 ครั้ง สำหรับผลการ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ พบว่าภายหลังจากการทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มนี้ ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง งานวิจัยลักษณะนี้ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในลักษณะถอดบทเรียน และงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งมีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน ประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษาตามที่สนใจศึกษา เช่น งานวิจัยของศศิกานต์ ลิ้มปิติ, ปิ่นกมล รัชส์เผ่า และฉัตรชัย ประทีปนำชัย (2550) ซึ่งวิจัยถอดบทเรียนเรื่อง กลยุทธ์และประสิทธิผลการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานขององค์กรประเภทไม่แสวงหากำไรที่เป็นองค์กรที่ทำงานด้านเด็กและเยาวชน ผลการศึกษาพบว่า มูลนิธิเด็ก มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย องค์กรไม่แสวงหากำไรทั้ง 3 องค์กร มีกลยุทธ์การติดต่อสื่อสารแบบผสมผสานโดยใช้สื่อที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร ในส่วนของประสิทธิผลการสื่อสาร พบว่า ผู้รับสารเป้าหมาย มีพฤติกรรมการบริโภคตามลำดับขั้นของผลกระทบท่าสื่อสาร โดยการสร้างการตระหนักรู้ การให้ข้อมูลความรู้ และการเกิดพฤติกรรมในที่สุด

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของเอกรัตน์ วัฒนวรรณ (2550) ศึกษาวิจัยเรื่อง การใช้การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในการตลาดเพื่อโลกสีเขียวของเดอะบอดีช็อป ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในธุรกิจที่ใช้แนวทางการตลาดเพื่อโลกสีเขียว นั้น มีการใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาด โดยเริ่มตั้งแต่ผลิตภัณฑ์ ราคา สถานที่จำหน่าย และการสื่อสารการตลาด ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยลักษณะทางจิตวิทยาของกลุ่มผู้บริโภคที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะเฉพาะตัวมาใช้ประกอบการพัฒนาเครื่องมือการสื่อสาร โดยเฉพาะเดอะบอดีช็อป ได้มีการใช้เครื่องมือการสื่อสารที่พัฒนาจากข้อมูลของผู้บริโภคที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อม มีการใช้เครื่องมือการสื่อสารที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการสื่อสารถึงการรักษาสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญมีการสื่อสารสองทางระหว่างองค์กรกับผู้บริโภคด้วย

สำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งมีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน ประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษาต่างๆ ได้แก่งานวิจัยของรณิดา ปิงเมือง (2554) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง ส่งเสริมวัฒนธรรมอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาวะชุมชน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาด้านเครื่องมือสื่อสารในการรณรงค์การบริโภคอาหารพื้นบ้าน พบว่าใช้สื่อหลากหลายชนิดร่วมกัน อันได้แก่ ตำรับอาหารพื้นบ้าน ซออาหารพื้นบ้าน วีดิทัศน์ (VCD) ชุดอาหารพื้นบ้าน โปสเตอร์อาหารพื้นบ้าน

ไปสการ์ดอาหารพื้นบ้าน ที่คั่นหนังสือ ที่รองจาน ชุดกันเปื้อน หมวกคลุมผมและโหลแก้ว ทำให้การติดต่อสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ด้านการติดต่อสื่อสารในการส่งเสริมวัฒนธรรมอาหารพื้นบ้าน

เช่นเดียวกับงานวิจัยของอัปสร อีซอ และคณะ (2554) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาการตลาดผลิตภัณฑ์หัวข้าวเกรียบสุรุกริกแพนไชส์ ผลการศึกษาพบว่า ตลาดเป้าหมายผลิตภัณฑ์หัวข้าวเกรียบที่พัฒนา เน้นกลุ่มพนักงานบริษัท ข้าราชการ และนักศึกษา ที่มีรายได้ระดับปานกลางขึ้นไป (ระดับ C Up) สนใจผลิตภัณฑ์คุณภาพ สำหรับกลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาดมี 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านกลยุทธ์ผลิตภัณฑ์ เน้นคุณภาพสูง รสชาติอร่อย รูปลักษณะเป็นแท่งยาวลักษณะเฟรนไฟน์ มี 4 รสชาติ ได้แก่ รสดั้งเดิม รสสหาย รสพริกหวาน และรสกระเทียมพริกไทย กำหนดตราสินค้า “Sea Tani” โดยมีบรรจุภัณฑ์เป็นถุงกระดาษขั้บน้ำมัน และใส่ถุงพลาสติกหิ้วที่มีสกรีนตราสินค้า ส่วนน้ำจิ้มบรรจุในถ้วยพลาสติกขนาดเล็กพร้อมฝาปิด 2) ด้านกลยุทธ์ราคา จำหน่ายชุดละ 30 บาท บรรจุ 15 ชิ้น 3) ด้านกลยุทธ์การจัดจำหน่าย ใช้ช่องทางการจัดจำหน่ายแบบร่วมทุนลักษณะแฟรนไชส์ เน้นทำเลที่ตั้งตรงกลุ่มเป้าหมาย 4) ด้านกลยุทธ์การส่งเสริมการตลาด เน้นการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน ผ่านสื่อวิทยุชุมชน แผ่นพับพร้อมคู่มือส่วนลด ไลน์ เว็บไซต์ บรรจุภัณฑ์ แคตตาล็อกสินค้า หมวกและผ้ากันเปื้อน เพื่อสร้างการรับรู้และทดลองซื้อ

5. สรุปภาพทฤษฎีและแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้กำหนดนิยามผู้สูงอายุว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงใหญ่ๆ 3 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม สำหรับกรอบแนวคิดของการพัฒนาการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึง พฤติกรรมบุคคลครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้น “6 อ.” เป็นหลัก อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปพัฒนาวิธีการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน 5 เครื่องมือ อันประกอบด้วย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การจัดอบรมสัมมนา และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ด้านงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าสามารถจำแนกได้ 5 ส่วน อันได้แก่ งานวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์ผู้สูงอายุ งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ งานวิจัยเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุ และงานวิจัย

เกี่ยวกับการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานรวมถึงข้อมูลการพัฒนา อันส่งผลต่อการออกแบบและประยุกต์ใช้เครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานเพื่อการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยอาศัยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม [Participation Action Research : PAR] ทั้งจากกลุ่มผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะงานวิจัยเป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยการใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการทดลอง เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ทั้งนี้รายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ และกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือหลากหลายส่วน ซึ่งเมื่อจำแนกตามวิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้มีรายละเอียดดังนี้

1. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับประชากรและกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการกำหนดดังนี้

ประชากร (Population)

ประชากรในที่นี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครยะลา ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 6,997 คน (ที่มา : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครยะลา, 16/4/55)

2) กลุ่มบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนผู้สูงอายุ โดยมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 6,997 คนเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยแต่ละกลุ่มคำนวณจากวิธีการของยามานะ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

โดยที่ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

จากจำนวนประชากร 6,997 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 เมื่อแทนค่าตามสูตร ทำให้ได้ข้อมูล ดังนี้

$$n = \frac{6,997}{1+(6,997)(.05)^2}$$

$$n = 378$$

ฉะนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มละ 380 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) จำแนกตามชุมชนในเขตเทศบาลนครยะลา ซึ่งมีทั้งหมด 39 ชุมชน สุ่มตัวอย่างแบบโควต้าจำแนกแบ่งเป็นชุมชนๆ ละ 10 คน โดยขอความร่วมมือผ่านอาสาสมัครชุมชนในการคัดเลือกเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 4 ด้านดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มีถิ่นพำนักอาศัยในเขตชุมชนที่อาสาสมัครชุมชนรับผิดชอบ
- 2) ผู้สูงอายุต้องพักอาศัยร่วมกับบุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน (มิได้พักอาศัยอยู่ตามลำพัง)
- 3) ผู้สูงอายุต้องมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานผ่านเกณฑ์ดัชนีแคทซ์ (Katz Index of ADL) โดยต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้อิสระใน 6 กิจกรรมหลัก อันประกอบด้วย การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนไหว
- 4) ผู้สูงอายุต้องสามารถสื่อสารพูดและฟังภาษาไทยได้

ทั้งนี้อาสาสมัครชุมชน จะได้รับการอบรมถึงการคัดเลือกผู้สูงอายุให้มีความหลากหลายทั้งในส่วนของเพศ ศาสนา และรายได้ สำหรับบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุให้คัดเลือกจากสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักหรือมีบทบาทมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุใน 6 ด้าน (หรือ 6 อ.) อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการระดมความคิดเห็นจากบุคคลสำคัญ (Key Person) ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้จะคัดเลือกจากผู้ที่มีศรัทธา (ผ่านเครื่องมือแบบสอบถามที่ได้เก็บข้อมูลก่อนแล้ว) ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมการสนทนากลุ่มรวมจำนวน 10 คน โดยให้มีความแตกต่างเรื่องของเพศ ศาสนา รายได้ และถิ่นพำนักอาศัย (ดังรายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในภาคผนวก 5) ร่วมสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยจำแนกเป็น 6 ด้าน (หรือ 6 อ.) อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

2.2 บุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมาจากครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ โดยเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่หลักหรือมีบทบาทมากที่สุดใน การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้มีจำนวน 10 คน (ดังรายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในภาคผนวก 7) เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจำแนกเป็น 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

3. การทดลอง (Trial) งานวิจัยนี้ได้ทดลองใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุกับครอบครัวผู้สูงอายุที่ศรัทธา (ผ่านเครื่องมือแบบสอบถามที่ได้เก็บข้อมูลก่อนแล้ว) จำนวน 50 ครอบครัว จำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 50 คน และบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ 50 คน รวมจำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 100 คน โดยการทดลองมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่นำมาใช้ในการทดลอง แบ่งออกเป็น 5 เครื่องมือดังนี้

3.1 การโฆษณา (Advertising)

3.2 การประชาสัมพันธ์ (Public Relation)

3.3 การตลาดเชิงกิจกรรม (Marketing Activity)

3.4 การอบรม (Training)

3.5 การใช้สื่อสัญลักษณ์ (Symbolic Medias)

สำหรับการทดลอง ผู้วิจัยได้มีการศึกษาข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง จากนั้นภายหลังการทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารทางการตลาด 5 เครื่องมือ จึงได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอีกครั้ง เปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงศึกษาประสิทธิภาพเครื่องมือการสื่อสารการตลาดที่ใช้แต่ละเครื่องมือ

การพัฒนาและทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย มีความน่าเชื่อถือและบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาดังนี้

1. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ทั้งนี้แบบสอบถาม จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งจำแนกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ อายุ ศาสนา การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ ส่วนสูง/น้ำหนัก และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย อาการและสิ่งแวดล้อม รวม 44 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความที่มีลักษณะทางบวกทุกข้อ โดยเป็นคำถามที่ให้ผู้สูงอายุนับระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ระดับ 5 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับมากที่สุด
- ระดับ 4 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับมาก
- ระดับ 3 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับปานกลาง
- ระดับ 2 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับน้อย
- ระดับ 1 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับน้อยที่สุด

1.2 แบบสอบถามบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวถึงการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจำแนกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวถึงการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย อาการและสิ่งแวดล้อม รวม 44 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความที่มีลักษณะทางบวกทุกข้อ โดยเป็นคำถามที่ให้ผู้คคลในครอบครัวระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ระดับ 5 หมายถึง บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับมากที่สุด
- ระดับ 4 หมายถึง บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับมาก
- ระดับ 3 หมายถึง บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง
- ระดับ 2 หมายถึง บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับน้อย
- ระดับ 1 หมายถึง บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับน้อยที่สุด

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้นำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการตลาด การสื่อสาร และด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน เพื่อขอรับคำแนะนำและให้คะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น สอดคล้องพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่กำหนด
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น สอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่กำหนดหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่กำหนด

ถ้าค่าดัชนี IOC (Index of item-objective congruence) ที่คำนวณได้มากกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นจะเลือกไว้ใช้ และถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 จะถูกตัดไป หรือนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง 0.66– 1.00 อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ทุกข้อ

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างประเภทละ 30 ชุด และนำผลการทดลองมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha

Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นสำหรับแบบสอบถามผู้สูงอายุ เท่ากับ .87 และแบบสอบถามบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 ซึ่งถือว่ามีความน่าเชื่อถือ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยได้

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้วิจัยได้ออกแบบเครื่องมือสนทนากลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1 แบบสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นคำถามแบบมีโครงสร้างแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเจาะลึกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลหลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.2 แบบสนทนากลุ่มบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นคำถามแบบมีโครงสร้าง แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเจาะลึกพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลหลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้เครื่องมือสนทนากลุ่มทั้งสองส่วน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและพัฒนา ดังนี้

- ศึกษาเอกสาร ตำราเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และเครื่องมือการสื่อสารการตลาด รวมถึงศึกษาผลจากการวิเคราะห์แบบสอบถาม

- ออกแบบแบบสนทนากลุ่ม ทั้งในส่วนแบบสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ และแบบสนทนากลุ่มบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- นำเครื่องมือที่ออกแบบ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการตลาด ด้านการสื่อสาร และด้านผู้สูงอายุ รวมจำนวน 3 ท่าน ร่วมวิพากษ์ถึงประเด็นความสอดคล้องและครอบคลุม วัตถุประสงค์การวิจัย ความเหมาะสมและความสามารถในการสื่อสาร

- นำผลการวิพากษ์ไปปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาความสามารถในการสื่อสาร นำผลที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การทดลอง (Trail) ผู้วิจัยได้มีการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง จากนั้นจึงได้ออกแบบและทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารทางการตลาด 5 เครื่องมือ ภายหลังการทดลองจึงได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอีกครั้ง เปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงศึกษาความคิดเห็นที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่ใช้แต่ละเครื่องมือ ทั้งนี้เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและพัฒนา ดังนี้

- ศึกษาเอกสาร ตำราเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน รวมถึงศึกษาผลจากการวิเคราะห์แบบสอบถาม

- ออกแบบเครื่องมือสื่อสารการตลาดที่ใช้ในการทดลอง 5 เครื่องมือ อันได้แก่ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ รวมถึงแบบประเมินผลความคิดเห็นที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

- นำเครื่องมือที่ออกแบบให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการตลาด ด้านการสื่อสาร และด้านผู้สูงอายุ รวมจำนวน 5 ท่าน ร่วมวิพากษ์ถึงประเด็นความสอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย ความเหมาะสมและความสามารถในการสื่อสาร

- นำผลการวิพากษ์ไปปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยมีการประชุมอาสาสมัครชุมชนเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2555 เวลา 14.00-15.30 น. ณ ร้านอาหารฮาซานะห์ บริเวณพญาไทย อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เพื่อขอความร่วมมืออาสาสมัครชุมชนทั้ง 39 ชุมชน เก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชุมชน

ละ 10 ครอบครัวๆ ละ 2 คน และดำเนินการส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัยโดยให้เสร็จสิ้นภายในเดือนมิถุนายน 2555

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ดำเนินการสนทนากลุ่ม ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ วันเสาร์ที่ 13 ตุลาคม 2555 เวลา 09.00-12.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

3. การทดลอง (Trail) ซึ่งมีการดำเนินการจำแนกตามเครื่องมือการสื่อสาร การตลาดแบบผสมผสาน 5 เครื่องมือ รวมถึงดำเนินการในส่วนแบบประเมินผลการทดลอง เรียงตามลำดับระยะเวลา ดังนี้

3.1 การตลาดเชิงกิจกรรม โดยการดำเนินการถ่ายภาพ “ยิ้มผู้สูงวัย” และ ภาพ “กอดอุ่นใจ” ณ บ้านพักผู้สูงอายุพร้อมผู้ดูแลที่สมัครเข้าร่วมการทดลอง รวมถึงให้โหวต คำขวัญและสโลตวิทย์ที่ชื่นชอบมากที่สุดจาก 3 ทางเลือก ซึ่งได้ดำเนินการตลอดเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2555

3.2 การใช้สัญลักษณ์ต่างๆ โดยคำขวัญที่ได้รับการโหวตมากที่สุด ได้นำไป สกรีนบนแก้วน้ำ เสื้อ และพินเส่น้ำ ซึ่งได้ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในเดือนกันยายน 2555

3.3 การโฆษณา โดยสโลตวิทย์ที่ได้รับการโหวตมากที่สุด ได้นำไป บันทึกลงเสียงจริง และขอความร่วมมือจากสถานีวิทยุเพื่อการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา และสถานีวิทยุในเครือข่ายของเทศบาลนครยะลา ร่วมเผยแพร่กระจายเสียง รวมถึงจัดทำสื่อ อิเล็กทรอนิกส์บอร์ด พร้อมเผยแพร่ ณ ถนนสีโรสบริเวณศูนย์เยาวชนเทศบาลนครยะลา ซึ่ง ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในเดือนกันยายน 2555

3.4 การประชาสัมพันธ์ โดยการจัดทำคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” จำนวน 100 เล่ม ซึ่งได้ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในเดือนกันยายน 2555

3.5 การอบรม โดยการจัดอบรมปฏิบัติการเรื่อง “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” ในวันเสาร์ ที่ 13 ตุลาคม 2555 เวลา 09.00-12.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา พร้อมทั้งแจกภาพถ่ายยิ้มผู้สูงวัย ภาพกอดอุ่นใจ เสื้อ แก้วน้ำ พินเส่น้ำ และคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ”

3.6 แบบประเมินผลความคิดเห็นที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือการสื่อสาร การตลาดแบบผสมผสาน ภายหลังการทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารทางการตลาดเสร็จสิ้น 5 เครื่องมือ ได้ขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุจัดทำแบบ

ประเมินผลความคิดเห็นที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน ซึ่งได้ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อจำแนกตามเครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังนี้

1. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ข้อมูลจากแบบสอบถามที่รวบรวมได้ จะถูกนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลส่วนนี้จะถูกนำไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ พร้อมนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

1.2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และข้อมูลพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ นำไปวิเคราะห์โดยการนำมาตรวจให้คะแนนจากการวัดระดับทัศนคติ 5 ระดับ แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำไปประมวลผล โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50 หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมระดับมาก
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50 หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50 หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50 หมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมระดับน้อยที่สุด

1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ข้อมูลส่วนนี้จะถูกนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ เปรียบเทียบ และเขียนพรรณนาเชิงเหตุผล

1.3 การทดลอง (Trail) ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (*Paired t-test*) เพื่อหาความแตกต่าง

ของค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง
รวมถึงเปรียบเทียบพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยเรียงลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา

2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.2 ข้อมูลพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 การพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา

3.1 รูปแบบเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่พัฒนา

3.2 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

3.2.1 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ผู้สูงอายุดูแลตนเอง

3.2.2 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์บุคคลในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ

3.2.3 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

3.2.4 ความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา

ข้อมูลในส่วนนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากการใช้แบบสอบถามสำรวจข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.43 ของประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลาทั้งหมด เมื่อจำแนกข้อมูลตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว พบข้อมูลดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	380	100.00
ชาย	181	47.63
หญิง	199	52.37
อายุ		
เฉลี่ย 69 ปี (อายุสูงสุด 88 ปี ต่ำสุด 60 ปี)		
สถานภาพ	380	100.00
โสด	3	0.79
สมรส	255	67.11
ม่าย	115	30.26
หย่า/แยก	7	1.84
ศาสนา	380	100.00
พุทธ	215	56.58
อิสลาม	163	42.89
คริสต์	2	0.53
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด	380	100.00
ไม่ได้รับการศึกษา	82	21.58
ประถมศึกษา	190	50.00
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	55	14.47
อนุปริญญา/ปวส.	8	2.11
ปริญญาตรี	41	10.79
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.05

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อเดือน	380	100.00
ไม่มีรายได้	114	30.00
1-5,000 บาท	116	30.53
5,001-10,000 บาท	74	19.47
10,001-15,000 บาท	21	5.53
15,001-20,000 บาท	19	5.00
มากกว่า 20,000 บาท	36	9.47
แหล่งที่มาของรายได้หลักที่มากที่สุด	380	100.00
จากอาชีพปัจจุบัน	103	27.10
คู่สมรส	29	7.63
บุตรหลาน	94	24.74
บำนาญ	56	14.74
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	89	23.42
อื่นๆ (เช่น เงินบริจาค เงินช่วยเหลือฯ)	9	2.37
ความพอเพียงของรายได้	380	100.00
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	43	11.32
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน	81	21.31
เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ	162	42.63
เพียงพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ	94	24.74
ดัชนีมวลกาย	380	100.00
ผอม	13	3.42
ปกติ	146	38.42
อ้วน	174	45.79
อ้วน	47	12.37

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว	380	100.00
ไม่มี	110	28.95
มี	270	71.05
โรคประจำตัวผู้สูงอายุ	ลำดับที่	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	1	65.18
เบาหวาน	2	25.18
ปวดเมื่อย / ไขข้ออักเสบ	3	10.53
หัวใจ	4	7.41
หอบหืด	5	5.92
ไขมันในเส้นเลือด	6	4.82
กระเพาะอาหาร	7	4.44
ไต	8	4.07
ต่อมลูกหมาก	9	3.33
ภูมิแพ้	10	2.59
เก๊าท์	11	1.85
ความดันโลหิตต่ำ	12	1.48
หูตึง / กระดูกพรุน / สมอเสื่อม	13	1.11
โรคผิวหนัง / ไมเกรน / เส้นกระดูก / กระดูกทับเส้น ฯลฯ	14	0.74

จากตารางที่ 4.1 พบว่าผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.37 และชายร้อยละ 47.63 โดยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 69 ปี เมื่อจำแนกตามสถานภาพพบว่า สมรส คิดเป็นร้อยละ 67.11 และม่าย ร้อยละ 30.26 ด้านศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 56.58 และอิสลามร้อยละ 42.89 ส่วนระดับการศึกษา พบว่าเป็นระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 21.58 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 14.47 สำหรับรายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อเดือนพบว่า รายได้ 1-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.53 ไม่มีรายได้ร้อยละ

30.00 และ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 19.47 ส่วนแหล่งที่มาของรายได้หลักที่มากที่สุด พบว่าจากอาชีพปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 27.10 จากบุตรหลาน ร้อยละ 24.74 และจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.42 ด้านความพอเพียงของรายได้ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 42.63 และเพียงพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 24.74 และไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 21.31 สำหรับดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจัดอยู่ในระดับทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 45.79 ระดับปกติ ร้อยละ 38.42 และระดับอ้วน ร้อยละ 12.37 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.05 โดยโรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 65.18 โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.18 และปวดเมื่อย/ไขข้ออักเสบ ร้อยละ 10.53

1.2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากการใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบผลเป็นดังนี้

1.2.1 ผลจากการใช้แบบสอบถาม

การใช้แบบสอบถามสำรวจข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน เพื่อศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งจำแนกเป็น 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม พบผลดังตารางที่ 4.2-4.7

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอาหาร

ด้านอาหาร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่	2.78	1.14	ปานกลาง
1.2 การรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น ปลา กุ้ง ไข่ ฯลฯ	2.81	1.17	ปานกลาง
1.3 การรับประทานอาหารที่เน้นกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ฯลฯ	2.80	1.20	ปานกลาง
1.4 การรับประทานอาหารที่เน้นเสริมแคลเซียม เช่น นม ปลา ฯลฯ	2.80	1.14	ปานกลาง
1.5 การดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	2.75	1.30	ปานกลาง
1.6 การรับประทานอาหารรสชาติอ่อน ไม่เค็ม มัน หวานจัด	2.80	1.10	ปานกลาง
1.7 การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง	2.83	1.14	ปานกลาง
1.8 การรับประทานอาหารเป็นเวลาและครบ 3 มื้อ	2.73	1.40	ปานกลาง
1.9 การเลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อควบคุมรักษาโรค	2.84	1.23	ปานกลาง
ภาพรวมด้านอาหาร	2.79	0.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอาหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.79 ± 0.99 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง โดยการเลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อควบคุมรักษาโรค คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.84 ± 1.23 การรับประทานอาหารที่เน้นปรุงด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง ค่าเฉลี่ย 2.83 ± 1.14 และการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่ย่อยง่าย ค่าเฉลี่ย 2.81 ± 1.17

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านออกกำลังกาย

ด้านออกกำลังกาย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
2.1 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์	2.85	1.26	ปานกลาง
2.2 การออกกำลังกายต่อครั้งนานต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาที	2.89	1.23	ปานกลาง
2.3 การออกกำลังกายโดยผ่านขั้นตอนที่ถูกต้อง ได้แก่ การเหยียดยืดกล้ามเนื้อ การอุ่นเครื่อง การออกกำลังกาย และการเบาเครื่อง	2.96	1.18	ปานกลาง
2.4 การเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ เช่น เดิน ไทเก็ก ว่ายน้ำ รำตะบอง ฯลฯ	2.86	1.26	ปานกลาง
2.5 การเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพหรือหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บ เช่น โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม ฯลฯ	2.90	1.22	ปานกลาง
2.6 การทำกิจกรรมงานบ้านหรืองานอดิเรก เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย	2.93	1.22	ปานกลาง
ภาพรวมด้านออกกำลังกาย	2.90	1.04	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านออกกำลังกายโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.90 ± 1.04 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง โดยการออกกำลังกายโดยผ่านขั้นตอนที่ถูกต้อง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.96 ± 1.18 การทำกิจกรรมงานบ้านหรืองานอดิเรกเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 2.93 ± 1.22 และการเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพหรือหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บ ค่าเฉลี่ย 2.90 ± 1.22

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอารมณ์

ด้านอารมณ์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
3.1 การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข	2.79	1.28	ปานกลาง
3.2 การมีอารมณ์ขัน มองโลกในแง่ดี	2.78	1.26	ปานกลาง
3.3 การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น	2.77	1.32	ปานกลาง
3.4 การดำเนินชีวิตอย่างพอเพียง	2.77	1.28	ปานกลาง
3.5 การเตรียมความพร้อมในอนาคต (เช่น ด้านการเงิน ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ ฯลฯ)	2.72	1.24	ปานกลาง
3.6 การดำเนินชีวิตโดยยึดหลักศาสนา	2.70	1.49	ปานกลาง
3.7 การจัดการกับปัญหาหรือความเครียด	2.93	1.18	ปานกลาง
3.8 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เพื่อปรึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	2.86	1.31	ปานกลาง
ภาพรวมด้านอารมณ์	2.79	1.15	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอารมณ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.79 ± 1.15 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยการจัดการกับปัญหาหรือความเครียด คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.93 ± 1.18 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นเพื่อปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค่าเฉลี่ย 2.86 ± 1.31 และการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ค่าเฉลี่ย 2.79 ± 1.28

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอดีต

ด้านอดีต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
4.1 การทำกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการหรือความสนใจ	2.88	1.20	ปานกลาง
4.2 การทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว	2.88	1.16	ปานกลาง
4.3 การทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก เช่น กลุ่ม ชมรม สมาคมต่างๆ	2.93	1.16	ปานกลาง
4.4 การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสังคม เช่น อาสาสมัคร ประชาชนชาวบ้าน ผู้ให้คำปรึกษา ฯ	2.93	1.17	ปานกลาง
4.5 การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อให้ทันกับกระแสสังคมหรือเพิ่มประสบการณ์ที่หลากหลาย	2.97	1.14	ปานกลาง
4.6 การมีเวลาอย่างอิสระในการทำกิจกรรมอดีต	2.84	1.23	ปานกลาง
ภาพรวมด้านอดีต	2.90	0.97	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอดีตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.90 ± 0.97 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอดีต อยู่ในระดับปานกลาง โดยการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อให้ทันกับกระแสสังคมหรือเพิ่มประสบการณ์ที่หลากหลาย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.97 ± 1.14 การทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก ค่าเฉลี่ย 2.93 ± 1.16 และการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสังคม ค่าเฉลี่ย 2.93 ± 1.17

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอนามัย

ด้านอนามัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
5.1 การรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเอง	2.65	1.38	ปานกลาง
5.2 การตรวจร่างกายประจำปี	2.74	1.23	ปานกลาง
5.3 การดูแลระบบขับถ่ายให้เป็นปกติ	2.75	1.25	ปานกลาง
5.4 การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ	2.76	1.30	ปานกลาง
5.5 การดูแลความสะอาดของร่างกาย	2.65	1.35	ปานกลาง
5.6 การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	2.73	1.16	ปานกลาง
5.7 การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น เหล้า บุหรี่ อบายมุข ฯลฯ	2.62	1.56	ปานกลาง
5.8 การควบคุมโรคภัยไข้เจ็บ มิให้เข้าสู่ระยะ อันตราย	2.66	1.32	ปานกลาง
5.9 การศึกษาหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	2.71	1.19	ปานกลาง
ภาพรวมด้านอนามัย	2.68	1.13	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอนามัยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.68 ± 1.13 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอนามัย อยู่ในระดับปานกลาง โดยการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.76 ± 1.30 การดูแลระบบขับถ่ายให้เป็นปกติ ค่าเฉลี่ย 2.75 ± 1.25 และการตรวจร่างกายประจำปี ค่าเฉลี่ย 2.74 ± 1.23

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอาคารสิ่งแวดล้อม

ด้านอาคารสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
6.1 การดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ เช่น การให้อยู่ชั้นล่าง ไม่ต้องขึ้นบันได การใช้โถส้วมแบบนั่ง ฯลฯ	2.74	1.27	ปานกลาง
6.2 การดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุ เช่น การมีราวให้จับ พื้นบ้านไม่ลื่น ฯ	2.67	1.32	ปานกลาง
6.3 การดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีอากาศ ถ่ายเทสะดวก	2.70	1.31	ปานกลาง
6.4 การดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ใกล้ชิด ธรรมชาติหรือมีต้นไม้	2.78	1.30	ปานกลาง
6.5 การรักษาความสะอาดและความเรียบร้อยของ สถานที่สิ่งแวดล้อม	2.73	1.26	ปานกลาง
6.6 การใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสม กับวัยผู้สูงอายุ เช่น ไม้เท้า แวนตา พื้นปอลอม ฯ	2.78	1.29	ปานกลาง
ภาพรวมด้านอาคารสิ่งแวดล้อม	2.74	1.13	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอาคารสิ่งแวดล้อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.74 ± 1.13 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาคารสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ใกล้ชิดธรรมชาติหรือมีต้นไม้ คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.78 ± 1.30 การใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย 2.78 ± 1.29 และ การดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย 2.74 ± 1.27

อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบภาพรวมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม พบผลดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน (6 อ.)

ประเด็น 6 อ.	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ
1.อาหาร	2.80	0.99	ปานกลาง
2.ออกกำลังกาย	2.91	1.04	ปานกลาง
3.อารมณ์	2.78	1.15	ปานกลาง
4.อติเรก	2.89	0.97	ปานกลาง
5.อนามัย	2.68	1.13	ปานกลาง
6.อาคารและสิ่งแวดล้อม	2.80	0.94	ปานกลาง
ภาพรวม	2.81	0.94	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.81 ± 0.94 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านออกกำลังกายคิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.91 ± 1.04 ด้านอติเรก ค่าเฉลี่ย 2.89 ± 0.97 และด้านอาหาร ค่าเฉลี่ย 2.80 ± 0.99

1.2.2 ผลจากการสนทนากลุ่ม

จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม ซึ่งคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่สมัครใจ (ผ่านเครื่องมือแบบสอบถามที่ได้เก็บข้อมูลก่อนแล้ว) รวมจำนวน 10 คน โดยให้มีความแตกต่างเรื่องของเพศ ศาสนา รายได้ และถิ่นพำนักอาศัย (ดังรายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในภาคผนวก 5) เพื่อให้ได้ข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย

ก) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ข) หลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โดยแต่ละส่วน พบผลเป็นดังนี้

ก) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยจำแนกเป็น 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม ผลการสนทนากลุ่มเป็นดังนี้

1. อาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 มีการควบคุมอาหารโดยการทำอาหารเองหรือสมาชิกในบ้านทำให้ โดยเน้นอาหารที่ย่อยง่ายและดีต่อสุขภาพ เช่น ปลา ผัก ผลไม้ต่างๆ สำหรับเมนูอาหารที่ส่วนใหญ่นิยม ได้แก่ ปลาต้ม แกงจืด แกงส้ม ผักต้ม ปลาแห้ง ปลาทอด ฯลฯ เน้นรสชาติอ่อน หากเป็นผลไม้จะนิยมรับประทานกล้วยและส้มโอ อีกทั้งจะเน้นดื่มน้ำมากๆ นอกเหนือจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีการควบคุมอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่แสลงต่อโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ เช่น ลดหวาน เค็ม เผ็ด มัน ฯลฯ เนื่องจากมีผลต่อโรคเบาหวาน ความดัน ไขมันในเส้นเลือดสูง

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายก็ยังมีการซื้ออาหารสำเร็จรูปจากข้างนอก ด้วยเหตุผลดังนี้ ทำอาหารไม่เป็น(โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย) สมาชิกในบ้านไม่มีเวลา เพื่อความสะดวกรวดเร็ว อาหารประเภทนั้นกรรมวิธีการทำยุ่งยาก และเป็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยผู้สูงอายุให้ความคิดเห็นที่น่าสนใจไว้ดังนี้

“.....ผมเน้นซื้ออาหารจากข้างนอกเป็นหลัก เพราะผมทำไม่เป็นและแฟนก็ต้องทำงาน ไม่ค่อยมีเวลา ส่วนใหญ่ผมซื้ออาหารประเภทพวกนี้ๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยว เพราะมันทานง่าย บางครั้งก็เป็นอาหารเผ็ดๆ บางทีถึงหน้าทุเรียน ละมุด รู้ว่ามันไม่ดีต่อสุขภาพ แต่บางครั้งผมก็ตามใจตัวเองบ้าง อยากทานก็ทาน แต่ทานแต่น้อย พอให้มันหายอยาก. ”

คุณฉัตรชัย จันทาตุรงค์

“.....อาหารส่วนใหญ่ มักทำเอง เน้น ต้ม นึ่ง ทอด เน้นเป็นน้ำๆ จืดๆ จะมีซื้อบ้างอย่างแกงกะทิ จะไม่ทำ เพราะถ้าทำ ต้องกินหลายมือ ไม่ดีต่อสุขภาพ นานๆ อยากกินที ก็ซื้อ...”

คุณสุนีย์ สุชาติกุล

จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีการซื้ออาหารสำเร็จรูปจากข้างนอก แต่ผู้สูงอายุก็ยังมีการควบคุมโดยเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย หากจะเป็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุก็ยังมีการควบคุมโดยเลือกรับประทานแต่น้อยๆ และนานๆ ครั้ง

2. ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด เลือกลงออกกำลังกายโดยการเดิน เน้นบริเวณบ้านหรือใกล้บ้านเป็นหลัก ทั้งนี้หากเป็นการเดินบริเวณบ้าน มักจะกระทำควบคู่กิจกรรมอื่นร่วมด้วย เช่น การรดน้ำต้นไม้ ฯลฯ ส่วนการเดินใกล้บ้าน เป็นการเดินริมถนนฟุตบาท

บางรายเป็นการเดินทางไปยังสวนสาธารณะ มีบ้างเล็กน้อยที่เดินทางไปยังตลาด เพื่อซื้ออาหารเล็กๆ น้อยๆ ก่อนเดินทางกลับ ซึ่งส่วนใหญ่มักใช้เวลาเดินช่วงเช้าเป็นหลัก มีเพียงเล็กน้อยสำหรับผู้สูงอายุบางรายที่ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ จึงใช้เวลาเดินช่วงเย็นแทน มีเพียงหนึ่งรายที่เป็นผู้สูงอายุชายที่มีสภาพร่างกายแข็งแรง จึงออกกำลังกายด้วยการวิ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่าหากเป็นผู้สูงอายุชายมักจะออกกำลังกายด้วยการเดินหรือวิ่ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงใช้เวลาเพียง 30 นาที แต่ทั้งหมดล้วนออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 4 ครั้ง อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายสามารถกระทำผ่านกิจกรรมต่างๆ ได้เช่นเดียวกัน ดังที่มีผู้สูงอายุรายหนึ่งให้ความเห็นไว้ดังนี้

“.....ที่บ้านขายอาหาร ต้องช่วยๆ กัน ทำให้ไม่มีเวลาไปออกกำลังกายโดยตรง แต่ผมว่า ผมช่วยธุรกิจที่บ้าน ช่วยงานบ้าน รดน้ำต้นไม้ ทำสวนบ้าง ก็ถือว่าได้ออกแรง ออกกำลังกายได้เหงื่อเหมือนกัน.....”

คุณแฉะ ไช้ะ แฉะ

อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุหนึ่งราย ที่ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพ ดังนี้

“....ผมไม่ออกกำลังกายเนื่องจากพึ่งผ่าตัดมาและผมเองเป็นโรคกระดูกพรุน แต่ก่อนหน้านี้ ก็มีออกกำลังกายบ้าง ที่บ้านจะมีอุปกรณ์ลู่วิ่ง จักรยาน แต่ช่วงนี้ต้องหยุด.....”

คุณฉัตรชัย จันทะรงค์

3. อารมณ์ สำหรับประเด็นความสุข ผู้สูงอายุทั้งหมดต่างให้ความคิดเห็นในทิศทางเดียวกัน ความสุขมักจะเกิดขึ้นในกรณีต่อไปนี้

- การที่บุตรหลานมาที่บ้าน ได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับบุตรหลาน ได้พูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกัน
- การที่ได้ทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ ดอกไม้ ร้องเพลงท่องเที่ยว ฯลฯ
- การได้ปฏิบัติกิจทางด้านศาสนา เช่น การได้ทำบุญ ไปวัด ไปมัสยิด ละหมาด ฯลฯ

สำหรับประเด็นความทุกข์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าทุกข์เรื่องสุขภาพตนเองมากที่สุด เนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บมักมาพร้อมกับวัยสูงอายุ รองลงมาทุกข์เพราะห่วงลูกหลาน นอกเหนือจากนี้ ผู้สูงอายุมีความทุกข์กับปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ซึ่งในประเด็นนี้เป็นที่น่าสังเกตว่ามักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่มุสลิม โดยห่วงทั้งความปลอดภัยของลูกหลานและตนเอง

ดังนี้

“.....เครียด เวลาลุกออกไปทำงาน ห่วงเขา ห่วงจะเป็นอะไรไปท่ามกลาง เหตุการณ์ความไม่สงบ....”

คุณประณีต จันทรสุวรรณรัตน์

“.....เครียด เวลาเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ ไม่กล้าออกไปเที่ยว ไม่กล้าไปไหน มาไหน...”

คุณฉัตรชัย จันจาศุรงค์

สำหรับวิธีการคลายเครียดเมื่อมีความทุกข์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักใช้วิธีอ่านหนังสือ ซึ่งมีทั้งหนังสือพิมพ์เพื่อติดตามข้อมูลข่าวสารความเคลื่อนไหวต่างๆ และหนังสือด้านศาสนาเพื่อให้อจิตใจสงบและเป็นสุขมากยิ่งขึ้น ควบคู่กับการปฏิบัติกิจด้านศาสนา นอกจากนี้การได้พูดคุยกับเพื่อน บ้านและการทำกิจกรรมอดิเรกที่ชอบ ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ผู้สูงอายุบางรายใช้คลายเครียด

4. อดิเรก ผู้สูงอายุชายและหญิงมีกิจกรรมนันทนาการที่เหมือนกัน ได้แก่ การปลูกต้นไม้และการอ่านหนังสือ ส่วนกิจกรรมที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุชายมักจะใช้เวลาว่างซ่อมแซม อุปกรณ์ต่างๆ ที่เสียหายหรือชำรุด ส่วนผู้สูงอายุหญิง ชอบทำกิจกรรมตัดเย็บ ทำอาหาร ฯลฯ นอกเหนือจากนี้ผู้สูงอายุหนึ่งในสามของทั้งหมด ชอบกิจกรรมอดิเรกด้านการท่องเที่ยว ซึ่งเป็นการท่องเที่ยวพร้อมกับสมาชิกในบ้าน ซึ่งมีทั้งท่องเที่ยวเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ท่องเที่ยวร่วมกับการทำบุญต่างๆ ส่วนกิจกรรมอดิเรกอื่นๆ อันได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การประชุม การอบรม ฯลฯ มีผู้สูงอายุสองรายที่สนใจเข้าร่วม

5. อนามัย จากการสำรวจถึงโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ 9 ใน 10 ราย มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกหรือไขข้ออักเสบ อย่างไรก็ตามหนึ่งในสามของผู้สูงอายุทั้งหมดเท่านั้น ที่มีการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับด้านน้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกาย ผู้สูงอายุ 3 ใน 10 รายเท่านั้น ที่ให้ความเห็นถึงน้ำหนักตนเองว่าอยู่ในระดับปกติ ส่วนที่เหลือให้ความเห็นว่าเป็นระดับอ้วน อย่างไรก็ตามกลุ่มที่อ้วนนี้ได้พยายามหาทางลดน้ำหนักตนเอง แต่ไม่สำเร็จ มีเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่ทำได้ โดยให้ความเห็นถึงเคล็ดลับความสำเร็จไว้ดังนี้

“....ผมน้ำหนัก 74 ลดลงมาได้เหลือ 69 กิโลกรัม เคล็ดลับเทคนิคคือ ลดปริมาณอาหารที่กินให้น้อยลง และออกกำลังกายให้เยอะขึ้น นานขึ้นกว่าเดิม...”

คุณมยุสตาฟา สาและ

นอกเหนือจากนี้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง โดยรับประทานยาตามที่หมอสั่ง พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลต่อโรค เช่น ลดอาหารที่เค็ม มัน หรือหวานจัด เพื่อลดโรค

ความดันโลหิตสูง หรือหลีกเลี่ยงอาหารประเภทสัตว์ปีก และอาหารทะเล เนื่องจากเสี่ยงต่อโรคเก๊าท์ ฯลฯ

6. อาคารสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุต่างให้ความเห็นถึงประเด็นย่อยด้านอาคารสิ่งแวดล้อมไว้ดังนี้

-**ที่พัก** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พักชั้น 1 มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่พักชั้น 2 ซึ่งได้ให้เหตุผลไว้ดังนี้

“...ที่บ้านเป็นห้องแถวไม้ พื้นที่ข้างล่างคับแคบ ที่นอนเลยจำเป็นต้องอยู่ข้างบน...”

คุณแวปีเดะห์ สัสดีวงศ์

-**ห้องส้วม** ผู้สูงอายุ 8 ใน 10 รายใช้โถส้วมแบบนั่ง มีเพียง 2 รายที่ใช้ส้วมแบบนั่งยอง โดยให้ความเห็นไว้ดังนี้

“...ที่บ้านเป็นบ้านเช่า อยู่กันมานานหลายปี ก็เป็นส้วมแบบนั่งยองตั้งแต่วัยเด็ก ก็ไม่อยากจะไปเปลี่ยนแปลงบ้านเขา...”

คุณมุตตาฟา สาและ

-**การใช้โต๊ะรับประทานอาหาร** ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งของทั้งหมดนั่งโต๊ะรับประทานอาหาร ในขณะที่อีกครึ่งหนึ่งนั่งพื้น ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มที่นั่งพื้นเป็นชาวมุสลิมทั้งหมด

-**อุปกรณ์** อุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้มากที่สุดเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ แว่นตา และฟันปลอม ซึ่งมีทั้งที่จัดหาเอง และหน่วยงานภาครัฐจัดทำให้

-**ต้นไม้** ผู้สูงอายุมีการปลูกต้นไม้เพื่อให้ความร่มรื่นและความสดชื่น ซึ่งมากน้อยแตกต่างกันไปตามพื้นที่บริเวณบ้านที่สามารถเอื้ออำนวยให้

จะเห็นได้ว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลด้านอาคารสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นอุปกรณ์ อันได้แก่ แว่นตา และฟันปลอม การปลูกต้นไม้เพื่อให้ความร่มรื่น และที่พัก ซึ่งเน้นชั้นล่างเป็นหลัก

ข) หลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

สำหรับประเด็นคำถามเกี่ยวกับหลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลตนเอง ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุได้ให้ความเห็นที่หลากหลายดังนี้

“...ต้องรักตัวเอง รักครอบครัว รักลูกหลาน ความรักทำให้มีกำลังใจอยากอยู่ต่อ อยู่ต่ออย่างสุขภาพดีด้วยนะ ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ใช่อยู่แบบอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นภาระกับ

ลูกหลาน ยิ่งของอิสลาม ถ้าต้องมีชีวิตอยู่แบบไม่สามารถละหมาดได้ ก็ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม ...”

คุณมุสตาฟา สาและ

“.....สังเกตตัวเอง ถ้าได้เข้าอบรมที่หน่วยงานต่างๆ จัด อบรมเกี่ยวกับสุขภาพ อบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การป้องกัน การควบคุมโรค ช่วงที่อบรมใหม่ๆ จะมีกำลังใจมากในการดูแลตนเอง เขาบอกอะไร ให้ทำอะไร ทำตามหมด หลังจากนั้นก็แผ่วลงเรื่อยๆ ไปอบรมใหม่ ก็ตื่นตัวขึ้นมาอีก (หัวเราะ)”

คุณประณีต จันทรสุวรรณรัตน์

“.....ลูกหลานก็มีส่วนนะ ถ้าได้กำลังใจ ลูกหลานสนใจ เอาใจใส่ พาไปอบรม พาไปออกกำลังกาย พักผ่อน รู้สึกมีกำลังใจขึ้นเยอะ.....”

คุณสุนีย์ สุชาติกุล

จะเห็นได้ว่าหลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ต้องรักตนเอง รักลูกหลาน อีกทั้งกำลังใจจากคนในครอบครัวก็จัดว่ามีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การเข้าอบรมเพิ่มเติมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงความศรัทธาในการปฏิบัติกิจด้านศาสนา ก็จัดว่ามีส่วนในการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

ตอนที่ 2 พฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาล

นครยะลา

ข้อมูลในส่วนนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ และข้อมูลพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการใช้แบบสอบถามสำรวจข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 380 คน เมื่อจำแนกข้อมูลตามตัวแปรเพศ สถานภาพ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ พบข้อมูลดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	380	100.00
ชาย	73	19.21
หญิง	307	80.79
อายุ		
เฉลี่ย 44 ปี (อายุสูงสุด 83 ปี ต่ำสุด 6 ปี)		
สถานภาพ	380	100.00
โสด	74	19.47
สมรส	273	71.84
ม่าย	20	5.26
หย่า/แยก	13	3.43
ศาสนา	380	100.00
พุทธ	218	57.37
อิสลาม	160	42.10
คริสต์	2	0.53
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด	380	100.00
ไม่ได้รับการศึกษา	11	2.89
ประถมศึกษา	103	27.11
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	92	24.21
อนุปริญญา/ปวส.	41	10.79
ปริญญาตรี	114	30.00
สูงกว่าปริญญาตรี	19	5.00

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	380	100.00
แม่บ้าน/เกษียณอายุ/ไม่มีอาชีพ	98	25.79
นักเรียน/นักศึกษา	12	3.16
ข้าราชการ/พนักงานวิสาหกิจ	67	17.63
ธุรกิจส่วนตัว	55	14.47
พนักงานบริษัท/ห้างร้าน	15	3.95
รับจ้าง	92	24.21
อื่นๆ	41	10.79
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	380	100.00
บุตร	226	59.47
หลาน	20	5.26
พี่/น้อง	11	2.89
คู่สมรส	101	26.58
เพื่อน	4	1.05
อื่นๆ	18	4.75

จากตารางที่ 4.9 พบว่าบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.79 และชายร้อยละ 19.21 โดยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 44 ปี เมื่อจำแนกตามสถานภาพพบว่า สมรส คิดเป็นร้อยละ 71.84 โสด ร้อยละ 19.47 และม่าย ร้อยละ 5.26 ด้านศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 57.37 และอิสลามร้อยละ 42.10 ส่วนระดับการศึกษา พบว่าเป็นระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30.00 ประถมศึกษาร้อยละ 27.11 และมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 24.21 สำหรับอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่บ้าน/เกษียณอายุ/ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 25.79 ข้าราชการ/พนักงานวิสาหกิจ ร้อยละ 17.63 และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 14.47 ทั้งนี้ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 59.47 คู่สมรส

ร้อยละ 26.58 และหลาน ร้อยละ 5.26

2.2 ข้อมูลพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

จากการใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ศึกษาพฤติกรรมการบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบผลเป็นดังนี้

2.2.1 ผลจากการใช้แบบสอบถาม

การใช้แบบสอบถามสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 380 คน เพื่อศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกเป็น 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม พบผลดังตารางที่ 4.10-4.15

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร

ด้านอาหาร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม การดูแล
1.1 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่	2.02	0.84	น้อย
1.2 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น ปลา กุ้ง ไข่ ๗	2.05	0.81	น้อย
1.3 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่เน้นกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ๗	1.98	0.82	น้อย
1.4 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารเน้นเสริมแคลเซียม เช่น นม ปลา ๗	2.14	0.88	น้อย
1.5 การส่งเสริมผู้สูงอายุดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	1.96	0.87	น้อย
1.6 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสชาติอ่อน ไม่เค็ม มัน หวานจัด	2.17	0.94	น้อย
1.7 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่เน้นปรุงด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง	2.25	1.96	น้อย
1.8 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารเป็นเวลาและครบทุกมื้อ	1.84	0.81	น้อย
1.9 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อควบคุมรักษาโรค	1.94	0.87	น้อย
ภาพรวมด้านอาหาร	2.04	0.67	น้อย

จากตารางที่ 4.10 พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.04 ± 0.67 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร อยู่ในระดับน้อย โดยการส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่เน้นปรุงด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.25 ± 1.96 การส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหาร

อาหารรสชาติอ่อน ค่าเฉลี่ย 2.17 ± 0.94 และการส่งเสริมผู้สูงอายุรับประทานอาหารเน้นเสริมแคลเซียม ค่าเฉลี่ย 2.14 ± 0.88

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านออกกำลังกาย

ด้านออกกำลังกาย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม การดูแล
2.1 การส่งเสริมผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์	2.42	1.06	น้อย
2.2 การส่งเสริมผู้สูงอายุออกกำลังกายต่อครั้งนานต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที	2.56	1.11	ปานกลาง
2.3 การส่งเสริมผู้สูงอายุออกกำลังกายโดยผ่านขั้นตอนที่ถูกต้อง อันได้แก่ การเหยียดยืดกล้ามเนื้อ การอุ่นเครื่อง การออกกำลังกาย และการเบาเครื่อง	2.58	1.10	ปานกลาง
2.4 การส่งเสริมผู้สูงอายุเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น เดิน วิ่ง เหยาะๆ ไทเก๊ก ว่ายน้ำ รำตะบอง ฯลฯ	2.65	1.05	ปานกลาง
2.5 การส่งเสริมผู้สูงอายุเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพหรือหลักเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บ เช่น โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม ฯลฯ	2.41	1.02	น้อย
2.6 การส่งเสริมผู้สูงอายุทำกิจกรรมงานบ้านหรืองานอดิเรก เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย	2.26	1.01	น้อย
ภาพรวมด้านออกกำลังกาย	2.48	0.92	น้อย

จากตารางที่ 4.11 พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านออกกำลังกายโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.48 ± 0.92 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การส่งเสริมผู้สูงอายุเลือก

ประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.65 ± 1.05 การส่งเสริมผู้สูงอายุออกกำลังกายโดยผ่านขั้นตอนที่ถูกต้อง ค่าเฉลี่ย 2.58 ± 1.10 และการส่งเสริมผู้สูงอายุออกกำลังกายต่อครั้งนานต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ค่าเฉลี่ย 2.56 ± 1.11

ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การส่งเสริมผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.42 ± 1.06 การส่งเสริมผู้สูงอายุเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพหรือหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บ ค่าเฉลี่ย 2.41 ± 1.02 และการส่งเสริมผู้สูงอายุทำกิจกรรมงานบ้านหรืองานอดิเรก เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 2.26 ± 1.01

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์

ด้านอารมณ์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม การดูแล
3.1 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข	1.83	0.77	น้อย
3.2 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีอารมณ์ขัน มองโลกในแง่ดี	1.91	0.79	น้อย
3.3 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น	1.90	0.80	น้อย
3.4 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตอย่างพอเพียง	1.93	0.80	น้อย
3.5 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้เตรียมความพร้อมในอนาคต (เช่นด้านการเงิน ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ ฯ)	2.16	0.94	น้อย
3.6 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตโดยยึดหลักศาสนา	1.68	0.78	น้อย
3.7 การส่งเสริมผู้สูงอายุในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียด	2.12	0.98	น้อย
3.8 การส่งเสริมผู้สูงอายุในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (ให้มีกลุ่มเพื่อนร่วมพูดคุยปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น)	1.95	0.87	น้อย
ภาพรวมด้านอารมณ์	1.94	0.66	น้อย

จากตารางที่ 4.12 พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.94 ± 0.66 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์ อยู่ในระดับน้อย โดยการส่งเสริมผู้สูงอายุให้เตรียมความพร้อมในอนาคต คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.16 ± 0.94 การส่งเสริมผู้สูงอายุในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียด ค่าเฉลี่ย 2.12 ± 0.98 และการส่งเสริมผู้สูงอายุในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ค่าเฉลี่ย 1.95 ± 0.87

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอดีต

ด้านอดีต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม การดูแล
4.1 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมที่ตรงกับ ความถนัดหรือความสนใจ	2.10	0.89	น้อย
4.2 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมร่วมกับ บุคคลในครอบครัว	2.04	0.86	น้อย
4.3 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมร่วมกับ บุคคลหรือหน่วยงานภายนอก เช่น กลุ่ม ชมรม สมาคมต่างๆ	2.39	1.06	น้อย
4.4 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมที่เป็น ประโยชน์ต่อชุมชนหรือสังคม เช่น อาสาสมัคร ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ให้คำปรึกษา ฯลฯ	2.59	1.12	ปานกลาง
4.5 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อให้ทันกับกระแสสังคมหรือเพิ่ม ประสบการณ์ที่หลากหลาย	2.43	1.01	น้อย
4.6 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีเวลาอย่างอิสระ ในการทำกิจกรรมอดีต	2.17	0.92	น้อย
ภาพรวมด้านอดีต	2.29	0.81	น้อย

จากตารางที่ 4.13 พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอดีต โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.29 ± 0.81 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านอดีตที่จัดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสังคมคิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.59 ± 1.12 ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านอดีตที่จัดอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.43 ± 1.01 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก

ค่าเฉลี่ย 2.39 ± 1.06 และการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีเวลาอย่างอิสระในการทำกิจกรรมอดิเรก
ค่าเฉลี่ย 2.17 ± 0.92

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอนามัย

ด้านอนามัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม การดูแล
5.1 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้รับผิดชอบและช่วยเหลือตนเอง	1.82	0.77	น้อย
5.2 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ตรวจร่างกายประจำปี	1.97	0.88	น้อย
5.3 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ดูแลระบบขับถ่ายให้เป็นปกติ	1.85	0.77	น้อย
5.4 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ	1.74	0.77	น้อย
5.5 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ดูแลความสะอาดของร่างกาย	1.69	0.70	น้อย
5.6 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1.93	0.80	น้อย
5.7 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เหล้า บุหรี่ อบายมุข ฯลฯ	1.74	1.01	น้อย
5.8 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ควบคุมโรคภัยไข้เจ็บมิให้เข้าสู่ระยะอันตราย	1.85	0.86	น้อย
5.9 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ศึกษาหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ	1.94	0.84	น้อย
ภาพรวมด้านอนามัย	1.84	0.63	น้อย

จากตารางที่ 4.14 พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอนามัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.84 ± 0.63 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ

พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านอนามัย อยู่ในระดับน้อย โดยการส่งเสริมผู้สูงอายุให้ตรวจร่างกายประจำปี คิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.97 ± 0.88 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ศึกษาหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 1.94 ± 0.84 และการส่งเสริมผู้สูงอายุให้ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติค่าเฉลี่ย 1.93 ± 0.80

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอาคารสิ่งแวดล้อม

ด้านอาคารสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม การดูแล
6.1 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับวัย เช่น การให้อยู่ชั้นล่างไม่ต้องขึ้นบันได การใช้โถส้วมแบบนั่ง ฯลฯ	1.88	0.87	น้อย
6.2 การส่งเสริมผู้สูงอายุโดยจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การมีราวให้จับ พื้นบ้านไม่ลื่น ฯลฯ	1.94	0.89	น้อย
6.3 การส่งเสริมผู้สูงอายุโดยจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก	1.80	0.78	น้อย
6.4 การส่งเสริมผู้สูงอายุโดยจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ใกล้ชิดธรรมชาติ หรือมีต้นไม้	1.86	0.81	น้อย
6.5 การส่งเสริมผู้สูงอายุโดยการรักษาความสะอาดและความเรียบร้อยของสถานที่สิ่งแวดล้อม	1.79	0.72	น้อย
6.6 การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับวัย เช่น ไม้เท้า แวนตา พื้นปูลอม ฯลฯ	2.20	1.03	น้อย
ภาพรวมด้านอาคารสิ่งแวดล้อม	1.91	0.64	น้อย

จากตารางที่ 4.15 พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านอาคารสิ่งแวดล้อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.91 ± 0.64 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านอาคารสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน โดยการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับวัย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.20 ± 1.03 การส่งเสริมผู้สูงอายุโดยจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ค่าเฉลี่ย 1.94 ± 0.89 และการส่งเสริมผู้สูงอายุให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับวัย ค่าเฉลี่ย 1.88 ± 0.87

อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบภาพรวมพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม พบผลดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน (6 อ.)

ประเด็น 6 อ.	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม บุคคลในครอบครัว ที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ
1.อาหาร	2.04	0.67	น้อย
2.ออกกำลังกาย	2.48	0.92	น้อย
3.อารมณ์	1.94	0.66	น้อย
4.อติเรก	2.29	0.81	น้อย
5.อนามัย	1.84	0.63	น้อย
6.อาคารสิ่งแวดล้อม	1.91	0.64	น้อย
ภาพรวม	2.08	0.62	น้อย

จากตารางที่ 4.16 บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.08 ± 0.62 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้านพบว่า บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย โดยด้านออกกำลังกาย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.48 ± 0.92 ด้านอติเรก ค่าเฉลี่ย 2.29 ± 0.81 และด้านอาหาร ค่าเฉลี่ย 2.04 ± 0.67

2.2.2 ผลจากการสนทนากลุ่ม

จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม ซึ่งคัดเลือกจากบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สมัครใจ (ผ่านเครื่องมือแบบสอบถามที่ได้เก็บข้อมูลก่อนแล้ว) รวมจำนวน 10 คน โดยให้มีความแตกต่างเรื่องของเพศ ศาสนา รายได้ และถิ่นพำนักอาศัย (ดังรายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในภาคผนวก 6) เพื่อให้ได้ข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย

ก) พฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ข) หลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ

โดยแต่ละส่วน พบผลเป็นดังนี้

ก) พฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

พฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุในที่นี้ จำแนกแบ่งเป็น 6 ด้านอันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อติเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม ผลการสนทนากลุ่มเป็นดังนี้

1. อาหาร ครึ่งหนึ่งของบุคคลในครอบครัวที่สนทนากลุ่ม มีการดูแลผู้สูงอายุ ด้านอาหารในลักษณะที่ช่วยซื้อวัตถุดิบหรือจ่ายตลาดร่วมกัน อีกทั้งช่วยทำอาหารร่วมกัน โดยเน้นอาหารประเภทน้ำๆ เนื่องจากย่อยง่าย เช่น ปลาต้ม แกงส้ม แกงเลียง ฯลฯ รวมถึงผัก ผลไม้ที่มีประโยชน์ เช่น กะหล่ำ ส้ม แตงโม ฯลฯ และดื่มน้ำมากๆ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ดูแลหญิง ส่วนอีกครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลให้ความเห็นว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านอาหารดีอยู่แล้ว เช่น การทำอาหารรับประทานเอง หรือซื้ออาหารที่ชอบรับประทานเอง จึงไม่ค่อยได้ดูแลด้านอาหารส่วนนี้มากนัก อย่างไรก็ตามผู้ดูแลทั้งหมดมีการเฝ้าระวังหรือตักเตือนบ้าง กรณีที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่แสดงต่อโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ แต่ไม่ได้เข้มงวดมากนัก โดยผู้ดูแลรายหนึ่งระบุว่า

“.....แฟนชอบกินโรตีสี ชอบกินของทอด ของมัน ของเผ็ด ก็พยายามเตือนๆ บ้าง เลี่ยงบ้าง ถ้าซื้อหรือทำ ก็ซื้อแต่น้อยๆ ทำแต่น้อยๆ ไม่เยอะ.....”

คุณณัฐกานต์ วงษ์สุวรรณ

2. ออกกำลังกาย ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลทั้งหมดมีการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยการออกกำลังกายร่วมกัน เช่น ออกกำลังกายด้วยการเดิน ขี่จักรยาน เล่นฮูล่าฮูป รวมไปถึงการออกกำลังกายด้วยการทำสวน ถางหญ้า ทำงานบ้านต่างๆ ร่วมกันกับผู้สูงอายุ ดังนี้

“.....จะไปออกกำลังกายด้วยกันที่ศูนย์เยาวชน เดินบ้าง ขี่จักรยานบ้าง บางครั้งก็เล่นฮูล่าฮูปที่บ้านกัน.....”

คุณณัฐกานต์ วงษ์สุวรรณ

“.....ส่วนใหญ่จะออกกำลังกายด้วยเครื่องจักรยานที่บ้าน นอกจากนี้ก็มีไปทำสวน ขุดดิน รดน้ำ ก็ทำด้วยกัน ช่วยๆ กัน”

คุณสะอาด จันทวงศ์

อย่างไรก็ตาม มีผู้ดูแลหนึ่งรายที่มีปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถร่วมทำกิจกรรม ออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุได้ จึงได้เพียงแค่ส่งเสริมการออกกำลังกายผู้สูงอายุด้วยการตกเตี๊ยม ให้ออกกำลังกายด้วยการขยับออกกำลังกาย ส่วนผู้ดูแลที่เหลืออีกครึ่งหนึ่ง ไม่ได้มีการส่งเสริมการออกกำลังกายต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเห็นว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายด้วยการเดินและทำกิจกรรมงานบ้านดีอยู่แล้ว

3. อารมณ์ ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลทั้งหมดมีการดูแลอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนในสิ่งที่ผู้สูงอายุทำแล้วมีความสุข เช่น การพาลูกหลานมาเยี่ยม การพาผู้สูงอายุเดินทางไปเที่ยว ทำบุญ ทำกิจกรรมที่ชอบ ฯลฯ ดังเช่นที่ผู้ดูแลได้ให้ความเห็นไว้ดังนี้

“.....คุณแม่ชอบเที่ยว ชอบไปทำบุญ ถ้าไม่ได้ไป ก็จะหงุดหงิด อารมณ์เสียเลยต้องตามใจ พยายามไม่ขัดใจ อันไหนที่แม่ทำแล้วมีความสุข เราก็มีความสุขด้วย.....”

คุณวรลักษณ์ จันท์สุวรรณรัตน์

“....พ่อชอบซ่อมแซมเครื่องใช้ต่างๆ ชอบประดิษฐ์ ชอบอ่านหนังสือ ก็พยายามหาซื้อหนังสือพิมพ์ ซื้อหนังสือที่เขาชอบมาอ่าน หากิจกรรมให้ทำ”

คุณมาเรียม สะมะอาลี

ในขณะที่อีกครึ่งหนึ่งของผู้ดูแล มีความเห็นว่าผู้สูงอายุมีความสุขดีอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยได้ส่งเสริมหรือดูแลด้านนี้มากนัก ส่วนด้านความทุกข์ ผู้ดูแลให้ความเห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง มีเพียงส่วนน้อยที่รู้สึกเครียดเมื่อพูดคุยกับคนรุ่นใหม่ รู้สึกถึงช่องว่างระหว่างวัย สำหรับวิธีการแก้ไขความทุกข์ ผู้ดูแลสามในสี่ของทั้งหมดมักใช้วิธีซักถามพูดคุย รับฟังปัญหา มีเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่แสดงความรักต่อผู้สูงอายุด้วยการกอด หอม แก้ม เพื่อผ่อนคลาย บรรเทาปัญหาต่างๆ

4. อติเรก ผู้ดูแลมีการส่งเสริมงานอติเรกด้วยการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น การทำอาหาร/ขนม การปลูกต้นไม้ ดอกไม้ พืชผักสวนครัว ที่ผู้ดูแลรายหนึ่งให้ความเห็นไว้ดังนี้

“.....พ่อชอบปลูกต้นไม้ ทำสวน ก็พยายามร่วมด้วยช่วยกัน พยายามมีส่วนร่วม..”

คุณมาเรียม สะมะอาลี

ในขณะที่ผู้ดูแลบางรายให้ความเห็นถึงแนวทางการส่งเสริมงานอดิเรกผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนและไม่ขัดใจ ดังนี้

“.....พ่อชอบไปคุยกับเพื่อนๆ คุยทุกครั้ง ผมเห็นพ่อมีความสุขทุกครั้ง ผมก็เลยพยายามไม่ขัดใจ คอยไปส่ง ไปรับ.....”

คุณประภาส ชอยนิทัศน์

5. อนามัย ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลไม่ได้ส่งเสริมด้านอนามัยให้กับผู้สูงอายุมากนัก เนื่องจากมีความคิดเห็นว่าคุณสูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ส่วนอีกครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีการส่งเสริมด้านอนามัยโดยการตักเตือนรวมถึงเตรียมการเรื่องการกินยาของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะหลงลืม อีกทั้งบางครั้งไม่ยอมรับประทานยา สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปี มีผู้ดูแลเพียงสามรายเท่านั้น ที่พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพ

6. อาคารสิ่งแวดลอม เกือบทั้งหมดของผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนอนชั้นหนึ่ง ยกเว้นเพียงหนึ่งรายที่ให้ความเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องให้ผู้สูงอายุนอนชั้นสอง ดังนี้

“.....ที่บ้านพื้นที่จำกัด ข้างล่างนอนไม่ได้ ไม่งั้นจะเต็มหมด ทุกคนนอนชั้นสองหมด แต่ถ้าแม่ไม่สบาย ก็จะให้นอนข้างล่าง เพราะชั้นล่างไม่สะดวก.....”

คุณจันทรา อับดุลเราะมัน

อย่างไรก็ตามครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลให้ความสำคัญเรื่องการจัดทำบ้านให้สะอาด ให้อากาศถ่ายเทสะดวก ทั้งนี้มีผู้ดูแลหนึ่งรายที่มีการติดตั้งเครื่องฟอกอากาศ ในขณะที่ผู้ดูแลสามในสิบราย มีการจัดทำราวในห้องน้ำเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ นอกจากนี้เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลทั้งหมดมีการส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อมโดยการจัดหาต้นไม้มาปลูก รวมถึงการใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับวัย เช่น ไม้เท้า พ้นปลอม ฯลฯ

ข) หลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นสนทนากลุ่มถึงหลักคิดสร้างกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลได้ให้ความคิดเห็นที่น่าสนใจไว้ดังนี้

“..... ทุกศาสนาสอนคนให้เป็นคนดี ความกตัญญูเป็นเครื่องหมายของคนดี ต้องคิดและเชื่อ ศรัทธาในความดี เชื่อว่าทำดี ต้องได้ดี จึงจะมีกำลังใจ.....”

คุณนิตยา ช่วยรัตน์

“.....เห็นด้วยอย่างยิ่ง อย่างน้อยที่สุด เราก็ทำเป็นแบบอย่างให้ลูกเราเห็น การปฏิบัติให้เห็นเป็นแบบอย่าง บางครั้งสำคัญมากกว่าคำสอนใดๆ ซะอีก ถ้าเราคิดได้อย่างนี้ ผมว่าเราจะมีกำลังใจในการทำดีต่อพ่อแม่เราขึ้นเยอะ.....”

คุณประภาส ชอยนิทัศน์

“....ที่บ้านมีพี่น้องหลายคน แต่ละคนก็แยกย้ายกันไปเมื่อมีครอบครัว แต่ก่อนเคยนึกอิจฉาพี่ๆ ไม่ต้องมาดูแลแม่ ไม่ต้องมาเหนื่อยเหมือนเรา แต่พอได้ฟังคำสอนด้านศาสนา เขาบอกให้เราคิดว่าโชคดีที่มีโอกาสได้ทำดีที่ยิ่งใหญ่ ในขณะที่คนอื่นโชคร้ายกว่า เพราะไม่มีโอกาสทำดีได้เหมือนเรา พอลึกคิดอย่างนี้รู้สึกมีกำลังใจขึ้นมาทันที....”

คุณฐิมนัน สาและ

“....เคยได้ยินลูกบางคนที่กำลังรำพันพ่อแม่ หรือบางคนไม่มีโอกาสได้ตอบแทนคุณพ่อแม่ กว่าที่รู้ตัว ท่านก็ได้ลาจากโลกนี้ไปแล้ว บางคนรู้สึกเสียใจที่ไม่ได้มีโอกาสทดแทนคุณ ฉะนั้นให้เราคิดบวก เรายังโชคดีที่ท่านยังอยู่กับเรา ให้เราได้ทดแทนคุณ ขอให้ทำเต็มที่ เพื่อความภาคภูมิใจ จะได้ไม่ต้องมานั่งเสียใจภายหลัง.....”

คุณสมโชค ประสานสงค์

จะเห็นได้ว่าหลักคิดในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นหลักคิดทางศาสนา โดยเน้นให้คิดดี ทำดี ได้ดี ทำเพื่อเป็นแบบอย่างแก่ลูกหลาน ยิ่งทำมาก ยิ่งได้บุญมาก และพยายามทำเต็มที่ เพื่อความภาคภูมิใจ จะได้ไม่เสียใจภายหลัง

ตอนที่ 3 การพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา

การพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในที่นี้ จำแนกเนื้อหาเสนอเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วยรูปแบบการพัฒนา และผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน โดยกำหนดขอบเขตการนำเสนอ ดังนี้

3.1 รูปแบบเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่พัฒนา

3.2 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน ซึ่งจำแนกแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

3.2.1 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ผู้สูงอายุดูแล

ตนเอง

3.2.2 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์บุคคลในครอบครัว

ดูแลผู้สูงอายุ

3.2.3 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาด

แบบผสมผสาน

3.2.4 ความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพ

เครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

โดยแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

3.1 รูปแบบเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่พัฒนา

ผู้วิจัยได้ออกแบบพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน 5 เครื่องมือ และทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่สมัครใจจำนวน 50 คน โดยการทดลองมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมถึงบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้รูปแบบเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่พัฒนา มีดังนี้

1. การตลาดเชิงกิจกรรม โดยการถ่ายภาพ “ยิ้มผู้สูงวัย” และภาพ “กอดอุ่นใจ” รวมถึงให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมโหวตคำขวัญและสปอตวิทยุ
 2. การใช้สื่อสัญลักษณ์ โดยการจัดทำเสื้อ แก้วน้ำ พิมเสนน้ำ พร้อมสกรีนคำขวัญที่ได้รับการโหวตมากที่สุด
 3. การโฆษณา โดยสปอตวิทยุที่ได้รับการโหวตมากที่สุด ได้นำไปบันทึกเสียงจริง และขอความร่วมมือจากสถานีวิทยุเพื่อการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา และสถานีวิทยุในเครือข่ายของเทศบาลนครยะลาในการเผยแพร่ รวมถึงจัดทำสื่ออิเล็กทรอนิกส์บอร์ด พร้อมเผยแพร่ ณ ถนนสิโรตสบริเวณศูนย์เยาวชนเทศบาลนครยะลา
 4. การประชาสัมพันธ์ โดยการจัดทำคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” เพื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
 5. การอบรม โดยการจัดอบรมปฏิบัติการเรื่อง “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” พร้อมแจกภาพยิ้มผู้สูงวัย ภาพกอดอุ่นใจ เสื้อ แก้วน้ำ พิมเสนน้ำ และคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ”
- (หมายเหตุ ภาพเครื่องมือสื่อสารดังกล่าว ดังภาคผนวก 7-10)

3.2 ผลการพัฒนารูปแบบการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน ซึ่งจำแนกแบ่งเป็น

4 ส่วนดังนี้

- 3.2.1 ผลการพัฒนารูปแบบการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ผู้สูงอายุดูแลตนเอง
- 3.2.2 ผลการพัฒนารูปแบบการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์บุคคลในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ
- 3.2.3 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน
- 3.2.4 ความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

โดยแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ผู้สูงอายุ

ดูแลตนเอง

จากการพัฒนาและทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในการรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุที่สมัครใจ จำนวน 50 คน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่นำมาใช้ แบ่งออกเป็น 5 เครื่องมือ ประกอบด้วย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ สำหรับการทดลอง ได้มีการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง จากนั้นภายหลังจากทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารทางการตลาดแบบผสมผสาน 5 เครื่องมือ จึงได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอีกครั้ง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น พบผลดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็น 6 อ.	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อาหาร	3.62	.76	3.92	.60	-2.236	.028*
ออกกำลังกาย	3.07	1.01	3.78	.79	-3.921	.000*
อารมณ์	3.76	.84	4.30	.50	-3.910	.000*
อดิเรก	3.25	.82	3.48	.68	-1.510	.134
อนามัย	3.77	.71	4.27	.49	-4.109	.000*
อาคารสิ่งแวดล้อม	3.84	.78	4.41	.52	-4.274	.000*
รวม	3.58	.69	4.05	.47	-3.994	.000*

* Significant at .05

จากตารางที่ 4.17 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ผู้สูงอายุหลังการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผลการทดลองทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ยกเว้นพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอดิเรกที่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05. ด้วยเหตุนี้จึง

ยอมรับสมมุติฐานที่ว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ยกเว้นด้านอดิเรก

3.2.2 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์บุคคลในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้พัฒนาและทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในการรณรงค์บุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดที่นำมาใช้ แบ่งออกเป็น 5 เครื่องมือ ประกอบด้วย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ สำหรับการทดลอง ได้มีการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง จากนั้นภายหลังการทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารทางการตลาด 5 เครื่องมือ จึงได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นอีกครั้ง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น พบผลดังนี้

ตารางที่ 4.18 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็น 6 อ.	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อาหาร	3.24	0.39	4.36	0.50	-12.571	.000*
ออกกำลังกาย	2.67	0.76	4.00	0.78	-8.665	.000*
อารมณ์	3.57	0.72	4.45	0.50	-7.107	.000*
อดิเรก	3.08	0.82	3.89	0.74	-5.155	.000*
อนามัย	3.61	0.60	4.31	0.55	-6.083	.000*
อาคารสิ่งแวดล้อม	3.60	0.57	4.52	0.46	-8.856	.000*
รวม	3.32	0.47	4.28	0.48	-9.995	.000*

* Significant at .05

จากตารางที่ 4.18 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (*t-test*) พบว่า บุคคลในครอบครัวมี

พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเหตุนี้จึงยอมรับสมมุติฐานที่ว่า ภายหลังการทดลอง บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง

3.2.3 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสาร

การตลาดแบบผสมผสาน

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานดูแลผู้สูงอายุ 5 เครื่องมือ อันประกอบด้วย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ พบผลเป็นดังนี้

ตารางที่ 4.19 ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

เครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ประสิทธิภาพ
1.การตลาดเชิงกิจกรรม โดยการถ่ายภาพ “ยิ้มผู้สูงวัย” และภาพ “กอดอุ่นใจ” รวมถึงการไหวต คำขวัญและสโปตวิทยุ	4.38	0.78	มาก
2. การใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น การจัดทำสื่อ แก้วน้ำ พิมเสนน้ำ รณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ	4.32	0.82	มาก
3. การประชาสัมพันธ์ โดยจัดทำผ่านคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ”	4.40	0.70	มาก
4. การโฆษณา โดยการโฆษณารณรงค์ 6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ ผ่านสื่อวิทยุและสื่ออิเล็กทรอนิกส์บอร์ด (สื่อจอ LED)	4.06	0.13	มาก
5. การอบรม โดยการอบรมปฏิบัติการเรื่อง “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ”	4.42	0.86	มาก
ภาพรวม	4.32	0.73	มาก

จากตารางที่ 4.19 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย $4.32 \pm$

0.73 และเมื่อพิจารณาแต่ละเครื่องมือพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยการอบรม คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.42 ± 0.86 การประชาสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย 4.40 ± 0.70 และการตลาดเชิงกิจกรรม ค่าเฉลี่ย 4.38 ± 0.78

3.2.4 ความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานดูแลผู้สูงอายุ 5 เครื่องมือ อันประกอบด้วย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาดเชิงกิจกรรม การอบรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ พบผลเป็นดังนี้

ตารางที่ 4.20 ระดับความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน

เครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ประสิทธิภาพ
1.การตลาดเชิงกิจกรรม โดยการถ่ายภาพ “ยิ้มผู้สูงวัย” และภาพ “กอดอุ่นใจ” รวมถึงการไหวต คำขวัญรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ	4.49	0.76	มาก
2. การใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น การจัดทำเสื้อ แก้วน้ำ พิมเสนน้ำ รณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ	4.41	0.76	มาก
3. การประชาสัมพันธ์ โดยจัดทำผ่านคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ”	4.37	0.72	มาก
4. การโฆษณา โดยการโฆษณารณรงค์ 6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ ผ่านสื่อวิทยุและสื่ออิเล็กทรอนิกส์บอร์ด (สื่อจอ LED)	4.26	0.75	มาก
5. การอบรม โดยการอบรมปฏิบัติการเรื่อง “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ”	4.50	0.86	มาก
ภาพรวม	4.41	0.69	มาก

จากตารางที่ 4.20 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.41 ± 0.69 และเมื่อพิจารณาแต่ละเครื่องมือ พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยการอบรม คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.50 ± 0.86 การตลาดเชิงกิจกรรม ค่าเฉลี่ย 4.49 ± 0.76 และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ ค่าเฉลี่ย 4.41 ± 0.76

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา ลักษณะงานวิจัยเป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยการใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการทดลอง เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ในส่วนของการแบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างมีสัดส่วน (proportional stratified random sampling) จำแนกตามชุมชนในเขตเทศบาลนครยะลา ซึ่งมีทั้งหมด 39 ชุมชน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มละ 380 คน เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยพฤติกรรมที่ศึกษาในที่นี้เน้น "6 อ." เป็นหลัก อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย และอาคาร สิ่งแวดล้อม จากนั้นจึงใช้การสนทนากลุ่ม ศึกษาเจาะลึกรายละเอียดถึงพฤติกรรมดังกล่าว จากกลุ่มผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มละ 10 คน

สำหรับการทดลอง ได้มีการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มละ 50 คน ก่อนการทดลอง จากนั้นจึงได้ทดลองใช้เครื่องมือสื่อสารทางการตลาดแบบผสมผสาน 5 เครื่องมือ อันประกอบด้วย การตลาดเชิงกิจกรรม การใช้สื่อสัญลักษณ์ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ และการอบรม ก่อนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอีกครั้งเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่ใช้แต่ละเครื่องมือ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อเจาะลึกถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแต่ละด้าน พบ ข้อมูลเรียงลำดับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดังนี้

1.1 ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยด้วยการเดิน อย่างน้อยอาทิตย์ละ 4 ครั้งๆ ละประมาณ 30-60 นาที รวมถึงการทำกิจกรรมงานบ้านหรืองานอดิเรกเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย

1.2 อติเรก ผู้สูงอายุชายและหญิงมีกิจกรรมอติเรกที่เหมือนกัน ได้แก่ การปลูกต้นไม้และการอ่านหนังสือ ส่วนกิจกรรมอติเรกที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุชายมักจะใช้เวลาว่างซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ที่เสียหายหรือชำรุด ส่วนผู้สูงอายุหญิง ชอบทำกิจกรรมตัดเย็บทำอาหาร ฯลฯ

1.3 อาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการควบคุมอาหารโดยการทำอาหารเองหรือสมาชิกในบ้านทำให้ โดยเน้นอาหารที่ง่ายและดีต่อสุขภาพ เช่น ปลา ผัก ผลไม้ต่างๆ สำหรับเมนูอาหารเน้นประเภทต้มเป็นหลัก รสชาติอ่อน รวมถึงหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลต่อโรคประจำตัวที่เป็นอยู่

1.4 อาคารสิ่งแวดล้อม โดยภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลด้านอาคารสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นที่ผักชั้นล่างเป็นหลัก มีการการปลูกต้นไม้เพื่อความร่มรื่น รวมถึงจัดหาอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับวัย อันได้แก่ แวนตา และพื้นปloom ฯลฯ

1.5 อารมณ์ ผู้สูงอายุมักจะอารมณ์ดี มีความสุข เมื่อได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตา ได้พูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกันกับบุตรหลาน รวมถึงได้ทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบ และการได้ปฏิบัติกิจทางด้านศาสนา

1.6 อนามัย ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง โดยรับประทานยาตามที่หมอสั่ง
 พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อโรค อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี
 ความเห็นว่าตนเองอ่อนแอ และพยายามหาทางลดน้ำหนัก แต่ไม่สำเร็จ

2. บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้านพบว่า บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับน้อย ซึ่งเมื่อเจาะลึกถึงพฤติกรรมบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุแต่ละด้าน พบข้อมูลเรียงลำดับพฤติกรรมการดูแลได้ดังนี้

2.1 ออกกำลังกาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยร่วมออกกำลังกายไปพร้อมๆ กัน

2.2 อติเรก ผู้ดูแลมีการส่งเสริมงานอติเรกด้วยการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้ดูแลบางรายส่งเสริมในลักษณะของการสนับสนุน เช่น การไปรับและส่ง ส่วนการส่งเสริมอติเรกในระดับน้อยสุดคือการไม่ขัดใจ

2.3 อาหาร ผู้ดูแลมีการเฝ้าระวังหรือตักเตือนกรณีที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ แต่ไม่ได้เข้มงวดมากนัก นอกจากนี้มีการดูแลผู้สูงอายุด้านอาหารในลักษณะที่ช่วยย่อยตลาดซื้อวัตถุดิบ หรือช่วยทำอาหารร่วมกัน

2.4 อารมณ์ ครั้งหนึ่งของผู้ดูแลทั้งหมดมีการดูแลอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนในสิ่งที่ผู้สูงอายุทำแล้วมีความสุข หากมีความทุกข์ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักใช้วิธีซักถามพูดคุย และรับฟังปัญหา

2.5 อาคารสิ่งแวดลอม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเรื่องที่พักของผู้สูงอายุ โดยเน้นพักชั้นล่าง มีการจัดหาต้นไม้มาปลูก การจัดทำบ้านให้สะอาด ให้อากาศถ่ายเทสะดวก รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ เช่น ไม่เท้า พื้นปอลอม ฯลฯ

2.6 อนามัย ผู้ดูแลมีการส่งเสริมด้านอนามัยโดยการตักเตือนรวมถึงเตรียมการเรื่องกินยาของผู้สูงอายุ

3. การพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

3.1 รูปแบบเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่พัฒนา 5 เครื่องมือประกอบด้วย 1) การตลาดเชิงกิจกรรม โดยการถ่ายภาพ “ยิ้มผู้สูงวัย” และภาพ “กอดอุ่นใจ” รวมถึงให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมโหวตคำขวัญและสโลตวิทย์ 2) การใช้สื่อสัญลักษณ์ โดยการจัดทำเสื้อ แก้วน้ำ พิมเสนน้ำ พร้อมสกรีนคำขวัญที่ได้รับการโหวตมากที่สุด 3) การโฆษณา ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บอร์ด และสื่อวิทย์ ที่บสปอดได้รับการโหวตมากที่สุด 4) การประชาสัมพันธ์ โดยการจัดทำคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” 5) การอบรม “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” พร้อมแจกภาพยิ้มผู้สูงวัย ภาพกอดอุ่นใจ เสื้อ แก้วน้ำ พิมเสนน้ำ และคู่มือ “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ”

3.2 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์

อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านอดิเรกที่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05.

3.3 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์บุคคลใน ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าภายหลังการทดลอง บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการ ดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

3.4 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือการสื่อสาร การตลาดแบบผสมผสาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาแต่ละเครื่องมือ พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการอบรม การประชาสัมพันธ์ และการตลาดเชิงกิจกรรม

3.5 ความคิดเห็นของของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพ เครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อ พิจารณาแต่ละเครื่องมือพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการอบรม การตลาดเชิงกิจกรรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง ภาพรวมและรายด้าน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะดูแลใส่ใจสุขภาพของ ตนเองเพิ่มมากขึ้น มีอายุยืนยาวมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) อย่างไรก็ตามเมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุ สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเสื่อมถอยอย่างไม่ สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความสูงวัยและทฤษฎีสึกหรอ (ดวงเดือน อุ่นศรีวร, 2551) ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถส่งผลต่อสุข ภาวะร่างกายโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเพียงการบรรเทาความเสื่อมถอยด้าน ร่างกายมิให้รุนแรงขึ้นหรือเกิดขึ้นช้าลงเท่านั้น จึงส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของปัทมทิพย์ บณขุนทด (2554) ที่ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านห่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของอยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ ชนัดดา เกิดแพร่ (2552) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลมะขามสูง

อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของดวงเดือน อุ่นเคียร และคณะ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลควนมะพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง โดยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง

2. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแต่ละด้าน สามารถอธิบายผลได้ดังนี้

2.1 ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกออกกำลังกายด้วยการเดิน รวมถึงการทำกิจกรรมงานบ้านหรืออดิเรกเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ด้วยวัยผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย การเดินและการทำกิจกรรมงานบ้านหรืองานอดิเรกที่ชอบ จัดเป็นรูปแบบการเผาผลาญพลังงานระดับปานกลาง (วิมลวรรณ เหยิงแก้ว, 2551) ซึ่งถึงแม้จะเหมาะสมกับวัยสูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญน้อยกับระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 30 นาที และจำนวนวันที่ต้องปฏิบัติไม่น้อยกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านออกกำลังกายจึงจัดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของกัณทิลา พลทอง, ขนิษฐา นาคะ และเนตรนภา คู่พันธ์วี (2553) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยละ 65.00 มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอตามเกณฑ์การเคลื่อนไหวร่างกาย

2.2 อดิเรก ผู้สูงอายุชายและหญิงมีกิจกรรมอดิเรกที่เหมือนกัน ได้แก่ การปลูกต้นไม้และการอ่านหนังสือ ส่วนกิจกรรมอดิเรกที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุชายมักจะใช้เวลาว่างซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ที่เสียหายหรือชำรุด ส่วนผู้สูงอายุหญิง ชอบทำกิจกรรมตัดเย็บทำอาหาร ฯลฯ ที่เป็นเช่นนั้นเพราะกิจกรรมอดิเรกดังกล่าว ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อีกทั้งเหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย แต่อย่างไรก็ตามด้วยบริบทพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมอดิเรกได้อย่างเต็มที่ ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอดิเรกจึงจัดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลที่ได้แตกต่างจากงานวิจัยของกัณทิลา พลทอง, ขนิษฐา นาคะ และเนตรนภา คู่พันธ์วี (2553) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองประกอบกิจกรรมงานอดิเรกมากที่สุด

2.3 อาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการควบคุมอาหาร โดยเน้นอาหารที่ย่อยง่ายและดีต่อสุขภาพ เช่น ปลา ผัก ผลไม้ต่างๆ เน้นเมนูอาหารประเภทต้มเป็นหลัก ซึ่งสามารถ

อธิบายได้ว่าเมื่อสูงวัย ระบบการย่อยอาหารเริ่มเสื่อมถอย ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องฟันผุและหักมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ละเอียด ต่อมาน้ำลายข้นน้ำลายออกมาน้อย ทำให้เมือกหล่อลื่นไม่พอที่จะช่วยคลุกเคล้าอาหาร รวมทั้งประสาทกลืนเนื้อที่ควบคุมการกลืนทำงานน้อยลง ทำให้กลืนอาหารลำบาก นอกจากนี้ปริมาณน้ำย่อยต่างๆ จะลดลง ทำให้อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด ท้องผูกง่าย (เกษณี โคกตาทอง และคณะ, 2554) ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องเน้นอาหารที่ย่อยง่ายและดีต่อสุขภาพดังกล่าว อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความเคยชินกับการรับประทานอาหารแบบเดิมๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุมุสลิมที่นิยมบริโภคอาหารค่อนข้างมันและหวานจัด (ศิริวรรณ พิริยคุณธร และวัลลภา พุ่งปรี้อ, 2553) ทำให้พฤติกรรมควบคุมตนเองด้านอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลที่ได้แตกต่างจากงานวิจัยของปัทมทัต บณขุนทด (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านทุ่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของดวงเดือน อุ่นเศียร และคณะ (2551) ซึ่งศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลควนมะพร้าว อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง

2.4 อาคารสิ่งแวดล้อม โดยภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลด้านอาคารสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นที่พืชน้ำเป็นหลัก มีการปลูกต้นไม้เพื่อความร่มรื่นที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะปัจจัยเรื่องสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันหรือวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2555) ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องดูแลด้านอาคารสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่พึงพอใจมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้น้อย จึงเป็นข้อจำกัดในการจัดอาคารสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรพงษ์ คณานุรักษ์ (2545) ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และงานวิจัยของปัทมทัต บณขุนทด (2554) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมของผู้สูงอายุ พบข้อมูลตรงกันว่าปัจจัยเรื่องรายได้และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.5 อารมณ์ ผู้สูงอายุมักจะอารมณ์ดี มีความสุข เมื่อได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตา ได้พูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกันกับบุตรหลาน รวมถึงได้ทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบ และการได้ปฏิบัติกิจทางด้านศาสนา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การได้ใช้เวลากับคนที่รัก การได้ทำในสิ่งที่ตนเองชอบ จัดเป็นพฤติกรรมที่นำมาซึ่งการหลั่งสารเคมีแห่งความสุข

“Endorphin” (วนิษา เรช, 2550) แต่อย่างไรก็ตามอันเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจบั่นทอนอารมณ์และความรู้สึก รวมถึงการปฏิบัติกิจด้านศาสนา ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2551-2553 ที่พบว่า ครอบครัวที่สมาชิกมีเวลาให้กันอย่างเพียงพอ มีสุขภาพจิตดีกว่าครอบครัวที่สมาชิกมีเวลาให้แกกันไม่เพียงพอ และข้อสรุปที่สัมพันธ์อีกประเด็นหนึ่งคือ ผู้ที่มีระดับความเคร่งศาสนาสูง มีแนวโน้มที่จะมีระดับสุขภาพจิตที่สูงด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

2.6 อนามัย ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง โดยรับประทานยาตามที่หมอสั่งพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารที่แสลงต่อโรค ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะการดูแลตนเองในลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย อย่างไรก็ตามเมื่อก้าวสู่ผู้สูงอายุ สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเสื่อมถอยอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความสูงวัยและทฤษฎีสีกหรร (ดวงเดือน อุ่นเศียร, 2551) ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถส่งผลต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวแตกต่างจากงานวิจัยของชนัดดา เกิดแพร (2552) ซึ่งวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมปฏิบัติมากที่สุด

3. บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะงานวิจัยนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานผ่านเกณฑ์ดัชนีแคทซ์ (Katz Index of ADL) ซึ่งต้องสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้บุคคลในครอบครัวตระหนักถึงบทบาทการดูแลผู้สูงอายุน้อย เนื่องจากเห็นว่าผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของเล็ก สมบัติ (2549) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัว มีการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุในระดับสูง ทั้งด้านการให้ความเคารพ เชื้อพียง การเอาใจใส่ ให้ความรัก การให้คำแนะนำปรึกษา การช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ความเดือดร้อนต่างๆ

4. บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านออกกำลังกาย, อติเรก, อาหาร, อารมณ์, อาคารสิ่งแวดล้อม และอนามัย อยู่ในระดับน้อย

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อันเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรและมีสถานภาพสมรส นอกเหนือจากบทบาทการดูแลบุพการี ยังต้องมีบทบาทการดูแลคู่สมรสและบุตรร่วมด้วย อีกทั้งผู้สูงอายุที่ศึกษาจัดอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ที่ยังสามารถดูแลตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน จึงอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ซึ่งวิจัยโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ และงานวิจัยของวิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ (2552) ที่วิจัยทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พบผลตรงกันว่ามีแนวโน้มที่บุคคลในครอบครัวจะรับผิดชอบดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลง

5. การพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

5.1 รูปแบบเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานที่พัฒนา 5 เครื่องมือประกอบด้วย การตลาดเชิงกิจกรรม การใช้สื่อสัญลักษณ์ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ และการอบรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่างานสื่อสารการตลาดปัจจุบัน จำเป็นต้องผสมผสานหรือบูรณาการหลากหลายสื่อร่วมกัน สื่อสารในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดพลังทางการสื่อสารในอันที่จะบรรลุซึ่งวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนด (อัปสร อีซอ, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายๆ เล่ม ที่ถอดบทเรียนหรือมีเป้าหมายพัฒนารณรงค์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มักอาศัยแนวคิดของการบูรณาการในการดำเนินงาน เช่น บูรณาการเครื่องมือสื่อสาร องค์ความรู้ บุคลากร หน่วยงาน ฯลฯ ดังที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; สุภาณี แก้วพินิจ และคณะ, 2550; วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ, 2552)

5.2 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอดิเรกที่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05. ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะด้านอดิเรก เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำตามความถนัดและความสนใจ จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตที่นำความสุขมาให้ การไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านงานอดิเรก ผู้สูงอายุอาจคิดว่าไม่น่าจะส่งผลอันตรายต่อสุขภาพและจิตใจของตนเอง (แตกต่างจาก 5 ด้านที่เหลือ) ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอดิเรก

ก่อนและหลังการทดลอง จึงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05. ผลวิจัยดังกล่าวแตกต่างจากงานวิจัยของสุภาณี แก้วพินิจ และคณะ (2550) ที่วิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการตรวจและทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย การรับประทานอาหารสุขภาพ การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา woodball และการทำสปาและชาวนา ศิลป์เพื่อสุขภาพ การใช้ศิลปะบำบัด พร้อมด้วยดนตรีบำบัด ฯลฯ ซึ่งภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ มีทัศนคติที่ดี รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

5.3 ผลการพัฒนาการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานรณรงค์บุคคลในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทดลองทำให้บุคคลในครอบครัวมีจิตสำนึกหรือการตระหนักถึงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกษณี โคกตาทอง และคณะ (2554) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อภาวะผู้สูงอายุ ด้านสังคม วัฒนธรรมและการเมือง ด้านบริการสวัสดิการสังคม ด้านความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านการบริการจัดการด้านสุขภาพ และด้านความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ภายหลังจากดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.4 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาแต่ละเครื่องมือพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการอบรม การประชาสัมพันธ์ และการตลาดเชิงกิจกรรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ เมื่อได้รับเครื่องมือสื่อสารในลักษณะการให้ความรู้ถึงหลักการดูแลตนเอง ผสมกับความรักในสุขภาพของตนเองที่มีอยู่เดิม ย่อมนำมาซึ่งการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีเมือง พลัทธิ (2547) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยพบว่าแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรเตรียมความรู้

และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

5.5 ความคิดเห็นของของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพเครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาแต่ละเครื่องมือพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการอบรม การตลาดเชิงกิจกรรม และการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่างๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทดลองผ่านเครื่องมือในลักษณะการให้ความรู้ การสร้างประสบการณ์ร่วม การใช้สิ่งกระตุ้นเตือน ทำให้บุคคลในครอบครัวมีจิตสำนึกหรือการตระหนักถึงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวเกิดพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ได้มีผู้ศึกษาไว้แล้วโดยผสมผสานเครื่องมือในลักษณะการให้ความรู้ การสร้างประสบการณ์ร่วม การใช้สิ่งกระตุ้นเตือน ฯลฯ (รณิดา ปิงเมือง, 2554; อัปสร อีซอ และคณะ, 2554; สุภาณี แวพินิจ และคณะ, 2550)

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานสื่อสารรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุดังนี้

1.1 สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ แนวทางการพัฒนางานสื่อสารควรเน้นรณรงค์ให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง โดยใช้เครื่องมือสื่อสารในลักษณะการสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงหลักการดูแลสุขภาพตนเอง อาจโดยการอบรม การประชาสัมพันธ์ การสาธิต การจัดนิทรรศการ ฯลฯ รวมถึงใช้เครื่องมือสื่อสารในลักษณะกระตุ้นเตือนสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติตนตามหลักการดูแลสุขภาพดังกล่าว อาจโดยผ่านเครื่องมือการจัดประกวดการใช้สื่อสัญลักษณ์ ของที่ระลึกต่างๆ ทั้งนี้แนวคิดการสื่อสาร ควรออกแบบให้สั้น กระชับ เพื่อให้เป็นที่ยึดจำได้ง่ายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น หลัก 6 อ. : อาหาร ออกกำลังกาย อติเรก อารมณ์ อนามัย และอาคารสิ่งแวดล้อม

1.2 สำหรับกลุ่มเป้าหมายบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ แนวทางการพัฒนาการสื่อสารรณรงค์นอกเหนือจากการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงหลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว อาจสร้างกิจกรรมร่วมหรือประสบการณ์ร่วมเพื่อสร้างความรัก ความผูกพัน สัมพันธภาพอันดีระหว่างกันของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมร่วมใน

ลักษณะการปฏิบัติ 6 อ. ร่วมกัน การประกวดผลงาน 6 อ. ฯลฯ รวมถึงใช้เครื่องมือสื่อสารผ่านสื่อสัญลักษณ์ต่างๆ เพื่อสร้างการกระตุ้นเตือนหรือการตระหนักถึงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้แนวทางการสื่อสารควรเน้นถึงความรัก ความกตัญญู สัมพันธภาพที่ดีต่อกันในอดีต รวมถึงความรู้สึภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ดังเช่นงานวิจัยนี้ ที่ใช้ข้อความสื่อสาร “ทดแทนคุณผู้สูงวัย ด้วยรักและใส่ใจ 6 อ.”

1.3 สำหรับกลุ่มเป้าหมายหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง แนวทางการพัฒนางานสื่อสารรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุ ควรเน้นแนวคิดบูรณาการในการดำเนินงาน อาจโดยบูรณาการเครื่องมือสื่อสาร องค์ความรู้ บุคลากร หน่วยงาน งบประมาณ ฯลฯ ผ่านเครื่องมือสื่อสารที่ใช้หลากหลายสื่อร่วมกัน สื่อสารในทิศทางเดียวกัน อันจะก่อให้เกิดพลังทางการสื่อสารรณรงค์ดูแลผู้สูงอายุในที่สุด

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคตดังนี้

2.1 งานวิจัยเพื่อผู้สูงอายุ ควรมีการวิจัยในลักษณะปฏิบัติการถอดบทเรียนหรือเคล็ดลับความสำเร็จจากผู้สูงอายุ อันเนื่องจากผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย การถอดบทเรียนหรือเคล็ดลับความสำเร็จดังกล่าว นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมหรือคนรุ่นหลังแล้ว ยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเองเพิ่มมากขึ้น

2.2 งานวิจัยเพื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรต่อยอดการวิจัย โดยวิจัยในลักษณะปฏิบัติการ ทดลองนำหลักคิดในการสร้างกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อลดความเครียดในการดูแล อันจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

การบูรณาการงานวิจัย

งานวิจัยนี้ นอกเหนือจากเป็นการปฏิบัติงานตามพันธกิจ ความเป็นสถาบันอุดมศึกษาด้านการวิจัย ผู้วิจัยยังมีการบูรณาการกับพันธกิจด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านการบริการวิชาการแก่สังคม และด้านการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมดังนี้

-การบูรณาการงานวิจัยกับพันธกิจด้านการจัดการเรียนการสอน โดยการจัดประกวดคำขวัญและสปอติวิทย์จากนักศึกษาการตลาด คณะวิทยาการจัดการ พร้อม

คัดเลือกคำขวัญและสปอตวิทยุประเภทละ 3 ชิ้น นำไปให้ผู้สูงอายุพร้อมผู้ดูแลเลือกที่ชื่นชอบมากที่สุด เพื่อนำไปใช้ในการสื่อสารผ่านสื่อสัญลักษณ์ต่างๆ รวมถึงการโฆษณา

-การบูรณาการงานวิจัยกับพันธกิจด้านการบริการวิชาการแก่สังคม โดยการจัดอบรม “6 อ. เพื่อผู้สูงอายุ” โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุ พร้อมบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มละ 50 คน

-การบูรณาการงานวิจัยกับพันธกิจด้านการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยร่วมกับอุทยานเรียนรู้จังหวัดยะลา (TK park) จัดนิทรรศการ “ยิ้มผู้สูงวัย” ตลอดเดือนเมษายน 2556 เนื่องในโอกาสวันผู้สูงอายุและวันสงกรานต์

ทั้งนี้ภาพการบูรณาการงานวิจัยดังกล่าว ดังภาคผนวก 20-22

บรรณานุกรม

- เกษณี โคกตาทอง, วิยดา มาโนช และจรรยา สืบนุช. (2554). **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี**. ราชบุรี : ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- งานพัฒนาและจัดการสารสนเทศ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศห้องสมุด. (2546). **สารสนเทศ: ผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr13_op_stat.html. (วันที่ค้นข้อมูล 5 สิงหาคม 2555).
- ฉวีวรรณ เด่นไพบูลย์. (2552). **บ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหมอชาวบ้าน.
- ชลาลัย นาควิไล และสราวุธ อนันตชาติ. (2547). อิทธิพลของแนวคิดการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานต่อการวางแผนสื่อโฆษณา. **ว. นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 22(1) : 16-40.
- ดวงเดือน อุ่นเคียร, ประภาส สงบุตร, บังอร ไรชะยะ และอมรรัตน์ อินทรฤทธิ. (2551). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลควนมะพร้าว อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <https://sites.google.com/site/stbphatthalung/6>. (วันที่ค้นข้อมูล 15 มิถุนายน 2555).
- ปัทมทัต บนขุนทด. (2554). **ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านท่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : nurse.esu.ac.th/UserFiles/File/research_punnatuch.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล 5 ตุลาคม 2555).
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). **การดูแลผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://haamor.com/th/การดูแลผู้สูงอายุ/>. (วันที่ค้นข้อมูล 5 ตุลาคม 2555).
- ภักดีลา พลทอง, ขนิษฐา นาคะ และเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2553). **กิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง**. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- นาริรัตน์ จิตรมาตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2735>. (วันที่ค้นข้อมูล 15 มิถุนายน 2555).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552**. กรุงเทพฯ : บริษัทที่คิวพี.
- รณิดา ปิงเมือง. (2554). การศึกษาและส่งเสริมวัฒนธรรมอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาวะชุมชน จังหวัดเชียงราย. **วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่**. 3(3) : 51-64.
- ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2555). **บ้านสำหรับผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.rcost.or.th/web2012/index.php/en/2012-03-08-12-04-47/10-2010-01-28-07-18-27>. (วันที่ค้นข้อมูล 23 สิงหาคม 2555).
- เล็ก สมบัติ. (2549). **ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วารินยา ลีลาญวัฒน์. (2550). ประสิทธิภาพการใช้การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานของร้านกาแฟสตาร์บัค. ใน **ad@chula on Integrated Marketing Communications (Volume 2: Research Finding)**. กรุงเทพฯ : 21 เซ็นจูรี.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ. (2552). **การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://dspace.hsri.or.th/dspacehandle/123456789/2734>. (วันที่ค้นข้อมูล 15 สิงหาคม 2555).
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม. (2550). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก**. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช.
- วิมลวรรณ เขียงแก้ว. (2551). **การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.elderweb.com/health.html>. (วันที่ค้นข้อมูล 15 พฤษภาคม 2555).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวนิชย์ และธนิกานต์ ศักดาพร. (2552).

ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. [ออนไลน์].

เข้าถึงได้จาก :<http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2736>. (วันที่ค้นข้อมูล 15 สิงหาคม 2555).

ศิริวรรณ พิริยคุณธร และวัลลภา พุ่มปรีอ. (2553). **การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการ**

จัดการด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นเบาหวาน. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมวงศ์ พงศ์สถาพร. (2549). **Practical IMC การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานภาคปฏิบัติ.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : พิมพ์เศ พรินต์ติ้ง เซ็นเตอร์.

สุภาณี แก้วพินิจ, ลินดา สิริภูบาล และบุญสนอง ภิญโญ (2550). **รูปแบบการส่งเสริม**

สุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก

:http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=69&Itemid=45. (วันที่ค้นข้อมูล 15 ตุลาคม 2555).

สุรพงษ์ คณานุกรักษ์. (2545). **การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษา**

กรณีเทศบาลนครยะลา. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนสังคมบัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา. (2554). **คู่มือการดูแลส่งเสริม**

สุขภาพผู้สูงอายุ. ยะลา : เทศบาลนครยะลา.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. [ออนไลน์].

เข้าถึงได้จาก www.udonthani.m-society.go.th/files/law16.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล 15 มีนาคม 2555).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). **สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.**

2551-2553. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก

http://www.m-society.go.th/content_stat_detail.php?pageid=908. (วันที่ค้นข้อมูล 15 มีนาคม 2556).

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2555). **สถิติข้อมูลและความหนาแน่นของประชากร**

สูงอายุปี พ.ศ.2554. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก

<http://www.oppo.opp.go.th/pages/statistics/statistics.html>. (วันที่ค้นข้อมูล 15 มีนาคม 2556).

วนิษา เวช. (2550). **อัจฉริยะสร้างได้**. กรุงเทพฯ : ไทยยูเนี่ยนกราฟฟิกส์.

ศศิกันต์ ลิ้มปิติ, ปิ่นกมล รัชส์เฝ้า และฉัตรชัย ประทีปนำชัย (2550). กลยุทธ์และ
ประสิทธิผลการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานขององค์กรประเภทไม่แสวงหากำไร
ที่เป็นองค์กรที่ทำงานด้านเด็กและเยาวชน. ใน *ad@chula on Integrated
Marketing Communications (Volume 2: Concept and Cases)*. กรุงเทพฯ :
21 เซ็นจูรี.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. (2547). **การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว
และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :
<http://www.db.hitap.net/theses/11>. (วันที่ค้นข้อมูล 15 ตุลาคม 2555).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). **โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้
สูงอายุ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :
<http://library.cmu.ac.th/rsc/?newsdetail.php&id=123>. (วันที่ค้นข้อมูล
15 ตุลาคม 2555).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแล
ผู้สูงอายุ : ทิศทางประเทศไทย**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก
<http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2737>. (วันที่ค้นข้อมูล 15
สิงหาคม 2555).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและ
ชุมชนชนบทไทย**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :
<http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2736>. (วันที่ค้นข้อมูล 15
สิงหาคม 2555).

หน่วยสุศึกษา ฝ่ายผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2555). **อาหาร
สำหรับผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :
http://www.chulalongkornhospital.go.th/unit/opdchula/opdchula/index.php?option=com_content&task=view&id=92&Itemid=55. (วันที่ค้นข้อมูล 6
พฤศจิกายน 2555).

อัปสร อีซอ. (2554). **การตลาดผลิตภัณฑ์ฮาลาลและผลิตภัณฑ์ชุมชน**. ยะลา :
มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

อัปสร อีซอ. (2556). **การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน** ยะลา :มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

อัปสร อีซอ, ปวีณา เจาะอารง, สุธิดา วัฒนยืนยง และกัมม์จิตี ยามิรุเต็ง. (2554).

การพัฒนาการตลาดผลิตภัณฑ์ห้วข้าวเกรียบ (ปาลอ-กรือโป๊ะ) สู่ธุรกิจแฟรนไชส์. ยะลา : มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

อุบลทิพย์ ไชยแสง, อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์, อริญชัย หลงเก และ นิวัติ ไชยแสง. (2554).

การใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา. เอกสารการประชุมทางวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 5, สถาบันวิจัยและพัฒนาชายแดนใต้ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. หน้า 36-41.

เอกรัตน์ ลตวรรณ. (2550). การใช้การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในการตลาดเพื่อโลกสีเขียวของเดอะบอดีชี้อป. ใน *ad@chula on Integrated Marketing Communications (Volume 1: Concept and Cases)*. กรุงเทพฯ : 21 เซ็นจูรี่.

Acer, G. and Salinsky, M.C.. (2010). Demographic and historical backgrounds of the elderly with nonepileptic seizures: A comparative study. *Journal of Neurology India*. 58(1) : 48-55.

Belch, G.E., Belch, M.A. (2009). **Advertising and Promotion : An Integrated Marketing Communications Perspective**. 8th ed. New York: McGraw-Hill.

Celiker R. (2009). Current treatment approaches for osteoarthritis in the elderly. *Fizik Tedavi Rehabilitasyon Dergisi*. 55(2) : 75-79.

Duncan, T. (2005). **Principles of Advertising and Integrated Marketing Communication**. 2nd ed. New York : McGraw-Hill.

Dyer, C. B., Goodwin, J. S., Pickens-Pace, S., Burnett, J. and Kelly, P. A. (2007). Self-neglect among the elderly: a model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health*, 97(9) : 1671.

- Fung, P. K. (2010). **Association among Personal and Institutional Hygienic Factors with Acute Gastroenteritis in Hong Kong Elderly Homes**. [homepage on the Internet]. Available from :
<http://search.proquest.com/docview/903803902?accountid=14645>.
 [cited January 15, 2013].
- Kotler, Philip. (2009). **Marketing Management**. 13th ed. New Jersey : Prentice-Hall International Inc.
- Limprasertkul, A. (2009). **The effect of exercise and exercise training on fat oxidation in older adults**. New York : State University of New York at Buffalo.
- Schultz, D.E. and Schultz, H. (2004). **IMC, The Next Generation**. New York : McGraw-Hill.
- Shimp, Terence A. (2010). **Advertising, promotion, & other aspects of integrated Marketing Communication**. 8th ed. Canada : Nelson Education.
- United Nations. (2012). **Population Ageing and Development 2012**. [homepage on the Internet]. Available from : http://www.un.org/esa/population/publications/2012PopAgeingDev_Chart/2012AgeingWallchart.html. [cited February 13, 2013].
- World Health Organization. (2012). **Definition of an older or elderly person**. [homepage on the Internet]. Available from :
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>.
 [cited November 3, 2012].