

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

#### 1. การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายและความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.2 กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
  - 1.3.1 ความหมายผู้สูงอายุ
  - 1.3.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
  - 1.3.3 ปัญหาและความต้องการการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 1.4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 1.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

#### 2. การประเมินผลแบบเสริมพลัง

- 2.1 ความหมายและความสำคัญของการประเมินผลแบบเสริมพลัง
- 2.2 แนวคิดการประเมินผลแบบเสริมพลัง
- 2.3 ขั้นตอนการประเมินผลแบบเสริมพลังอำนาจ
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลแบบเสริมพลัง

#### 3. ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

## 1. การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

### 1.1 ความหมายและความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพ

คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เดิมใช้ว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งเป็นการจัดบริการเพื่อสุขภาพของประชาชน ต่อมาได้ใช้คำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” แทน ซึ่งการสร้าง หมายถึง การทำขึ้นใหม่ และการเสริม หมายถึง การทำเพิ่มขึ้น ดังนั้นคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ จึงเปลี่ยนมาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้เป็นทางการตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และได้จัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของคนไทยเรื่องสุขภาพดี (wellness) แทนที่ความเจ็บป่วย (illness) ซึ่งเป็นที่มาของสโลแกน “สร้างนำซ่อม” ซึ่งตรงกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการซ่อม และได้ให้ความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าหมายถึง การใด ๆ ที่มุ่งกระทำโดยส่งเสริม สนับสนุนพฤติกรรมบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมสร้างให้บุคคลครอบครัวและชุมชนมีสุข (ศรีธัญญา เครือข่าย, 2552) นอกจากนี้ยังมิผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ประกาศกฎบัตรรอตตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติความหมายว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการดูแลและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ให้บรรลุถึงสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

เพนเดอร์ เมอร์ดอจห์ และพาร์สัน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพว่า กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013b) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจ สังคม

ประเวศ วะสี (2548 อ้างถึงใน ศรีธัญญา เครือข่าย, 2552) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุม ดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อบรรลุสุขภาวะทั้งร่างกายสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการสร้างเสริมปัจจัยทั้งปวงให้มีสุขภาพดีทั้งทางปัจเจกบุคคลทางสังคม เศรษฐกิจทางสิ่งแวดล้อมและทางนโยบาย ซึ่งเป็นวิถีทางที่ยั่งยืนในการลงทุนด้านสุขภาพและมีความคุ้มค่าสูง

อำพล จินดาวัฒนะ (2551) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการพัฒนาสุขภาพตนเอง

สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ (2551 อ้างถึงใน ศรีธัญญา เครื่องฉาย, 2552) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนา ปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ให้บรรลุซึ่งสุขภาพที่อันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคล และกลุ่มคนจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถ ตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อมได้

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2552) ให้ความหมาย การ สร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคล และกลุ่มบุคคลสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความ มุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

ประกิจ วาทีสาธกิจ (2555) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการทำให้ คนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสิ่งแวดล้อมและนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เอื้อกับการมีสุขภาพดีระยะยาว

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพ ตนเอง เป็นผลต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต และทางสังคม

สรุป การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการส่งเสริม และเพิ่มสมรรถนะ ในการพัฒนา ปรับปรุงสุขภาพ การรู้ปัญหาสุขภาพของตนและทำให้สุขภาพของตนอยู่ในสภาวะที่ สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สามารถปรับตัวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมอย่างเป็นสุข

## 1.2 กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ

### 1.2.1 แผนและนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์การเพิ่มประชากรผู้สูงอายุไทย และเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging) จึงมีความจำเป็นต้องมีแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และมาตรการระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับและแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้น (จุฑารัตน์ ประเสริฐ, 2551) โดยมีการ จัดทำแผนพัฒนาขึ้นโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

(1) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525- 2529) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) มีการดำเนินการ บริการผู้สูงอายุ มีบริการชุมชน และการดำเนินการด้านที่อยู่อาศัย เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ

(2) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2540) มีนโยบายและการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เนื่องจากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุมากขึ้น อาจก่อปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม จึงมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ

(3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีคุณภาพ มีแผนงานด้านสุขภาพอนามัยทั้งด้านบริการ การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรม การให้สวัสดิการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพ

(4) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มุ่งเน้นการพัฒนาแบบองค์รวมที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง และพัฒนาด้านสุขภาพภายใต้หลักการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟู โดยมีนโยบายระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มอายุ ตามที่รัฐบาลประกาศให้ปี 2545-2547 เป็นปีแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ

(5) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีเป้าหมายคือ การพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และเพื่อให้ทิศทางการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคม ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลัก 6 ยุทธศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างทักษะสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ เด็ก พ่อแม่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง คลอบคลุมองค์ประกอบหลักกฏออกติดตาม 5 ประการ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบทบาทของระบบบริการสาธารณสุข

(6) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีเป้าหมายให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นแผนฯ นี้จึงมีการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยมีการสร้างเสริมสุขภาพให้คนไทยมีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11, 2558)

(7) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มีเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม การส่งเสริมความมั่นคงและปลอดภัย และการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง โดยมีมาตรการในด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม คือ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกตำบล ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ สุขภาพ (ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559)

## 2) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุหลังจากองค์การสหประชาชาติ จัดประชุมสมัชชาประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ปี 2525 ได้กำหนดแผนระยะยาวไว้ ดังนี้ (จุฑารัตน์ ประเสริฐ, 2551)

(1) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการให้จัดอบรมระยะสั้นเรื่องเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ แต่ยังไม่มีการดำเนินงานตามแผนมากนัก โดยได้กำหนด นโยบายไว้ 5 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพอนามัย 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านความมั่นคงของรายได้และ การทำงาน 4) การทำงานด้านสังคมและวัฒนธรรม และ 5) ด้านสวัสดิการสังคม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

(2) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก มีตัวชี้วัดและเป้าหมายชัดเจน ซึ่ง ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก คือ 1) ยุทธศาสตร์ด้าน การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อ การพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ และ 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ (ศุภยศตวรรษิกชน สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

### 1.2.2 กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพตนเอง และในกฎบัตรออกคราวนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (จุฑารัตน์ ประเสริฐ, 2551) ดังนี้ คือ

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ (Build health public policy) โดยระบบต่าง ๆ ของประเทศจะต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลให้ประชาชนได้เกิดจิตสำนึก และเห็นคุณค่าของสุขภาพ เพื่อให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบายไม่ให้เกิดการทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายการจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นโยบาย ครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2) สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ (Create supportive environment) ซึ่งหมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมหรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว จะต้องให้ความรัก ความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทุก ๆ ด้าน ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบ ๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้สูงอายุรวมทั้งผู้อยู่



อาศัยมีความอบอุ่น มีสุขภาพดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี การให้ความเคารพมีความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ การมีประเพณีรดน้ำคำหัว การรดน้ำสรงกรานต์ เป็นต้น

3) *การมีส่วนร่วมในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Strengthen community action)* ชุมชนต้องมีการรวมตัวหรือรวมกลุ่มเพื่อจะดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในการรวบรวมปัญหาต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้มีการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ เช่น การฟันทะนัง เป็นต้น

4) *พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills)* โดยการให้ข้อมูล ข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชนเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนเสริมสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

5) *การปรับเปลี่ยนบทบาทของระบบบริการสาธารณสุข (Reorient health services)* โดยการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น เช่น การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

### 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### 1.3.1 ความหมายผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุหรือคนชราโดยทั่วไป หมายถึง บุคคลที่มีอายุมาก ผมหงอก หน้าตา ผิวหนังเหี่ยวย่น การเคลื่อนไหวช้า ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ชรา” ว่า หมายถึง แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดให้เรียก “ผู้สูงอายุ” แทนคำว่า “ชรา” ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2512 และมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2013a) ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี

บรรลุ ศิริพานิช (2549) ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลมีความสัมพันธ์ตามสภาพกำลังถดถอย เชื่องช้า และสมควรได้รับความช่วยเหลืออุปการะ

วิชัย เทียนถาวร (2555) ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “คนแก่”

ในประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เกณฑ์อายุที่ 65 ปีขึ้นไป เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุในประเทศเหล่านี้ค่อนข้างสูง เช่น ประเทศญี่ปุ่นได้เลื่อนนิยามผู้สูงอายุจาก 65 ปี เป็น 75 ปี (Hinohara, 2006; Tokuda & Hinohara, 2008)

สำหรับประเทศไทย ใช้เกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2546 ว่าด้วย ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี และมีสัญชาติไทย (วันดี โภคกุล, 2548 อ้างถึงใน ศรีธัญญา เครืองฉาย, 2552)

โดยสรุปความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตและมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เห็นชัด มีความเสื่อมตามสภาพ กำลังถดถอย เชื่องช้า ที่แตกต่างกันไป ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยได้ง่าย และเป็นผู้ที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล อุปการะ และเอาใจใส่

### 1.3.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย (นิริรัชต์ เพ็ชรสุข, 2557) การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

(1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

(2) ระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลงมีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

(3) ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลมปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

(4) ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบาง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือ ต้องใส่ฟันปลอมทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

(5) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลงการไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้นทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อย ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิน้อยลง ส่วนในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูก

เหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลงระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมาได้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลียเบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2) *การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ* การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกจากของสมาชิกในครอบครัว การถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3) *การเปลี่ยนแปลงทางสังคม* การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีภาระหน้าที่และบทบาทลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร และสัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผลและการคิดเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักจะประเมินว่าความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงขนาดครอบครัว ถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ญาติ คนในชุมชน ผู้นำชุมชน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี คลายความเหงา มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้ (นิริรัชต์ เพ็ชรสุข, 2557)

### 1.3.3 ปัญหาและความต้องการการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ระบุว่า ในระยะ 15 ปี หรือภายใน พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องมีการดูแลในระยะยาว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) จากการที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 1.3 ตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการตกอยู่ในภาวะไม่ดี ซึ่งโดยภาพรวมพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจจะสูงกว่าด้านประชากรและสังคม ซึ่งปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุสรุปได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2550) ดังนี้

1) *ปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุ* ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยนำไปสู่ปัญหาความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย และมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ซึ่งพบว่า การมองเห็นเป็นสาเหตุที่



ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดและผู้สูงอายุ รวมถึงความสูงอายุนั้นยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุหญิงจะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 53.7 และในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 41.3 จากความชรา (ศรีธัญญา เครื่องฉาย, 2552) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นการเบียดเบียนของภาวะสุขภาพไปจากปกติ เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร และยังก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3-6 เดือน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะความเสื่อมของดวงตาที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการตาพร่ามัว ระคายเคืองตา น้ำตาไหล กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดหดเลนส์ตาอ่อนกำลัง ทำให้ลำบากในการเพ่งดูสิ่งของ โดยโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก จากการสำรวจสุขภาพประชาชนคนไทย ครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 เป็นต้อกระจกพบในผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 23.6 และผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 18 และความเสื่อมจากการได้ยิน พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 มีปัญหาการได้ยิน โดยพบในผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 30 และผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 26 (สมศักดิ์ ชุณหะวัณ, 2553) ส่วนกลุ่มอาการที่เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มอาการปวดข้อ/ปวดเมื่อย คิดเป็นร้อยละ 43.9 ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 27.3 ปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 27.2 เวียนศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 19.4 และโรคทางสายตา คิดเป็นร้อยละ 18.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูบบุหรี่ โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตประมาณ 5 ล้านคนต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่มากเป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.2 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) การดื่มสุราเป็นปัญหานำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย เช่น เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จากสถิติในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราทุกวันหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 5.7 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) การเคี้ยวหมากพบมากในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบมากในผู้สูงอายุตอนปลายมากกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 28.9, 20.7 และ 12.2 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ซึ่งการเคี้ยวหมากในผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดแผลในช่องปากและอาจนำไปสู่การเกิดมะเร็งในช่องปากได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพ เช่น ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด มีที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี อาหารการรับประทานที่ถูกสุขลักษณะตามวัย มีผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เมื่อเจ็บป่วยได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิได้ พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ และมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ (นิริรัชต์ เพ็ชรสุข, 2557)

2) ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ ไม่มีการเตรียมพร้อม ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการสูญเสียในทุก ๆ ด้าน เป็นสาเหตุทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตและอารมณ์ เช่น น้อยใจตัวเอง กังวลใจว่าตนแก่แล้ว ไร้สมรรถภาพ ครุ่นคิดว่าเป็นที่รำคาญของลูกหลาน เอาแต่ใจตัวเอง (นิธิรัชต์ เพ็ชรสุข, 2557; ศรีธัญญา เครื่องฉาย, 2552) จากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งบอกรู้สึกเหงา โดยเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทรู้สึกเหงามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง

3) ปัญหาและความต้องการทางด้านสังคม สังคมไทยเป็นสังคมเกษตรกรรม มีความสัมพันธ์กัน เอื้ออาทรต่อกัน ผู้สูงอายุและครอบครัวจะอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ แต่ในปัจจุบันการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เกิดการแก่งแย่งแข่งขัน ต่างคนต้องปรับตัวเพื่อการอยู่รอด มีผลกระทบต่อครอบครัว และบทบาทของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปลี่ยนไปด้วย ซึ่งในปัจจุบันมีการจัดตั้งกลุ่มสมาชิกเพื่อสิทธิประโยชน์ของสมาชิก มีกิจกรรมร่วมกัน การติดต่อสื่อสาร พบปะสังสรรค์ มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสังคม โดยพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมากที่สุด คือ กลุ่มฌาปนกิจ คิดเป็นร้อยละ 73 ชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 40 และกิจกรรมที่เข้าร่วมน้อยที่สุด คือ การทำกิจกรรมอาชีพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

4) ปัญหาและความต้องการทางด้านเศรษฐกิจการทำงานและรายได้ของผู้สูงอายุ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุไทยทำงาน คิดเป็นร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 63.6 การทำงานของผู้สูงอายุมีจุดประสงค์เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง ยังมีแรงทำงานได้ รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้จากการทำงาน ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน แหล่งรายได้หลักได้จากบุตร คิดเป็นร้อยละ 73.3 คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 8.4 และเงินบำเหน็จ/บำนาญ คิดเป็นร้อยละ 4.4 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง โดยเฉพาะอาชีพส่วนใหญ่ของคนไทยเป็นเกษตรกร ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการมีอาชีพ เพื่อมีรายได้ของตนเองเพิ่มขึ้นและลดการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละคน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นวัยที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสังคมทุกฝ่ายอย่างจริงจัง โดยมุ่งเน้นทั้งทางด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและ

ความต้องการของผู้สูงอายุ และจำเป็นต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

#### 1.4 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

##### 1.4.1 ความหมาย

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอก มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ขึ้นอยู่กับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์และประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคลเป็นลักษณะทางจิต เช่น ความคิดความรู้สึก การรับรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้ผู้อื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง เดิน ซึ่งพฤติกรรมของมนุษย์สามารถเข้าใจได้ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปการเงื่อนไขทางสังคม (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เริ่มโดยบุคคลในทุกช่วงวัย ทุกช่วงอายุ เพื่อเพิ่มระดับความผาสุกในชีวิตและความปรารถนาของบุคคล (Palank, 1991)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและความผาสุก เป็นการกระทำที่เพิ่มระดับความสุขของบุคคลและกลุ่มคน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006)

##### 1.4.2 การสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ สุขภาพจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) กลวิธีที่ทำให้คนเรามีชีวิตที่ยืนยาว มี 2 ประการ คือ

1) กลวิธีเพิ่มประสิทธิภาพทางด้านหน้าที่ของระบบร่างกายและจิตใจ พยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของร่างกาย

2) กลวิธีต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเพื่อให้ชีวิตสดใสในวัยสูงอายุ ประกอบด้วย 10 อ. ดังนี้

(1) อาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้หลากหลายชนิดและในปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย คือ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการ สะอาด ปราศจากสารปนเปื้อน และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

(2) อากาศดี ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่แออัด

(3) *ออกกำลังกาย* ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง วันละ 30 นาที เพื่อให้มีร่างกายที่แข็งแรง

(4) *อาหาร* ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารทุกวัน และให้ความสนใจกับการรับประทานอาหารเป็นสำคัญ หากมีปัญหาการรับประทานอาหาร หรือถ่ายลำบาก ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย มาก ๆ เช่น ผักและผลไม้ รวมถึงการดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้รับประทานอาหารดีขึ้นและช่วยบรรเทาอาการท้องผูก

(5) *อนามัย* ผู้สูงอายุควรหมั่นดูแลสุขภาพช่องปากและฟันตนเองอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีอาการผิดปกติต้องรีบปรึกษาแพทย์

(6) *อุบัติเหตุ* ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่มากที่สุด โดยเฉพาะอุบัติเหตุการลื่นหกล้ม อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือพิการได้ ต้องดูแลบ้านและสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย คือ มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น มีราวจับในบางแห่งที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ๆ เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น

(7) *อารมณ์* ผู้สูงอายุที่มีการหัวเราะ ยิ้มและสนุกสนานร่าเริงอยู่เสมอ จะมีอายุยืนยาวกว่าคนที่ไม่ยิ้ม วิธีการคือ การปล่อยวาง ทำจิตใจให้สบาย แจ่มใส ไม่เครียด

(8) *อดิเรก* ผู้สูงอายุควรมีงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ แต่ไม่ควรเป็นสิ่งที่เป็นการระมาณัก เช่น การเลี้ยงสัตว์ ปลูกดอกไม้และพืชผักต่าง ๆ

(9) *อบอุ่น* ผู้สูงอายุควรมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ลูกหลานและเพื่อนฝูง จะนำมาซึ่งความสุขแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น

(10) *อนาคต* ผู้สูงอายุต้องยอมรับสภาพความเป็นจริงของวัยชราและเตรียมตัวเตรียมใจรับวัยชรา ใช้ชีวิตอย่างพอเพียงและวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคตเพื่อจะได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

จากความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำที่มุ่งกระทำ หรือปฏิบัติจนเป็นนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ รักษาสุขภาพ และการป้องกันโรค ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดของ เพนเดอร์และคณะ (Pender, et al., 2006) โดยแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์และคณะ (Pender, et al., 2006) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีทางการพยาบาลได้พัฒนาแบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (Competence-or approach-oriented model) และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง และมีการปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 2006

(Tomey & Alligood, 2006: 459 อ้างถึงใน สุทธิพร มูลศาสตร์, 2558) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง ดังนี้

1. บุคคลจะสร้างเงื่อนไขของการดำรงอยู่ ซึ่งสามารถแสดงศักยภาพสูงสุดของสุขภาพของมนุษย์ นั่นคือ มนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายที่จะมีสุขภาพดี
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้และการประเมินความสามารถของตนเอง นั่นคือ บุคคลสามารถทำความเข้าใจจุดอ่อนและจุดแข็งเกี่ยวกับความสามารถของตนสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลมองคุณค่าของการเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย คือ ความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและความคงที่ นั่นคือ บุคคลจะพยายามรักษาสมดุลของตนกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทและสิ่งที่เป็นตัวแปรทั้งหลาย
4. บุคคลหาวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมดำเนินไปอย่างดี นั่นคือ บุคคลต้องหาวิธีการนำพาตนเองให้มีสุขภาพดี
5. บุคคลมีความซับซ้อนในลักษณะร่างกาย อารมณ์ สังคม และในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อม และบุคคลมีการปรับตัวตลอดเวลา นั่นคือ บุคคลจะมีตัวแปรทั้งภายในและภายนอกต่อการที่จะเกิดพฤติกรรมใด ๆ
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

มโนทัศน์ทางการพยาบาล (Nursing concept) ตามอภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาลในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2011 อ้างถึงใน สุทธิพร มูลศาสตร์, 2558) ดังนี้

1. บุคคล (Person or client) เป็นสิ่งมีชีวิตที่ประกอบด้วยองค์ประกอบทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม ซึ่งมีคุณลักษณะที่เกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และบุคคลมักจะแสวงหาวิธีที่จะสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมด้วยเช่นกัน ดังนั้นบุคคลและสิ่งแวดล้อมจึงมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ในชีวิตจะส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล
2. สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และกายภาพที่อยู่แวดล้อมบุคคล ซึ่งสิ่งแวดล้อมนั้นสามารถจัดกระทำโดยบุคคลที่จะสร้างสรรค์บริบทในทางบวกเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



3. สุขภาพ (Health) หมายถึง การบรรลุความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ (actualization) โดยการใช้ศักยภาพที่มีอยู่เดิมหรือที่สร้างขึ้นใหม่ภายใต้การทำพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย ใช้ความสามารถในการดูแลตนเองและความพึงพอใจกับการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้วยการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของโครงสร้างพื้นฐานที่มีความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว สุขภาพจึงรวมถึงประสบการณ์ในชีวิตได้ด้วย

4. การพยาบาล (Nursing) เป็นความร่วมมือกันระหว่างบุคคลครอบครัวและชุมชนในการสร้างสรรค์เงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอันสูงสุดและความผาสุกของมนุษย์ การพยาบาลจึงทำโดยการค้นหาปัจจัย เงื่อนไข และอุปสรรคของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายที่ต้องการ เพื่อนำมากำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมการคิดรู้การปรับเปลี่ยนบริบทของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ อธิบายกระบวนการทางชีวจิตสังคม (biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยในการปฏิบัติ บุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (active role) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้อง เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (life style) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) ดังนี้

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดจากการสร้างสุขนิสัยที่การกระทำนั้น ไม่ต้องใช้ความพยายามและไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้นเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค โดยเชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเกิดจากการได้รับประโยชน์ตามที่คาดหวังจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะถูกสะสมไว้ในความทรงจำและต้องขจัดออกไป เพื่อให้การกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้กระทำมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดร่วมด้วยจะเป็นอารมณ์ในทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้น และจะบันทึกไว้เป็นความจำ พฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender, et al., 2006) ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่า เกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม

ได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การรับรู้ว่าร่ากายแข็งแรง อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) ปัจจัยด้านนี้เป็นหัวใจสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมโดยเพิ่มขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจและช่วยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ทั้งภายในและภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความรู้สึกตื่นตัวและลดความรู้สึกอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนประโยชน์จากภายนอก ได้แก่ การได้รับรางวัลหรือการได้เข้ากลุ่มสังคมจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) การที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือมีอยู่จริงก็ได้ ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม การที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลิกพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อมและรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้นด้วย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self - efficacy) การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้

สมรรถนะมากขึ้น ขณะเดียวกันยิ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูงเท่าใดก็ยิ่งรับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนง และการรับรู้อุปสรรคที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น
- 2) ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่นแล้วเปรียบเทียบกับตัวเอง
- 3) การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้สามารถนำความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ประโยชน์
- 4) สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินใจจากความสามารถของตน

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-related affect) บุคคลจะเกิดความรู้สึกทั้งขณะก่อน ระหว่าง หรือหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากตัวพฤติกรรมนั้น ๆ การตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกอาจมีระดับต่ำปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำอันจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง การตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมนี้จะส่งผลต่อการที่บุคคลจะ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย มักถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัด ไม่สบายใจ มักจะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ในการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นการประเมินความรู้สึกของผู้ปฏิบัติขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเชื่อ และเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบอย่างมาตรฐานทางสังคม กำหนดมาตรฐานการกระทำที่แต่ละคนสามารถยอมรับหรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบอย่างของพฤติกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทสามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงาม ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดในสวนสุขภาพที่มีผู้คนรวมกลุ่มในการออกกำลังกายกันมาก จะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นการให้สัญญาณเตือนการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลโดยอ้อมจะผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติ

### 3. ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome)

3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions) จะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติในพฤติกรรมนั้น ๆ ตามแผนที่กำหนดเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติ โดยเป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำ เว้นเสียแต่เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือเป็นพฤติกรรมอื่นที่บุคคลชื่นชอบเปลี่ยนใจ ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิด ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลา และสถานที่ที่กำหนดเอาไว้ โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชอบ และการหาวิธีที่จะกระทำ มีการเสริมแรงจิตใจในการปฏิบัติ การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากกลวิธีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

3.2 ความต้องการและความชอบในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่น ที่เข้ามาจะกีดกันก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อย เนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มียานต้องทำ ต้องดูแลครอบครัวอย่างกะทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ชื่นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มีพลัง อำนาจให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกายแต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบในขณะนั้นได้จะต้องรู้จักกำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการและการเลี้ยงดู

### 3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health - promoting behavior)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือ การปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ประกอบด้วย

#### 1) การดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ถึงแม้ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดลง เนื่องจากใช้พลังงานน้อยลงแต่ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่หลากหลายครบ 5 หมู่ ซึ่งสามารถแบ่งได้ 6 กลุ่ม (วิชัย เทียนถาวร, 2555) ดังนี้

(1) กลุ่มที่ 1 กลุ่มข้าว แป้ง อาหารกลุ่มนี้ให้พลังงานควรบริโภคในปริมาณที่พอเหมาะ ถ้ารับประทานมากจะทำให้อ้วน และน้ำตาลในเลือดสูงได้ ควรรับประทานอาหารกลุ่มนี้ มื้อละประมาณ 2 ทัพพี

(2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มผัก เป็นอาหารที่ให้วิตามินและแร่ธาตุ ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับประทานได้ค่อนข้างมาก ควรเลือกรับประทานผักหลาย ๆ ชนิดสลับกัน แต่ควรเป็นผักที่ต้มสุกหรือหนึ่งจนสุกนุ่ม ควรหลีกเลี่ยงผักดิบ เพราะย่อยยากและจะทำให้เกิดปัญหาท้องอืด ท้องเฟ้อ ควรรับประทานผักต้มสุก มื้อละประมาณ 1-2 ทัพพี

(3) กลุ่มที่ 3 กลุ่มผลไม้ รับประทานให้ทุกชนิดและทุกวัน เพราะมีวิตามินและแร่ธาตุ ควรเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานมาก เช่น มะละกอ ส้ม ชมพู แดงโม ควรหลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด น้ำผลไม้คั้น สำหรับผู้ที่อ้วนมากควรเว้นของหวานและควรรับประทานผลไม้หลังอาหารทุกมื้อ

(4) กลุ่มที่ 4 กลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อสัตว์ควรเลือกประเภทเคี้ยวง่าย ย่อยง่ายและดูดซึมน้ำได้ดี ผู้สูงอายุควรรับประทานสัปดาห์ละ 3-4 ฟอง แต่สำหรับผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง ควรรับประทานเฉพาะไข่ขาว ส่วนถั่วเมล็ดแห้งสามารถใช้แทนอาหารพวกเนื้อสัตว์ได้

(5) กลุ่มที่ 5 กลุ่มนม เป็นอาหารที่ให้แคลเซียมและโปรตีนสูง ผู้สูงอายุควรดื่มนมพร่องมันเนยหรือขาดมันเนย วันละ 1 แก้ว ถ้าไม่สามารถดื่มนมก็สามารถรับประทานปลาเล็กปลาน้อยวันละ 2 ซ้อนโต๊ะ สลับกับปลากระป๋อง 1 ซัน หรือเต้าหู้แข็ง 1 ก้อน

(6) กลุ่มที่ 6 กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ กลุ่มนี้พยายามรับประทานให้น้อยที่สุด เนื่องจากถ้ารับประทานมากไป จะทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรค



ความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันจากสัตว์ กะทิ เนย น้ำตาล และลดการใช้เกลือหรือเครื่องปรุงรส

นอกจากการรับประทานให้ครบ 5 หมู่แล้ว การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 6-8 แก้ว จะช่วยให้ผิวพรรณผ่องใส ท้องไม่ผูกและกระเพาะอาหารย่อยอาหารได้ดีขึ้น และในวัยสูงอายุกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อวัยวะต่าง ๆ มีการทำงานน้อยลง ความต้องการพลังงานในผู้สูงอายุ ลดลง ร้อยละ 20-30 เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการพลังงานที่ได้รับใน 1 วันของกลุ่มอายุ 20-30 ปี (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) กล่าวคือ

1. ผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 2,200 กิโลแคลอรีต่อวัน
2. ผู้สูงอายุหญิงอายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 1,850 กิโลแคลอรีต่อวัน
3. อายุ 70 ปีขึ้นไปต้องการพลังงานโดยเฉลี่ยร้อยละ 10-12 ของกลุ่มอายุ 60-69 ปี

ดังนั้นพลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับไม่ควรน้อยกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน เพราะอาจทำให้ไม่ได้รับสารอาหารเพียงพอ ถ้าได้รับพลังงานน้อยกว่าที่กำหนด ควรได้รับวิตามินและเกลือแร่ในรูปของยาเม็ดเสริม

แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ (Guide for eating)

1. รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยรับประทานให้หลากหลายครบ 5 หมู่ และหมั่นดื่มน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
  2. ลักษณะของอาหารควรทำให้อ่อนนุ่ม สะดวกต่อการเคี้ยว และย่อยง่าย เช่น สับให้ละเอียด ตับเปื่อย หรือปรุงให้มีลักษณะค่อนข้างเหลว
  3. ควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และมีผ้าปิดมิดชิด
  4. ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสจัดหรือหมักดอง
  5. ควรรับประทานอาหารมือนักตอนกลางวันหรือบ่าย แทนการรับประทานอาหารหนักมื้อเย็น เพราะจะช่วยให้หลับสบายขึ้น
  6. ควรรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำจะช่วยให้ท้องไม่ผูก
  7. พยายามหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ เพราะจะทำให้นอนไม่หลับ
  8. รายการอาหารไม่ควรซ้ำซากจำเจ เพราะผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อ
- ง่ายและควรจัด

### 9. อาหารให้มีสีส่น นำรับประทาน เพราะวัยนี้มีความอยาก

อาหารน้อยลง

10. ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ โดยอาจแบ่งมื้ออาหารจาก 3 มื้อ เป็น 5 มื้อ โดยแต่ละมื้อลดปริมาณอาหารให้น้อยลง

อาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุปกติ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ตลอดจนมีการพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้ร่างกายแข็งแรง มีจิตใจร่าเริงสดใส สามารถยืดระยะเวลาแห่งความชราได้ยาวนาน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ได้แก่

1. ข้าวสุกหุงนิ่ม ๆ เช่น ข้าวต้มกับข้าวต้มเครื่อง โจ๊ก
2. แกง เช่น แกงส้ม แกงคั่ว แกงเลียง ต้มให้ผักและเนื้อนุ่ม ต้มยำ แกงจืดหมูสับกับผักนุ่ม ๆ (ตำลึง ผักกาดขาว ฟัก)
3. น้ำพริกต่าง ๆ เช่น น้ำพริกปลาทุ ผักต้ม
4. เนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น หมู ไก่ ตับ เนื้อ ต้องทำให้นุ่ม ๆ เช่น นึ่ง ต้ม
5. ไข่ เช่น ไข่เจียว (ใช้น้ำมันน้อย) ไข่ต้ม ไข่ดาว ไข่ตุ๋น
6. ผักต่าง ๆ รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน แต่ควรล้างให้สะอาดก่อนนำมาประกอบอาหาร เช่น ถั่วฝักยาว ส้ม มะละกอ
7. ไขมันควรใช้ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว
8. เครื่องดื่ม น้ำขิง น้ำมะตูม น้ำส้มคั้น นมพร่องมันเนย หรือน้ำมัน ถั่วเหลือง

### อาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทาน

1. อาหารจำพวกข้าว แป้งและน้ำตาล ควรรับประทานให้น้อยลง เพราะจะทำให้อ้วน ไม่ควรรับประทานข้าวที่ขัดสีจนขาวเกินไป และข้าวที่นำมาประกอบอาหารที่เพิ่มกะทิ และไขมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวเหนียวน้ำกะทิทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ข้าวหลาม ขนมเชื่อมต่าง ๆ ที่ใช้น้ำตาลจำนวนมาก เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เม็ดขนุน ข้าวเหนียวแดง กระยาสารท ของเชื่อมต่าง ๆ

2. อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ต่าง ๆ เนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก เช่น หนังไก่ทอด ขาหมู หมูสามชั้น ไข่แดง

3. อาหารจำพวกไขมันสูงที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทาน ได้แก่ น้ำมันหมู น้ำมันจากไก่ น้ำมันมะพร้าว และปาล์ม ของทอดต่าง ๆ เช่น ก๋วยทอด ปาท่องโก๋ อาหารชุบแป้งทอด อาหารและขนมใส่กะทิ เช่น แกงเผ็ด ก๋วยบวชชี

4. ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน มะม่วงสุก ละมุด กัลยหอม ลำไย ขนุนน้อยหน้า

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น อาหารเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญมากต่อการดำรงชีวิต และการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ โทษ และแนวทางปฏิบัติในเรื่องของโภชนาการ จึงเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

## 2) การดูแลผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย

เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ร่างกายจะมีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ตามวัย ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรังและเป็นหลาย ๆ โรคพร้อมกัน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2552)

### (1) หลักการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ก. ถ้าไม่มีโรคประจำตัว หรือไม่เคยมีความผิดปกติของร่างกายมาก่อน ควรเริ่มต้นด้วยการเดินก่อนแล้วเพิ่มเวลาเดินขึ้นจนถึง 20 นาที ถ้าไม่รู้สึกลำบากเกินไป ฝึกปอดให้เพิ่มเป็นเดินเร็ว ๆ ถ้าไม่เหนื่อยให้เริ่มวิ่งเหยาะ ๆ จนถึงวิ่ง

ข. ถ้ามีโรคประจำตัวอยู่หรือมีความผิดปกติ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคยแน่นหรือเจ็บหน้าอก เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ ข้อเสื่อมหรือปัญหาทางกระดูก น้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐาน 10 กิโลกรัม ประวัติครอบครัวมีปัญหาโรคหัวใจ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่

ค. ในการออกกำลังกายทุกครั้ง ควรใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที โดยแบ่งเป็นอุ่นเครื่อง 5-10 นาที ออกกำลังกาย 10-20 นาที และผ่อนคลาย 5-10 นาที ไม่ควรออกกำลังกายเกิน 40 นาทีต่อครั้ง เพราะจะเป็นการหักโหมเกินไป การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรออกสม่ำเสมอทุกวันหรืออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ง. ในขณะที่ยออกกำลังกาย ถ้าเกิดอาการผิดปกติ ได้แก่ เวียนศีรษะ ตามัว หน้ามืด ใจสั่น ใจเต้นไม่ปกติ เหนื่อยผิดปกติ หายใจไม่เต็มอิ่ม แน่นหน้าอก คลื่นไส้ เหงื่อออก ตัวเย็น แขนขาอ่อนแรงหรือควบคุมลำตัวแขน ขาไม่ได้ พุดไม่ชัดตะกุกตะกักหรือชัก ต้องหยุดออกกำลังกายทันทีแล้วพักสักครู่ ถ้าดีขึ้นควรไปพบแพทย์ ไม่ควรออกกำลังกายต่ออีกจนกว่าแพทย์จะอนุญาต ในการออกกำลังกาย ควรพิจารณาถึง

ก) สถานที่ ควรโปร่ง อากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนเกินไป

ข) เครื่องนุ่งห่ม ควรใส่สบายไม่พืด หรือรัดรูปและให้อุ่นพอโดยเฉพาะในเวลาอากาศหนาวเย็น

ค) รองเท้า ควรให้เหมาะสมและรู้สึกรับสบายเป็นรองเท้าที่ใช้ใส่สำหรับออกกำลังกาย

ง) เวลา จะเป็นเวลาเช้า กลางวัน เย็น หรือก่อนนอนก็ได้ แต่ควรก่อนรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงขึ้นไป

จ. ชนิดของการออกกำลังกาย ควรเป็นแบบแอโรบิก คือ มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ การวิ่ง การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน การถีบจักรยานอยู่กับที่ เป็นต้น

ฉ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรทำตามความสามารถและสภาพของร่างกาย ไม่แข่งขัน เพราะการแข่งขันอาจทำให้ร่างกายหักโหมเกินไปอาจเกิดอันตราย

ช. ควรงดออกกำลังกายในขณะที่มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่สบาย

(2) ชนิดของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีหลายชนิดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่

ก. การเดิน เป็นวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุมีความผิดปกติหรือความพิการของเท้าและข้อ ทำให้ลำบากในการเดิน) มีข้อปฏิบัติคือ ต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม เนื่องจากการเดินเป็นการออกกำลังกายที่เท้าเป็นส่วนใหญ่ จึงควรแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกร่วมด้วยขณะเดิน

ก) ควรเดินในที่อากาศบริสุทธิ์ และปลอดภัย

ข) ควรเดินในตอนเช้า

ค) ควรมีเพื่อนหรือกลุ่มร่วมในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนาน

ข. การวิ่งช้า ๆ (การวิ่งต่างกับการเดิน คือ การเดินนั้นเท้าข้างใดข้างหนึ่งแตะพื้นอยู่เสมอ ส่วนการวิ่งจะมีช่วงใดช่วงหนึ่งที่เท้าไม่แตะพื้น) ถ้าผู้สูงอายุสามารถวิ่งได้ ก็ไม่มีข้อห้าม แต่ต้องมีข้อเท้าที่ดี (เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อเท้ามากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้) ใส่รองเท้าที่เหมาะสม และมีข้อปฏิบัติต่าง ๆ เช่นเดียวกับการเดิน

ค. การบริหารท่าต่าง ๆ ก็เป็นการเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรบริหารให้ถึงระดับที่หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

ง. การร่ำรวยเงินหลักการของการร่ำรวยเงิน คือการเคลื่อนไหวช้า ๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่ต้องมีครูฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสม และต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

จ. โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะต้องมีครูฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะให้ประโยชน์สูง

### 3) การดูแลผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียด

ในสังคมไทยยกย่องและถือว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญที่มีคุณค่าของครอบครัวและชุมชน ดังนั้น ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพกายของตนให้มีปัญหาน้อยที่สุด ซึ่งจะมีผลต่อจิตใจให้ สดชื่น แจ่มใส ช่วยให้คนรอบข้างทั้งสังคมและครอบครัวมีความสุขด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2552) วิธีการดูแลร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

#### (1) การดูแลร่างกาย

ก. สุขภาพดีมีวิธีการหลายอย่างประกอบกัน เช่น การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อยู่ในที่มีอากาศดี มีการออกกำลังกายที่พอเหมาะ และนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เมื่อเจ็บป่วยต้องรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ลดน้อยลง

ข. ผู้สูงอายุควรพยายามดูแลร่างกายและช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติภารกิจประจำวันของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ/ขับถ่าย การเดินทางไปนอกบ้านและกลับบ้านเองในระยะทางที่ไม่ไกล เช่น ไปวัด ไปตลาด ไปบ้านเพื่อนบ้าน

#### (2) การดูแลจิตใจ

ก. การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนแปลง เมื่อมีอายุมากขึ้น

(ก) ผู้สูงอายุควรอยู่กับลูกหลานอย่างมีศักดิ์ศรี ต้องรู้จักโอนอ่อนผ่อนปรนไปตามความคิดเห็นของผู้ที่ตนอยู่ด้วยตามสมควร ไม่เอาแต่ใจตนเองหรือจู้จี้จุกจิกมาก เพื่อช่วยให้ทุกคนในครอบครัวได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

(ข) ผู้สูงอายุควรมีความพอใจและยอมรับความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นเรื่องธรรมดา จะทำให้จิตใจดีขึ้น

(ค) ผู้สูงอายุควรมองชีวิตตนเองในทางที่ดี มีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นที่พึ่งพิงแก่ผู้อ่อนวัย และเป็นผู้ที่มีความดีงามสำหรับเตือนใจแก่ลูกหลานต่อไป



ข. เมื่อมีความกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ เช่น ความเป็นห่วงว่า ลูกหลานจะลำบาก ความกังวลในเรื่องของการเจ็บป่วยของตนเอง ควรปรึกษาคนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือปฏิบัติธรรมะ เป็นต้น

ค. พยายามหากิจกรรมที่ทำแล้วเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ เช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์เป็นเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เหงาและมีความสุข ส่วนการปลูกต้นไม้ การที่ได้เฝ้าดูความเจริญเติบโตของต้นไม้ จัดเป็นความเพลิดเพลินและเป็นความสุขอย่างหนึ่ง และจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น เพราะเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถทำให้ต้นไม้ออกดอกออกผลได้และรู้สึกว่าได้ทำงานประสบผลสำเร็จ

ง. การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น เพื่อพูดคุยกันหรือปรับทุกข์ เป็นต้น

จ. การยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ

(ก) การสวดมนต์ ทำบุญตามความสะดวกและความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ เวลาและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

(ข) หาเวลาอยู่เงียบ ๆ เพื่อปฏิบัติธรรม ฟังสมาธิหรือศึกษาข้อปฏิบัติทางศาสนา

(3) การดูแลครอบครัว

ก. ผู้สูงอายุควรรับฟังความคิดเห็นของลูกหลานและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดี

ข. ผู้สูงอายุควรเป็นที่ปรึกษาแนะนำ และให้กำลังใจแก่ลูกหลาน สมาชิกในครอบครัว เมื่อมีปัญหา เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคนาน ย่อมมีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียนในการให้คำปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจแก่ลูกหลานได้เป็นอย่างดี

ค. ผู้สูงอายุควรช่วยเหลือครอบครัวตามความสามารถและความถนัด เช่น ดูแลหลาน ดูแลบ้าน ช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น

4) การดูแลผู้สูงอายุด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

บรอดเฮดและคณะ (Broadhead, Kaplan, James, Wagner, Schoenbach, Grimson, Heyden, Tibblin & Gehlbach, 1983) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลว่า คือ ความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อกันระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรม และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ จากทฤษฎีเชิงจิตสังคมได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกาย การได้ยิน

ลดลงทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว และยังพบกับข้อจำกัดอื่น ๆ เนื่องจากภาวะสุขภาพและการสูญเสียในหลาย ๆ ด้านจากความสูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว่ และขาดที่พึ่ง โดยที่ความรู้สึกว่าเหว่นี้อาจเกิดขึ้นถึงจะมีบุคคลอื่นอยู่รอบข้าง ความว่าเหว่ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานานและมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ดังนั้นการดำรงสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อน ๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น ดังนั้นการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

#### 5) การดูแลผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนเองที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่าง ๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพ ประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิก ชมรม สมาคมต่าง ๆ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

#### 6) การดูแลผู้สูงอายุด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

การเจริญทางจิตวิญญาณเน้นเรื่องการพัฒนาจิต โดยผ่านทางสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ (transcending) การติดต่อ (connecting) และการพัฒนา (development) สิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเองที่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสงบสุข และเปิดกว้างการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งในโลก ส่วนการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิตและทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัยและชีวิตหลังการตาย (Pender, 1996 อ้างถึงใน บัวหลวง ใจดี, 2557)

### 1.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse practitioner) หมายถึง ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลหลัง

ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ไม่น้อยกว่า 2 ปี พร้อมทั้งผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ที่สภาการพยาบาลรับรอง และได้รับประกาศนียบัตรการรักษาโรคเบื้องต้นจากสถาบันที่ฝึกอบรม และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) กับสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2551) สภาการพยาบาลได้จัดทำข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545 เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น ทั้งนี้โดยมีสภาวิชาชีพด้านสุขภาพให้ความเห็นชอบข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัวของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 4 วิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภากายภาพบำบัด ทันตแพทยสภา และสภาการพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีความทันสมัยมากขึ้น โดยเพิ่มกลุ่มอาการฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อทันทีอีก 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หอบหืดรุนแรง การเป็นลมจากคลื่นความร้อน และภาวะฉุกเฉินทางนรีเวช และเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอีก 12 โรค

การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หมายถึง การกระทำพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ และทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยมีการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งสภาการพยาบาล (2551) ได้กำหนดสมรรถนะการปฏิบัติการของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 9 สมรรถนะ แต่ในที่นี้ขออ้างอิงเพียง 4 สมรรถนะ คือ

**สมรรถนะที่ 3** มีความสามารถในการประสานงาน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับประชาชน องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสหวิชาชีพในการศึกษาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยดึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

**สมรรถนะที่ 4** ความสามารถในการสร้างพลังอำนาจ (empowerment) การสอน (education) การฝึก (coaching) และการเป็นที่ปรึกษา พยาบาลเวชปฏิบัติต้องเป็นผู้ให้ข้อมูล มีการสร้างเสริมพลังอำนาจ สามารถดึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ชี้แนะแนวทางให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเอง

**สมรรถนะที่ 6** ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถพัฒนารูปแบบ หรือนวัตกรรมต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการทบทวนการปฏิบัติงาน บทเรียน ผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**สมรรถนะที่ 8** มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) พยาบาลเวชปฏิบัติต้องมีการติดตาม รวบรวมหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ดูแลผู้สูงอายุ มีการนำหลักการจัดการความรู้มาร่วมใช้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ อย่างสูงในการให้การพยาบาล ต้องเป็นผู้ที่มีความละเอียดอ่อน ช่างสังเกต ตัดสินใจได้รวดเร็ว แก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์และรับผิดชอบอย่างสูง จะช่วยให้การบริการดูแลสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ และรับบริการต่อไป

## 1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีการสร้างเสริมสุขภาพเป็นรายกลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เริ่มตั้งแต่การศึกษาปัจจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การวางแผนและร่วมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และโปรแกรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

### 1.6.1 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ชนากาน สิงห์หลง (2557) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเวียงคำ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 245 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 และเพศชาย ร้อยละ 47.4 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากถึงร้อยละ 60.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.1 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 48.2 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.6 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.1 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ หมู่บ้านมีศูนย์บริการสุขภาพ มีความสะดวกในการเดินทาง และการที่ผู้สูงอายุมีเพื่อนชวนไปออกกำลังกาย

รัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 227 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ส่วนใหญ่ได้รับจากสวัสดิการจากรัฐ มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมดีที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายแย่มากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิ้มพุกุล, พัสสมณต์ คุ่มทวีพร และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 123 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุง และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.5, 46.3 และ 23.6 ตามลำดับ และพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ยกเว้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### 1.6.2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

เข็มทอง หน่อศรีดา (2550) ศึกษาการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น โดยดำเนินการร่วมกับกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็นระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และระยะที่ 2 การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การรวมกลุ่มออกกำลังกาย มีการร่วมวางแผน และกำหนด



ลักษณะกิจกรรมประกอบด้วย การออกกำลังที่เป็นลักษณะการบริหารตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยมีการขับร้องเพลงและดนตรีพื้นเมือง ได้แก่ แคนและกลองยาว ประกอบเข้ากับจังหวะ และมีการกำหนดวันเวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรม มีการปรับลักษณะของกิจกรรมในแต่ละชั้น พบว่า ผู้สูงอายุสามารถจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย และมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และสามารถขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มหมู่บ้านอื่นได้

นรเศรษฐ์ เรืองพยุหศักดิ์ (2550) ศึกษาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุแบบเจาะจง (Purposive) จำนวน 80 คน จาก 16 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3 แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุบ้านทุ่งหลวง ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองไร่ และชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองวัวดำ ทำการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและแบบบันทึกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บริบทชุมชน ส่วนที่ 2 พฤติกรรม และส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C และแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า บริบทชุมชน ความพร้อมของผู้สูงอายุทางด้านสังคม ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง มีผลต่อการประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์กระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า องค์ประกอบหลักด้านงบประมาณไม่ครบถ้วนและพบปัญหา อุปสรรคมากที่สุด ในขั้นตอนควบคุม ซึ่งเป็นการเขียนแผนปฏิบัติการ อาจเนื่องจากระยะเวลาในการจัดทำกระบวนการ A-I-C ในหนึ่งวันมีรายละเอียดมากเกินไปและผู้สูงอายุต้องใช้เวลามากในการทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ประกอบกับควรมีการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและความรู้ เรื่องการจัดทำแผนก่อนดำเนินการ A-I-C เพื่อให้ได้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ครบถ้วนตามองค์ประกอบของแผนและครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C มาใช้ ควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายและปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า แผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ตอบสนองต่อความต้องการแก้ปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในตำบลทุ่งหลวง อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี อันเป็นพื้นฐานชุมชนเข้มแข็งต่อไป

อรุณา วัฒนสมบัติ (2550) ศึกษาการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทำกิจกรรมกระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ความรู้ที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทาน และเลือกซื้ออาหารให้เหมาะสม กิจกรรมรวมกลุ่มการออกกำลังกายและนันทนาการทำให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และ

เกิดกิจกรรมการเยี่ยมเยียนสมาชิกที่เจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และ อสม. มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ

ปานชีวา ณ หนองคาย (2551) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน จากบ้านเช่า ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีขั้นตอนในการดำเนินงานอยู่ 5 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในขั้นการริเริ่มการพัฒนา การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา และการมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลการวิจัยพบว่าการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการเข้าใจตัวเองอย่างแท้จริง ไม่แตกต่างจากก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้านดีกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีเพียงด้านการออกกำลังกายไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70-79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 5 ด้านไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม มีเพียงพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และการจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม มีเพียงด้านการจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ศรินญา เครื่องฉาย (2552) ศึกษาการพัฒนา กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยชมรมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บทบาทชมรมผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ระยะที่ 2 เป็นช่วงพัฒนาศักยภาพและบทบาทของชมรมผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการเสริมพลัง และพัฒนา กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาและปรับปรุงกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยชมรมผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแต่ยังช่วยเหลือตนเองได้ กิจกรรมที่ดำเนินคือ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเอง ฝึกการออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกัน การสร้างเสริมสุขภาพโดยการนำหลักพุทธศาสนามาใช้ และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ การประสานเจ้าหน้าที่และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแล และร่วมกับองค์กรในชุมชน ได้แก่ พระ อสม. และ อบต. พัฒนาผู้เยี่ยมพร้อมสายสัญญาณสื่อกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ

ประกอบการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ จากผลการประเมินในภาพรวมพบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีการให้ความรู้หรือข้อมูลด้านสุขภาพตามชุมชนและหอกระจายข่าวโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

คมกริช หุตะวัฒนะ (2553) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 66 คน ได้รับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 8 ครั้ง เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย การประสานความร่วมมือของกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลและสถานีอนามัย โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ (1) การค้นหาความจริง (2) การวางแผน (3) การปฏิบัติการ และ (4) การดำรงสภาพ 2) หลังการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) หลังการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพรรณ จำปาหวาย (2554) ศึกษาการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 654 ราย ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การลงมือปฏิบัติการ การประเมินผล โดยใช้เครื่องมือการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาได้ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การภาครัฐ ประกอบด้วย สถานบริการด้านสุขภาพ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โดยการขับเคลื่อนความคิดของผู้สูงอายุ สู่การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุด้านกิจกรรมประจำวัน ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมดีขึ้น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน ดีขึ้นร้อยละ 63.15 นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ส่วนปัจจัย ด้านการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

นรินทร์ หมั่นแสน และสุชาดา ไกรพิบูลย์ (2555) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านทุ่งเหล็ก อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 47 คน โดยศึกษาบริบทของชุมชนที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ผู้วิจัยได้เข้าไปทำการศึกษาประวัติของชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนศึกษาข้อมูลด้านต่าง ๆ ด้วยกระบวนการกลุ่ม และการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง การ

เก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นเวลา 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมจดบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม และกิจกรรมกลุ่ม โดยสามารถสรุปผลและอภิปรายผลการศึกษิตตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่บ้านทุ่งหลุก ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ คือ (1) ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพมีโรคประจำตัว สุขภาพไม่แข็งแรง (2) ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจ เหนงาและเครียด (3) ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการประกอบอาชีพ 2) ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ (1) ผู้สูงอายุต้องการมีสุขภาพที่ดี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บมีสถานที่ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมร่วมกัน (2) ผู้สูงอายุต้องการความเอาใจใส่จากครอบครัวและคนใกล้ชิด รวมถึงหน่วยงานที่ดูแลเรื่องของสุขภาพ (3) ผู้สูงอายุต้องการมีรายได้เสริม มีอาชีพ และมีตลาดรองรับผลผลิต 3) การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ (1) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง การตรวจสุขภาพประจำปี จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพและแนวทางป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ (2) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ใกล้ชิด การมีกิจกรรมร่วมกันกับชุมชนช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น (3) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการมีรายได้เสริมจากอาชีพที่สุจริต อาชีพที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น 4) ได้โครงการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้กิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กิจกรรมธรรมบำบัด กิจกรรมนิมนต์พระนักเทศน์ กิจกรรมสถานีออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ และได้จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้โครงการชื่อโครงการจิตแจ่มใสใส่ใจสุขภาพของผู้สูงอายุ มี 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬา ผู้สูงอายุ (รำไม้พลองและรำมวยจีนไท้เก๊ก) กิจกรรมฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานในแนวสติปัฏฐาน 4 กิจกรรมการประกอบอาชีพเสริมรายได้ ซึ่งการดำเนินงานในกิจกรรมตามโครงการ พบว่า ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรม 5) สุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาพทางสังคม และ 6) การติดตามผลหลังจากเสร็จสิ้นโครงการผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมร่วมกันอยู่

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปณิดดา ปรียพถม, และญาณิศา โชติกะคาม (2555)

ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค จังหวัดราชบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจชุมชนแบบเร่งด่วน ศึกษาข้อมูลมือสอง การสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้น ๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ในการดำเนินงานดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำ ซึ่ง



เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ เริ่มต้นจากการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชนที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึง

เสน่ห์ แสงเงิน (2555) ศึกษาการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัย 2) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 285 คน และ 30 คน ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สภาพสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกจากบุคคลด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.82 และกระบวนการเพิ่มศักยภาพที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ

ชนินทร์ งามแสง (2557) ศึกษาการจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้ปูน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและแนวทางการจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 285 คน ด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) ผู้สูงอายุในตำบลไค้ปูน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารและด้านพฤติกรรมจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง



ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และด้านพฤติกรรมการสุขภาพที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับสูง 2) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลไค่นุ่น พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องมีนโยบายที่ชัดเจน มีการจัดประชุมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้ต่อเนื่อง

บัวหลวง ใจดี (2557) ศึกษาการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองตะไก้ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และเทคนิคกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 72 คน การศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทของชุมชน 2) กระบวนการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) ผลของการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูล แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการประชุมด้วยเทคนิค A-I-C แบบบันทึกกิจกรรมและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จากการวิจัยพบว่า 1) เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การอบรมให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การฝึกสาธิตการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียด แกว่งแขน และรำไม้พลอง 2) ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  และ 3) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะการดำเนินการศึกษารวมทั้งสิ้น 3 ระยะ ในรายงานการวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 415 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสุขภาพที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุด คือ การ

มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก ระยะที่ 2 ทีมวิจัยสรุปว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูและสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ยกเว้นพฤติกรรมด้านปฏิบัติด้านโภชนาการ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของการกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ ประเพณีหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่หน่วยงานราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาขึ้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคลได้

กรกฤษ ลิ้มสมมุติ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 892 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน โดยเกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นผู้ที่มีความสนใจในการเป็นผู้ร่วมให้ข้อมูล และสามารถที่จะให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้ของบาร์เทล (Bathel ADL Index Survey) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 55.60 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 44.39 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 10.53 พบว่า ไม่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 59.97 และมีปัญหาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 34.41 และผู้สูงอายุสามารถจัดเป็นกลุ่มตามความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คิดเป็นร้อยละ 59.86 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางเรื่องและต้องการพึ่งพาผู้อื่นบางเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.11 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 2.02 สำหรับด้านปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัญหาภาวะสุขภาพกายจากการเจ็บป่วยปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการไม่มีรายได้ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม การมีสถานที่ในการทำกิจกรรมและได้รับการดูแลจากชุมชน ในส่วนรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การกำหนดนโยบายและแผนกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2) เสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็ง

ให้กับชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ 3) การสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ 4) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

นิสกร เพชรสิงห์, ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี และสุกัญญา ลีทองดี (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนไทรทอง หมู่ที่ 18 ตำบลวังแสง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการวิจัยเป็นลักษณะวงรอบ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 31 คน เลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมจากแบบสอบถาม ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC ผลการวิจัยการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนไทรทอง ตำบลวังแสง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม มีการวางแผนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายด้วยกลาเมพราวด์ 2) กิจกรรมตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ 3) กิจกรรมประกวด และเชิดชูเกียรติ ผู้สูงอายุต้นแบบ 4) กิจกรรมจัดหาทุนชมรมผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา มีระดับการดำเนินงาน โดยรวมรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เชียง เกาจิต และพรรณราย เทียมทัน (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์สำคัญ 4 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ 2) เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ 3) เพื่อสร้างรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ และ 4) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสมรรถภาพทางกายและรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 1,443 คน และกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจแบบไม่มีโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า 1) สมรรถภาพทางกายทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม 4 ด้าน คือ การลุก-ยืน-นั่ง 30 วินาที การยกน้ำหนักขึ้นลง การนั่งเก้าอี้และปลายเท้า และการเอามือไขว้หลังแต่ละกัน แต่พบว่า สมรรถภาพทางกาย 2 ด้านที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ การย่ำเท้ายกเข่าสูง 2 นาที และการลุก-เดิน-นั่ง ไป-กลับ 16 ฟุต 2) ผลการศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุทำ กิจกรรมการดำเนินชีวิต มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ดูรายการโทรทัศน์ วิดีโอ

รองลงมาคือ ตรวจสุขภาพกับแพทย์อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง และการรับประทานอาหารปลอดภัย รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบสมรรถภาพทางกาย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย ขั้นตอนที่ 2 การเสนอตัวแบบ ขั้นตอนที่ 3 การสาธิตการออกกำลังกายและการฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 4 การอภิปรายกลุ่มและสรุปผลการออกกำลังกาย และขั้นตอนที่ 5 การให้สิ่งชักนำการกระทำโดยการกระตุ้นเตือนด้วยคำพูด การให้กำลังใจ หรือให้รางวัลกับผู้ที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 4) ผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า สมรรถภาพทางกายทั้ง 6 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ส่วนความพึงพอใจที่มีต่อการทำกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม และมีความรู้สึกว่าสุขภาพดีขึ้น มีอารมณ์สดชื่น แจ่มใสขึ้น

#### 1.6.4 โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปิ่นนเรศ กาศอุดม (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยศึกษาในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุหรือแกนนำในชุมชน กิจกรรมสันทนาการ และการจัดการความเครียด ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ยังประกอบอาชีพอยู่ และมีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ซึ่งโรคที่พบมาก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และกระดูกเสื่อม 2) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.59, p < .001$ ) และ 3) ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วรณา คงสุริยะนาวัน, และ วิลาสินี เดิมเศรษฐเจริญ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ประเมินก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า จำนวน 43 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิต และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิด



คุณภาพชีวิตครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมของโปรแกรม ประกอบด้วย การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การดำเนินโปรแกรมใช้เวลานาน 2 เดือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > .05$ ) แต่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) มีความพึงพอใจมากกับโปรแกรมฯ

การทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ข้อค้นพบ ดังนี้

1. การศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การ ศึกษา ด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) ระดับดี (วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณห์ คุ่มทวีพร, และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2554) และระดับดีมาก (ชนากาน สิงห์หลง, 2557) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมออกกำลังกายแย่ที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุง และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.5, 46.3 และ 23.6 ตามลำดับ และพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ชนากาน สิงห์หลง, 2557; วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557; วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณห์ คุ่มทวีพร, และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2554; อัญชลี นพรัตน์, 2552) นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลแล้วยังพบว่า ปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยเสริมโดยรวม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสื่อประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 แต่พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ที่ส่งเสริมสุขภาพด้านสถานที่ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อัญชลี นพรัตน์, 2552)



2. การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน (กรกฤษ ลิ้มสมมติ, 2558; ชนินทร์ งามแสง, 2557; เชียง เกาชิต และพรรณราย เทียมทัน, 2559; ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย, 2557) มีบางการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นชมรมผู้สูงอายุเพียงชมรมเดียวหรือสมาชิกชมรมผู้สูงอายุชมรมใดชมรมหนึ่ง (นรเศรษฐ์ เรื่องพุงศักดิ์, 2549; บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีนญา เครื่องฉาย, 2552) แต่จากการศึกษาไม่พบการศึกษาใดที่นำเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุทั้งอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ซึ่งในการดำเนินการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ และความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (คมกริช หุตะวัฒนะ, 2553; บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีนญา เครื่องฉาย, 2552) โดยรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการเจริญทางจิตวิญญาณ ซึ่งรูปแบบที่ได้จากการพัฒนามีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ การฝึกสาธิตออกกำลังกาย ด้วยการยืดเหยียด แกว่งแขน ไม้พลองป่าบุญมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทาน การเยี่ยม การอบรมให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพโดยการนำหลักพุทธศาสนามาใช้ (บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีนญา เครื่องฉาย, 2552; อรุณา วัฒนสมบัติ, 2550; เอกศักดิ์ เสงสุโข, 2557) และนอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเอง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยลักษณะโปรแกรมเป็นการทดลองในกลุ่มตัวอย่างชมรมผู้สูงอายุเพียงชมรมเดียว (ปิ่นนเรศ กาศุดม, 2553) ในการศึกษางานวิจัยแต่ละการศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (สุพัฒน์ จำปาหวาย, 2554) มีเทคนิคที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย กระบวนการ A-I-C (นรเศรษฐ์ เรื่องพุงศักดิ์, 2549; บัวหลวง ใจดี, 2557) การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรม (บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีนญา เครื่องฉาย, 2552; สุพัฒน์ จำปาหวาย, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ใช้กระบวนการแบบเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (คมกริช หุตะวัฒนะ, 2553; บัวหลวง ใจดี, 2557)

3. สภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า บางชุมชนไม่มีชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มาจากส่วนกลาง มีงบประมาณสนับสนุนเมื่อหมดงบประมาณ กิจกรรมต่าง ๆ จะสิ้นสุดลง และยังพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมที่ไม่ต่อเนื่อง กิจกรรมไม่สอดคล้องกับความต้องการ (บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีนญา เครื่องฉาย, 2552) และยังมีบางการศึกษาที่พบว่าปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการประกอบอาชีพ (พระอธิการนรินทร์ หมั่นแสน, 2555)

4. ด้านระยะเวลาการนำรูปแบบไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า อยู่ในช่วง 4 เดือน (นรินทร์ หมิ่นแสน และสุชาดา ไกรพิบูลย์, 2555) ช่วง 3 เดือน โดยใช้วันหยุดราชการเป็นวันอบรม เช่น วันเสาร์ ดำเนินการติดต่อกัน 6 ครั้ง ใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อครั้ง (บัวหลวง ใจดี, 2557; สุพัฒน์ จำปาหวาย, 2554) และนอกจากนี้จัดเป็นช่วง ๆ ต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 3 วัน ทุกวันศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์ วันละ 1-2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 4 ครั้ง (ศรีณญา เครื่องฉาย, 2552) ซึ่งระยะในการนำรูปแบบไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพที่มีระยะเวลานาน 4 เดือน จะมีผลทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีทั้ง 6 ด้าน (นรินทร์ หมิ่นแสน และสุชาดา ไกรพิบูลย์, 2555) แต่รูปแบบที่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานในช่วงสั้น ๆ เช่น การศึกษาของ ปานชีวา ณ หนองคาย (2551) พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการเจริญทางจิตวิญญาณไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน

5. การประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีณญา เครื่องฉาย, 2552; อรุณา วะสมบัติ, 2550; เอกศักดิ์ เฮงสุโข, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าผลจากการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความรู้หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมจะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีณญา เครื่องฉาย, 2552; อรุณา วะสมบัติ, 2550; เอกศักดิ์ เฮงสุโข, 2557)

## 2. การประเมินแบบเสริมพลัง

### 2.1 ความหมายและความสำคัญของการประเมินผลแบบเสริมพลัง

นักวิชาการที่ศึกษาการประเมินผลแบบเสริมพลังได้ให้ความหมาย ดังนี้

ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 2000) กล่าวว่า การประเมินผลแบบเสริมพลัง หมายถึง กระบวนการเพิ่มอำนาจในการควบคุมโครงการให้แก่ผู้ดำเนินงานโครงการ เน้นให้บุคคลสามารถช่วยตนเองได้ และสามารถพัฒนาต่อไปได้ โดยใช้หลักการการประเมินตนเองและการสะท้อนกลับ

เฟ็ตเตอร์แมน (Fetterman, 2001) กล่าวว่า การประเมินผลแบบเสริมพลัง หมายถึง การนำแนวคิด เทคนิค วิธีการประเมิน และข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ

และปรับปรุงโครงการ ซึ่งจะนำวิธีการประเมินเชิงปริมาณและคุณภาพเข้ามาประยุกต์ใช้ภายในองค์กร โดยเน้นกระบวนการเสริมพลังอำนาจและผลผลิตจากการเสริมพลังอำนาจ

เฟ็ตเธอแมน (Fetterman, 2005) กล่าวว่า การประเมินผลแบบเสริมพลัง หมายถึง การใช้แนวคิด เทคนิค และผลการประเมินเพื่อช่วยกำหนดตัวเอง เป็นการผสมผสานวิธีการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นกระบวนการทำให้ผู้มีส่วนได้เสียพยายามเข้าไปควบคุม ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด และมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมรอบข้าง ช่วยพัฒนาทักษะที่ทำให้เขาตัดสินใจได้อย่างอิสระ ซึ่งใช้ได้ในระดับองค์กร ชุมชน และสังคม

วันเดอร์สแมน และคณะ (Wandersman, et al., 2005 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ พลายน้อย และธีรเดช ฉายอรุณ, 2554) กล่าวว่า การประเมินแบบเสริมพลัง หมายถึง การประเมินที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มโอกาสหรือความเป็นไปได้ที่โครงการจะบรรลุเป้าหมาย โดยเพิ่มความสามารถให้กับผู้เกี่ยวข้อง ในการวางแผน ดำเนินงาน และทำการประเมินโครงการด้วยตนเอง

อรรถัย อาจอ่ำ (2550) กล่าวว่า การประเมินผลแบบเสริมพลัง หมายถึง การใช้แนวคิดและวิธีการ เทคนิค และข้อค้นพบนำมาปรับปรุงและพัฒนางาน และเป็นเครื่องช่วยให้เกิดการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือทำให้มีอำนาจในการตัดสินใจอย่างอิสระ

จำรูญ มีชนอน, สมชาย วิริกรมย์กุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และดุชนี คำมี (2555) กล่าวว่า การประเมินแบบเสริมพลัง หมายถึง กระบวนการที่ผู้ประเมินได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมพลังหรือศักยภาพการดำเนินงานให้กับผู้ปฏิบัติ โดยทำหน้าที่เสมือนผู้ชี้แนะแนวทางหรืออำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยเทคนิค วิธีการ และกระบวนการในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการยอมรับและวางใจซึ่งกันและกัน จนในที่สุดผู้ปฏิบัติสามารถตัดสินใจ พัฒนา และปรับปรุงการดำเนินงานด้วยตนเอง

มณีนรัตน์ โนนหั่วรอ (2557) กล่าวว่า การประเมินผลแบบเสริมพลัง หมายถึง กระบวนการที่ใช้มนทัศน์ของการประเมิน เทคนิคการประเมินและข้อค้นพบจากการประเมินกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงกำกับตนเอง โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง โดยใช้วิธีการสะท้อนคิดและการประเมินแก่ตนเอง

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ให้ความหมาย ของการประเมินผลแบบเสริมพลัง หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมพลังหรือศักยภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยทำหน้าที่เสมือนผู้ชี้แนะแนวทาง เพื่อให้เกิดการยอมรับและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จนทำให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจ และปรับปรุงพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยการทำงานเป็นทีม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ ชี้แนะหรือผู้อำนวยความสะดวกโดยมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน (Fetterman, 2001) คือ 1) การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการบรรลุผล 2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3) การวางแผนสำหรับอนาคตในการดำเนินการสร้างเสริม

สุขภาพ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ การต่อรองและการผ่อนปรน เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีคุณภาพและต่อเนื่อง

## 2.2 แนวคิดการประเมินผลแบบเสริมพลัง

การประเมินเสริมพลังเป็นวิธีการหรือแนวคิดของการประเมินที่ได้รับการคิดค้นนำเสนอโดย เดวิด เฟตเตอร์แมน (David Fetterman) แห่ง Stanford University ในปี ค.ศ. 1993 พื้นฐานของแนวคิดนี้มาจากแรงจูงใจของ Fetterman ที่ต้องการจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือบทเรียนระหว่างนักวิชาการ นักประเมินกับกลุ่มบุคคลเป้าหมายที่ได้รับโครงการต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มบุคคลเป้าหมายสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ นอกจากนั้นพื้นฐานแนวคิดของการประเมินยังอาศัยความรู้ทางด้านจิตวิทยาชุมชน (Community Psychology) ปฏิบัติการทางมานุษยวิทยา (Action anthropology) จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการประเมินเสริมพลัง คือ การช่วยบุคคลหรือองค์กรให้สามารถช่วยตนเองได้ สามารถปรับปรุงการนำโครงการไปใช้โดยอาศัยการประเมินตนเองและการสะท้อนกลับ ผลการประเมินตนเอง ในการประเมินเสริมพลังนักประเมินอาจจะใช้รูปแบบหรือวิธีการต่าง ๆ ประกอบด้วย การฝึกอบรม (Training) การสนับสนุนส่งเสริม (Facilitation) การโน้มน้าวชักชวน (Advocacy) การชี้ช่องทางสว่าง (Illumination) และการให้เสรีภาพ (Liberation)

## 2.3 ขั้นตอนการประเมินผลแบบเสริมพลังอำนาจ

เฟตเตอร์แมน (Fetterman, 1996 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ พลายน้อย และธีรเดช ฉายอรุณ, 2554) ได้เสนอขั้นตอนการประเมินผลแบบเสริมพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาบุคคลในโครงการให้สามารถประเมินตนเอง โดยมีขั้นตอนการประเมิน 4 ขั้นตอน คือ

1. การรวบรวมข้อมูล (Taking stock) หรือการตรวจสอบสถานภาพของโครงการว่าอยู่ ณ จุดใดรวมถึงวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของโครงการ
2. การกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผล (Setting goals) เป้าหมายที่กำหนดนั้นต้องมีลักษณะสัมพันธ์กับกิจกรรมโครงการ แหล่งทรัพยากร ทำทนาย แสดงถึงศักยภาพในขั้นนี้ผู้เข้าร่วมโครงการต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
3. การพัฒนากลยุทธ์เพื่อปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย (Developing strategies) ผู้เข้าร่วมต้องช่วยกันรับผิดชอบในการเลือกและพัฒนา กลยุทธ์เพื่อให้กิจกรรมโครงการดำเนินประสบผลสำเร็จ อาจใช้การระดมสมอง การพิจารณาอย่างรอบคอบ การตกลงร่วมกันฉันทามติ
4. การจัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน (Documenting progress) ในขั้นนี้ผู้มีส่วนร่วมควรพิจารณาใช้หลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้า สัมพันธ์กับเป้าหมายของโครงการ และหลักฐานต้องมีความน่าเชื่อถือด้วยเหตุที่การประเมินผลมีองค์ประกอบทั้งด้านแนวคิดและวิธีปฏิบัติ นักประเมินที่เสนอแนวคิดการประเมินของตนเองนั้นมักจะเสนอวิธีการปฏิบัติควบคู่กันไป การประเมินผลแบบเสริมพลังก็เช่นเดียวกับการประเมินอย่างอื่น ซึ่งเฟตเตอร์แมน

(Fetterman, 1996) ได้เสนอขั้นตอนและวิธีการในการประเมิน ที่เรียกว่า The Three Steps Approach และใช้จนถึงปัจจุบัน รายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

4.1 การกำหนดภารกิจ (Mission) หรือกำหนดเป้าหมาย (setting goals) คือ กำหนดภารกิจ หรือเป้าหมายของโครงการ โดยผู้ประเมินเปิดโอกาสให้ทีมได้อธิบายถึงภารกิจที่ได้รับมอบหมายมีอะไรบ้าง จากนั้นผู้ประเมินผลสรุปภารกิจหรือเป้าหมายพร้อมเขียนบนกระดานให้ทุกคนได้เห็นร่วมกัน

4.2 การจัดลำดับความสำคัญ (Taking stock) เป็นการประเมินตนเองของกลุ่ม หรืออาจใช้การตรวจสอบต้นทุนที่มีอยู่ เพื่อพัฒนาโดยพิจารณาจากภารกิจหรือเป้าหมายที่ได้กำหนดร่วมกันนำมาจัดลำดับความสำคัญ ในขั้นตอนนี้ยังคงใช้การประชุมเป็นหลัก โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ

1) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม ผู้ประเมินเปิดโอกาสให้ทีมได้ระบุกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกัน จำนวน 10-20 กิจกรรมโดยกิจกรรมนั้นเกี่ยวข้องกับโครงการ จากนั้นให้กลุ่มเรียงลำดับความสำคัญของโครงการ โดยการให้คะแนนกิจกรรม ตั้งแต่ 1-3 คะแนน จากนั้นรวมคะแนน หาค่าเฉลี่ยแต่ละกิจกรรม ผู้ประเมินให้ทีมอภิปรายบอกเหตุผลที่ให้คะแนน อาจเปลี่ยนแปลงคะแนนหลังฟังเหตุผล เมื่อดำเนินจนครบทุกกิจกรรมแล้วผู้ประเมินผลสรุปผลการจัดลำดับอีกครั้ง

2) การประเมินตนเองหรือการประเมินความสามารถของทีม ภายหลังการจัดลำดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมผู้ประเมินผลเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนประเมินว่าในแต่ละกิจกรรมนั้น โครงการของพวกเราทำได้ดีเพียงใดโดยสมาชิกจะให้คะแนนกิจกรรมตั้งแต่ 1-10 คะแนน และนำคะแนนภายหลังการประเมินตนเองแล้วผู้ประเมินผลเปิดโอกาสให้อภิปรายเหตุผลการประเมินออกมาเช่นนี้ (ขั้นตอนนี้อาจเปลี่ยนแปลงคะแนนได้เช่นกัน) จะทำให้ทราบจุดอ่อน จุดแข็งของแต่ละกิจกรรม การประเมินตนเองนี้ นอกจากทำให้เห็นความสามารถของทีมได้ว่าอยู่ในระดับใด ยังแสดงถึงต้นทุนที่มีอยู่นำไปสู่การวางแผน

4.3 การวางแผนสำหรับอนาคต (Planning for the future) เป็นการวางแผนเพื่อพัฒนากิจกรรมให้ดีขึ้นกว่าเดิม ผู้ประเมินผลให้ช่วยกันอภิปรายในแต่ละกิจกรรมว่าจะมีแผนการในอนาคตอย่างไร โดยมีประเด็นหลักคือ ในแต่ละกิจกรรมให้อภิปรายเป้าหมายหรือสภาพที่ควรจะเป็นของกิจกรรมเหล่านั้น เพื่อบรรลุเป้าหมายมีกลยุทธ์หรือแนวทางการดำเนินงานอย่างไร และจะใช้เครื่องมืออะไรบ้างในการตรวจสอบกลยุทธ์ ในขณะที่สมาชิกอภิปรายผู้ประเมินผลสามารถแทรกข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ



ในแต่ละขั้นตอนที่กล่าวมาผู้ประเมินผลและผู้มีส่วนร่วมจะทำงานร่วมกัน โดยผู้ประเมินผลมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของการทำงานมากกว่าที่จะทำบทบาทของผู้ประเมิน เพื่อให้บรรลุผลตามขั้นตอนการประเมินผลแบบเสริมพลัง ผู้ประเมินต้องแทรกกิจกรรมเหล่านี้ ซึ่งเป็นบทบาทของผู้ประเมินการประเมินแบบเสริมพลัง Fetterman (1995)

1. การฝึกอบรม (Training) บทบาทของผู้ประเมินที่ดีจะช่วยสอนหรือฝึกให้บุคคลหรือองค์กรสามารถที่จะทำการควบคุมดำเนินการ (Conduct) การประเมินตนเองได้ เป็นการฝึกให้ทำการประเมินภายในองค์กร (Internal Evaluation) และใช้ผลการประเมินเพื่อพัฒนาตนเองต่อไป

2. การสนับสนุนส่งเสริม (Facilitation) ในบทบาทนี้ผู้ประเมินจะทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนหรือโค้ชที่ช่วยให้บุคคลหรือองค์กรควบคุมดำเนินการประเมิน ช่วยสมาชิกผู้ร่วมงานในองค์กร (Staff Members) ให้ถุกคิดตระหนักถึงสิ่งที่พวกเขากำลังทำอยู่และเป้าหมายที่ต้องการจะไปให้ถึงผู้ประเมินอาจจำเป็นในการจัดเตรียมข้อมูลเพื่อช่วยเหลือทีมผู้สนับสนุน ทำงานร่วมกับกลุ่มสนใจ บางครั้งนักประเมินอาจจะต้องช่วยในการออกแบบการประเมินให้กับบุคคลหรือองค์กรนั้น ๆ

3. การโน้มน้าวชักชวน (Advocacy) บางครั้งในการประเมินเสริมพลัง ผู้ประเมินอาจจะต้องทำการควบคุมดำเนินการประเมินสำหรับกลุ่มต่าง ๆ ภายหลังจากเป้าหมายและการออกแบบการประเมินได้ทำการกำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้ประเมินอาจจะโน้มน้าวชักชวนให้บุคคลผู้ร่วมในโครงการทำการสร้าง หรือปรับเปลี่ยนทิศทางการประเมิน เสนอแนะความคิดเห็นเพื่อการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ

4. การชี้ช่องทางสว่าง (Illumination) บางครั้งผู้ประเมินอาจจำเป็นต้องแสดงบทบาทเป็นผู้จัดความไม่ชัดเจนในเป้าหมาย หรือทิศทางการประเมินตนเองของบุคคลหรือองค์กร ในบทบาทนี้ผู้ประเมินเปรียบเสมือนผู้ชี้ทางสว่างเกี่ยวกับการประเมินให้กับองค์กรหรือบุคคล

5. การให้เสรีภาพ (Liberation) การประเมินเสริมพลังจำเป็นต้องก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันหรือความรู้สึกมีเสรีภาพของบุคคลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการที่ต้องการจะประเมินตนเอง

สรุปได้ว่า บทบาทของการประเมินผลแบบเสริมพลัง เป็นส่วนที่สามารถทำได้ ซึ่งช่วยให้การดำเนินการประเมินงานอย่างเป็นระบบ ในขณะที่ให้การประเมินเป็นงานของผู้มีส่วนร่วมในโครงการ บทบาทขั้นตอนต่าง ๆ ของการประเมินแบบเสริมพลังนี้จะช่วยให้ผู้ประเมินและผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการได้มองเห็นจุดวิกฤติต่าง ๆ ในระดับขั้นของการพัฒนา และสามารถใช้กำหนดเป็นเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการประเมินแบบเสริมพลังอำนาจในเชิงพัฒนาการได้ ซึ่งแตกต่างจากการประเมินแบบเดิม ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 สรุปเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการประเมินผลแนวเดิมและการประเมินผล  
แนวใหม่

แนวเดิม/ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	แนวใหม่/แนวสร้างเสริมพลังอำนาจ
1. เน้นตัวชี้วัด/การวัดโดยบุคคลภายนอก	1. เน้นการทำงานร่วมกันของคนในทีม
2. เน้นเทคนิควิธีการมากกว่าการทำงานเชิงแนวคิด	2. เน้นการทำงานเชิงแนวคิดพอ ๆ กับเทคนิควิธีการ
3. เน้นวิธีการวัดเชิงปริมาณมากเกินไป (เห็นแต่ตัวเลขไม่เห็นบริบท)	3. ใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ขึ้นกับบริบทการทำงานที่มีลักษณะเฉพาะ
4. เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ หรือไม่สนใจกระบวนการ	4. เน้นกระบวนการมากกว่าเพราะเชื่อว่ากระบวนการเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์
5. ขาดมิติความเข้าใจ คนกับงาน	5. ให้ความสำคัญเรื่องคน กับ งาน
6. ไม่สนใจการเปลี่ยนแปลงภายในของตัวคน	6. เน้นการเปลี่ยนแปลงจากภายในของตัวคนและการปลดปล่อยตนเองสู่เสรีภาพ
7. ไม่ค่อยเห็นบทบาทเชิงสร้างสรรค์ของคนทำงาน	7. มองเห็นบทบาทของคนงาน มองเชิงบวก และสามารถมองเห็นจุดอ่อน/จุดแข็งได้
8. มองเฉพาะส่วน ไม่สนใจโครงสร้างและความเป็นองค์รวม	8. มองอย่างเป็นองค์รวม/สนใจเรื่องโครงสร้างหรือความเป็นทั้งหมด
9. ทำแล้วไม่ค่อยมีความสุข ไม่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้	9. ทำแล้วมีความสุข เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและพัฒนา
10. มักทำให้เกิดความขัดแย้ง เพราะมักจะอธิบายสิ่งที่พบไม่ค่อยได้ว่าเป็นเพราะอะไร	10. ลดความขัดแย้ง เพิ่มความสมานฉันท์ เพราะสามารถอธิบายได้ในสิ่งที่ตนทำสำเร็จ/ไม่สำเร็จ
11. ไม่ค่อยเน้นเรื่องการสร้างคุณค่าร่วมกัน เน้นเฉพาะการวัดผลงาน	11. เน้นการสร้างคุณค่าร่วมกัน การพูดความจริงและความซื่อสัตย์ เป็นหัวใจสำคัญในการประเมินแนวนี้นี้
12. ผลการประเมินมักถูกขึ้นหิ้ง ไม่เกิดประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดการปรับปรุง	12. มีปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดการใช้ประโยชน์ตลอดเวลา

ที่มา: อรทัย อาจอ่ำ, 2549 อ้างถึงใน จำรูญ มีชนอน, สมชาย วิริกรรมกุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุนทร และดุชนิ คำมี (2555)

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลแบบเสริมพลัง

การประเมินแบบเสริมพลังมาใช้ในกระบวนการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

จำรูญ มีชนอน, สมชาย วิจิทธิภรณ์กุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุนทร, และดุชนิ ดำมี (2555) ได้ศึกษาการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน การดำเนินงานของสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตาม ประเมินผล ถอดบทเรียนการดำเนินงานของสมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรีและนำผลการประเมินไปปรับปรุงการ ทำงานของสมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี ตลอดจนการนำผลการประเมินไปขยายผล และวางแผนในการจัดตั้ง และบริหารจัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพ การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน ในครั้งนี้ได้ใช้เทคนิค “การติดตามประเมินผลแบบเสริมพลัง” ที่มุ่งเน้นหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาค ส่วน คือ ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และทีมบริหารสมาคมฯ ในการเรียนรู้การทำงานร่วมกันตั้งแต่ กระบวนการวางแผน ตัดสินใจ และแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน มีคุณภาพเกิด ประสิทธิภาพ รวมทั้งใช้ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษาจำนวนสมาชิก สมาคมฯ ที่ตั้งเป้าไว้ในปี 2554 จำนวน 100 แห่ง ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีชมรมผู้สูงอายุที่สมัครเข้า มาเป็นสมาชิกเพียง 89 แห่ง สาเหตุที่สำคัญคือ ระยะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมค่อนข้างสูง คือ 1,000 บาท ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ และขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาการบริหารงานที่ต้องอาศัยผู้สูงอายุที่มีจิตอาสาเข้ามาทำงานมีไม่มากนัก ผลจาก การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการอบรมพัฒนาแกนนำอาสาสมัคร และนำ ความรู้ที่ได้รับไปปรับพฤติกรรมตนเองในการดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย ไปพัฒนาการบริหาร จัดการชมรมผู้สูงอายุของตนเองไปถ่ายทอด/ให้คำแนะนำ สร้างแกนนำสุขภาพชุมชน และประสานงาน กับ อปท. ในการดูแล/สงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่ทำให้สมาคมฯ ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย “หลัก 4M LPK” คือ มีทีมงานจิตอาสาที่ทำงานร่วมกัน มีงบประมาณ สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีการ บริหารจัดการที่ดี มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ผู้นำมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล/รับฟังความเห็นของ ผู้อื่น การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และที่สำคัญ คือ มีการพัฒนาศักยภาพ ตนเองอยู่เสมอ

### 3. ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

#### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุนับว่าเป็นกุญแจสำคัญสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุนั้นเป็นการสร้างความเป็นองค์กรแก่ชุมชนและให้ความเอื้ออาทรแก่เพื่อนสมาชิกและสังคม เป็นการรวมกลุ่มเพื่อสร้างสรรค์ มีกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและเพื่อนสมาชิก ชุมชนและสังคม ด้วยภูมิปัญญา คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นผู้สูงอายุซึ่งชมรมผู้สูงอายุที่จะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องมีผู้นำที่เข้มแข็ง สมาชิกมีความพร้อมและมีความต้องการตรงกันมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสามารถพึ่งตนเองได้ (ศรีธัญญา เครืองฉาย, 2552)

ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป อย่างน้อย 20 คน และอาจมีคนอื่น ทั้งวัยทำงาน เด็ก เยาวชน เข้าร่วมเป็นสมาชิกสมทบ แต่ไม่ควรเกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่เป็นวัยสูงอายุโดยมีวัตถุประสงค์ตรงกันในการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และมีการกำหนดระเบียบข้อบังคับในการบริหารชมรม ทั้งนี้ ชมรมผู้สูงอายุอาจอยู่ภายใต้สังกัดหน่วยงาน องค์กร หรืออาจเป็นชมรมอิสระที่ไม่สังกัดหน่วยงานใดก็ได้ (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด, 2555)

ความหมายของชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ที่มารวมตัวกัน โดยมีวัตถุประสงค์และแนวคิดร่วมกันในการพัฒนาตนเองทั้งในด้านสุขภาพ โภชนาการ การศึกษา วัฒนธรรม และการศึกษาหลักธรรมในพุทธศาสนา รวมทั้งร่วมกันพัฒนาสังคมและประเทศชาติ (ศรีธัญญา เครืองฉาย, 2552)

ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงได้เริ่มดำเนินการส่งเสริมการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 และจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 และฉบับที่ 7 ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการผู้สูงอายุรูปแบบต่าง ๆ เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในครั้งแรกใช้ชื่อว่า “ชุมนุมผู้สูงอายุ” โดยมีวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง คือ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะกันและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม ต่อมากรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (เดิมเป็นกรมประชาสงเคราะห์) ได้เห็นความสำคัญของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจึงพิจารณาสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง “ชมรมผู้สูงอายุ” ทั่วประเทศอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง ดังนี้

1. แหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ
2. เป็นศูนย์กลางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนในด้านต่างๆ เช่น บริการด้าน

3. สวัสดิการสังคม บริการด้านการจัดกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ บริการเยี่ยมเยียนและช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบปัญหาการเจ็บป่วย
4. เป็นศูนย์กลางด้านข่าวสารที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกันทำกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม

### 3.2 ประเภทของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

**3.2.1 ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่นได้** เป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ดำเนินการได้ตรงตามอุดมการณ์ที่เป็นชมรมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุและสังคมโดยรวม มีการดำเนินงานต่อเนื่องและได้รับการยกย่องนับถือในสังคม

**3.2.2 ชมรมผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้** เป็นชมรมที่สมาชิกผู้สูงอายุมีสถานภาพทางความรู้และการเงินอยู่ในระดับกลาง ๆ สามารถดำเนินกิจการได้ด้วยตนเอง เพื่อตนเองแต่ช่วยเหลือผู้อื่นไม่ได้ การก่อตั้งครั้งแรกอาจมาจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้เสนอแนะ

**3.2.3 ชมรมผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ** เป็นชมรมที่อยู่ในชุมชนหรือหมู่บ้านยากจนในชนบทหรือชุมชนแออัดในเมือง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางการเงินและความรู้ต่ำชมรมประเภทนี้ จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการต่อไปเรื่อย ๆ

**3.2.4 ชมรมผู้สูงอายุเฉพาะอาชีพ** เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่รวมกลุ่มขึ้นมาตั้งเป็นชมรมสมาชิกจะเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะ ไม่ได้เปิดให้บุคคลทั่วไปสมัครได้ เช่นชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ ชมรมผู้สูงอายุกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

### 3.3 กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

การดำเนินกิจกรรมเป็นหัวใจของชมรมผู้สูงอายุ เป็นข้อบ่งชี้ความสำเร็จของการดำเนินงาน กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ควรเป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลายสอดคล้องตามความต้องการของสมาชิก ดำเนินการโดยชมรมผู้สูงอายุหรือที่ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ลักษณะกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุอาจดำเนินการได้ มีดังนี้

**3.3.1 กิจกรรมทางศาสนา** ประเพณี วัฒนธรรม เป็นกิจกรรมที่ทำกันมาก ได้แก่ การจัดกิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนาและตามวัฒนธรรมประเพณีนิยมของแต่ละท้องถิ่น การร่วมพิธีกรรมทางศาสนา การฟังธรรม ปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ ร่วมสืบสานวัฒนธรรม

**3.3.2 กิจกรรมนันทนาการ** เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อความสนุกสนาน รื่นเริง ตามโอกาสและความพอใจของสมาชิก เช่น การลีลาศ งานรื่นเริง วันสำคัญต่าง ๆ ของชาติ วันสำคัญทางศาสนา วันเกิด ร้องเพลงพื้นบ้าน เพลงร่วมสมัย เต้นรำ เล่นดนตรี กีฬาในร่ม เกมต่าง ๆ หัวเราะบำบัด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด (เช่น ระบายสี พับกระดาษ พิมพ์ภาพ) กิจกรรมประเภทนี้ มักรวมเอาการ



ร่วมรับประทานอาหารเข้าไปด้วย หลังรับประทานอาหารมีการแสดงเล็ก ๆ น้อย ๆ และร่วมกันร้องเพลงตามอัธยาศัย

**3.3.3 กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย** ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ในเรื่องหลักโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพร่างกายและความสะอาดของผู้สูงอายุ อนามัยของช่องปาก การแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องยาสมุนไพรพื้นบ้าน การรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะและวัยสูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

**3.3.4 กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและกีฬา** ควรคำนึงถึงความพร้อมของสภาพร่างกาย ความสนใจและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมประเภทนี้เป็นประโยชน์ในทางสุขภาพ ทำได้ทุกชมรม แต่ชมรมจะต้องจัดสถานที่ที่เหมาะสม มีผู้ดำเนินการที่เหมาะสม เช่น รำไม้พลอง รำวงพื้นบ้าน รำวงย้อนยุค จักรก แอโรบิค โยคะ เปตอง ภายบริหาร

**3.3.5 กิจกรรมเสริมรายได้** ได้แก่ กิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันทำหรือผลิตแล้วนำไปจำหน่ายเป็นการเสริมรายได้ เหมาะสำหรับชมรมในหมู่บ้านที่สมาชิกต้องการเสริมรายได้ เช่น ทำไม้กวาด ผ้าทอ ดอกไม้จันทน์ การทำบายศรี งานฝีมือ เป็นต้น

**3.3.6 กิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะต่าง ๆ** ที่สมาชิกสนใจ เช่น การวาดภาพ งานฝีมือ เป็นต้น เหมาะสำหรับชมรมที่มีสมาชิกที่มีศักยภาพทางศิลปะและรักทางศิลปะ

**3.3.7 กิจกรรมท่องเที่ยว ทักษะศึกษา** เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลามาก การท่องเที่ยวในสถานที่และโอกาสอันควร โดยไปเป็นหมู่คณะ นอกจากจะก่อให้เกิดประโยชน์เรื่องความรักสามัคคีในหมู่คณะแล้ว ยังได้ความรู้ความเท่าทันโลกอีกด้วย

**3.3.8 กิจกรรมการกุศล บำเพ็ญประโยชน์** รวมทั้งสาธารณกุศลที่ชมรมสามารถจะช่วยเหลือ และการกุศลที่ทำแก่เพื่อนร่วมชมรมที่ถึงแก่กรรม หรือการเยี่ยมไข้เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรต่อกันที่ทำให้เกิดความรักสามัคคีในหมู่คณะได้มาก ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าตนไม่โดดเดี่ยว การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส การเป็นอาสาสมัครดูแลเด็กและผู้สูงอายุ การรณรงค์ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นต้น

**3.3.9 กิจกรรมส่งเสริมภูมิปัญญาและความคิด** เช่น ดนตรี การอ่าน การประพันธ์บทกลอน การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ การอบรมความรู้ด้านสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุตามกฎหมาย การเรียนรู้การทำปุ๋ยอินทรีย์ น้ำหมักชีวภาพ การปลูกพืชตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง การบริหารจัดการขยะ การถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น

**3.3.10 กิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์** เป็นกิจกรรมที่ให้การสงเคราะห์แก่สมาชิกที่ถึงแก่กรรม กิจกรรมประเภทนี้สมาชิกชมรมมีความนิยมค่อนข้างมาก แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเงินและระเบียบทางราชการ ชมรมใดจะดำเนินการกิจกรรมประเภทนี้ต้องมีความพร้อมในเรื่องกำลังคน ความรู้ ความเข้าใจ ความซื่อสัตย์สุจริต

### 3.4 ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีปัจจัยที่สำคัญดังนี้

- 3.4.1 ประธานและคณะกรรมการ มีภาวะความเป็นผู้นำ มีจรรยาบรรณ
- 3.4.2 สนองความต้องการผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกส่วนใหญ่
- 3.4.3 มีการแสวงหาแหล่งทุนภายนอก และแหล่งทุนในพื้นที่สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ
- 3.4.4 มีการประสานงานและทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง
- 3.4.5 มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลสมาชิกชมรมอย่างเป็นระบบ
- 3.4.6 มีความต่อเนื่องของกิจกรรม
- 3.4.7 มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง
- 3.4.8 การมีอุดมการณ์พื้นฐานร่วมกันของสมาชิก
- 3.4.9 สมาชิกมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ และมีการประเมินผลงานชมรมร่วมกัน
- 3.4.10 มีความโปร่งใส ไม่เลือกปฏิบัติ
- 3.4.11 สมาชิกเคารพในกฎ ระเบียบของชมรม

ชมรมผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขคาดหวังว่าจะเป็นตัวกลางในการแก้ไขปัญหาในผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทมากขึ้นในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุเพื่อการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่ได้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง (ศรีธัญญา เครือข่าย, 2552)

### 3.5 ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาสาขาอำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี

ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาสาขาอำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี เริ่มก่อตั้งชมรมเมื่อปี พ.ศ. 2543 ซึ่งแรกเริ่มประกอบด้วยชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 5 ชมรม โดยได้มีการรวมตัวของชมรมผู้สูงอายุที่มีพื้นที่ใกล้เคียง โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน คือ การพบปะ พูดคุยกับผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การทำบุญ การรวมกลุ่มช่วยเหลือเพื่อนผู้สูงอายุร่วมกัน โดยมีแกนนำของชมรมผู้สูงอายุตำบลกรับใหญ่ เมื่อดำเนินการไประยะหนึ่งก็เริ่มคิดที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการรวมตัวและทำกิจกรรมร่วมกัน ร่วมทั้งการได้รับสวัสดิการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จึงได้รวมตัวกันขึ้น และจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานในระยะแรก มีการดำเนินกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น แต่ยังคงพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ยังถูกละเลยจากสังคม จึงได้วางแผนและรวมตัวกันทั้ง 26 ชมรม และได้จดทะเบียนในนาม ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาสาขามหาสารคาม และได้นำมาดำเนินการมาจนทุกวันนี้

ปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วยชมรมผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 26 ชมรม ได้แก่

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. ชมรมผู้สูงอายุตำบลลาดบัวขาว            | 2. ชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร        |
| 3. ชมรมผู้สูงอายุตำบลกรับใหญ่             | 4. ชมรมผู้สูงอายุตำบลคังพยอม        |
| 5. ชมรมผู้สูงอายุตำบลนครชุมน์             | 6. ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองปลาหมอ     |
| 7. ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาขลุง              | 8. ชมรมผู้สูงอายุตำบลสระตะโก        |
| 9. ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองหญ้าปล้อง        | 10. ชมรมผู้สูงอายุตำบลสวนกล้วย      |
| 11. ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านน้ำเพ็ชร        | 12. ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองอ้อ       |
| 13. ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองกบ              | 14. ชมรมผู้สูงอายุตำบลกระจับ        |
| 15. ชมรมผู้สูงอายุตำบลเทศบาลเมืองบ้านโป่ง | 16. ชมรมผู้สูงอายุตำบลปลักแรด       |
| 17. ชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าผา               | 18. ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านบางพัง    |
| 19. ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยกระบอก          | 20. ชมรมผู้สูงอายุตำบล ดอนกระเบื้อง |
| 21. ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านม่วง            | 22. ชมรมผู้สูงอายุตำบลตาผา          |
| 23. ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองบอน             | 24. ชมรมผู้สูงอายุตำบลปากแรด        |
| 25. ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านครก             | 26. ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านยาง       |

โดยมีสมาชิกทั้งสิ้นจำนวน 10,481 ราย ได้มีการรวมตัวขึ้นเพื่อร่วมกันหาแนวทางในการดูแลคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทั้ง 26 ชมรม โดยกิจกรรมที่ได้ดำเนินการส่วนใหญ่ในช่วงการดำเนินงาน 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ที่มีลักษณะเหมือนกัน 3 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมพุทธศาสนา วันสำคัญ และด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งจากการสอบถามแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา พบว่า มีการดำเนินการเป็นรูปธรรมเพียงร้อยละ 19.23 ของ 26 ชมรม หรือเพียง 5 ชมรมที่มีการการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนชมรมที่เหลือในการดำเนินงานพบปัญหา คือ บางชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินการ มีเป้าหมายในการดำเนินงาน แต่ยังขาดความต่อเนื่อง ไม่เป็นรูปธรรม บางชมรมมีการอบรมจิตอาสา แต่อบรมแล้วไม่ดำเนินการต่อ ทำให้ผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับโอกาสหรือได้รับการดูแล บางชมรมได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่แต่เมื่องบประมาณหมด กิจกรรมที่ดำเนินการจะหยุดชะงักสิ้นสุดลงไม่ดำเนินการต่อ นอกจากนี้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรม ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีลักษณะการปฏิบัติเป็นครั้งคราว กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นเรื่องการอนุรักษ์ ประเพณี กิจกรรมพุทธศาสนา โดยกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การดำเนินงานไม่ตรงกับปัญหาและความต้องการทำให้กิจกรรมไม่ต่อเนื่องและยั่งยืน บางกิจกรรมไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมน้อย ส่งผลให้ผู้สูงอายุละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่

ถูกต้อง มีภาวะเครียด รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการใช้ป่วยด้วย เช่น เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น (ฐานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี, 2558) ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเป็นรูปธรรมชัดเจน มีเป้าหมาย แกนนำผู้สูงอายุทั้ง 26 ชมรม จึงมีความต้องการที่จะทำให้สมาชิกชมรมแต่ละชมรมได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้มีการรวมกลุ่มแกนนำทั้ง 26 ชมรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ลงมือปฏิบัติร่วมกันเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้น ทั้งยังส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ปัญหาาร่วมกัน และร่วมกันพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิธีที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองแล้วสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้ชมรมอื่น ๆ รวมทั้งเป็นจุดเริ่มที่จะผลักดันให้หน่วยงานต่าง ๆ ปรับแนวทางหรือรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

