

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ  
คลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2558

The Development of a Health Promotion Activity Model for Elderly in  
Elderly Klungpunya Club, Ban Pong District, Ratchaburi Province

Miss Thitichaya Chalardlon



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2015

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ  
คลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ชื่อและนามสกุล นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ

แขนงวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุทธิพร มูลศาสตร์

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณรัตน์ ลาวัง

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับ  
ปริญญาโท เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2559

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุทธิ ทองวิเชียร)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุทธิพร มูลศาสตร์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณรัตน์ ลาวัง)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิศวธีรานนท์)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ  
คลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

**ผู้วิจัย** นางสาวรัฐติชญา ฉลาดล้ำ **รหัสนักศึกษา** 2575100025 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ (2)  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง **ปีการศึกษา** 2558

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 2) พัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา

กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา จำนวน 26 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามขั้นตอนการประเมินผลแบบเสริมพลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มพัฒนารูปแบบ จำนวน 27 คน และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 55 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสามระยะถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ 3) แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .98-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาอยู่ระหว่าง .80-.94 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ไม่ต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ สมาชิกผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมไม่มากนัก 2) รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การอบรมให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเครือข่ายชมรม และดำรงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเสริมอย่างต่อเนื่องในวันประชุมประจำเดือน และ 3) หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก

**คำสำคัญ** รูปแบบ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา



**Thesis title:** The Development of a Health Promotion Activity Model for Elderly in Elderly Klungpunya Club, Ban Pong District, Ratchaburi Province  
**Researcher:** Miss Thitichaya Chalardlon ; **ID:** 2575100025; **Degree:** Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner); **Thesis advisors:** (1) Dr. Sutteeporn Moolsart, Assistant Professor; (2) Dr. Wannarut Lawang, Assistant Professor;  
**Academic year:** 2015

### Abstract

The research and development study aimed: 1) to identify the problems and needs of health promotion activities of Klungpunya elderly club in Banpong district, Ratchaburi province, 2) to develop a model of health promotion activity of Klungpunya elderly club, and 3) to examine the effectiveness of the health promotion activity model for the Klungpunya elderly club.

The sample was divided according to the study phases. 1) The study of problems and needs of health promotion activities, the sample was 26 elderly leaders. 2) The model development of health promotion activities, the sample was 27 developmental team, and 3) the study of the effectiveness of the developed model, the sample was 55 elderly members of the elderly club. The sample in all phases was selected by purposive sampling. The research tools comprised: 1) focus group guidelines for study of problems and needs, 2) focus group guidelines for model development, 3) questionnaires of knowledge, health promotion behaviors, and satisfaction towards health promotion activities. Content validity indexes were .98-1.00 and the reliability coefficients were .80-.94. Quantitative data was analyzed by descriptive statistics and t-test. Qualitative data was analyzed by content analysis.

The results revealed that 1) the health promotion activities of the elderly club were not well established and discontinuous. Moreover, all dimensions of health promotion were not covered, so a few elderly members joined the activities. 2) The model of health promotion activities comprised health assessment, training to use the empowerment and knowledge sharing between the networks, and maintaining the health promotion activities in monthly meeting. 3) After model implementation, knowledge and health behaviors of elderly members were significantly higher than before implementation ( $p < .05$ ). The elderly satisfied with the health promotion activities at the high level.

**Keywords:** Model, Health promotion activity, Klungpunya Elderly Club

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความช่วยเหลือและความเมตตาเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า เอาใจใส่ในการให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร ซึ่งเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อให้งานวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รัตโอบาร, ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, นายแพทย์จตุภูมิ นิละศรี, และนายสมศักดิ์ ต้นเจริญ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ประธานชมรมและแกนนำชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ขอขอบคุณประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเบิกไพร ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางพัง ที่ให้การสนับสนุนกำลังคนและอุปกรณ์ในการดำเนินงาน ขอขอบคุณสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช อาจารย์ในภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และจิตเวช เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนทุกท่าน ที่ได้สนับสนุนมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา สามี และบุตร ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ห่วงใยให้กำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยมีความพยายาม มุ่งมั่นจนประสบความสำเร็จด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิตา แต่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและผู้มีพระคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้องมา ณ โอกาสนี้

นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้น

ตุลาคม 2559

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	13
การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ .....	13
การมีประเมนผลแบบเสริมพลัง .....	52
ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี .....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	74
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	79

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	80
ตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี .....	80
ตอนที่ 2 รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี .....	85
ตอนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพรต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจ ต่อการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ .....	94
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	99
สรุปการวิจัย .....	99
อภิปรายผล .....	102
ข้อเสนอแนะ .....	108
บรรณานุกรม .....	110
ภาคผนวก .....	118
ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	119
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	121
ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาใช้เครื่องมือการวิจัย และหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย .....	123
ง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล .....	127
จ ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อ .....	142
ประวัติผู้วิจัย .....	154

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 2.1	สรุปเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการประเมินผลแนวเดิม และการประเมินผลแนวใหม่.....	57
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	81
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	85
ตารางที่ 4.3	การสำรวจกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาในปี 2558 และต้องการดำเนินการต่อในปี 2559 .....	86
ตารางที่ 4.4	เป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จะดำเนินการต่อในปี 2559 .....	87
ตารางที่ 4.5	ลำดับคะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เรียงตามลำดับความสำคัญ .....	88
ตารางที่ 4.6	คะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสามารถของทีม ในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.....	88
ตารางที่ 4.7	การอภิปรายจุดอ่อน จุดแข็งของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ .....	89
ตารางที่ 4.8	การวางแผนสำหรับการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ .....	91
ตารางที่ 4.9	จำนวนและร้อยละของสมผู้สูงอายุชมรมเบิกไพร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	94
ตารางที่ 4.10	การเปรียบเทียบความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.....	96
ตารางที่ 4.11	การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร ก่อนและ หลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายด้าน .....	97
ตารางที่ 4.12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อ การใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	98

ญ

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 8



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการมีการลดลงของอัตราการเกิดและอัตราตาย และจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประเทศไทยเป็นภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging) ดังจะเห็นได้จากสถิติ ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2583 พบว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น ร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, 2559) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุนำไปสู่การเพิ่มของประชากรที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลง โดยพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพกาย ที่พบมากที่สุด คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จากการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 31.1 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 13.1 และโรคหลอดเลือดในสมองตีบ คิดเป็นร้อยละ 1.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านความเสื่อมโทรมของร่างกาย ได้แก่ ปัญหาด้านการมองเห็น พบในผู้สูงอายุเพศหญิงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 47.4 ปัญหาด้านการได้ยิน พบผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 15 ปัญหาอุบัติเหตุการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะประสบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่พบว่าสัดส่วนการพลัดตกหกล้มในปีที่ผ่านมา มีสัดส่วนลดลงเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2550 จากร้อยละ 10.3 เหลือร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2554 และปัญหาด้านสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความสุขโดยเฉลี่ย 7.4 คะแนน โดยมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยตามอายุที่เพิ่มขึ้น และที่เห็นได้ค่อนข้างชัด คือ ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่อยู่ในชนบทมีความสุขน้อยกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ อันเนื่องจากปัจจัยหลายด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง บางครอบครัวทิ้งลูกหลานไว้ให้ผู้สูงอายุดูแล หรือแม้แต่การเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้นำครอบครัวเป็นผู้พึ่งพิง ทำให้เป็นคนไม่กล้าแสดงออกเกิดความเครียด ความเหงาและว้าเหว่ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555) จากรายงานโครงการสำรวจสุขภาพ



ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26 เช่น ออกกำลังกายทุกวัน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 95 หรือ 9.2 ล้านคน ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 18.2 โรคเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 8.6 โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1 และยังพบว่า ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 50 มีภาวะอ้วนหรือเป็นโรคอ้วน ทำให้การเดิน การทรงตัวลำบาก จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันตพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง และยศ ติระวัฒนานนท์, 2556) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมของตนเอง และป้องกันการเจ็บป่วย มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อลดปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบครัวและสังคม ซึ่งสามารถดำเนินการด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งกลวิธีที่สำคัญประการหนึ่ง ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลาย ๆ ด้าน เช่น การออกกำลังกาย การลดความเครียด การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เป็นต้น เพราะการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุเพื่อไปสู่การพัฒนาและป้องกันการเสื่อมของสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย และเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแนวคิดของเพนเดอร์, เมอร์ดอร์จ และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) ที่มุ่งเน้นความสามารถของบุคคลและเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ยังเน้นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วมและโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงตั้งเป้าให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ มีการออกกำลังกายควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน มีสุขภาพจิตดี ดื่มน้ำสะอาด รับประทานผักผลไม้เพียงพอ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ให้ได้ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยชะลอการเจ็บป่วยลงได้ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2559-2579) โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตประจำวันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือเรียกว่า active and health aging โดยหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคม โดยมีมาตรการพัฒนาบริการสุขภาพและสังคม เน้นให้มีชมรมผู้สูงอายุทุกตำบลในรูปแบบต่าง ๆ มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) จากมาตรการและแนวคิด



การใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขคาดหวังจะเป็นตัวกลางในการแก้ไขปัญหาในผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทมากขึ้นในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกัน พุดคุยกันหลังกิจกรรมทางศาสนา หรือตามร้านกาแฟ มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาคความเหงาและเพื่อร่วมกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (พิชิต ลายน้ำเงิน, ชัยยง ขามรัตน์ และทองหล่อ เดชไทย, 2553) สำหรับชมรมผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง มีจำนวน 26 ชมรม ในการจัดกิจกรรมขึ้นอยู่กับแต่ละชมรม โดยบางชมรมมีกิจกรรมต่อเนื่อง กิจกรรมส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมักจะประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่น ไม่มีผู้สูงอายุเข้าร่วม กิจกรรมที่จัดได้เพียงผู้สูงอายุบางกลุ่ม ไม่ทั่วถึงจึงทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนถูกละเลย จึงทำให้แกนนำแต่ละชมรมต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จึงได้มีการรวมตัวของแกนนำหรือประธานผู้สูงอายุแต่ละชมรม ร่วมกันก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมีเครือข่ายที่เป็นสมาชิกของชมรมจำนวน 26 ชมรม โดยแต่ละชมรมมีกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เช่น การประชุมประจำเดือน การทำกิจกรรมนอกสถานที่ เช่น การทำบุญวัดต่าง ๆ การเข้าร่วมในงานสำคัญของอำเภอและจังหวัด ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมนั้น จะมีเพียงไม่กี่ชมรมที่เข้าร่วมเป็นประจำ และมีอีกหลายชมรมที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และยังพบว่ายังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ถูกละเลยและไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นแกนนำผู้สูงอายุแต่ละชมรมจึงได้มีการร่วมประชุมกันเพื่อหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้สมาชิกผู้สูงอายุได้เข้ามาร่วมกิจกรรม และได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง จึงได้รวมตัวกันเป็นชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ และได้จดทะเบียนเป็น ชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ สาขาบ้านโป่ง โดยในระยะแรกมีสมาชิกและผู้สูงอายุให้ความสนใจ และมีจำนวนเพิ่มขึ้น มีการกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียง การทำบุญร่วมกัน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร และการออกกำลังกาย ต่อมาทางแกนนำเห็นว่าชมรมมีผู้สูงอายุหลากหลายสาขาอาชีพและมีผู้สูงอายุที่มีความสามารถ ความชำนาญหลากหลาย จึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุในตำบลต่าง ๆ ของอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จาก 26 ชมรม จึงมีสมาชิกโดยรวมทั้งสิ้นจำนวน 10,432 ราย ลักษณะกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา จะมีการประชุมแกนนำชมรมผู้สูงอายุ จาก 26 ชมรมเป็นประจำทุกเดือน มีการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งที่ผ่านมามีพบว่ากิจกรรมในแต่ละชมรมผู้สูงอายุที่ได้ดำเนินการส่วนใหญ่ มีลักษณะเหมือนกันทุกชมรม คือ การออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมพุทธศาสนา วันสำคัญ และการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร โดยมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมเพียงร้อยละ 19.23 จาก 26 ชมรม (ศุภชัย เรืองนัฐการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านดิน, 2558) ปัญหาที่พบคือ การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความไม่ต่อเนื่อง กิจกรรมของผู้สูงอายุได้รับความร่วมมือ

และสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่นน้อยและไม่ทั่วถึง นอกจากนี้การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และการเจริญทางจิตวิญญาณ เห็นได้จากบางชมรมมีการดำเนินการและเป้าหมายในการดำเนินการ แต่ยังไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นรูปธรรม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย มีกิจกรรมสักระยะก็จะหายไปเนื่องจากไม่มีผู้เข้าร่วม งบประมาณหมดเป็นต้น บางชมรมมีการอบรมจิตอาสา หลังจากอบรมไม่ดำเนินการต่อ เนื่องจากจิตอาสาต้องประกอบอาชีพทำให้ไม่มีเวลาในการดำเนินกิจกรรมต่อ นอกจากนี้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรม ยังมีลักษณะการปฏิบัติเป็นครั้งคราว กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นเรื่องประเพณี กิจกรรมพุทธศาสนา และวันสำคัญ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุยังขาดการมีส่วนร่วม คือ บางกิจกรรมมาจากนโยบายของหน่วยงานภาครัฐซึ่งไม่ได้เกิดจากความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ การดำเนินงานไม่ตรงกับปัญหาทำให้กิจกรรมไม่ยั่งยืน บางกิจกรรมไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมน้อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เนื่องจากการเจ็บป่วย การเดินทางไม่สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุถูกละเลยในการดูแลสุขภาพ เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง มีภาวะเครียดรวมทั้งส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วย เช่น โรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น (ศุภย์เรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านดิน, 2558) ดังนั้นแกนนำผู้สูงอายุจึงมีความประสงค์จะพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม มีความชัดเจนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ชมรมดำเนินการอยู่แล้วและต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ลงมือปฏิบัติด้วยการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ด้วยสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดความร่วมมือของทุกฝ่ายและมีความยั่งยืนอย่างแท้จริง และเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ลดภาวะพึ่งพิง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้กับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก และมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการ A-I-C การพัฒนารูปแบบโดยใช้การเสริมพลังอำนาจ และการพัฒนารูปแบบโดยใช้การสนทนากลุ่ม พบว่า การดำเนินการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จัดทำเพียงชมรมเดียวไม่มีการนำเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่เข้ามาร่วมดำเนินการ ทำให้ผลการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพมีทั้งประสบผลสำเร็จ และมีความต่อเนื่อง (คมกริช หุตะวัฒนะ, 2553; เชียง เกาชิต และพรพรรณราย เทียมทัน, 2559; นรินทร์ หมื่นแสน และสุชาติดา ไกรพิบูลย์, 2555; บัวหลวง ใจดี, 2557; ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2553; ศรีนิญา เครื่องฉาย, 2552 และอรุณา วะสมบัติ, 2550) และไม่ประสบ

ผลสำเร็จ โดยส่วนใหญ่ขาดความต่อเนื่อง กิจกรรมเน้นการใช้ความรวดเร็วในการทำกิจกรรมและการใช้ความจำมากเกินไป เช่น การให้ความรู้ด้านต่าง ๆ บางกิจกรรมเกิดภาวะเครียดและกิจกรรมส่วนใหญ่มาจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ (นรเศรษฐ์ เรื่องพุงศักดิ์, 2550; สุพัฒน์ จำปาหวาย, 2554; อัมรมบุญช่วย, 2558) ดังนั้นการกำหนดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรเป็นกิจกรรมที่สร้างความเข้าใจหรือทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน รวมทั้งมีการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับรู้ปัญหาและลงมือปฏิบัติร่วมกันเพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้นสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการพึ่งพาตนเองแล้วสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้ชมรมอื่น ๆ รวมทั้งเป็นจุดเริ่มที่จะผลักดันให้หน่วยงานต่าง ๆ ปรับแนวทางหรือรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และจากการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ คลังปัญญาที่ผ่านมา พบว่า บางชมรมทำแล้วได้ผล บางชมรมทำแล้วไม่ได้ผล แกนนำชมรมผู้สูงอายุจึงได้มีการรวมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ผลกับไม่ได้ผล มาร่วมแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน จึงได้ใช้กระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลัง (empowerment evaluation) มาใช้ซึ่งกระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลังนี้จะทำให้ผู้สูงอายุในชมรมมีกำลังใจ ได้รับการถ่ายทอดพลังอำนาจให้ดูแลสุขภาพตนเอง งานวิจัยนี้มีข้อดี คือ เน้นกระบวนการทำงานร่วมกัน เพราะเชื่อว่ากระบวนการเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ ทำแล้วมีความสุข เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและพัฒนา ลดความขัดแย้ง เพิ่มความสมานฉันท์ และเน้นการสร้างคุณค่าร่วมกัน เป็นต้น (จำรูญ มีখনอน, สมชาย วิริภิมย์กุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และดุชนี คำมี, 2555)

การประเมินแบบเสริมพลัง เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมพลังหรือตั้งศักยภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยทำหน้าที่เสมือนผู้ชี้แนะแนวทาง เพื่อให้เกิดการยอมรับและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จนทำให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจ และปรับปรุงพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง หลักการสำคัญประกอบด้วย หลักการมีส่วนร่วม หลักการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริง หลักการต่อรอง และหลักการผ่อนปรน (Fetterman, 2001) จากหลักการดังกล่าวนำไปสู่กลวิธี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการบรรลุผล 2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) การวางแผนสำหรับอนาคตในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยหลักการและกลวิธีดังกล่าว กระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลัง จึงน่าจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและช่วยให้แกนนำผู้สูงอายุไม่รู้สึกกังวลหรือมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการประเมิน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลของกิจกรรมหรือโครงการ เช่น จำรูญ มีখনอน, สมชาย วิริภิมย์กุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และดุชนี คำมี (2555) ได้นำการประเมินแบบเสริมพลังไปใช้ในการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน

การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมกระบวนการประเมินแบบเสริมพลังผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในเรื่องของประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความถูกต้อง และมีความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อช่วยให้แกนนำผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินผลแบบเสริมพลังจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้แกนนำผู้สูงอายุโดยดำเนินการในรูปของเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุทั้ง 26 ชมรมร่วมกันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้ยั่งยืนและต่อเนื่อง

ดังนั้นจากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องหารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดเป็นรูปธรรม ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยกระตุ้นให้ชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ริเริ่มและดำเนินการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนส่งผลต่อการมีสุขภาพกาย ใจ ที่ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบและจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

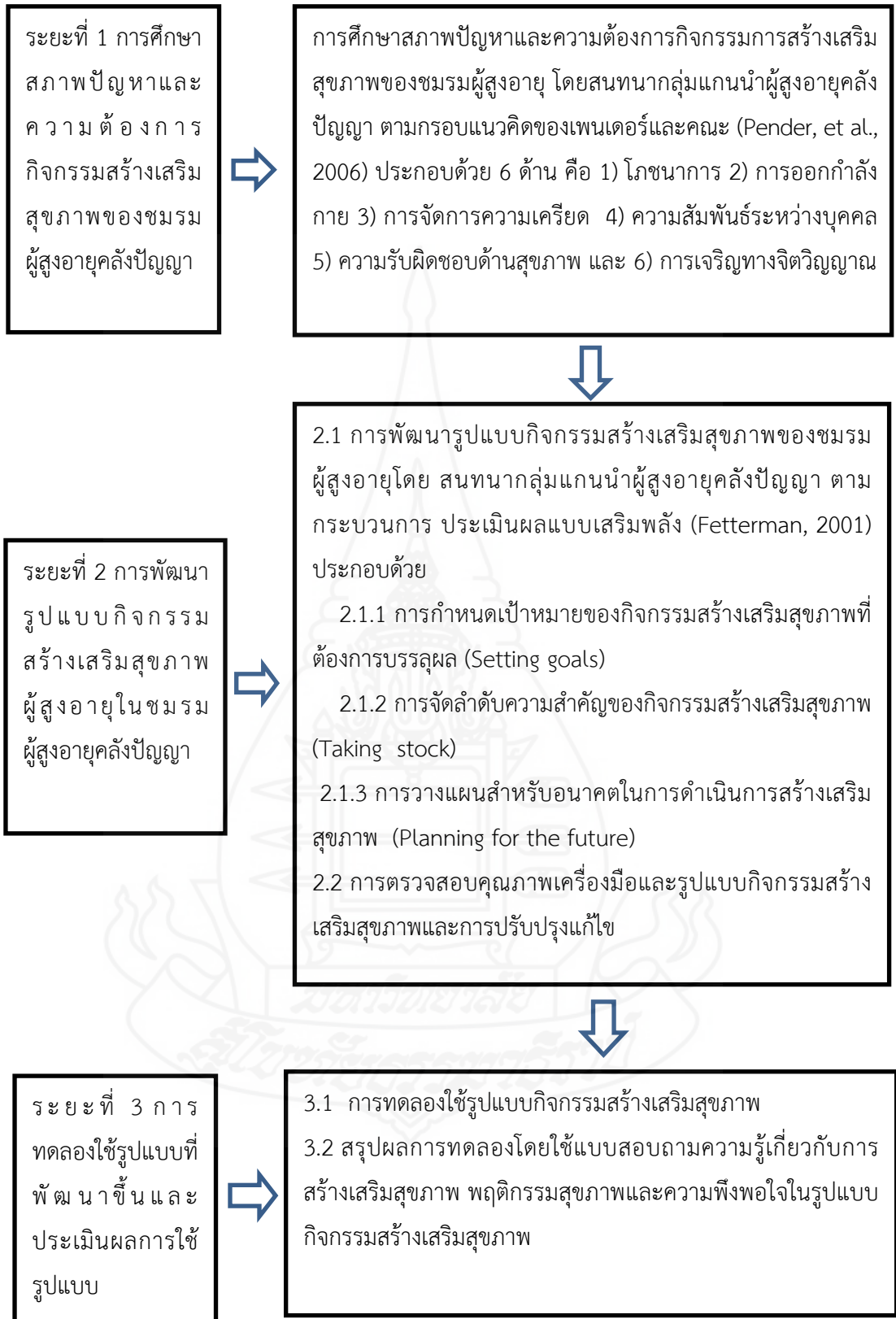
2.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

### 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์, เมอร์ดอร์จ, และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน คือ 1) โภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และ 6) การเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา โดยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลังตามแนวคิดของเฟตเตอร์แมน (Fetterman, 2001) ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผล (Setting goals) 2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม (Taking stock) 3) การวางแผนสำหรับอนาคต (Planning for the future) ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจในรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ขั้นตอนการวิจัยแสดงในกรอบแนวคิด ดังภาพ 1.1







ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ คลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี มีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

##### 4.1 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษาแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

**4.1.1 ระยะที่ 1** การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ประชากรเป็นแกนนำในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา จำนวน 70 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 26 คน

**4.1.2 ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ คลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ประชากรเป็นกลุ่มพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย แกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจักษ์รีช จำนวน 115 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจักษ์รีช จำนวน 30 ราย

**4.1.3 ระยะที่ 3** การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผล การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชมรมผู้สูงอายุ ประชากร เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในอำเภอบ้านโป่ง จำนวน 26 ชมรม รวมทั้งสิ้น 10,432 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร ถูกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 55 ราย

**4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

**4.3 ขอบเขตด้านเวลา** ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2559

## 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

**5.1 รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ** หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ดำเนินการโดยชมรมผู้สูงอายุคลั่งปัญญา อำเภอบ้านโป่ง เพื่อเสริมสร้างและเพิ่มความสามารถผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ประกอบด้วย 1) โภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และ 6) การเจริญทางจิตวิญญาณ

**5.2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง กระบวนการดำเนินการปรับปรุงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคคลให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ตามกระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลังตามแนวคิดของเฟตเตอร์แมน (Fetterman, 2001) ดังนี้

**5.2.1 การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการบรรลุผล** หมายถึง การกำหนดว่าอะไรคือเป้าหมายร่วมกันกับผู้ประเมินและแกนนำผู้สูงอายุ โดยเป็นเป้าหมายที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิดและระดมสมอง เพื่อให้เกิดการยอมรับเป้าหมาย ตลอดทั้งการอภิปราย ทบทวนและหาข้อตกลงร่วมกัน

**5.2.2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง การประเมินตนเองของแกนนำผู้สูงอายุโดยใช้การตรวจสอบต้นทุนที่มีอยู่ ซึ่งพิจารณาจากภารกิจหรือเป้าหมายที่ได้กำหนดร่วมกัน และนำมาจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและการประเมินความสามารถของทีม

**5.2.3 การวางแผนสำหรับอนาคตในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการของการพิจารณาตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะทำอะไร เพื่อพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นกว่าเดิม เพื่อบรรลุเป้าหมายมีกลยุทธ์หรือแนวทางการดำเนินงานและมีการตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง

**5.3 ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

**5.4.1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง ความเข้าใจและความจำในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้การประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และ 6) การเจริญทางจิตวิญญาณใน



การประเมินความรู้ใช้แบบสอบถาม โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกต้อง ไม่แน่ใจ และไม่ถูกต้อง ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจหรือตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน

**5.4.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีผลต่อสุขภาพทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา การศึกษานี้ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และ 6) การเจริญทางจิตวิญญาณ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบ่อยมาก และปฏิบัติประจำ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ (Pender, et al., 2006) ได้แก่

1) *โภชนาการ (Nutrition)* หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีปริมาณเพียงพอ การเคี้ยวอาหาร ชนิดของอาหารที่ควรลด คือ ข้าว ขนมนึ่ง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง นมไขมันที่ทำด้วยแป้ง อาหารหวาน อาหารทอดในน้ำมันมาก ๆ ชนิดของอาหารที่ควรได้รับเพิ่ม เช่น ผัก ผลไม้ต่าง ๆ และกระบวนการปรุงอาหาร

2) *การออกกำลังกาย (Physical activity)* หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิตและปอด โดยมีขบวนการใช้ออกซิเจนในขบวนการเผาผลาญ เพื่อให้เกิดพลังงานสำหรับการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเตรียมความพร้อมของร่างกายในการออกกำลังกาย ความถี่และระยะเวลาของการออกกำลังกาย และประเภทของการออกกำลังกาย

3) *การจัดการความเครียด (Stress management)* หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความพยายามในการแก้ไขเพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่คุกคามหรือกระตุ้นเพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาโดยมุ่งเน้นปัญหา การแก้ไขปัญหาโดยการใช้อารมณ์ การหาสาเหตุของความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด

4) *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations)* หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มของผู้สูงอายุ ได้แก่ การพบปะบุคคลภายนอก การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน การยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และการช่วยเหลือกันและกัน

5) *ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ (Health responsibility)* หมายถึง การกระทำที่ผู้สูงอายุแสวงหาความรู้และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนเอง

6) การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกนึกคิด แสดงถึงความเชื่อที่มีต่อการดำเนินชีวิต และมีจุดหมายในชีวิตเพื่อปรับปรุงและพัฒนาร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุให้เกิดพลังในด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก ความสุข ความสงบ การมีจุดหมายในชีวิต การใช้หลักของศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

**5.4.3 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีต่อกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประเมินผลโดยแบบสอบถามความพึงพอใจในรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบประเภทมาตราประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด ความพึงพอใจระดับน้อย ความพึงพอใจระดับปานกลาง ความพึงพอใจระดับมาก และความพึงพอใจระดับมากที่สุด

**5.5 ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** หมายถึง การรวมตัวกันของผู้สูงอายุ เพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีการดูแลสวัสดิการทางสังคมแก่สมาชิก รวมทั้งเป็นการส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีงานอดิเรก และมีกิจกรรมสันทนาการที่เหมาะสมตามความสนใจ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย แกนนำของชมรมผู้สูงอายุแต่ละชมรมจำนวน 26 ชมรม ที่จัดตั้งกลุ่มโดยมีหลักการแนวคิดร่วมกันในการดำเนินงาน และได้จดทะเบียนเป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สาขาจังหวัดราชบุรี

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ชมรมผู้สูงอายุได้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพไปดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

6.2 ข้อมูลในงานวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรทางสาธารณสุขในการพัฒนางานวิจัย

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา 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 เครื่องฉาย, 2552) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ประกาศกฏบัตรออกติดตามที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติความหมายว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการดูแลและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ให้บรรลุถึงสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

เพนเดอร์ เมอร์ดอจท์ 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 เครื่องฉาย, 2552) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุม ดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อบรรลุสุขภาวะทั้งร่างกายสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการสร้างเสริมปัจจัยทั้งปวงให้มีสุขภาพดีทั้งทางปัจเจกบุคคลทางสังคม เศรษฐกิจทางสิ่งแวดล้อมและทางนโยบาย ซึ่งเป็นวิถีทางที่ยั่งยืนในการลงทุนด้านสุขภาพและมีความคุ้มค่าสูง

อำพล จินดาวัฒนะ (2551) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการพัฒนาสุขภาพตนเอง

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (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

ประภคิต วาทีสาธกกิจ (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 สามารถปรับตัวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมอย่าง เป็นสุข

## 1.2 กลยุทธ์ที่ในการสร้างเสริมสุขภาพ

### 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) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ (ศุภย์ศตวรรษิกชน สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

### 1.2.2 กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพตนเอง และในกฎบัตรออกต่อมาได้กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (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 การมีประเพณีรดน้ำดำหัว การรตน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3) *การมีส่วนร่วมในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Strengthen community action)* ชุมชนต้องมีการรวมตัวหรือรวมกลุ่มเพื่อจะดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในการรวบรวมปัญหาต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้มีการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ เช่น การฟันทะคน 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 ผมหาว 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 ใช้เกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2546 ว่าด้วย ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี และมีสัญชาติไทย (วันดี โภคกุล, 2548 อ้างถึงใน ศรีธัญญา เครื่องฉาย, 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 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย (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 ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลียเบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

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

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

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงขนาดครอบครัว ถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ญาติ คนในชุมชน ผู้นำชุมชน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี คลายความเหงา มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้ (นิธิรัชต์ 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 รวมถึงความสูงอายุยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุหญิงจะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 53.7 และในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 41.3 จากความชรา (ศรีปริญญา 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 ชุณหรัศมิ์, 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) การดื่มสุราเป็นปัญหามาไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย 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) ซึ่งการเคี้ยวหมากในผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดแผลในช่องปากและอาจจะนำไปสู่การเกิดมะเร็งในช่องปากได้ (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 (นิริรัชต์ 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 โดยพบว่ามี การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมากที่สุด คือ กลุ่มฌาปนกิจ คิดเป็นร้อยละ 73 ชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 40 และกิจกรรมที่เข้าร่วมน้อยที่สุดคือ 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 ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้ผู้อื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง เดิน ซึ่งพฤติกรรมของมนุษย์สามารถเข้าใจได้ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคุมไปการเงื่อนไขทางสังคม (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 ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่แออัด



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

(4) *อุจจาระ* ผู้สูงอายุควรขับถ่ายอุจจาระทุกวัน และให้ความสนใจกับการขับถ่ายเป็นสำคัญ หากมีปัญหาการขับถ่ายยาก หรือถ่ายลำบาก ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย มาก ๆ เช่น ผักและผลไม้ รวมถึงการดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้ขับถ่ายดีขึ้นและช่วยบรรเทาอาการ ท้องผูก

(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 แต่ไม่ควรเป็นสิ่งที่ เป็นภาระมากนัก 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 เพื่อนำมา กำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมการคิดรู้การปรับเปลี่ยนบริบทของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ อธิบายกระบวนการทางจิตสังคัม (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 การรับรู้ว่าร่างกายแข็งแรง อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น

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

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมโดยยอมขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 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 หรือเป็นพฤติกรรมอื่นที่บุคคลชื่นชอบจนเปลี่ยนใจ ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิด ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลา และสถานที่ที่กำหนดเอาไว้ โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชอบ และการหาวิธีการที่จะกระทำ มีการเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติ การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากวิธีการที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

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

### 3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health - promoting behavior)

พฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ 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 มีอยู่ประมาณ 2 ทัพพี

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

(3) กลุ่มที่ 3 กลุ่มผลไม้ รับประทานให้ทุกชนิดและทุกวัน เพราะมีวิตามินและแร่ธาตุ ควรเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานมาก เช่น มะละกอ ส้ม ชมพู แตงโม 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 ความต้องการพลังงานในผู้สูงอายุลดลง 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 สะดวกต่อการเคี้ยวและย่อยง่าย เช่น สับให้ละเอียด ตับเปื่อย หรือปรุงให้มีลักษณะค่อนข้างเหลว
3. ควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และมีฝาปิดมิดชิด
4. ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสจัดหรือหมักดอง
5. ควรรับประทานอาหารมื้อหนักตอนกลางวันหรือบ่าย แทนการรับประทานอาหารเช้า เพราะจะช่วยให้หลับสบายขึ้น
6. ควรรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำจะช่วยให้ท้องไม่ผูก
7. พยายามหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ เพราะจะทำให้นอนไม่หลับ
8. รายการอาหารไม่ควรซ้ำซากจำเจ เพราะผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อหน่ายและควรจัด



9. อาหารให้มีสีสันทน รับประทาน 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 แกงสั้ม แกงคั่ว แกงเลียง ต้มให้ผักและเนื้อนุ่ม ต้ม

ยำ 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 แต่ควรล้างให้

สะอาดก่อนนำมาประกอบอาหาร เช่น กล้วย สั้ม มะละกอ

7. ไขมันควรใช้ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว

ปรุงอาหาร

8. เครื่องดื่ม น้ำชিং น้ำมะตูม น้ำส้มคั้น น้ำนมพร่องมันเนย หรือ

น้ำนม 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 ทุเรียน มะม่วงสุก ละมุด กัลยหอม ลำไย ขนุนน้อยหน้า

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น อาหารเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญมากต่อการดำรงชีวิต 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 ถ้าไม่รู้สึกเหนื่อย ผิดปกติให้เพิ่มเป็นเดินเร็ว 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. ในขณะที่ออกกำลังกาย ถ้าเกิดอาการผิดปกติ ได้แก่ เวียนศีรษะ ตามัว หน้ามืด ใจสั่น ใจเต้นไม่ปกติ เหนื่อยผิดปกติ หายใจไม่เต็มอิ่ม แน่นหน้าอก คลื่นไส้ เหงื่อออก ตัวเย็น แขนขาอ่อนแรงหรือควบคุมลำตัวแขน ขาไม่ได้ พุดไม่ชัดเจนงุกตะกักหรือชัก ต้องหยุดออกกำลังกายทันทีแล้วพักสักครู่ ถ้าดีขึ้นควรไปพบแพทย์ ไม่ควรออกกำลังกายต่ออีกจนกว่าแพทย์จะอนุญาต ในการออกกำลังกาย ควรพิจารณาถึง

ก) สถานที่ ควรโปร่ง อากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนเกินไป

ข) เครื่องนุ่งห่ม ควรใส่สบายไม่พืด หรือรัดรูปและให้อุ่นพอโดยเฉพาะในเวลาอากาศหนาวเย็น

ค) รองเท้า ควรให้เหมาะสมและรู้สึกสบายเป็นรองเท้านี่ใช้ใส่สำหรับออกกกำลังกาย

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

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

ฉ. การออกกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรทำตามความสามารถและสภาพของร่างกาย ไม่แข่งขัน เพราะการแข่งขันอาจทำให้ร่างกายหักโหมเกินไปอาจเกิดอันตราย

ช. ควรงดออกกกำลังกายในขณะที่มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่สบาย

(2) ชนิดของการออกกกำลังกาย การออกกออกกำลังกายมีหลายชนิดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่

ก. การเดิน เป็นวิธีออกกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุมีความผิดปกติหรือความพิการของเท้าและข้อ ทำให้ลำบากในการเดิน) มีข้อปฏิบัติคือ ต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้านี่เหมาะสม เนื่องจากการเดินเป็นการออกกกำลังกายที่เท้าเป็นส่วนใหญ่ จึงควรแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกร่วมด้วยขณะเดิน

ก) ควรเดินในที่อากาศบริสุทธิ์ และปลอดภัย

ข) ควรเดินในตอนเช้า

ค) ควรมีเพื่อนหรือกลุ่มร่วมในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนาน

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

ค. กายบริหารท่าต่าง ๆ ก็เป็นการเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรบริหารให้ถึงระดับที่หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

ง. การร่ำมวยเงินหลักการของการร่ำมวยเงิน คือการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ต้องมีครูผู้ฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสม และต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

จ. โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะต้องมีครูฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะให้ประโยชน์สูง

### 3) การดูแลผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียด

ในสังคมไทยยกย่องและถือว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญที่มีคุณค่าของครอบครัวและชุมชน ดังนั้น ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพกายของตนให้มีปัญหาที่น้อยที่สุด ซึ่งจะมีผลต่อจิตใจให้ สดชื่น แจ่มใส ช่วยให้คนรอบข้างทั้งสังคมและครอบครัวมีความสุขด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2552) วิธีการดูแลร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

#### (1) การดูแลร่างกาย

ก. สุขภาพดีมีวิธีการหลายอย่างประกอบกัน เช่น การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อยู่ในที่ที่มีอากาศดี มีการออกกำลังกายที่พอเหมาะ และนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เมื่อเจ็บป่วยต้องรีบรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ลดน้อยลง

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 เพราะเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถทำให้ต้นไม้ออกดอกออกผลได้และรู้สึกกว่าตัวเองมีคุณค่าที่ทำงานประสบผลสำเร็จ

ง. การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น เพื่อพูดคุยกันหรือปรับทุกข์ เป็นต้น

จ. การยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ

(ก) การสวดมนต์ ทำบุญตามความสะดวกและความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ เวลาและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

(ข) หาเวลาอยู่เงียบ ๆ เพื่อปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิหรือศึกษาข้อปฏิบัติทางศาสนา

(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 ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกาย การได้ยิน

ลดลงทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว และยังพบกับข้อจำกัดอื่น ๆ เนื่องจากภาวะสุขภาพและการสูญเสียในหลาย ๆ ด้านจากความสูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว และขาดที่พึ่ง โดยที่ความรู้สึกว่าเหว้นนี้อาจเกิดขึ้นถึงจะมีบุคคลอื่นอยู่รอบข้าง ความว่าเหวในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานานและมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ดังนั้นการดำรงสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อน ๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น ดังนั้นการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

#### 5) การดูแลผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

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

#### 6) การดูแลผู้สูงอายุด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

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

### 1.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse practitioner) หมายถึง ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลหลัง



ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ไม่น้อยกว่า 2 ปี พร้อมทั้งผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ที่สภาการพยาบาลรับรอง และได้รับประกาศนียบัตรการรักษารักษาโรคเบื้องต้นจากสถาบันที่ฝึกอบรม และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) กับสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2551) สภาการพยาบาลได้จัดทำข้อกำหนดในการรักษารักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545 เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษารักษาโรคเบื้องต้น ทั้งนี้โดยมีสภาวิชาชีพด้านสุขภาพให้ความเห็นชอบข้อกำหนดในการรักษารักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัวของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 4 วิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภานิติศาสตร์ ทนตแพทยสภา 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-base 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) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 227 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ส่วนใหญ่ได้รับจากสวัสดิการจากรัฐ มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่ดีที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายแย่มากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และภาวะการณมีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลีพกุล, พัสมณห์ คุ่มทวีพร และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 123 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุง และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.5, 46.3 และ 23.6 ตามลำดับ และพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ยกเว้น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 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 และมีกำหนดวันเวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรม มีการปรับลักษณะของกิจกรรมในแต่ละชั้น พบว่า ผู้สูงอายุสามารถจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย และมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และสามารถขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มหมู่บ้านอื่นได้

นรเศรษฐ์ เรืองพยุงค์ศักดิ์ (2550) ศึกษาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอปากท่อ 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 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นงบประมาณไม่ครบถ้วนและพบปัญหา อุปสรรคมากที่สุด ในขั้นตอนควบคุม ซึ่งเป็นการเขียนแผนปฏิบัติการ อาจเนื่องจากระยะเวลาในการจัดทำกระบวนการ A-I-C ในหนึ่งวันมีรายละเอียดมากเกินไปและผู้สูงอายุต้องใช้เวลามากในการทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ประกอบกับควรมีการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและความรู้ เรื่องการจัดทำแผนก่อนดำเนินการ A-I-C เพื่อให้ได้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ครบถ้วนตามองค์ประกอบของแผนและครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C มาใช้ควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายและปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ตอบสนองต่อความต้องการแก้ปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในตำบลทุ่งหลวง อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี อันเป็นพื้นฐานชุมชนเข้มแข็งต่อไป

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

เกิดกิจกรรมการเยี่ยมเยียนสมาชิกที่เจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และ อสม. มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ

ปานชีวา ณ หนองคาย (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 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 และการจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม มีเพียงด้านการจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ศรินญา เครื่องฉาย (2552) ศึกษาการพัฒนากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยชมรมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บทบาทชมรมผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ระยะที่ 2 เป็นช่วงพัฒนาศักยภาพและบทบาทของชมรมผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการเสริมพลัง และพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 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. พัฒนาอุ้งเยี่ยมพร้อมสายสัญญาณสื่อกำลังใจแต่ผู้สูงอายุ



ประกอบการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ จากผลการประเมินในภาพรวมพบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีการให้ความรู้หรือข้อมูลด้านสุขภาพตามชุมชนและหอกระจายข่าวโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

คมกริช หุตะวัฒนะ (2553) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 66 คน ได้รับกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพ 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) หลังการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) หลังการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

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

นรินทร์ หมั่นแสน และสุชาดา ไกรพิบูลย์ (2555) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านทุ่งหลก 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 เหงาและเครียด (3) ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการประกอบอาชีพ 2) ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ (1) ผู้สูงอายุต้องการมีสุขภาพที่ดี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บมีสถานที่ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมร่วมกัน (2) ผู้สูงอายุต้องการความเอาใจใส่จากครอบครัวและคนใกล้ชิด รวมถึงหน่วยงานที่ดูแลเรื่องสุขภาพ (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 สิทธิปริชาอายุ, ปนัดดา ปรียพถม, และญาณิศา โชติกะคาม (2555)

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



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

เสน่ห์ แสงเงิน (2555) ศึกษาการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัย 2) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 285 คน และ 30 คน ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกจากบุคคลกรด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.82 และกระบวนการเพิ่มศักยภาพที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนจากบุคคลากรภายนอกครอบครัว และบุคคลกรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ

ชนินทร์ งามแสง (2557) ศึกษาการจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้ปูน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและแนวทางการจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 285 คน ด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) ผู้สูงอายุในตำบลไค้ปูน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและด้านพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพอนามัยส่วนบุคคล และด้านพฤติกรรมการสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัย อยู่ในระดับสูง 2) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลไค้่นุ่น พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องมีนโยบายที่ชัดเจน มีการจัดประชุมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้ต่อเนื่อง

บัวหลวง ใจดี (2557) ศึกษาการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองตะไค้ อำเภอสุงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 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 การฝึกสรีดการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียด แก้วแขน และรำไม้พลอง 2) ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  และ 3) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$

ไพบูลย์ 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 การสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุด คือ การ

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

กรกฤษ ลิ้มสมมุติ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตริต์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 892 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน โดยเกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นผู้ที่มีความสมัครใจในการเป็นผู้ร่วมให้ข้อมูล 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 ทรงศาตรี 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) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายด้วยกะลามะพร้าว 2) กิจกรรมตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ 3) กิจกรรมประกวด และเชิดชูเกียรติ ผู้สูงอายุต้นแบบ 4) กิจกรรมจัดหาทุนชมรมผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาการดำเนินงาน โดยรวมรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เชียง เกาซิด 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 และการเอามือไขว้หลังแตะกัน แต่พบว่า สมรรถภาพทางกาย 2 ด้านที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ การย่อเท้ายกเข้าสูง 2 นาที และการลุก-เดิน-นั่ง ไป-กลับ 16 ฟุต 2) ผลการศึกษาารูปแบบการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุทำ กิจกรรมการดำเนินชีวิต มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ดูรายการโทรทัศน์ วิดีโอ



รองลงมาคือ ตรวจสอบสุขภาพกับแพทย์อย่างน้อย 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 และมีความรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้น มีอารมณ์สดชื่น แจ่มใสขึ้น

#### 1.6.4 โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปีนเรศ 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 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค 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 คงสุริยะนาวิน, และ วิลาสินี เต็มเศรษฐเจริญ (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 (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณต์ คุ่มทวีพร, และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2554) และระดับดีมาก (ชนากาน สิงห์หลง, 2557) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมออกกำลังกายแย่มากที่สุด 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; วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณต์ 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 ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ที่ส่งเสริมสุขภาพด้านสถานที่ ระยะทาง ค่าใช้จ่ายระยะเวลา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อัญชลี นพรัตน์, 2552)



2. การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน (กรกฤษ ลิ้มสมมุติ, 2558; ชนินทร์ งามแสง, 2557; เชียง เกาชิต และพรณราย เทียมทัน, 2559; ไพบูลย์ 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 ไม้พลองป่าบุญมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน การเยี่ยม การอบรมให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพโดยการนำหลักพุทธศาสนามาใช้ (บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีนญา เครื่องฉาย, 2552; อรุณา วะสมบัติ, 2550; เอกศักดิ์ เสงสุโข, 2557) และนอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเอง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยลักษณะโปรแกรมเป็นการทดลองในกลุ่มตัวอย่างชมรมผู้สูงอายุเพียงชมรมเดียว (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 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 (ศรีธัญญา 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 สอดคล้องกับการศึกษาของไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน

5. การประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีธัญญา เครื่องฉาย, 2552; อรุณา วะสมบัติ, 2550; เอกศักดิ์ เฮงสุโข, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าผลจากการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความรู้หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมจะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (บัวหลวง ใจดี, 2557; ศรีธัญญา 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 วิริภิมย์กุล, เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุนันท์ และดุชนี คำมี (2555) กล่าวว่า การประเมินแบบเสริมพลัง หมายถึง กระบวนการที่ผู้ประเมินได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมพลังหรือศักยภาพการดำเนินงานให้กับผู้ปฏิบัติ โดยทำหน้าที่เสมือนผู้ชี้แนะแนวทางหรืออำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยเทคนิค วิธีการ และกระบวนการในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการยอมรับและวางใจซึ่งกันและกัน จนในที่สุดผู้ปฏิบัติสามารถตัดสินใจ พัฒนา และปรับปรุงการดำเนินงานด้วยตนเอง

มณีรัตน์ โนนห้าวรอ (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 นอกจากนี้พื้นฐานแนวคิดของการประเมินยังอาศัยความรู้ทางด้านจิตวิทยาชุมชน (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 นักประเมินที่เสนอแนวคิดการประเมินของตนนั้นมักจะเสนอวิธีการปฏิบัติควบคู่กันไป การประเมินผลแบบเสริมพลังก็เช่นเดียวกับการประเมินอย่างอื่น ซึ่งเฟตเตอร์แมน

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

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

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) ให้ถุกคิดตระหนักถึงสิ่งที่พวกเขาทำอยู่และเป้าหมายที่ต้องการจะไปให้ถึงผู้ประเมินอาจจำเป็นในการจัดเตรียมข้อมูลเพื่อช่วยเหลือทีมผู้สนับสนุน ทำงานร่วมกับกลุ่มสนใจ บางครั้งนักประเมินอาจจะต้องช่วยในการออกแบบการประเมินให้กับบุคคลหรือองค์กรนั้น ๆ

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

4. การชี้ช่องทางสว่าง (Illumination) บางครั้งผู้ประเมินอาจจำเป็นต้องแสดงบทบาทเป็นผู้จัดความไม่ชัดเจนในเป้าหมาย หรือทิศทางการประเมินตนเองของบุคคลหรือองค์กร ในบทบาทนี้ผู้ประเมินเปรียบเสมือนผู้ชี้ทางสว่างเกี่ยวกับการประเมินให้กับองค์กรหรือบุคคล

5. การให้เสรีภาพ (Liberation) การประเมินเสริมพลังจำเป็นต้องก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันหรือความรู้สึกลิเสรีภาพของบุคคลต่าง 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. มองเห็นบทบาทของคนทาน มองเชิงบวก และสามารถมองเห็นจุดอ่อน/จุดแข็งได้
8. มองเฉพาะส่วน ไม่สนใจโครงสร้างและความเป็นองค์รวม	8. มองอย่างเป็นองค์รวม/สนใจเรื่องโครงสร้างหรือความเป็นทั้งหมด
9. ทำแล้วไม่ค่อยมีความสุข ไม่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้	9. ทำแล้วมีความสุข เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและพัฒนา
10. มักทำให้เกิดความขัดแย้ง เพราะมักจะอธิบายผลที่พบไม่ค่อยได้ว่าเป็นเพราะอะไร	10. ลดความขัดแย้ง เพิ่มความสมานฉันท์ เพราะสามารถอธิบายได้ในสิ่งที่ตนทำสำเร็จ/ไม่สำเร็จ
11. ไม่ค่อยเน้นเรื่องการสร้างคุณค่าร่วมกัน เน้นเฉพาะการวัดผลงาน	11. เน้นการสร้างคุณค่าร่วมกัน การพูดความจริงและความซื่อสัตย์ เป็นหัวใจสำคัญในการประเมินแนวนี้นี้
12. ผลการประเมินมักถูกขึ้นหิ้ง ไม่เกิดประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดการปรับปรุง	12. มีปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดการใช้ประโยชน์ตลอดเวลา

ที่มา: อรทัย อัจฉา, 2549 อ้างถึงใน จำรูญ มีชนอน, สมชาย วิริภิมย์กุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุนทร และดุชนี คำมี (2555)

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลแบบเสริมพลัง

การประเมินแบบเสริมพลังมาใช้ในกระบวนการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

จำรูญ มีখনอน, สมชาย วิจิทธิภรณ์กุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุนทร, และดุชนิ ดำมี (2555) ได้ศึกษาการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน การดำเนินงานของสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตาม ประเมินผล ถอดบทเรียนการดำเนินงานของสมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรีและนำผลการประเมินไปปรับปรุงการทำงานของสมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี ตลอดจนการนำผลการประเมินไปขยายผล และวางแผนในการจัดตั้งและบริหารจัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพ การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนในครั้งนี้ได้ใช้เทคนิค “การติดตามประเมินผลแบบเสริมพลัง” ที่มุ่งเน้นหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน คือ ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และทีมบริหารสมาคมฯ ในการเรียนรู้การทำงานร่วมกันตั้งแต่กระบวนการวางแผน ตัดสินใจ และแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน มีคุณภาพเกิดประสิทธิภาพ รวมทั้งใช้ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษาจำนวนสมาชิกสมาคมฯที่ตั้งเป้าไว้ในปี 2554 จำนวน 100 แห่ง ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีชมรมผู้สูงอายุที่สมัครเข้ามาเป็นสมาชิกเพียง 89 แห่ง สาเหตุที่สำคัญคือ ระยะเวลาการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมค่อนข้างสูง คือ 1,000 บาท ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ และขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาการบริหารงานที่ต้องอาศัยผู้สูงอายุที่มีจิตอาสาเข้ามาทำงานมีไม่มากนัก ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการอบรมพัฒนาแกนนำอาสาสมัคร และนำความรู้ที่ได้รับไปปรับพฤติกรรมตนเองในการดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย ไปพัฒนาการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุของตนเองไปถ่ายทอด/ให้คำแนะนำ สร้างแกนนำสุขภาพชุมชน และประสานงานกับ อปท. ในการดูแล/สงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่ทำให้สมาคมฯ ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย “หลัก 4M LPK” คือ มีทีมงานจิตอาสาที่ทำงานร่วมกัน มีงบประมาณ สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการที่ดี มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ผู้นำมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล/รับฟังความเห็นของ ผู้อื่น การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และที่สำคัญ คือ มีการพัฒนาศักยภาพตนเองอยู่เสมอ

### 3. ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

#### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุนับว่าเป็นกุญแจสำคัญสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุนั้นเป็นการสร้างความเป็นองค์กรแก่ชุมชนและให้ความเอื้ออาทรแก่เพื่อนสมาชิกและสังคม เป็นการรวมกลุ่มเพื่อสร้างสรรค์ มีกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและเพื่อนสมาชิก ชุมชนและสังคม ด้วยภูมิปัญญา คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นผู้สูงอายุซึ่งชมรมผู้สูงอายุที่จะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องมีผู้นำที่เข้มแข็ง สมาชิกมีความพร้อมและมีความต้องการตรงกันมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสามารถพึ่งตนเองได้ (ศรีปริญญา เครือธงฉาย, 2552)

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

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

ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงได้เริ่มดำเนินการส่งเสริมการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 และจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 และฉบับที่ 7 ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการผู้สูงอายุรูปแบบต่าง ๆ เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในครั้งแรกใช้ชื่อว่า “ชมรมผู้สูงอายุ” 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 จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้เลี้ยงในการดำเนินการต่อไปเรื่อย 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 จี๊ง 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** เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาว่างมาก 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 การประพันธ์ บทกลอน 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 การทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การทำบุญ การรวมกลุ่มช่วยเหลือเพื่อนผู้สูงอายุร่วมกัน โดยมีแกนนำของชมรมผู้สูงอายุตำบลกรับใหญ่ เมื่อดำเนินการไประยะหนึ่งก็เริ่มคิดที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการรวมตัวและทำกิจกรรมร่วมกัน ร่วมทั้งการได้รับสวัสดิการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จึงได้รวมตัวกันขึ้น และจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานในระยะแรก มีการดำเนินกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น แต่ยังคงพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ยังถูกละเลยจากสังคม จึงได้วางแผนและรวมตัวกันทั้ง 26 ชมรมและได้จดทะเบียนในนาม ชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาสาขาบ้านโป่ง และได้ดำเนินการมาจนทุกวันนี้

ปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วยชมรมผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 26 ชมรม ได้แก่

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. ชมรมผู้สูงอายุตำบลลาดบัวขาว            | 2. ชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร        |
| 3. ชมรมผู้สูงอายุตำบลกรับใหญ่             | 4. ชมรมผู้สูงอายุตำบลคิ่งพยอม       |
| 5. ชมรมผู้สูงอายุตำบลนครชุมน์             | 6. ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองปลาหมอ     |
| 7. ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาขลุง              | 8. ชมรมผู้สูงอายุตำบลสระตะโก        |
| 9. ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองหญ้าปล้อง        | 10. ชมรมผู้สูงอายุตำบลสวนกล้วย      |
| 11. ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านน้ำพุเขียว      | 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 ชมรมที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนชมรมที่เหลือในการดำเนินงานพบปัญหา คือ บางชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินการ มีเป้าหมายในการดำเนินงาน แต่ยังขาดความต่อเนื่อง ไม่เป็นรูปธรรม บางชมรมมีการอบรมจิตอาสา แต่อบรมแล้วไม่ดำเนินการต่อ ทำให้ผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับโอกาสหรือได้รับการดูแล บางชมรมได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่แต่เมื่อจบประมาณหมด กิจกรรมที่ดำเนินการจะหยุดชะงักสิ้นสุดลงไม่ดำเนินการต่อ นอกจากนี้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรม ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีลักษณะการปฏิบัติเป็นครั้งคราว กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นเรื่องการอนุรักษ์ ประเพณี กิจกรรมพุทธศาสนา โดยกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การดำเนินงานไม่ตรงกับปัญหาและความต้องการทำให้กิจกรรมไม่ต่อเนื่องและยั่งยืน บางกิจกรรมไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมน้อย ส่งผลให้ผู้สูงอายุละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่

ถูกต้อง มีภาวะเครียด รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต 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



## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 2) เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบ็กไพร อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี การดำเนินงานวิจัยประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบ็กไพร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างเป็นระบบและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

##### 1.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

เป็นการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

**1.1.1 ประชากรในการศึกษา** ประกอบด้วย แกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 70 คน

**1.1.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา** เป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 26 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 2) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนถึงสิ้นสุดการศึกษา

## 1.2 ระยะเวลาที่ 2 พัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

การวิจัยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

**1.2.1 ประชากรในการศึกษา** เป็นกลุ่มพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย แกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 70 ราย อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จำนวน 33 ราย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26 ราย และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 26 ราย รวมทั้งสิ้น 155 ราย

**1.2.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา** เป็นกลุ่มพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย แกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาฯ จำนวน 25 ราย อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จำนวน 1 ราย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ราย รวมทั้งสิ้น 27 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา หรือเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา เพศหญิงและเพศชายที่ไม่มีความพิการหรือโรคที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนถึงสิ้นสุดการศึกษา
- 2) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็น
- 3) สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 1) ขอดอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย



### 1.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผล การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร

ระยะนี้เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในชมรมผู้สูงอายุ  
ตำบลเบิกไพร

**1.3.1 ประชากรในการศึกษา** เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ใน  
ในอำเภอบ้านโป่ง จำนวน 26 ชมรม รวมทั้งสิ้น 10,432 ราย

**1.3.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา** เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพรที่ได้มา  
จากการสุ่มชมรมแบบสุ่มอย่างง่าย (purposive sampling) โดยการจับฉลากไม่คืนที่จาก 26 ชมรม  
ซึ่งมีสมาชิกชมรม จำนวน 1,157 ราย ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของชมรมอื่นได้ เนื่องจากมีจำนวน  
ผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน ลักษณะพื้นที่ใกล้เคียงกัน และมีการดำเนินกิจกรรมคล้าย ๆ กัน กลุ่มตัวอย่าง  
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพรถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

1) **ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ได้มาจากการ  
วิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ของ  
ขนาดตัวอย่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ คมกริช หุตะวัฒนะ (2553) ซึ่งศึกษาการพัฒนาารูปแบบการ  
สร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา  
และมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน คือ ศึกษาในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีค่า effect size  
เท่ากับ 0.465 และค่าแอลฟา (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .90 และได้ขนาดกลุ่ม  
ตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 50.3 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (De Leeuw, Hox &  
Dillman, 2008; Polit & Hungler, 1995) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการตอบ  
แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 55 ราย

2) **การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive  
sampling) เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิงหรือชาย
- 2) เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร ซึ่งถูกคัดเลือกโดย  
ประธานชมรมผู้สูงอายุ
- 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่าน และเขียนได้ไม่มีปัญหา  
ด้านการสื่อสาร การเคลื่อนไหว ฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดี
- 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 1) ขอลอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย
- 2) มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเสียชีวิต

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

**2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม ได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่มแกนนำผู้สูงอายุชมรมคลังปัญญา 2) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3) แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

### 2.1.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

1) *แนวทางการสนทนากลุ่มแกนนำผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา* อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นแนวการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ (Pender et. al, 2006) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) โภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) ความรับผิดชอบต่อด้านสุขภาพ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) การเจริญทางจิตวิญญาณ โดยมีองค์ประกอบของประเด็นการสนทนาดังนี้ คือ 1) ความหมายของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ 3) การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อด้านสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และกิจกรรมย่อย ๆ ในแต่ละด้านของชมรมผู้สูงอายุ 4) ความร่วมมือจากสมาชิกชมรมในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน 5) ปัญหาอุปสรรคในการการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน 6) ผลการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้ง 6 ด้าน และ 7) หน่วยงานที่เข้ามาสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานนั้น และความต้องการให้สนับสนุนเพิ่มเติม

2) *แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ* ของกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการวิจัย โดยใช้กระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลังตามแนวคิดของเพนเดอร์แมน

(Fetterman, 2001) ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการบรรลุผล (setting goals) 2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (taking stock) และ 3) การวางแผนสำหรับอนาคตในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ (planning for the future)

**2.1.2 แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ผู้ดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

2) ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง จำแนกความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก จำนวน 26 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

(1) ด้านโภชนาการ

ข้อที่ 1, 3, 4 ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจหรือตอบไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน  
ข้อที่ 2 ถ้าตอบไม่ถูกต้องได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบถูกต้องหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

(2) ด้านการออกกำลังกาย

ข้อที่ 5, 6, 9, 10, 11 ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจหรือตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน  
ข้อที่ 7, 8 ถ้าตอบไม่ถูกต้องได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบถูกต้องหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

(3) ด้านการจัดการความเครียด

ข้อที่ 12, 14, 16 ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจหรือตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน  
ข้อที่ 13, 15 ถ้าตอบไม่ถูกต้องได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบถูกต้องหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

(4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ข้อที่ 17, 18 ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจหรือตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน

(5) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ข้อที่ 19, 21 ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจหรือตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน  
ข้อที่ 20, 22 ถ้าตอบไม่ถูกต้องได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบถูกต้องหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

(6) การเจริญทางจิตวิญญาณ

ข้อที่ 23, 24, 25, 26 ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจหรือตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน

สำหรับคะแนนรวมของการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในช่วง 0-26 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้ โดยการกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาความเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (คะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป)	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี
คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนนตั้งแต่ 16-20 คะแนนขึ้นไป)	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน)	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

3) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาและดัดแปลงแบบสอบถามของ วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาติ สนวนุ่ม (2550) ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตรฐาน ประเมินค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จำนวน 48 ข้อ โดยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านโภชนาการ จำนวน 11 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 8, 9, 10, 11 และคำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 4, 5, 6, 7

(2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12 ถึง ข้อที่ 18

(3) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 19, 20, 22, 23, 24 และคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 21

(4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 25 ถึง ข้อที่ 31

(5) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 32, 33, 34, 35, 36, 38 คำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 37

(6) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 10 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 39 ถึง ข้อที่ 47 และคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 38 เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก		คะแนน	คำถามเชิงลบ		คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	=	1 คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ	=	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	=	2 คะแนน	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	=	2 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	=	3 คะแนน	ปฏิบัติปานกลาง	=	3 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	4 คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	=	5 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ	=	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนในการแปลผล โดยคิดจากเกณฑ์ประมาณค่า 5 ระดับ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ (นพพร ณะชัยจันทร์, 2555)

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด

4) ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่กำหนดลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ การอบรมให้ความรู้ จำนวน 2 ข้อ การอภิปรายและเสวนาแลกเปลี่ยน จำนวน 2 ข้อ การฝึกทักษะและฝึกปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ และด้านอื่น ๆ จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	หมายถึง	ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมาก	ให้ 4 คะแนน
มากที่สุด	หมายถึง	ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนในการแปลผล โดยคิดจากเกณฑ์ประมาณค่า 5 ระดับ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ (นพพร ณะชัยจันทร์, 2555)

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด



**2.2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย 1) รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2) คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) เทปบันทึกเสียง มีรายละเอียดดังนี้

**2.2.1 รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** ได้จากการพัฒนารูปแบบจาก แกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยใช้กระบวนการประเมินผลแบบ เสริมพลัง ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การอบรมให้ความรู้ 3) การอภิปรายเสวนา 4) การฝึกทักษะ 5) คู่มือสร้างเสริมสุขภาพ และ 6) สรุปผลการดำเนินกิจกรรม

**2.2.2 คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2558) ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางและสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน โภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านความรับผิดชอบด้าน สุขภาพ 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ การประเมินภาวะ สุขภาพ และแบบบันทึกเพื่อนช่วยเพื่อนสร้างสรรค์สุขภาพดี

**2.2.3 เทปบันทึกเสียง** ใช้บันทึกเสียงขณะที่ทำการสนทนา ซึ่งขณะทำการสนทนา ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเทปควบคู่ไปกับการจดบันทึก เพื่อให้การสนทนาเป็นไป อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำเทปบันทึกข้อมูลมาถอดเทป และบันทึกข้อมูลเป็นลายลักษณ์ อักษร

## 2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 2.3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์และคณะ สาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน และผู้บริหารในระดับท้องถิ่น จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยใช้แบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง มี ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญใช้ค่า ดัชนีความสอดคล้องโดยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่เห็นว่าไม่สอดคล้อง	กำหนดคะแนนเป็น	1
ข้อความที่เห็นว่าสอดคล้องบางส่วน	กำหนดคะแนนเป็น	2
ข้อความที่เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง	กำหนดคะแนนเป็น	3
ข้อความที่เห็นว่ามีความสอดคล้องมาก	กำหนดคะแนนเป็น	4

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (I-CVI: Item content validity index) ซึ่งในงานวิจัยนี้กำหนดให้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2006, pp. 491) การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Item content validity index, I-CVI)

เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) ของเครื่องมือวิจัยที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ มีค่าระหว่าง 0.98-1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ	ค่า CVI = 1.00
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ค่า CVI = .987
ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ค่า CVI = 1.00

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

### 2.3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบ เพื่อหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .796

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .943

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .915

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงมากกว่า .70 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากมากกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดว่า ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั่วไปมีค่าเท่ากับ .80 ขึ้นไป แต่หากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยเริ่มพัฒนาขึ้นควรมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 ขึ้นไป (Grove, Burns, & Gray, 2013, p. 392) และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้สมบูรณ์จากนั้นจึงนำไปเก็บข้อมูลจริง

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

**3.1 ขอบหนังสือขอความอนุเคราะห์** ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลการวิจัยจากประธานคณะกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**3.2 การเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย** ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อออกเอกสารรับรองการทำวิจัย

**3.3 การประสานงาน** ผู้วิจัยได้ประสานงานกับประธานแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ หลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมแบบสอบถามติดต่อกับกับประธานแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็นระยะการวิจัย ดังต่อไปนี้

**3.4 ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** เป็นการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการสนทนากลุ่มแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ดังนี้

**3.4.1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์, เมอร์ดอร์จ และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) โภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และ 6) การเจริญทางจิตวิญญาณ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเข้าไปสร้างสัมพันธ์กับแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความพร้อมและให้เกิดความไว้วางใจและให้ข้อมูลที่แท้จริง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และดำเนินการสนทนากลุ่มคลอบคลุมตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ (Pender et. al, 2006) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) โภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และ 6) การเจริญทางจิตวิญญาณ กำหนดระยะเวลาในการสนทนาการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง หรือจดข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่ม

2 ครั้ง เนื่องจากข้อมูลในครั้งแรกที่ได้รับยังไม่อิมตัวพอ โดยครั้งแรกเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2559 มีแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาเข้าร่วมสนทนา จำนวน 13 รายโดยใช้ระยะเวลาในการสนทนา กลุ่ม ครั้งละ 1 ชั่วโมง และครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2559 มีแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 13 ราย

2) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ถอดเทปและสรุปประเด็นสภาพปัญหา และความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง

**3.5 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** การวิจัยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

**3.5.1 การประสานงาน** ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาฯ อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลเบิกไพรที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 27 ราย เพื่อวางแผนนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็นแนวทางการสนทนา กำหนดระยะเวลาในการสนทนา การเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง และจดข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา ซึ่งในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลังตามแนวคิดของเฟตเตอร์แมน (Fetterman, 2001) ซึ่งประกอบด้วย

1) **การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการบรรลุผล (setting goals)** โดยขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี นำโดยกลุ่มแกนนำพัฒนารูปแบบทำการกำหนดภารกิจ (mission) หรือกำหนดเป้าหมาย (setting goals) ร่วมกันโดยในการดำเนินการประเมินผลแบบเสริมพลัง ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มแกนนำพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 13-14 คน และให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มทบทวนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุแต่ละชมรมว่าในปีที่ผ่านมาทำอะไรที่ได้ทำไปแล้วบ้าง และมีเป้าหมายอะไรบ้าง โดยให้เขียนลงในกระดาษ (โดยใช้คำตอบที่ได้จากการสนทนากลุ่มในครั้งที่ 1 เป็นแนวทาง) หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มแกนนำพัฒนารูปแบบแต่ละกลุ่มร่วมกันคิดและพิจารณากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการทำเพิ่มเติมจากปีที่ผ่านมาอะไรบ้าง โดยให้แต่ละกลุ่มเขียนลงในกระดาษ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มแกนนำพัฒนารูปแบบร่วมกันลงมติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จะดำเนินการต่อและร่วมกันคิดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2) **การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม (Taking stock)** แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

(1) **การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม** เมื่อกลุ่มแกนนำพัฒนารูปแบบได้ช่วยกันกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ทางผู้วิจัยได้ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนให้คะแนนความสำคัญของแต่ละกิจกรรม โดยให้สมาชิกแต่ละคนเรียงลำดับความสำคัญของ

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและเลือกมาดำเนินการในปี 2559 หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนให้คะแนนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละกิจกรรม โดยกิจกรรมที่มีความสำคัญมากที่สุดให้ 3 คะแนน รองลงมาเป็นลำดับ 2 คะแนน และ 1 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยช่วยหาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละกิจกรรม โดยรวมคะแนนของสมาชิกแต่ละคนที่ให้ในแต่ละกิจกรรม แล้วหารด้วยจำนวนสมาชิกของกลุ่ม ( $n = 27$ ) และสรุปคะแนนที่ได้เรียงลำดับจากกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดไปหากิจกรรมที่มีคะแนนน้อยสุด

(2) *การประเมินความสามารถของทีม* เมื่อได้ลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อ ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มพัฒนารูปแบบ พิจารณาคัดเลือกกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้คะแนนสูงมา 3-5 กิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยได้ให้แต่ละคนพิจารณาว่า ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเหล่านี้ได้ดีมากน้อยเพียงใด โดยให้สมาชิกแต่ละคนให้คะแนนความสามารถของทีม โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน ซึ่งคะแนนเต็ม 10 หมายถึง มีความสามารถดีที่สุด คะแนน 1 หมายถึง มีความสามารถที่ยังไม่ดี ลดหลั่นกันมาตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยช่วยหาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละกิจกรรม โดยรวมคะแนนของแต่ละคนที่ให้ในแต่ละกิจกรรม แล้วหารด้วยจำนวนสมาชิกของกลุ่ม หลังจากกลุ่มพัฒนารูปแบบได้ประเมินความสามารถของทีมแล้ว ผู้วิจัยให้ให้แต่ละคนช่วยกันอภิปรายว่าเพราะอะไร กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละกิจกรรมจึงได้คะแนนเท่านี้ โดยให้แต่ละคนวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และให้เขียนลงในกระดาษ

3) *การวางแผนสำหรับอนาคต (Planning for the future)* ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มช่วยกันคิดว่าจะทำโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอะไรในปีนี้ โดยผู้วิจัยได้ให้กลุ่มพัฒนารูปแบบร่วมกันคิดว่าชมรมจะมีวิธีการหรือกลยุทธ์อะไรที่จะทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เตรียมไว้ดีขึ้นจากปีที่แล้ว หรือให้แตกต่างจากปีที่แล้วอย่างไรบ้าง โดยให้แต่ละคนช่วยคิดหาวิธีการเพื่อจะให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมทั้งช่วยกันหาวิธีการประเมินกิจกรรมนั้น ๆ ด้วย เมื่ออภิปรายได้แล้วให้เขียนผลสรุปลงตาราง

**3.5.2 การถอดเทป** ผู้วิจัยถอดเทป วิเคราะห์ และสรุปประเด็นให้แล้วเสร็จในแต่ละวันเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและผู้วิจัยจะสิ้นสุดการสนทนาเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว

**3.5.3 การตรวจสอบรูปแบบ** และวิเคราะห์ที่ได้ร่างรูปแบบที่พัฒนาแล้ว โดยผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาแล้ว ตรวจสอบรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีนิจ จำนวน 3 ท่าน และแกนนำชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบ ในวันที่ 22 กรกฎาคม 59 โดยการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นและ



การประชุมกลุ่มของแกนนำชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร เพื่อความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปปฏิบัติ

**3.5.4 การปรับรูปแบบ** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ และแกนนำชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร มาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามข้อเสนอแนะโดยพิจารณาจากระดับความเป็นไปได้ของรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากเท่ากับ 3.78 (SD = 0.72) และ 3.61 (SD = 0.71) ผู้วิจัยจึงสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้จริงกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร

**3.6 ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผล**  
การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร การดำเนินการทดลองในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 2 ครั้ง ในวันที่ 10 และ 24 กันยายน 2559 โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

**3.6.1 การประสานงาน** ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับแกนนำผู้สูงอายุตำบลเบิกไพรเพื่อให้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 55 ราย ที่มีคุณสมบัติเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้

**3.6.2 การเก็บข้อมูล** หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้สูงอายุทราบถึงงานวิจัยอย่างคร่าว ๆ โดยอธิบายความสำคัญและความเป็นมาในการทำวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการเก็บข้อมูล พร้อมลงชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย

1) การดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบ จำนวน 2 ครั้ง โดยมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยครั้งที่ 1 มีการจัดกิจกรรม 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด วัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ตรวจร่างกายเบื้องต้น ประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม และประเมินสุขภาพจิต 2) การบรรยายให้ความรู้ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างไรจึงจะได้ผลและความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การสังเกตอาการ การป้องกัน และแก้ไขอาการผิดปกติเบื้องต้น 3) การอภิปรายและเสวนา ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ กินอยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว และการแลกเปลี่ยนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลผู้สูงอายุสุขภาพดี และการแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำเนินตามกิจกรรมสร้างเสริมได้ 4) การฝึกทักษะและการปฏิบัติ ได้แก่ การฝึกอบรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลองกลองยาวและการแกว่งแขน การฝึกทักษะการจัดการความเครียด การผ่อนคลายตระหนักรู้ การฝึกทักษะการบริหารจิต

และการสาธิตกรรมวิธีการปรุงหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การหุงข้าวไรซ์เบอร์รี่ การทำแกงเลียง และการทำน้ำสมุนไพร โดยได้รับความร่วมมือจากแกนนำชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ จำนวน 6 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลลาดบัวขาว ชมรมผู้สูงอายุตำบลกรับใหญ่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลปากแรต ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองอ้อ ชมรมผู้สูงอายุบ้านบางพัง (บ้านไม่รู้โรย) และชมรมผู้สูงอายุตำบลเป็กไพร ได้นำกิจกรรมที่เป็นจุดเด่น (Good practice) ของแต่ละชมรมมาร่วมดำเนินงาน และครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมการประเมินผลกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนสร้างสรรค์สุขภาพดี การหาแนวทางร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเสริมอย่างต่อเนื่องในวันประชุมประจำเดือน

2) การประเมินผลการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### 4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 20/2559 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย โดยติดต่อประสานงานและทำหนังสือถึงแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผลกระทบจากการร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ความเสี่ยงในการตอบแบบสอบถาม การเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ รวมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกจัดเก็บในที่ปลอดภัย ไม่ให้มีการรั่วไหลของข้อมูลและจะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งตามลักษณะข้อมูลและใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

### 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหาและจับประเด็นหรือคำสำคัญจากเนื้อหาการสนทนากลุ่ม ให้สอดคล้องกับแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

### 5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการแบบสอบถามด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยเลือกสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

**5.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล** วิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**5.2.2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ** เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ Pair t-test

**5.2.3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ** ทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ Pair t-test

**5.2.4 ข้อมูลความพึงพอใจในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ** โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอ บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของงานวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ตอนที่ 2 การพัฒนา รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอ บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร

#### **ตอนที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี**

การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากสนทนากลุ่มแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 26 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** จำนวน 26 ราย โดยจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ แสดงดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 26)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	53.85
หญิง	12	46.15
อายุ (ปี)		
60-70	16	61.54
70-80	10	38.46
(พิสัย = 60-79, อายุเฉลี่ย = 68.93 ปี, SD = 4.82)		
สถานภาพ		
คู่	16	61.54
หม้าย	6	23.08
โสด	3	11.54
หย่าร้าง	1	3.84
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	73.08
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	7.69
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	11.54
ปริญญาตรี	2	7.69
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	57.69
เกษตรกรรม	6	23.08
รับจ้างทั่วไป	5	19.23

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.85 มีอายุเฉลี่ย 68.93 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ ช่วงอายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.54 (อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 79 ปี) มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.54 ระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.08 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.69



1.2 ส่วนที่ 2 สภาพปัญหาและความต้องการของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการสนทนากลุ่มได้สรุปสภาพปัญหาและความต้องการ ดังนี้

1.2.1 การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีเป้าหมายในการดำเนินงาน แต่ยังมี การดำเนินการที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ชัดเจน และไม่ต่อเนื่อง เช่น “...ที่ชมรมมีการตรวจความดัน วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนักกับชั่งนํ้า การออกกำลังกาย เช่น การปั่นจักรยานตอนเย็นๆ เพื่อให้เขาแข็งแรง แต่ทำได้สักพักก็หายไป...” และ “.....มีเป้าหมายในการทำทุกกิจกรรมเพราะเรามีหลายกิจกรรม เพราะอยากให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและมีความรู้เวลามาร่วมกิจกรรม เช่น การอบรมผู้พิการ การจัดอบรมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ การจัดอบรม 50 พอเพียงตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแล และนำไปใช้ได้ และเพื่อให้เขามีรายได้เสริม.....” แต่ก็พบว่ายังมีชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ชัดเจน เช่น “.....ในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย เพราะไม่มีกิจกรรมที่ทำ แต่มีการพบปะกัน และร่วมรับประทานอาหารร่วมกัน โดยมีการประชุมทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง แจกข่าวสารที่รับมาจากประธานอีกที.....” และ “...เป้าหมายไม่ชัดเจนนะ แล้วแต่กิจกรรมทำ เช่น ไปทำบุญในวันแม่ วันพ่อ การปลูกป่า กิจกรรมเป็นช่วงวันสำคัญ ๆ หรือเฉพาะที่ทางอำเภอขอมา...”

1.2.2 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่แต่ละชมรม มีกิจกรรมไม่ครบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการเจริญทางจิตวิญญาณ กิจกรรมส่วนใหญ่ที่แต่ละชมรมมีเหมือนกันคือ การออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินแอโรบิค ไทเก๊ก ไม้พลองป่าบุญมี การแกว่งแขน และลีลาศ และกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ เช่น “...มีเดินแอโรบิค ไทเก๊ก ลีลาศ ไปดูงาน และการไหว้พระ 9 วัด...” และ “.....ที่ชมรมลุงมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ในครัวเรือนเวลาเย็นที่บ้าน เช่น การใช้ไม้ไผ่ การใช้รอกกับผู้ป่วยติดเตียง และในวันสำคัญทางศาสนา ก็จะมีการรวมตัวไปทำบุญ ตักบาตรอาหารแห้งกันและตอนกลางคืนก็มีสวดมนต์ไหว้พระ สวดมนต์ข้ามปี นั่งสมาธิ ถวายพระพรแด่พ่อหลวง ส่วนกลางวันจะลงไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงจะแนะนำการออกกำลังกายแล้ว บางทีลุงก็จะสอนเรื่องอาหาร ผัก หญ้าในครัวเรือน การเอาสมุนไพรมาทำกิน และสอนเรื่องการปลูกมะนาวเพื่อเป็นรายได้เสริมให้เขา เพราะบางทีคนดูแลอยู่เฉย ๆ ไม่มีรายได้ เขาก็ไม่อยากจะดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ก็เลยมีการแนะนำการปลูกมะนาวด้วยสำหรับคนสนใจ...”

นอกจากนี้ยังพบว่า บางชมรมได้จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านด้านการส่งเสริมอาชีพให้มีรายได้เสริม เช่น “.....ชมรมป่า มีกิจกรรมสร้างรายได้จากถุ่นองไยบัว ทำดอกไม้ผ้าใยบัว เป็นรายได้เสริม ทำเพลีน ๆ เวลาว่าง ๆ แก้วหงาได้ แก้วเครียด....” และ “.....ส่วนใหญ่ที่ชมรมเป็นการส่งเสริมรายได้ เช่น การทำขนม พวงหรีด การทำไข่เค็ม ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่มี....” บาง

ชมรมมีการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ เช่น “...ที่ชมรมจัดให้มีการให้ความรู้และอบรมผู้สูงอายุตามหลัก 5อ ก็มีออกกำลังกายไม้พลองป่าบุญมี ได้วิทยากรจากวิทยาลัยฯ มาสอนเรื่องอนามัย 9 ประการ อารมณ์ เขาจะสอนเกี่ยวกับการกำหนดจิตเข้าออกประกอบเพลงลมหายใจเข้าลมหายใจออก อ อาหาร อันนี้เจ้าหน้าที่รพสต.รับใหญ่ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับใหญ่) จะมาให้ความรู้อาหารแลกเปลี่ยน แล้วก็ อ ดิเรก เขาจะมีการสอนเรื่องของอาชีพเสริม เช่น สเปรย์หอมไฉ่ยุง แล้วก็จากกคน. มาสอนทำน้ำมันหอมระเหย ก่อนทำกิจกรรมเขาจะให้สวดมนต์เคารพธงชาติ และมีสันทนาการก่อน จะให้ผู้สูงอายุร้องเพลง เต็มรำ...” นอกจากนี้ยังพบว่า บางชมรมจะมีเพียง 2-3 กิจกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับ เช่น “...ที่ชมรมเราก็มีการทำกิจกรรม แต่ไม่ทุกอันจะทำเฉพาะบางกิจกรรมที่เป็นโครงการหรือมีเงินเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งปีนึง ๆ มีไม่เยอะ มีแค่ 2-3 งาน เช่น การออกกำลังกาย การทำบุญถวายในหลวง เป้าหมายส่วนใหญ่ก็ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมแสดงความรักภักดี..”

### 1.2.3 ผลจากการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่ชมรมได้ดำเนินการกับผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุดีใจ ชอบใจ มีกำลังใจ สนุกสนาน และมีความสุข บางคนจะให้ความสนใจกับสิ่งที่ตนสนใจ บางคนได้เพื่อนได้เจอและพูดคุยกัน เช่น “...การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุก็ดีใจนะ เพราะไม่ค่อยมีคนมาดูแล เขาก็อยากให้เราจัดให้เขาอีก บางครั้งเราก็ทำเรื่องการตรวจวัดสายตาผู้สูงอายุ เขาก็ชอบนะ เราเองก็รู้สึกดีใจและภูมิใจที่ได้ทำ มีบางครั้งทางโรงพยาบาลจัดมาตรวจสมรรถภาพทางกาย ผู้สูงอายุดีใจอยากให้อีกบ่อย ๆ เขาจะรู้ว่าเขาเป็นยังไงบ้าง...” และ “...ผู้สูงอายุชอบใจ สนุกสนาน มีความสุข บางคนได้เพื่อน ได้เจอคุยกัน ในส่วนของลูกหลานเขาก็ชอบนะ เพราะไม่ต้องดูแลผู้สูงอายุเวลามาทำกิจกรรม....”

นอกจากนี้พบว่า ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละชมรมพบปัญหาและอุปสรรคที่คล้ายกัน โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุชอบบอกว่าไม่มีเวลา ไม่เห็นความสำคัญมาเข้าร่วม มีธุระไม่ว่าง ไม่มีคนเฝ้าบ้าน เช่น ชมรมเทศบาลบ้านโป่ง “...ผู้สูงอายุชอบบอกว่าไม่มีเวลา จากที่ถาม ขาดความตระหนักในการเข้าร่วม 40% ที่เหลือก็เดินทางมาลำบาก ไม่สะดวก ไม่อยากมา ไม่มีคนมาส่ง และถ้ามีค่าตอบแทนด้วยเขาถึงจะมา” 2) ด้านญาติผู้ดูแล เช่น ลูกหลานไม่มาส่ง ไม่มีคนเฝ้าบ้าน เช่น “...คนไม่ค่อยมา ไม่มีคนเฝ้าบ้านไม่มีรถมา ลูกหลานไม่ว่างมาส่ง จะมาเองก็มาไม่ได้...” 3) ด้านกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น จำนวนผู้เข้าร่วมน้อย ขาดความต่อเนื่อง กิจกรรมไม่อยู่ในความสนใจของผู้สูงอายุ และไม่มีสิ่งดึงดูดใจ และเมื่อเข้าร่วมแล้วผู้สูงอายุไม่นำมาปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น “...เวลาทำงานกับเขาต้องมีงบสนับสนุน มีของแจกหรือไม้เท้าของซาร์วี่...” และ “...กิจกรรมออกกำลังกายไม้พลองป่าบุญมี ได้รับความร่วมมือดีแต่ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีผู้ติดตามอย่างต่อเนื่อง ตอนนี้เหลือประมาณ 10 กว่าคนที่ยังทำอยู่ จะมาแรก ๆ วันหลัง ๆ จะน้อยลง มีผู้นำการออกกำลังกายเขาก็ไปทำอย่างอื่น เพราะเขายังอายุน้อย ส่วนคนที่มาร่วมพอ

กลับไปที่บ้านก็ไม่ทำต่อ บอกว่าทำไม่ได้บ้าง ไม่มีเพื่อนทำบ้าง คนที่ไม่เคยเข้าร่วมก็บอกว่าไม่ชอบออกกำลังกาย ทำงานก็เหนื่อยพออยู่แล้ว ....” 4) ด้านแหล่งงบประมาณการสนับสนุนจากภาครัฐ หน่วยงานภาครัฐไม่ให้ความสนใจเรื่องผู้สูงอายุ เช่น “...แถวบ้านที่อยู่ อนามัย อบต. (องค์การบริหารส่วนตำบล) ไม่สนใจเรื่องผู้สูงอายุ ขออะไรก็ได้ ไม่มีเงินมันก็ทำไม่ได้...” และ “...ปัญหาเรื่องงบประมาณมันก็มีช่องทางขอกองทุนภายนอก เช่น กองทุนผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย แต่ขอยากมาก เคยขอได้มาแค่ 2 ครั้ง และไม่ดังไปตามที่ขอ แล้วเรื่องความสัมพันธ์ในพื้นที่ก็มีส่วน ถ้ารู้จักกับคนในท้องถิ่นข้างง่าย ถ้าไม่รู้ก็แก้อยู่ที่นั่นละโครงการนะ เท่าที่รู้แต่ละที่เขามอบให้แต่พอเขียนโครงการไป ถ้าผู้นำชุมชนไม่เห็นความสำคัญ ก็ไม่ดังบ....” และ “...เวลาทำงานกับเขาต้องมึงสนับสนุน มีของแจก หรือไม่กี่ของซำร่วย เวลาเขียนโครงการขอสนับสนุนงบบางที่เกิดปัญหา โดยบางที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวถึงจะได้ ถ้าไม่มีก็รอไปนาน..” 5) ด้านการเดินทาง เช่น ผู้สูงอายุเดินทางลำบาก ไม่มีคนมาส่ง ระยะทางไกล ซึ่งเป็นเหมือนกันเกือบทุกชุมชน เช่น “..บางทีสถานที่จัดกิจกรรมก็ไม่เอื้อให้ผู้สูงอายุมาได้ บางทีมันไกล ไม่มีรถรับส่งเขา เขาก็จะไม่มา บางคนอยากมาก็มาได้ บางพื้นที่บ้านก็ไม่ได้อยู่ใกล้ๆกัน คนอยู่ไกล ๆ ก็ไม่สามารถเดินทางมาร่วมได้...”

ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุได้มีหน่วยงานอื่นเข้ามา มีบทบาทและให้การช่วยเหลือด้านงบประมาณ บุคลากรและวิชาการ ได้แก่ ภาคเอกชน เช่น โรงงานต่าง ๆ ในพื้นที่ ภาครัฐบาล เช่น กองสลาก อบจ. (องค์การบริหารส่วนจังหวัด) รพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี แต่ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น ระเบียบต่าง ๆ การเขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ

ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพมีดังนี้

1. สิ่งสนับสนุนสำหรับการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ งบประมาณ กำลังคน อุปกรณ์เยี่ยม เช่น อาหารแห้ง เวชภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุติดเตียง
2. ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ มีความหลากหลายตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ
3. การทำให้กิจกรรมมีความต่อเนื่อง
4. การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างแท้จริง
5. สถานที่จัด การเดินทางสะดวก ควรอยู่ในชุมชน

หลังจากมีการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีแล้ว ผู้วิจัยได้มีการนัดประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

## ตอนที่ 2 รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

**2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่เทศบาลที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จำนวน 27 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 27)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	55.60
หญิง	12	44.40
อายุ (ปี)		
60-70	17	62.97
70-80	10	37.03
(พิสัย = 60-79, อายุเฉลี่ย = 68.93 ปี, SD = 4.82)		
สถานภาพ		
คู่	17	63.00
หม้าย	6	22.20
โสด	3	11.10
หย่าร้าง	1	3.70
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	74.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	7.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	11.10
ปริญญาตรี	2	7.40

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	59.26
เกษตรกรกรรม	6	22.22
รับจ้างทั่วไป	5	18.52

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.60 มีอายุเฉลี่ย 68.93 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือช่วงอายุ 60-70 ปีคิดเป็นร้อยละ 62.97 (อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 79 ปี) มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 63 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.10 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 59.26

**2.2 ส่วนที่ 2 รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** โดยทำการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 สามารถสรุปผลการประชุมโดยมีรายละเอียดการศึกษา ดังนี้

**2.2.1 การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการบรรลุผล (setting goals)**

1) กลุ่มแกนนำพัฒนารูปแบบได้ลงมติในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการ ทำต่อไปและทำเพิ่มเติม สามารถสรุปได้ดังตารางสรุป

ตารางที่ 4.3 การสำรวจกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาในปี 2558 และต้องการดำเนินการต่อในปี 2559

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปี 2558	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปี 2559
1. อาหารหลัก 5 หมู่ เช่น ความรู้เรื่องอาหารหลัก 5 หมู่	1. การเลือกอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อสุขภาพ
2. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ไปทำบุญ 9 วัด ไปฝึกวิปัสสนา	2. กิจกรรมสร้างเสริมด้านจิตวิญญาณ
3. การออกกำลังกาย เช่น รำไม้พลองป่าบุญมี รำไทเก๊ก การแกว่งแขน เต้นลีลาศ	3. กิจกรรมวิธีการจัดการความเครียด
4. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและวันสำคัญต่าง ๆ	4. การออกกำลังกาย
	5. การตรวจร่างกายประจำปี



## 2) เป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

หลังจากกลุ่มพัฒนารูปแบบร่วมลงมติแล้วว่าในปี 2559 จะดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านใดเพิ่มเติมและทำต่อไปบ้าง ทางแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ได้มีการร่วมกันคิดและวางเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 เป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จะดำเนินการต่อในปี 2559

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จะทำในปี 2559	เป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม
1. การเลือกอาหารหลัก 5 หมู่	- เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย
2. กิจกรรมสร้างเสริมด้านจิตวิญญาณ	- เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุให้แข็งแรงพร้อมกับการเปลี่ยนแปลง
3. กิจกรรมวิธีการจัดการความเครียด	- เพื่อให้ผู้สูงอายุมีวิธีการแก้ปัญหา และความเครียดได้เหมาะสม
4. การออกกำลังกาย	- เพื่อส่งเสริมสุขภาพ กาย จิตใจของผู้สูงอายุให้แข็งแรง
5. การตรวจร่างกายประจำปี	- เพื่อเป็นการตรวจร่างกายและหาความผิดปกติของผู้สูงอายุ
6. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและวันสำคัญต่าง ๆ	- เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะกัน พุดคุยกัน

### 2.2.2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (taking stock)

#### 1) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อกลุ่มแกนนำพัฒนารูปแบบช่วยกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร่วมกันเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สรุปดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ลำดับคะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเรียงตามลำดับ  
ความสำคัญ

ลำดับ	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	คะแนนรวม	คะแนนเฉลี่ย
1	การตรวจร่างกาย	55	2.12
2	อาหารหลัก 5 หมู่	43	1.65
3	การออกกำลังกาย	42	1.62
4	การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	41	1.58
5	กิจกรรมสร้างเสริมจิตวิญญาณ	40	1.54
6	วิธีการจัดการความเครียด	37	1.42

หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 3 คะแนน

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีผลคะแนนสูงสุดคือ การตรวจร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 รองลงมาคือ อาหารหลัก 5 หมู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.65 และการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 ตามลำดับ

#### 2) การประเมินความสามารถของทีม

เมื่อได้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน แล้วกลุ่มพัฒนารูปแบบได้ประเมินความสามารถของทีม สรุปได้ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 คะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสามารถของทีมในการดำเนิน  
กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	คะแนนรวม	คะแนนเฉลี่ย
1. การตรวจร่างกาย	175	6.73
2. อาหารหลัก 5 หมู่	169	6.50
3. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	155	5.96
4. กิจกรรมสร้างเสริมจิตวิญญาณ	137	5.27
5. การออกกำลังกาย	136	5.24
6. วิธีการจัดการความเครียด	119	4.58

หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 10 คะแนน

จากตารางที่ 4.6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยในการประเมินความสามารถของ ทีมที่มีผลคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.73 รองลงมาคือ อาหารหลัก 5 หมู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.96 ตามลำดับ

### 3) การอภิปรายจุดอ่อน จุดแข็งกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มพัฒนารูปแบบได้ร่วมอภิปรายจุดอ่อนและจุดแข็งของกิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 4.7 การอภิปรายจุดอ่อน จุดแข็งของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

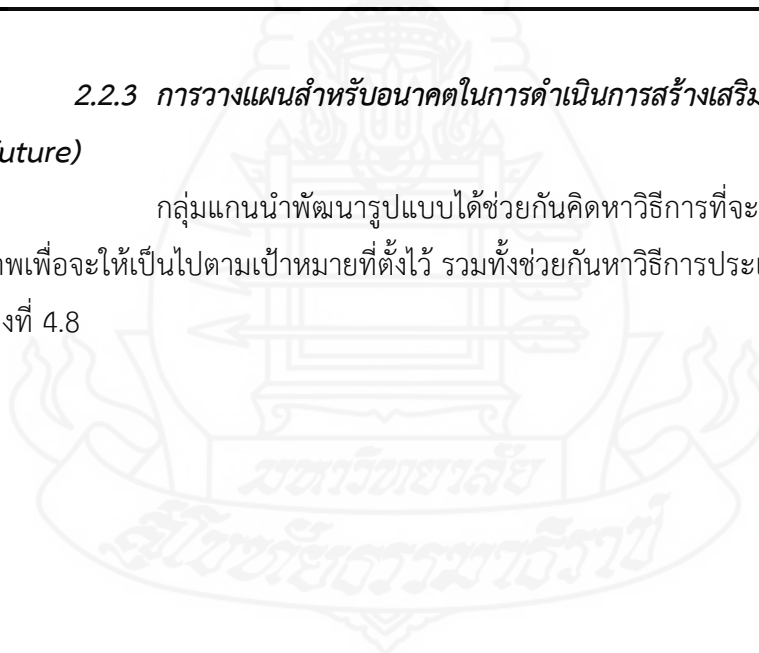
กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
1. การตรวจร่างกายประจำปี (ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่</li> <li>ในการช่วยตรวจคัดกรอง</li> <li>- มีหน่วยให้บริการวัดสายตา</li> <li>และตัดแว่นสำหรับผู้สูงอายุ</li> <li>- มีสถานที่ในการตรวจที่เดินทาง</li> <li>มาสะดวก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดงบประมาณสนับสนุน</li> <li>- เสียค่าใช้จ่าย ถ้าต้องการตรวจ</li> <li>เพิ่ม</li> <li>- บางคนไม่เห็นความสำคัญ ไม่</li> <li>มา</li> </ul>
2. อาหารหลัก 5 หมู่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีวิทยากรในพื้นที่</li> <li>- ผู้สูงอายุให้สนใจด้านการ</li> <li>รับประทานมากขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมแล้วเอาไปใช้ไม่เป็น</li> </ul>
3. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือดี โดย</li> <li>เฉพาะงานในพิธี</li> <li>- มีการกำหนดวันประชุมชัดเจน</li> <li>- มีการแจ้งกิจกรรมให้ทราบ</li> <li>ตลอด</li> <li>- มีอาหารกลางวันบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มาไม่ครบเนื่องจากการเดินทาง</li> <li>มาร่วมกิจกรรมไม่มีคนพามา</li> </ul>
4. กิจกรรมสร้างเสริมจิต วิญญาณ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกิจกรรมชัดเจน เป็นรูปธรรม</li> <li>ปีละครั้ง (แล้วแต่ชมรม)</li> <li>- มีพระนักปฏิบัติสามารถถ่ายทอด</li> <li>ได้ในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญ ไม่</li> <li>มาเข้าร่วม</li> <li>- ไม่มีคนพามา ไม่มีคนเฝ้าบ้าน</li> </ul>

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
5. การออกกำลังกาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีรูปธรรมชัดเจน</li> <li>- มีผู้นำในการออกกำลังกายไม่</li> <li>- พลองป่าบุญมี</li> <li>- มีผู้นำการออกกำลังกายแบบ</li> <li>    กว้างแขน</li> <li>- มีสถานที่อยู่ติดถนน เดินทาง</li> <li>    สะดวก</li> <li>- ไม่เสียค่าใช้จ่าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดความร่วมมืออย่างจริงจัง</li> <li>- ผู้สูงอายุไม่รับผิดชอบสุขภาพ</li> <li>    ตัวเอง</li> <li>- เดินทางไม่สะดวก</li> <li>- งบประมาณหมด ก็ไม่สามารถ</li> <li>    ดำเนินต่อได้</li> </ul>
6. วิธีการจัดการความเครียด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีวิทยากรในพื้นที่</li> <li>- เคยอบรมมาแล้วเอามาใช้ได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุไม่มีเวลา ไม่ชอบอบรม</li> </ul>

### 2.2.3 การวางแผนสำหรับอนาคตในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ (planning for the future)

กลุ่มแกนนำพัฒนารูปแบบได้ช่วยกันคิดหาวิธีการที่จะดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อจะเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมทั้งช่วยกันหาวิธีการประเมินผลกิจกรรมนั้น ๆ ผลดังตารางที่ 4.8



ตารางที่ 4.8 การวางแผนสำหรับการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ /เป้าหมาย	กลยุทธ์/วิธีการ	ระยะเวลา	การประเมินผล/เครื่องมือตรวจสอบ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การป้องกันปัญหาและอุปสรรค
1. การตรวจร่างกาย <b>เป้าหมาย</b> - เพื่อเป็นการตรวจร่างกายและประเมินหาความผิดปกติของผู้สูงอายุ	1. การตรวจคัดกรองเบื้องต้น เช่น ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด วัดเส้นรอบเอว BMI วัดสายตา 2. การประเมินภาวะสุขภาพจิต 3. การประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม 4. การประเมินภาวะซึมเศร้า	ปีละ 2 ครั้ง  ปีละ 1 ครั้ง ปีละ 1 ครั้ง ปีละ 1 ครั้ง	1. แบบประเมินความรู้ 2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต 3. แบบประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม 4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	- วพบ.จักรีรัช - รพ.สต.บ้านบางพัง	- สถานที่จัดตั้งในชุมชนที่มีการเดินทางสะดวก - อุปกรณ์ไม่เพียงพอติดต่อประสานกับรพ.สต. ในพื้นที่
2. การอบรมความรู้ <b>เป้าหมาย</b> - เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย การออกกำลังกาย การ	1. การประชุมประจำเดือน 2. การให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: การดูแลเบื้องต้นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	ทุกสัปดาห์ สุดท้ายของเดือน เดือน	- บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม - แบบประเมินความรู้	- ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเบิกไพร - วพบ.จักรีรัช	- ความไม่ต่อเนื่องของผู้เข้าร่วมอบรม ป้องกัน โดยการบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม - ใช้งบวัสดุเป็นแรงจูงใจในการทำ



ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ /เป้าหมาย	กลยุทธ์/วิธีการ	ระยะเวลา	การประเมินผล/เครื่องมือตรวจสอบ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การป้องกันปัญหาและอุปสรรค
สร้างเสริมด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	3. การให้ความรู้เรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ และการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยและสาธิตกรรมวิธีการปรุงหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคและวัยสูงอายุ โดยใช้พืชสมุนไพรในครัวเรือน และการปลูกพืชสมุนไพรที่ใช้เป็นอาหาร	ทุกเดือน		- ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเบิกไพร	กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น โฉรงวัล
	4. การให้ความรู้เรื่องการบริหารจิต การทำสมาธิ และการฝึกวิปัสสนา	ทุกเดือน		- ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเบิกไพร	
	5. การให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ การฝึกการผ่อนคลายตระหนักรู้	ทุกเดือน		- วพบ.จกักริช	
	6. การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายด้วยไม้พลองและการแกว่งแขน	ทุกเดือน		- ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเบิกไพร	

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

กิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพ /เป้าหมาย	กลยุทธ์/วิธีการ	ระยะเวลา	การประเมินผล/เครื่องมือ ตรวจสอบ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	การป้องกันปัญหาและ อุปสรรค
3. การจัดทำคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ <u>เป้าหมาย</u> - เพื่อใช้ประกอบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติ	จัดทำคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ภายในประกอบด้วย 1. ประวัติส่วนบุคคลและประวัติสุขภาพ 2. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 3. การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ 4. บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ		- คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ	1.ชมรมผู้สูงอายุ คลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 2. เทศบาลตำบลเบิกไพร 3. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ตำบลเบิกไพร 4. ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเบิกไพร 5. วพบ. จักรีรัช	- ขอสับสนุนงบประมาณเทศบาล ตำบลเบิกไพร

**ตอนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงอายุในชมรมผู้สูงอายุต่อ  
ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ  
ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ**

**3.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกผู้สูงอายุชมรมเบิกไพร จำนวน 55 ราย** ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ผู้ดูแล และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุชมรมเบิกไพร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 55)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	20.00
หญิง	44	80.00
อายุ (ปี) (พิสัย = 60-81, อายุเฉลี่ย = 69.11 ปี, SD = 5.61)		
60-67	28	50.90
68-74	16	29.10
75-81	11	20.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	14.50
ประถมศึกษา	38	69.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	7.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	5.50
ปริญญาตรี	2	3.60
สถานภาพสมรส		
คู่	33	60.00
หม้าย	17	30.91
โสด	4	7.27
หย่าร้าง	1	1.82

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	78.18
เกษตรกร	8	14.55
รับจ้างทั่วไป	4	7.27
รายได้ (min = 600, max = 30,000, M = 2,367.27, SD = 5742.46)		
1-1,000	40	72.70
1,001-2,000	9	16.40
2,001 ขึ้นไป	6	10.90
ภาวะสุขภาพ		
ดีมาก	4	7.3
ดี	20	36.4
ปานกลาง	30	54.5
ไม่ดีมาก	1	1.8
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	20	36.36
โรคความดันโลหิตสูง	27	49.09
โรคเบาหวาน	8	14.55
ผู้ดูแล		
ลูกหลาน	36	65.45
สามี/ภรรยา	13	23.64
ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม		
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	8	14.50
เข้าร่วมกิจกรรมนาน ๆ ครั้ง	21	38.30
เข้าร่วมกิจกรรมบ่อยครั้ง	26	47.20

จากตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 69.11 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ ช่วงอายุ 60-67 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.90 (อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 81 ปี กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.10 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50.91 มีรายได้/รายรับอยู่ในช่วง 1-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.70 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.50 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 49.09 มีบุตร/หลานเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 65.45 และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.20

**3.2 ส่วนที่ 2 ผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร** เป็นการศึกษาผลของรูปแบบ แบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อรูปแบบ รายละเอียดดังนี้

**3.2.1 การเปรียบเทียบความเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** โดยใช้สถิติ Paired t-test ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n = 55 คน)

ระดับความรู้	ก่อน			หลัง			paired t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	M (SD)	จำนวน	ร้อยละ	M (SD)		
ระดับดี (> 21 คะแนน)	33	60.00	20.71	53	96.40	23.76	9.12	0.00*
ระดับปานกลาง (16-20 คะแนน)	21	38.20	(2.07)	2	3.60	(1.67)		
ระดับน้อย (< 16 คะแนน)	1	1.80						
รวม	55	100		55	100			

\* $p < .05$

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ( $p < .05$ ) โดยคะแนนความรู้ก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.71 (SD = 2.07) และหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพคะแนนความรู้อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.76 (SD = 1.67)



3.2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบล  
เบิกไพร ก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test แสดงใน  
ตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้  
รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายด้าน (n = 55 ราย)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนใช้รูปแบบ		ระดับ	หลังใช้รูปแบบ		ระดับ	paired t-test	p - value
	M	SD		M	SD			
โภชนาการ	3.39	0.53	ปานกลาง	3.96	0.43	มาก	8.61	.000*
การออกกำลังกาย	2.60	1.08	ปานกลาง	3.33	0.92	ปานกลาง	4.85	.000*
การจัดการความเครียด	3.02	0.59	ปานกลาง	3.57	0.50	มาก	6.54	.000*
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.14	0.63	ปานกลาง	3.76	0.69	มาก	6.05	.002*
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.98	0.97	ปานกลาง	3.38	0.77	ปานกลาง	2.94	.005*
การเจริญทางจิตวิญญาณ	3.46	0.78	ปานกลาง	3.87	0.56	มาก	4.20	.000*
พฤติกรรมโดยรวม	3.10	0.76	ปานกลาง	3.65	0.65	มาก	5.53	.001*

\*p-value < .05

จากตารางที่ 4.11 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้  
รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
(p < .05) โดยก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมิฉะนั้นคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ  
ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD = 0.76) และหลังการใช้รูปแบบ  
กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65  
(SD = 0.65)

### 3.2.3 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

โดยใช้สถิติพรรณนา แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 55 คน)

ความพึงพอใจด้าน	ค่าเฉลี่ย (M)	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	แปล
การประเมินภาวะสุขภาพ	4.52	0.48	มากที่สุด
การอบรมให้ความรู้	4.50	0.52	มาก
การอภิปรายและเสวนาแลกเปลี่ยน	4.72	0.49	มากที่สุด
การฝึกปฏิบัติและฝึกทักษะ	4.47	0.45	มาก
การสรุปผลดำเนินกิจกรรม	4.35	0.48	มาก
อื่น ๆ ( คู่มือ )	4.17	0.43	มาก
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.46</b>	<b>0.48</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 (SD = 0.48) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุพึงพอใจด้านการอภิปรายและเสวนาแลกเปลี่ยนอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 (SD = 0.49) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

1.1.2 เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

1.1.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

##### 1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**1.2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** ประชากร ได้แก่ แกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จำนวน 70 ราย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 ราย โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

**1.2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** ประชากร ได้แก่ แกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา จำนวน 70 ราย อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จำนวน 33 ราย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26 ราย และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 26 ราย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

**1.2.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบ็กไพร** ประชากร ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในอำเภอบ้านโป่ง จำนวน 26 ชมรม จำนวนสมาชิก 10,432 ราย กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเบ็กไพร ที่ได้มาจากการสุ่มชมรมแบบสุ่มอย่างง่าย (purposive sampling) โดยการจับฉลากไม่คืนที่จาก 26 ชมรม ซึ่งมีสมาชิกชมรม จำนวน 1,157 ราย จำนวน 55 ราย ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

#### **1.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) แนวทางสนทนากลุ่มแกนนำผู้สูงอายุชมรมคลังปัญญา 2) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ 3) แบบสอบถามแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.98-1.00 ทุกด้าน และค่าความเที่ยงของส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ .80, .94 และ .92 ตามลำดับ

2) **เครื่องมือดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย 1) รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2) คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) แบบบันทึกเพื่อนช่วยเพื่อนสร้างสรรค์สุขภาพดี และ 4) เทปบันทึกเสียง

#### **1.2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยใช้แนวทางในการสนทนากลุ่มตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) และผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง โดยการสนทนากลุ่มครั้งละ 1 ชั่วโมง มีแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญาเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 26 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญหอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยใช้แนวทางในการสนทนากลุ่มโดยใช้กระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลังตามแนวคิดของเฟตเตอร์แมน (Fetterman, 2001) และทำการบันทึก สรุประเด็น และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชมรมผู้สูงอายุตำบลเบ็กไพร ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบจำนวน 2 ครั้ง โดยมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยครั้งที่ 1 มีการจัดกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพ การบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายและเสวนา การฝึกทักษะและการปฏิบัติ โดยได้รับความร่วมมือจากแกนนำชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ จำนวน 6 ชมรม ที่เข้าร่วม

ดำเนินงาน ได้นำกิจกรรมที่เป็นจุดเด่น (Good practice) ของแต่ละชมรมมาร่วมดำเนินงาน และครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมการประเมินผลกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนสร้างสรรค์สุขภาพดี การหาแนวทางร่วมกัน ในการสร้างเสริมสุขภาพ

### 1.2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้สถิติพรรณนา หาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ Pair t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## 1.3 ผลการวิจัย

**1.3.1 ระยะเวลาที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีเป้าหมายกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ยังไม่ชัดเจน แต่ละชมรมที่จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อย ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ เนื่องจากการเดินทางลำบาก ไม่มีคนรับส่ง ต้องอยู่เฝ้าบ้านและกิจกรรมที่ไม่มีสิ่งดึงดูดใจและไม่น่าสนใจเป็นกิจกรรมเดิม ๆ ไม่มีความแปลกใหม่ สำหรับความต้องการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ต้องการสิ่งสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น งบประมาณ กำลังคน ต้องการให้กิจกรรมมีความต่อเนื่อง มีผู้สูงอายุเข้าร่วมและกิจกรรมควรมาจากการมีส่วนร่วมและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งสถานที่จัดควรอยู่ในชุมชนเดินทางสะดวก ใช้ระยะในการจัดกิจกรรมไม่มากเกินไป

**1.3.2 ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** พบว่า รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด วัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ตรวจร่างกายเบื้องต้น ประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม และประเมินสุขภาพจิต 2) การอบรมให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเครือข่ายชมรม ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ การกินอยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว การแลกเปลี่ยนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลผู้สูงอายุสุขภาพดี การแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำเนินตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการของเพื่อนช่วยเพื่อนสร้างสรรค์สุขภาพดีคู่ตัวอย่าง และ 3) การดำรงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเสริมอย่างต่อเนื่องในวันประชุมประจำเดือน ได้แก่ ฝึกอบรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลองกลองยาวและการแกว่งแขน การฝึกทักษะการจัดการความเครียด การผ่อนคลายตระหนักรู้ การฝึกทักษะการบริหารจิต และการสาธิตกรรมวิธีการปรุงหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

**1.3.3 ระยะที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุต่อความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ** พบว่า หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก

## 2. อภิปรายผล

ผลการวิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 2.1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาของการสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ คือ 1) ชมรมผู้สูงอายุมีเป้าหมายในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ แต่กิจกรรมยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน และขาดความต่อเนื่อง 2) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมมิติของการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ (1) ด้านผู้สูงอายุ เช่น ไม่มีเวลาและไม่เห็นถึงความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรม (2) ด้านญาติผู้ดูแล เช่น ลูกหลานไม่มาส่งและไม่ค่อยให้ความสนใจ (3) ด้านกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมไม่อยู่ในความสนใจของผู้สูงอายุ ไม่มีสิ่งดึงดูดใจและขาดความต่อเนื่อง (4) ด้านแหล่งงบประมาณการสนับสนุนจากภาครัฐ (5) ด้านการเดินทาง เช่น เดินทางลำบาก ไม่มีคนรับส่ง ระยะทางไกล สำหรับความต้องการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความต้องการสิ่งสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ งบประมาณ กำลังคน ต้องการให้กิจกรรมมีความต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรม และสถานที่จัดควรอยู่ในชุมชนเดินทางสะดวก

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บัวหลวง ใจดี (2557) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองตะไก่ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา และพบว่า ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่เข้าถึงปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ผู้สูงอายุไม่มีส่วนร่วมในการบริหารงานของชมรม และต้องการใช้สถานที่ในพื้นที่ที่มีความสะดวกในการเดินทาง และสอดคล้องกับ ศรีธัญญา เครื่องฉาย (2552) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการตามนโยบายและกำหนดมาจาก



ส่วนกลาง และมีการจัดกิจกรรมเป็นครั้งคราว แต่ไม่ได้ริเริ่มจากประชาชน ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เป็นการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐเป็นช่วง ๆ พองบประมาณหมดก็สิ้นสุดโครงการ ทำให้การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่ต่อเนื่อง ไม่ยั่งยืน และไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุ สำหรับความต้องการในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพคือต้องการให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มีการพัฒนาชมรมให้เข้มแข็ง สนับสนุนการสร้างเครือข่าย จัดเวทีแลกเปลี่ยน และสนับสนุนให้ชุมชน ครอบครัวและผู้สูงอายุสามารถจัดการปัญหาของตนได้

ผลการศึกษาเมื่ออภิปรายได้ดังนี้ การที่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทุกมิตินั้น อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่ทราบว่าในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ควรครอบคลุมมิติใดบ้าง แม้ว่าบางมิติได้แทรกอยู่ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ทางชมรมดำเนินการอยู่ เช่น การทำบุญไหว้พระ ตักบาตร ซึ่งเป็นมิติความเจริญทางด้านจิตวิญญาณ แต่ชมรมผู้สูงอายุไม่ได้วางแผนทำกิจกรรมในมิตินี้ให้เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง จึงอาจจะทำให้เชื่อมโยงไปสู่การประเมินผลกิจกรรมได้ไม่ชัดเจน ชมรมผู้สูงอายุจึงไม่ได้ให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับกิจกรรมเหล่านี้มากนัก ส่วนมากผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนและปฏิบัติต่อกันมา เช่น มิติด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด แต่สำหรับมิติด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนั้น พบว่า มีเพียงกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้มาพบปะกัน มีกิจกรรมร่วมกัน แต่ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงการพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในชมรมและครอบครัว จึงอาจทำให้การสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคลั่งปัญญาเป็นไปได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร รวมทั้งสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มิติด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุได้ดำเนินการโดยมุ่งเน้นเพียงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี การหาข้อมูลหรือทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเอง การไปพบแพทย์เป็นประจำในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามกิจกรรมเหล่านี้ยังไม่เพียงพอต่อความหมายของความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ดังที่เพนเดอร์และคณะ (Pender, et al., 2006) ได้ให้ความหมายของความรับผิดชอบต่อสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุในการแสวงหาความรู้และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนเอง ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลั่งปัญญาจึงจำเป็นต้องพัฒนาให้ครอบคลุมทุกมิติและครอบคลุมความหมายของแต่ละมิติการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งควรวางแผนกิจกรรมให้ตอบสนองหรือช่วยแก้ไขปัญหาในเรื่องความชัดเจน ความต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงาน การสรรหางบประมาณดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งการสร้างความรู้และตระหนักให้ผู้สูงอายุและญาติเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

## 2.2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด วัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ตรวจร่างกาย เบื้องต้น ประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม และประเมินสุขภาพจิต 2) การอบรมให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ซึ่งมีกิจกรรม ได้แก่ การฝึกทักษะและการปฏิบัติ เช่น การฝึกอบรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลองกลองยาว การฝึกทักษะการจัดการความเครียด การผ่อนคลายตึงเครียด การฝึกทักษะการบริหารจิต การสาธิตกรรมวิธีการปรุงหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การหุงข้าวไรซ์เบอร์รี่ การทำแกงเลียง และการทำน้ำสมุนไพร และการเสวนาการออกกำลังกายอย่างไรจึงจะได้ผล 3) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในวันประชุมประจำเดือน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ กินอยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว การแลกเปลี่ยนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลผู้สูงอายุสุขภาพดี การแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำเนินตามกิจกรรมสร้างเสริมได้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการของเพื่อนช่วยเพื่อนสร้างสรรค์สุขภาพดีคู่ตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บัวหลวง ใจดี (2557) ศึกษาการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองตะไก้ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยมีการตั้งศักยภาพของชุมชน ผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการจัดรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การอบรมให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การฝึกสาธิตการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียด แกว่งแขนและรำไม้พลอง 2) ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

ผลศึกษานี้ถือได้ว่าได้ดังนี้ การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จ และมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา คือ ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา ได้นำการปฏิบัติที่ได้ผลดีที่สุด (best practice) ของแต่ละชมรมมาใช้ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และดึงเครือข่ายในชุมชนเข้ามาเป็นทีมในการพัฒนารูปแบบฯ จะเห็นได้จากขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การทบทวนการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาและกิจกรรมที่ทางชมรมต้องการเพิ่ม การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรม การประเมินความสามารถของตนเอง การวิเคราะห์หาจุดแข็งและจุดอ่อนของทีม การวางแผนงานและแบ่งความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จะทำต่อไป โดยได้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การอบรมให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และ

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในวันประชุมประจำเดือน ซึ่งรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น มีข้อดี คือ ทางชมรมผู้สูงอายุได้ดึงเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ในการถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเบิกไพร ในด้านการประเมินภาวะสุขภาพ และเทศบาลตำบลเบิกไพรและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร ในด้านการสนับสนุนงบประมาณและสถานที่ ชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ ในอำเภอบ้านโป่ง ในด้านการแลกเปลี่ยนแนวการปฏิบัติที่ดีของแต่ละชมรม เป็นต้น นอกจากนี้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากความคิดของพลังชุมชน มีการเรียนรู้ จาก best practice ของแต่ละชมรม และเมื่อนำรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพไปดำเนินงานแล้วพบว่าผลประเมินความพึงพอใจในรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะกิจกรรมด้านการอภิปรายและเสวนาแลกเปลี่ยนอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 (SD = 0.49) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินผลแบบเสริมพลังของเฟตเตอร์แมน (Fetterman, 2001) ที่มองว่าการประเมินแบบเสริมพลังเป็นกระบวนการทำให้รู้จักตนเอง และสามารถกำหนดทิศทางให้กับตนเอง นำไปสู่กระบวนการวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

### **2.3 ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงอายุในชมรมผู้สูงอายุต่อความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ**

#### **2.3.1 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ**

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ( $p < .05$ ) โดยคะแนนความรู้ก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.71 (SD = 2.07) และหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพคะแนนความรู้อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.76 (SD = 1.67)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บัวหลวง ใจดี (2557) ศึกษาการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองตะไก่อ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  และการศึกษาของ คมกริช หุตะวัฒนะ (2553) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ผู้สูงอายุมีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่าคือ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมนั้น เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาจากการต้องการของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุมีส่วนร่วม รวมทั้งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุร่วมกันคิด มีกิจกรรมหลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะต่าง ๆ การปฏิบัติ และการติดตามผล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่ได้รับเพิ่มขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง แต่ก็ยังพบว่า ความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้านการจัดการความเครียดและความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมบางกิจกรรมในด้านนี้ยังไม่ชัดเจน เช่น การฝึกทักษะการบริหารจิต และการผ่อนคลายกระดูก ซึ่งเน้นการฝึกทักษะการปฏิบัติมากกว่าการให้ความรู้ จึงทำให้ก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ดังนั้นในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านนี้จึงควรให้ครอบคลุมทั้งความรู้และทักษะในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และมีความเข้าใจในการนำประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

### 2.3.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลเป็กไพร

ก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ ) โดยก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD = 0.76) และหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (SD = 0.65)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ คมกริช หุตะวัฒนะ (2553) ศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพันชนะ อำเภอตำบลดอนขุขันธ์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการร่วมกิจกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บัวหลวง ใจดี (2557) ศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองตะไกร อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลังการพัฒนา สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่าคือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความหลากหลายและมาจากการต้องการของผู้สูงอายุ เช่น มีการให้ความรู้ที่มากกว่าความรู้เดิม โดย

มีการฝึกทักษะร่วมด้วย เช่น การออกกำลังกาย การทำอาหาร การฝึกบริหารจัดการ การทำกิจกรรม ผ่อนพักตระหนักรู้ และมีการติดตามผลหลังการให้ความรู้ โดยผ่านกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อสร้างสรรค์ สุขภาพดี นอกจากนี้ยังมีการแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุรับทราบ และมีการเปิดเวที แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกเป็น ผู้สูงอายุสุขภาพดี หรือกิจกรรมการเสวนากินอยู่อย่างไรให้อายุยืน ซึ่งได้รับความพึงพอใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวกับผู้สูงอายุ และเป็นผลจากการนำสิ่งที่ได้รับ จากการอบรมไปปฏิบัติ ทำให้เกิดความน่าสนใจและสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้สูงอายุที่จะนำไป ปฏิบัติตามได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ (Pender, et.al, 2006) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลายปัจจัย ซึ่ง ปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ ปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่ จำเพาะต่อพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยที่เห็นได้ชัดในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ ด้านการรับรู้ ประโยชน์ของการกระทำ จะเห็นได้จากรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ด้านการออกกำลังกาย โดยมีการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายร่วมกัน จากกิจกรรมนี้ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อตัวเอง และเมื่อผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าร่างกายมีความยืดหยุ่น สนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ และไม่ยุ่งยาก สามารถทำเองได้ที่บ้าน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพไม่ถึงระดับมากที่สุด เนื่องจากลักษณะความเป็นผู้สูงอายุ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่าง ๆ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาซึ่งระยะเวลาในการเปลี่ยนพฤติกรรมในเวลา 1 เดือน เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้ยากแต่ก็ยังพบว่ามียุทธศาสตร์ไปในทางที่ดี

### 2.3.3 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 (SD = 0.48) และเมื่อ พิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุพึงพอใจด้านการอภิปรายและเสวนาแลกเปลี่ยนอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 (SD = 0.49)

ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากศรีนญา เครื่องฉาย (2552) ศึกษาการพัฒนา กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยชมรมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้าน หนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมของแก่น นำและกลุ่มผู้สูงอายุ ทุกคนมีความพึงพอใจทุกกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด แต่พบว่ากิจกรรมที่ ผู้สูงอายุพึงพอใจมากที่สุดคือกิจกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ทุกคนมีส่วนร่วม



ผลการศึกษานี้ก็ปรากฏได้ดังนี้ ในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ถึงจะเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ แต่พบว่า ทิศทางในการดำเนินงานเป็นไปด้วยดี และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้อาจจะช้ากว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ทำให้ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยพบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุพึงพอใจมากที่สุด คือ กิจกรรมการอภิปรายและเสวนาแลกเปลี่ยน ระดับมาก คือ กิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพและการอบรมให้ความรู้ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะกิจกรรมการอภิปรายแลกเปลี่ยนเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และมีการนำกลุ่มวัยเดียวกันมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่สั่งสมประสบการณ์มามาก การแลกเปลี่ยนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความน่าสนใจ และเป็นการให้ผู้สูงอายุได้แสดงถึงศักยภาพของตัวเองร่วมถ่ายทอดสู่เพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน สำหรับกิจกรรมที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสอดคล้องกับการศึกษาของ วันชัย น้อยจันทร์ (2550) ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนานพองเหนือ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้สูงอายุสามารถร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน และร่วมกันตัดสินใจ จนได้โครงการพัฒนาด้านสุขภาพขึ้น เมื่อเกิดโครงการและกิจกรรมตามความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในการประเมินภาวะสุขภาพหลังจากดำเนินการมีการแจ้งผลการตรวจสุขภาพ และให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองและในกิจกรรมอบรมให้ความรู้ ซึ่งไม่ใช่การให้ความรู้อย่างเดียวแต่มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้เกิดทักษะและสามารถนำไปใช้ได้จริง

### 3. ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ชมรมผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบและกระบวนการที่ได้ นำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปี 2560

3.1.2 บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น ในกลุ่มโรงเรียนผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย เป็นต้น



3.1.3 รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา  
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ  
ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก แต่  
เพื่อต้องการให้ตัวแปรเหล่านี้เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุดและมีความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงควรเพิ่ม  
ระยะเวลาของการวิจัยมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป

3.2.2 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมสร้าง  
เสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มที่ใช้และไม่ใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริม  
สุขภาพ



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กรกฤษ ลิ้มสมมุติ. (2558). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 5(2), 153-161.
- เข้มทอง หน่อศรีดา. (2550). *การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- คมกริช หุตะวัฒนะ. (2553). *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- จินตวีร์ เกษมศุข. (2554). *การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม*. สืบค้นจาก <http://www.edupol.org/eduOrganize/eLearning/generalStaff/doc/group10/08/01.pdf>.
- จุฑารัตน์ ประเสริฐ. (2551). *การพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในหมู่บ้านหันใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น* (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จำรูญ มีখনอน, สมชาย วิริภิมย์กุล, เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุนันท์ และดุชนันท์ คำมี. (2555). *รายงานการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานของสมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี*. สืบค้นจาก [http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/default/files/images/new/pdf/Research\\_Update\\_2011/2011/th/Evaluation26072012.pdf](http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/default/files/images/new/pdf/Research_Update_2011/2011/th/Evaluation26072012.pdf).
- ชนากาน สิงห์หลง. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเวียงคำ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 18(3).
- ชนินทร์ งามแสง. (2557). *การจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์*. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
- เชียง เกาซิด, และพรรณราย เทียมทัน. (2559). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสุทธิปริทัศน์*, 30(94), 112-127.
- ชนม์ชกรณ วรอินทร์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน: การประเมินแบบเสริมพลัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

- ณรงค์ กุลนิเทศ. (2555). *การมีส่วนร่วมของชุมชนวัดราชาธิวาสในการป้องกันและรักษาสถานที่เกิดเหตุ* (รายงานการวิจัยปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.
- ธัญญรัตน์ จอกสถิต. (2553). *โมเดลการพัฒนาการปฏิบัติงานครู: การประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมิน* *ครูที่เน้นการปฏิบัติงานเป็นฐานและการประเมินแบบเสริมพลังอำนาจ*. (วิทยานิพนธ์
- ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, กรุงเทพฯ.
- นรเศรษฐ์ เรืองพยุงค์กิต. (2550). *การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดย* *กระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหลวง* *อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- นิตี นาชิต, ชัยวิชิต เขียรชนะ และสิริรัช รัชชุตานติ. (2556). การศึกษาความเหมาะสมของการ
- ประยุกต์ใช้การประเมินแบบเสริมพลังอำนาจในการประเมินหลักสูตรวิชาซีพระยะสั้น
- และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานศึกษา. *วารสารสุนารวี*, 7(2), 37-57.
- นิธิรัชต์ เพ็ชรสุข. (2557). *การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้* *สูงอายุตามสิทธิ ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัด* *นครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
- ขอนแก่น.
- นิสกร เพชรสิงห์, ชาญชัยณรงค์ ทรงศาตรี และสุกัญญา ลีทองดี. (2558). การพัฒนารูปแบบการ
- ดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนไทรทอง หมู่ที่ 18 ตำบลวังแสง อำเภอแกลง จังหวัด
- มหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 8(2), 306-312.
- นพพร ธนชัยพันธ์. (2555). *สถิติเบื้องต้นสำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิทพัฒนา.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย, และธีรเดช ฉายอรุณ. (2554). *การพัฒนาการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการ* *ประเมินแบบเสริมพลัง (Empowerment Evaluation)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:
- พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2549). *พฤติกรรมและการดูแลดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่ยืนยาวแข็งแรง*.  
กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.
- บัวหลวง ใจดี. (2557). *การพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโดยการมี* *ส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองตะไก่อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์
- ปริญญาามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2555). *คุณค่าที่ประชาชนให้ และทางเลือกสู่เป้าหมายที่คุ้มทุน*. สืบค้นจาก
- <http://www.hitap.net/17295>.

- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอช.
- ปานชีวา ณ หนองคาย. (2551). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, จันทบุรี.
- ผ่องศรี แก้วชูเสน. (2555). การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพภายในสถานศึกษาโดยใช้การประเมินแบบเสริมพลัง สำหรับวิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยี. (วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ.
- พระอธิการนรินทร์ หมื่นแสน. (2555). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่บ้านทุ่งหลุก อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พิชิต ไลยน้ำเงิน, ชัยยง ขามรัตน์ & ทองหล่อ เดชไทย. (2553). การจัดการแบบมีส่วนร่วมสำหรับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี. วารสารวิจัย มช., 15(1), 45-56.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ, ปณิตดา ปริญญาถนอม, และญาณิศา โชติกะคาม. (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก, 13(2), 8-17.
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มณีรัตน์ โนนท้าว. ( 2557). การพัฒนารูปแบบการประเมินเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการวัดและประเมินผลการศึกษาของครูประจำการ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปราจีนบุรี เขต 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย (ด้านประชากร). สืบค้นจาก [fopdev.or.th/สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย/](http://fopdev.or.th/สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย/)



- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549*. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วรรณภา คงสุริยะนาวิน, และวิลาสินี เดิมเศรษฐเจริญ. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. *Journal of Nursing Science*, 30(2), 35-45.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี* (งานนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วันชัย น้อยจันทร์. (2552). *การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุบ้าน ปงเหนือ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต การส่งเสริมสุขภาพ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิชัย เทียนถาวร. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2555). “ประชากรสูงอายุไทย” ใน *รายงานสถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553*. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ บรรณาธิการ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, พิษณุโลก.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณท์ คุ่มทวีพร และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(ฉบับพิเศษ), 140-153.
- ศรินญา เครื่องฉาย. (2552). *การพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยชมรมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น* (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศูนย์เรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (บ้านดิน). (2558). *ฐานข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี*. สืบค้นจาก <http://1.179.132.219/lcop/jew.php>.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (บรรณาธิการ). (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้นท์.
- ศูนย์ศตวรรษิกชน สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). นโยบายและแผนปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. สืบค้นจาก [http://www.thaicentarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=39&Itemid=60](http://www.thaicentarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=39&Itemid=60).
- สาธิตา สกุรัตนกุลชัย. (2554). การประเมินแบบเสริมพลังอำนาจในการเรียนการสอนแบบสตูดิโอทางสถาปัตยกรรม. *SDU Res.J.*, 7(2), 143-151.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). สถิติผู้สูงอายุ. *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*, 16(1), 15-20.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2550). *สุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สภาการพยาบาล. (2551). *ประกาศจากสภาการพยาบาล: ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ*. สืบค้นจาก <http://www.urnurse.net/law-nurse-job-role.pdf>.
- สุดารัตน์ ยางน้อย. (2555). *การมีส่วนร่วมของกลุ่มสตรีในการบริหารจัดการกองทุนหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลศิลาลอย อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, เพชรบุรี.
- สุธาทิพย์ บัวสด. (2556). *ผลของโปรแกรมการประเมินแบบเสริมพลังต่อความรู้ แรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสามโคก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, ปทุมธานี.
- สุทธิพร มูลศาสตร์. (2558). *แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชานโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน* (หน่วยที่ 11, หน้า 1-75). นนทบุรี: สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุพัฒน์ จำปาหายาย. (2554). *การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง และยศ ติระวัฒนานนท์. (2556). รายงานโครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2556: ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. สืบค้นจาก <http://www.ucbp.net/wp-content/uploads/2014/09/การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย.pdf>
- เสนห์ แสงเงิน. (2555). การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นจาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/Info\\_20\\_Y\\_plan\\_V4%2618M\\_planV5.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Info_20_Y_plan_V4%2618M_planV5.pdf)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic002.php>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. สืบค้นจาก [http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-network\\_history\\_Next02.aspx](http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-network_history_Next02.aspx).
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สรยุทธ จันสุข. (2553). *การมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาชุมชน*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/328530>
- อดิสร พูลทรัพย์. (2555). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันปัญหายาเสพติดเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี
- อัญชลี นพรัตน์. (2552). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

- อัมพรพรรณ ชีราบุตร. (2551). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 27(2), 65-77.
- อรทัย อาจอ่ำ. (2550). *การประเมินผลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ: ทางออกที่ท้าทาย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดหลักการและบทเรียนของไทย*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1968). *Mastery learning*. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. 1(2) Los Angeles. University of California at Los Angeles.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521- 537.
- De Leeuw, E. D., Hox, J. J., & Dillman, D. A. (2008). *International Handbook of survey Methodology*. United States of American: Taylor & Francis Group.
- Fetterman, D. M. (2001). *Foundations of empowerment evaluation*. Thousand Oaka, CA: Sage
- Hinohara, S. (2006). *Living Long, Living Good*. Tokyo: IBC Publishing.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. *The Nursing Clinics of North America*, 26(4), 815-832.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: Principles and methods* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Tokuda Y. & Hinohara S. (2008). Geriatric Nation and Redefining the Elderly in Japan. *International Journal of Gerontology*. 2(4). 154–157.
- WHO. (2013a). *Definition of an older or elderly person*. Retrieved July 18, 2016, from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>.
- \_\_\_\_\_. (2013b). *Health promotion*. Retrieved July 18, 2016, from [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/)

ภาคผนวก



**ภาคผนวก ก**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ







**ภาคผนวก ข**

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-504-8036-7 โทรสาร 0-2503-2620

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood,  
Pakkred, Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036-7 Fax : (662) 5032620

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 20 / 2559

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ  
คลังปัญญา สาขาบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2575100025

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้น

ที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการ  
วิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม .....  
(อาจารย์ ดร.ชินจิตร์ โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 20 มี.ย. 2559

**ภาคผนวก ค**

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาใช้เครื่องมือการวิจัย  
และหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย





ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๕๕๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา สาขาอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ด้วย นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“การพัฒนาแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา สาขาบ้านโป่ง จังหวัด  
ราชบุรี” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา สาขาบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บ  
รวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ  
รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวสนทนากลุ่มและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ในชมรมผู้สูงอายุ  
คลังปัญญา สาขาอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี แบ่งเป็นขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๓๐ ราย และเก็บ  
รวบรวมข้อมูลวิจัย จำนวน ๕๐ ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

| รณกรณ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.รณกรณ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๙-๒๒๕๐-๙๒๓๖ (นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๕๔๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าผา

ด้วย นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา สาขาบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา สาขาบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยใช้แนวสนทนากลุ่มและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจากผู้สูงอายุในชมรมของท่าน จำนวน ๓๐ ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ท่องคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ท่องคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท ๐๙-๒๒๕๐-๙๒๓๖ (นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ)





ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๕๕๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร

ด้วย นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา สาขาบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา สาขาบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยใช้แนวสนทนากลุ่มและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จากผู้สูงอายุในชมรมของท่าน จำนวน ๕๐ ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗  
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐  
โทรศัพท์ ๐๙-๒๒๕๐-๙๒๓๖ (นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ)

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล



### เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องด้วยนางสาว จุติชญา ฉลาดล้ำ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลั่งปัญญา สาขาบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลั่งปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 2) เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลั่งปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลั่งปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่างคือเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น และตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากกิจกรรมและการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ไม่มีการบังคับ ให้โทษหรือเสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น โดยการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในการเข้าร่วมกิจกรรมและการตอบแบบสอบถามของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่นางสาวจุติชญา ฉลาดล้ำ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 092-2509236 หรือหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โปรดสอบถามได้ที่ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 02-5048036-37

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี เมื่อท่านตอบแบบสอบถามแล้ว กรุณาส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่อยู่ระบุไว้หน้าของแบบสอบถาม และขอขอบคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจุติชญา ฉลาดล้ำ)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

### แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... อายุ.....ปี  
 อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....ได้รับฟังคำอธิบายจากนางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ เกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมและ  
 ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุใน  
 ชุมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี” แล้ว โดยคำอธิบายมีเนื้อหาและรายละเอียด  
 ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ (1) วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำวิจัย (2) ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถาม  
 และ (3) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วม ปฏิเสธหรือ  
 ถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียเปล่าประโยชน์ หรือไม่เสียสิทธิ์ใดๆ  
 ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าต้องถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อในรายงานผลการวิจัย  
 หรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการ  
 ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....  
 (.....)

ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่ชี้แจง.....  
 (.....)

ลงลายมือชื่อพยาน.....  
 (.....)

วันที่..10...เดือน..กันยายน..พ.ศ..2559...

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่ 10 กันยายน 2559

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลเป็กไพรทุกท่าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามในงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี”

เนื่องด้วยนางสาวฐิติชญา ฉลาดลั่น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 2) เพื่อพัฒนาแบบรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเป็กไพร ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ ซึ่งการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ไม่มีการบังคับ ให้โทษหรือเสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น การตอบแบบสอบถามนี้จะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	9	ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	26	ข้อ
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	46	ข้อ
ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	6	ข้อ
รวมทั้งหมด	จำนวน	87	ข้อ

คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่นางสาวฐิติชญา ฉลาดลั่น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 092-2509236 หรือหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โปรดสอบถามได้ที่ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 02-5048036-37

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวฐิติชญา ฉลาดลั่น)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ  
ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมายถูก ( ✓ ) ลงใน  หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุดหรือ  
เติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาของท่าน  
 1. ไม่ได้รับการศึกษา  4. มัธยมศึกษาตอนปลาย  7. สูงกว่าปริญญาตรี  
 2. ประถมศึกษา/เทียบเท่า  5. อนุปริญญา/เทียบเท่า  8. อื่น ๆ ระบุ.....  
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น  6. ปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรสของท่าน  
 1. โสด  2. สมรส  3. หม้าย  4. หย่า/แยก
5. การประกอบอาชีพที่มีรายได้  
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 2. ยังคงประกอบอาชีพอยู่ โดยทำอาชีพ.....
6. รายได้/รายรับ.....บาท/เดือน โดยได้จาก ระบุ.....
7. ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน  
 7.1 ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพดีหรือไม่  
 1. ดีมาก  2. ดี  3. ปานกลาง  4. ไม่ดี  5. ไม่ดีมาก  
 7.2 ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่  
 1. ไม่มีโรคประจำตัว  
 2. มีโรคประจำตัว ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 1.โรคเบาหวาน เป็นมานาน.....ปี.....เดือน  
 2.โรคความดันโลหิตสูง เป็นมานาน.....ปี.....เดือน  
 3.โรคหัวใจ เป็นมานาน.....ปี.....เดือน  
 4.โรคไต เป็นมานาน.....ปี.....เดือน  
 5.โรคอื่นๆ ระบุ.....เป็นมานาน.....ปี.....เดือน  
 7.3 ชนิดของยาที่ท่านรับประทานเป็นประจำ ระบุ.....
8. ปัจจุบันใครเป็นผู้ดูแลความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของท่าน .....



9. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างไร

1. ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเลย       2. เข้าร่วมกิจกรรมนาน ๆ ครั้ง
3. เข้าร่วมกิจกรรมบ่อยครั้ง       4. เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

## ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ ในการตอบคำถามขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและให้ท่านทำเครื่องหมายถูก

( ✓ ) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดของท่าน โดยมีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ ได้แก่ ถูกต้อง

ไม่แน่ใจ ไม่ถูกต้อง

ข้อที่	คำถาม	ถูกต้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ถูกต้อง
1	<b>โภชนาการ</b> ในแต่ละวันผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะผักและผลไม้			
2	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู แกงเทโพ เป็นต้น เพื่อรักษาความอบอุ่นของร่างกาย			
3	ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิหรือน้ำตาล เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน กล้วยน้ำว้า แกงคั่ว ข้าวเหนียวมูล ก๋วยเตี๋ยว บัวย่อย ลอดช่อง ทับทิมกรอบ เป็นต้น			
4	ผู้สูงอายุควรรับประทานผักให้หลากหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ฟัก มะเขือเทศ มะระ กะหล่ำปลี ถั่ว และอื่น ๆ อย่างน้อย 5 กำมือต่อวัน			
5	<b>การออกกำลังกาย</b> การออกกำลังกายควรทำเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์			
6	การออกกำลังกายในแต่ละครั้งควรทำอย่างต่อเนื่องนาน 30 นาที			
7	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายด้วยการวิ่งหรือกระโดดเชือก			
8	การออกกำลังกายที่ดีควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารนาน 15-30 นาที			
9	ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งผู้สูงอายุควรอบอุ่นร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ			

ข้อที่	คำถาม	ถูกต้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ถูกต้อง
10	หลังการออกกำลังกายทุกครั้งผู้สูงอายุควรวิ่งเหยาะ ๆ หรือสະบັດ แขนแรง ๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลาย			
11	อาการที่แสดงว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายมากเกินไป เช่น เจ็บหน้าอก หน้าซีดหรือแดงคล้ำ หายใจลำบาก เป็นต้น			
12	<b>การจัดการความเครียด</b> การฝึกหายใจเข้าออกหรือการนั่งสมาธิสามารถช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุได้			
13	ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ร่าเริง แจ่มใสตลอดเวลา จัดเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีเกินไปอาจเสี่ยงต่อโรคจิตได้			
14	ผู้สูงอายุที่ชอบอยู่คนเดียวหรือเก็บตัว อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าและหลีกเลี่ยงหนีออกจากสังคม			
15	การผ่อนคลายความเครียดด้วยการใช้ยา สูบบุหรี่ยี่ ต้มสุรา เป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ส่งผลดีได้อย่างเร็วในผู้สูงอายุ			
16	ถ้าหากผู้สูงอายุมีความเครียดมาก ๆ ถึงขั้นมีอาการป่วยทางกาย ควบคุมตนเองไม่ได้ สับสน ว้าวุ่นใจมาก ๆ ผู้สูงอายุควรไปพบแพทย์			
17	<b>ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b> ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมร่วมกันกับคนในชุมชนหรือครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการแยกตัวออกจากสังคม			
18	เมื่อเกิดปัญหาคับข้องใจหรือไม่สบายใจ ผู้สูงอายุควรปรึกษาหรือพูดคุยกับบุคคลที่ไว้ใจได้ เช่น เพื่อน ลูกหลาน หรือคนใกล้ชิด เป็นต้น			
19	<b>ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ</b> ผู้สูงอายุควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นต้น ควรรีบไปพบแพทย์			
20	เมื่อผู้สูงอายุไม่สบาย เป็นไข้ หรือมีอาการป่วยไม่รุนแรงมาก สามารถซื้อยามารับประทานเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์			
21	ผู้สูงอายุควรมีการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง			
22	ผู้สูงอายุไม่มีความจำเป็นต้องหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือการเข้าร่วมอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพ เพราะอายุมากแล้ว การเรียนรู้จะช้าลง และมีลูกหลานที่ต้องดูแล			

ข้อที่	คำถาม	ถูกต้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ถูกต้อง
23	การเจริญทางจิตวิญญาณ การทำสมาธิหรือวิปัสสนาเป็นวิธีการเจริญทางจิตวิญญาณที่ดีที่สุดที่ ผู้สูงอายุควรกระทำ			
24	ผู้สูงอายุควรสร้างคุณประโยชน์ให้ลูกหลานหรือคนรุ่นหลัง			
25	ผู้สูงอายุที่รู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นในแง่ลบ จะทำให้ความมีคุณค่า ในตนเองลดลง			
26	ผู้สูงอายุควรมีการเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจต่อความ เปลี่ยนแปลงในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น			

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพหรือการกระทำของ  
ผู้สูงอายุ ในการตอบคำถามขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าในช่วง 2  
สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีพฤติกรรมตามข้อความแต่ละข้อบ่อยครั้งเพียงใดแล้วทำ  
เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านโดยมีคำตอบให้เลือก 5  
ระดับ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นสม่ำเสมอหรือทุกวันใน แต่ละสัปดาห์

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
		ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
1	โภชนาการ ปริมาณของอาหารที่ท่านรับประทานแต่ละมื้อขึ้นอยู่กับ กับความอโรย					
2	ท่านรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้า ๆ ให้ละเอียด					

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
		ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
3	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์					
4	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ เป็นต้น					
5	ในการรับประทานอาหารท่านจะเติมน้ำปลา น้ำปลาพริก ซีอิ๊ว เพิ่ม					
6	ท่านรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่มีปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ ข้าวขาหมู แกงเทโพ ก๋วยเตี๋ยวต้มยำ ลอดช่อง เป็นต้น					
7	ท่านรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หอย เป็นต้น					
8	ในแต่ละวันท่านรับประทานผักหลากหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง คื่นช่าย ตำลึง ฟัก มะเขือเทศ มะระ กะหล่ำปลี ถั่ว และอื่น ๆ ไม่น้อยกว่า 5 กำมือหรือไม่น้อยกว่าครึ่งกิโลกรัม					
9	ในแต่ละวันท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น กล้วยน้ำว้า มะละกอ ชมพู่ ส้มโอ เป็นต้น					
10	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว					
11	ท่านรับประทานอาหารที่มีกระบวนการปรุงด้วยวิธีต้ม นึ่ง ลวก อบ					
12	<b>การออกกำลังกาย</b> ท่านออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ขุดดิน ทำงานบ้าน ล้างรถ เป็นต้น จนรู้สึกอ่อนล้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอสมควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย					
13	ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อม โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขน ขา หรือเดินแกว่งแขนช้า ๆ					

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
		ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
14	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น การยืดขา ยืดแขน และบิดตัว เป็นต้น					
15	ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนรู้สีกว่าหัวใจเต้นเร็ว แรง มีเหงื่อออก แต่ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้					
16	ท่านออกกำลังกายในแต่ละครั้ง นาน 30 นาที					
17	ในขณะที่ออกกำลังกาย ท่านมีความสุขสนาน					
18	หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ					
19	<b>การจัดการกับความเครียด</b> เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นท่านพยายามหาทางแก้ไขปัญหานั้นโดยไม่หลีกเลี่ยงปัญหา					
20	ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ และเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ					
21	เมื่อท่านมีปัญหาที่ทำให้ท่านเสียใจ ท่านมักจะร้องไห้และเก็บตัวอยู่ลำพังเงียบ ๆ คนเดียวไม่บอกใคร					
22	เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่สบายใจก่อน					
23	ท่านปฏิเสธคำขอร้องขอของผู้อื่นบ้างในบางโอกาสที่ท่านไม่สะดวกในการช่วยเหลือ					
24	ท่านหาวิธีผ่อนคลายความเครียด โดยหากิจกรรมผ่อนคลายทำ เช่น การรับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว ทำงานอดิเรก เป็นต้น					
25	<b>ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b> ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ					
26	ท่านมีการติดต่อพูดคุยหรือไปเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง					

ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
		ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
27	เมื่อมีกิจกรรมสำคัญต่าง ๆ ในชุมชน ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน					
28	เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน					
29	เมื่อท่านมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ ท่านสามารถพึ่งพาเพื่อนบ้านและสามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้					
30	ท่านมีคนในครอบครัวที่ให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือ					
31	เมื่อสมาชิกในครอบครัวขอรับคำปรึกษาจากท่าน ท่านสามารถเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำและกำลังใจกับคนในครอบครัวได้					
32	<b>ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ</b> ท่านปรึกษาผู้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที					
33	ท่านปรึกษากับคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านในเมื่อมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วย					
34	ท่านตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
35	ท่านมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับบุคคลอื่นเช่น เพื่อนบ้านหรือบุคคลที่มีปัญหาเดียวกับท่าน					
36	ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นต้น					
37	เมื่อมีอาการไม่สบายเล็ก ๆ น้อย ๆ ท่านจะปล่อยให้หายเอง หรือซื้อยามารับประทานเอง					



ข้อ	คำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
		ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
38	ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ หรือการเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพ เป็นต้น					
39	<b>การเจริญทางจิตวิญญาณ</b> ท่านทำในสิ่งที่ท่านชอบและมีความสุขกับสิ่งที่ทำ และพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่					
40	เมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจ					
41	ท่านสามารถยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					
42	ท่านเป็นที่เคารพนับถือและรักใคร่ของเพื่อนบ้าน					
43	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมและคนอื่นได้					
44	ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข					
45	ท่านเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจต่อความเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น					
46	ในวันหยุด/วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตร เป็นต้น					
47	ท่านมองว่าทุกอย่างในโลกล้วนเป็นอนิจจัง ไม่ยึดติด ไม่ถือมั่น					
48	ท่านมีความสุขเมื่อลูกหลานให้ความสำคัญ และจะทุกข์ใจจนรับประทานอาหารไม่ได้ หากลูกหลานเมินเฉยหรือไม่ใส่ใจ					

#### ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการตอบคำถามขอให้ท่านอ่าน ข้อความแต่ละข้อ ใน

การตอบคำถามขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 1-20%

น้อย หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 21-40%

ปานกลาง หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 41-60%

มาก หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 61-80%

มากที่สุด หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 81-100%

ข้อ	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	<b>การประเมินภาวะสุขภาพ</b> จุดที่ 1 กิจกรรมการวัดความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด วัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก					
2	จุดที่ 2 กิจกรรมการตรวจร่างกายเบื้องต้น และการประเมินภาวะสุขภาพ					
3	จุดที่ 3 กิจกรรมการประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อมและประเมินสุขภาพจิต					
4	<b>การอบรมให้ความรู้</b> กิจกรรมการบรรยายเรื่อง การออกกำลังกายอย่างไรจึงจะได้ผล					
5	กิจกรรมการบรรยายเรื่องความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การสังเกตอาการ การป้องกันและการแก้ไขอาการผิดปกติเบื้องต้น					
6	<b>การอภิปรายและเสวนาแลกเปลี่ยน</b> กิจกรรมการอภิปรายเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ					
7	กิจกรรมการเสวนาเรื่อง กินอยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว					

ข้อ	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
8	<b>การฝึกปฏิบัติและฝึกทักษะ</b> กิจกรรมการฝึกทักษะเรื่องการจัดการความเครียด การ ผ่อนคลายตระหนักรู้					
9	กิจกรรมการฝึกทักษะการบริหารจิต					
10	กิจกรรมการออกกำลังกายไม่พลองกลองยาวและการ แกว่งแขน					
11	กิจกรรมแบ่งกลุ่มการสาธิตและปรุงอาหารที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ					
12	กลุ่มที่ 1 การหุงข้าวไรซ์เบอร์รี่					
13	กลุ่มที่ 2 การทำแกงเลียง					
14	กลุ่มที่ 3 การทำอาหารหวาน/ว่าง					
15	กลุ่มที่ 4 การทำน้ำสมุนไพร					
16	กิจกรรมสัมพันธ์: เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกันเพื่อสร้างสรรค์ สุขภาพดี					
17	<b>การสรุปผลดำเนินโครงการ</b> กิจกรรมการนำเสนอผลการประเมินสุขภาพเบื้องต้น					
18	กิจกรรมการมอบรางวัลสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมการอบรมดีเยี่ยม					
19	กิจกรรมการสรุปผลกิจกรรม แนวทางการสร้างเสริม สุขภาพ และการสร้างพันธะสัญญาในการสร้างเสริม สุขภาพร่วมกัน					
20	กิจกรรมการแลกเปลี่ยนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และปัญหา อุปสรรคของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพ					
20	<b>คู่มือ</b> กิจกรรมการจัดทำคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ					

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

### แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของแกนนำผู้สูงอายุ ในการตอบคำถามขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าท่านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชมรมเบิกไพรในช่วงที่ผ่านมาในระดับใด ในการตอบคำถามขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านโดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับดังนี้

- น้อยที่สุด หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 1-20%  
 น้อย หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 21-40%  
 ปานกลาง หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 41-60%  
 มาก หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 61-80%  
 มากที่สุด หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประมาณ 81-100%

ข้อ	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ไม่มีกิจกรรมนี้/ไม่ได้เข้าร่วม	ระดับความพึงพอใจ				
			น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	กิจกรรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับอาหาร						
2	กิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น รำไม้พลองป่าบุญมี รำไทเก๊ก การแกว่งแขน เต้นลีลาศ เป็นต้น						
3	กิจกรรมการจัดการความเครียด						
4	กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การไปทำบุญ 9 วัด ไปฝึกวิปัสสนา เป็นต้น						
5	การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในวันประชุมประจำเดือน						
6	การจัดกิจกรรมของชมรมในวันสำคัญต่าง ๆ						

กิจกรรมที่ท่านต้องการให้ชมรมเบิกไพรจัดเพิ่มนอกเหนือจากกิจกรรมในตาราง

.....

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

**ภาคผนวก จ**

ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อ



ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (รายชื่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม				หลังเข้าร่วมกิจกรรม			
		ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ	ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ
1	ในแต่ละวันผู้สูงอายุ ควรรับประทาน อาหารที่มีคุณค่าทาง โภชนาการให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะผัก และผลไม้	49.00	89.10	6.00	10.90	55.00	100.00	0.00	0.00
2	ผู้สูงอายุควร รับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูง เช่น ข้าว ขาหมู แกงเทโพเป็น ต้น เพื่อรักษาความ อบอุ่นของร่างกาย	48.00	87.30	7.00	12.70	54.00	98.20	1.00	1.80
3	ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหาร หรือขนมหวานที่ปรุง ด้วยกะทิหรือนม เช่น แกงเผ็ด แกง เขียวหวาน มัสมั่น แกงคั่ว ข้าวเหนียวมูล กล้วยบัวซี บัวลอย ลอดช่อง ทับทิมกรอบ เป็นต้น	17.00	30.90	38.00	69.10	50.00	90.90	5.00	9.10
4	ผู้สูงอายุควร รับประทานผักให้ หลากหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง คื่นหีง ตำลึง ฟัก มะเขือเทศ มะระ กะหล่ำปลี ถั่ว และ อื่นๆ อย่างน้อย 5 กำมือต่อวัน	46.00	83.60	9.00	16.40	55.00	100.00	0.00	0.00



ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม				หลังเข้าร่วมกิจกรรม			
		ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ	ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ
5	การออกกำลังกายควร ทำเป็นประจำอย่างน้อย น้อย 3 วันต่อสัปดาห์	41.00	74.50	14.00	25.50	55.00	100.00	0.00	0.00
6	การออกกำลังกายใน แต่ละครั้งควรทำอย่าง ต่อเนื่องนาน 30 นาที	41.00	74.50	14.00	25.50	55.00	100.00	0.00	0.00
7	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกาย ด้วยการวิ่งหรือ กระโดดเชือก	45.00	81.80	10.00	18.20	54.00	98.20	1.00	1.80
8	การออกกำลังกายที่ดี ควรออกกำลังกายหลัง รับประทานอาหารนาน 15-30 นาที	24.00	43.60	31.00	56.40	41.00	74.50	14.00	25.50
9	ก่อนออกกำลังกายทุก ครั้งผู้สูงอายุควรอบอุ่น ร่างกายด้วยการยืด เหยียดกล้ามเนื้อ	48.00	87.30	7.00	12.70	55.00	100.00	0.00	0.00
10	หลังการออกกำลังกาย ทุกครั้งผู้สูงอายุควรวิ่ง เหยาะ ๆ หรือสลับ แขนแรง ๆ เพื่อเป็น การผ่อนคลาย	4.00	7.30	52.00	92.70	31.00	56.40	24.00	43.60
11	อาการที่แสดงว่า ผู้สูงอายุออกกำลังกาย มากเกินไป เช่น เจ็บ หน้าอก หน้าซีดหรือ แดงคล้ำ หายใจลำบาก เป็นต้น	28.00	50.90	27.00	49.10	51.00	92.70	4.00	7.30
12	การฝึกหายใจเข้าออก หรือการนั่งสมาธิ สามารถช่วยลดความ เครียดในผู้สูงอายุได้	54.00	98.20	1.00	1.80	55.00	100.00	0.00	0.00

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม				หลังเข้าร่วมกิจกรรม			
		ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ	ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ
13	ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ร่า เริง แจ่มใสตลอดเวลา จัดเป็นผู้สูงอายุที่มี สุขภาพจิตดีเกินไปอาจ เสี่ยงต่อโรคจิตได้	32.00	58.20	23.00	41.80	41.00	74.50	14.00	25.50
14	ผู้สูงอายุที่ชอบอยู่คน เดียวหรือเก็บตัว อาจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุนี้อาการ ซึมเศร้าและ หลีกเลี่ยงออกจากสังคม	24.00	43.60	31.00	56.40	14.00	25.50	41.00	74.50
15	การผ่อนคลายความ เครียดด้วยการใช้ยา สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็น การผ่อนคลายความ เครียดที่ส่งผลดีได้อย่าง เร็วในผู้สูงอายุ	51.00	92.70	4.00	7.30	54.00	98.20	1.00	1.80
16	ถ้าหากผู้สูงอายุนี้อาการ ความเครียดมาก ๆ ถึงขั้นมีอาการป่วย ทางกาย ควบคุม ตนเองไม่ได้ สับสน ว้าวุ่นใจมาก ๆ ผู้สูงอายุควรไปพบ แพทย์	50.00	90.90	5.00	9.10	55.00	100.00	0.00	0.00
17	ผู้สูงอายุควรทำ กิจกรรมร่วมกับกับคน ในชุมชนหรือครอบครัว อย่างสม่ำเสมอ เพื่อ ป้องกันการแยกตัวออก จากสังคม	33.00	60.00	22.00	40.00	52.00	94.50	3.00	5.50

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม				หลังเข้าร่วมกิจกรรม			
		ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ	ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ
18	เมื่อเกิดปัญหาคับข้องใจหรือไม่สบายใจ ผู้สูงอายุควรปรึกษา หรือพูดคุยกับบุคคลที่ไว้ใจได้ เช่น เพื่อน ลูกหลาน หรือคนใกล้ชิด เป็นต้น	39.00	70.90	16.00	29.10	55.00	100.00	0.00	0.00
19	ผู้สูงอายุควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นต้น ควรรีบไปพบแพทย์	49.00	89.10	6.00	10.90	55.00	100.00	0.00	0.00
20	เมื่อผู้สูงอายุไม่สบาย เป็นไข้ หรือมีอาการป่วยไม่รุนแรงมาก สามารถซื้อยามารับประทานเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์	10.00	18.20	45.00	81.80	49.00	89.10	6.00	10.90
21	ผู้สูงอายุควรมีการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	48.00	87.30	7.00	12.70	53.00	96.40	2.00	3.60
22	ผู้สูงอายุไม่มีความจำเป็นต้องหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือการเข้าร่วมอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพ เพราะอายุมากแล้ว การเรียนรู้จะช้าลง และมีลูกหลานที่ต้องดูแล	25.00	45.50	30.00	54.50	47.00	85.50	8.00	14.50

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม				หลังเข้าร่วมกิจกรรม			
		ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ	ถูก	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ
23	การทำสมาธิหรือ วิปัสสนาเป็นวิธีการ เจริญทางจิตวิญญาณที่ ดีที่ผู้สูงอายุควรกระทำ	51.00	92.70	4.00	7.30	54.00	98.20	1.00	1.80
24	ผู้สูงอายุควรสร้าง คุณประโยชน์ให้ ลูกหลานหรือคนรุ่น หลัง	53.00	96.40	2.00	3.60	52.00	94.60	3.00	5.50
25	ผู้สูงอายุที่รู้สึกต่อ ตนเองและผู้อื่นในแ่ง ลบ จะทำให้ความมี คุณค่าในตนเองลดลง	30.00	54.50	25.00	45.50	44.00	80.00	11.00	20.00
26	ผู้สูงอายุควรมีการ เตรียมพร้อมทั้ง ร่างกายและจิตใจต่อ ความเปลี่ยนแปลงใน อนาคตที่อาจเกิดขึ้น	50.00	90.00	5.00	9.10	52.00	94.60	3.00	5.50

เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (รายชื่อ)

ข้อ	คำถาม	ก่อนเข้าร่วม			หลังเข้าร่วม			p-value
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
1	ปริมาณของอาหารที่ท่านรับประทานแต่ละมื้อขึ้นอยู่กับความอร่อย	3.11	0.86	ปานกลาง	3.54	0.74	มาก	0.00*
2	ท่านรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้า ๆ ให้ละเอียด	2.65	0.97	ปานกลาง	3.73	1.28	มาก	0.00*
3	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	4.85	0.48	มากที่สุด	4.96	0.19	มากที่สุด	0.05*
4	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ เป็นต้น	3.64	0.93	มาก	4.13	0.72	มาก	0.00*
5	ในการรับประทานอาหารท่านจะเติมน้ำปลา น้ำปลาพริก ซีอิ้ว เพิ่ม	3.49	0.79	ปานกลาง	4.20	0.56	มาก	0.00*
6	ท่านรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่มีปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ ข้าวขาหมู แกงเทโพ ก๋วยเตี๋ยว บัวลอย ลอดช่อง เป็นต้น	3.07	0.92	ปานกลาง	3.82	0.64	มาก	0.00*
7	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หอย เป็นต้น	3.36	0.82	ปานกลาง	4.11	0.76	มาก	0.00*
8	ในแต่ละวันท่านรับประทานผักหลากหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง คื่นช่าย ตำลึง พริก มะเขือเทศ มะระ กะหล่ำปลี ถั่ว และอื่นๆ ไม่น้อยกว่า 5 กำมือหรือไม่น้อยกว่าครึ่งกิโลกรัม	3.09	1.24	ปานกลาง	3.55	0.76	มาก	0.02*

ข้อ	คำถาม	ก่อนเข้าร่วม			หลังเข้าร่วม			p-value
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
9	ในแต่ละวันท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น กัวยี่น้ำว่า มะละกอ ชมพู ส้มโอ เป็นต้น	2.93	1.39	ปานกลาง	3.62	1.16	มาก	0.00*
10	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.45	1.33	ปานกลาง	3.91	1.04	มาก	0.01*
11	ท่านรับประทานอาหารที่มีกระบวนการปรุงด้วยวิธี ต้ม นึ่ง ลวก อบ	3.55	1.36	มาก	4.00	0.88	มาก	0.01*
	<b>ภาพรวม</b>	<b>3.39</b>	<b>0.53</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.95</b>	<b>0.43</b>	<b>มาก</b>	<b>0.00*</b>
12	ท่านออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ขุดดิน ทำงาน บ้าน ล้างรถ เป็นต้น จนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อย หรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย	2.56	1.09	ปานกลาง	3.04	0.79	ปานกลาง	0.00*
13	ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขนขา หรือเดินแกว่งแขนช้าๆ	2.65	1.28	ปานกลาง	3.60	1.07	มาก	0.00*
14	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายเช่น การยืดขา ยืดแขน และบิดตัว เป็นต้น	2.62	1.25	ปานกลาง	3.64	1.14	มาก	0.00*
15	ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนรู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็วแรง มีเหงื่อออก แต่ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้	2.09	1.39	น้อย	2.71	1.36	ปานกลาง	0.00*
16	ท่านออกกำลังกายในแต่ละครั้ง นาน 30 นาที	2.55	1.52	ปานกลาง	3.11	1.27	ปานกลาง	0.01*
17	ในขณะที่ออกกำลังกาย ท่านมีความสุขสนุกสนาน	3.04	1.59	ปานกลาง	3.84	1.19	มาก	0.00*



ข้อ	คำถาม	ก่อนเข้าร่วม			หลังเข้าร่วม			p-value
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
18	หลังการออกกำลังกาย ท่านมี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะ ปกติ	2.84	1.62	ปาน กลาง	3.40	1.32	ปาน กลาง	0.01*
19	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นท่าน พยายามหาทางแก้ไขปัญหา นั้นโดยไม่หลีกเลี่ยงปัญหา	2.73	1.13	ปาน กลาง	3.31	1.28	ปาน กลาง	0.00*
20	ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหา ทุกอย่างแก้ไขได้ และเผชิญ ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ	3.16	1.17	ปาน กลาง	3.85	0.85	มาก	0.00*
21	เมื่อท่านมีปัญหาที่ทำให้ท่าน เสียใจ ท่านมักจะร้องไห้และ เก็บตัวอยู่ลำพังเงียบ ๆ คน เดียวไม่บอกใคร	4.65	0.70	มาก ที่สุด	4.82	0.67	มาก ที่สุด	0.10
	<b>ภาพรวม</b>	<b>2.63</b>	<b>1.08</b>	<b>ปาน กลาง</b>	<b>3.33</b>	<b>0.92</b>	<b>ปาน กลาง</b>	<b>0.00*</b>
22	เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุที่ ทำให้ท่านไม่สบายใจก่อน	2.64	1.31	ปาน กลาง	3.29	1.19	ปาน กลาง	0.00*
23	ท่านปฏิเสธคำขอร้องขอของผู้อื่น บ้างในบางโอกาสที่ท่านไม่ สะดวกในการช่วยเหลือ	2.38	1.06	น้อย	3.02	1.01	ปาน กลาง	0.00*
24	ท่านหาวิธีผ่อนคลายความ เครียด โดยหากิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การรับประทานอาหาร นอกบ้าน ท่องเที่ยว ทำงานอดิเรก เป็นต้น	2.44	1.21	น้อย	3.13	1.20	ปาน กลาง	0.00*
	<b>ภาพรวม</b>	<b>3.03</b>	<b>0.59</b>	<b>ปาน กลาง</b>	<b>3.57</b>	<b>0.50</b>	<b>มาก</b>	<b>0.00*</b>
25	ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของ ท่านยังคงให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการ	3.00	1.05	ปาน กลาง	3.44	1.01	ปาน กลาง	0.02*

ข้อ	คำถาม	ก่อนเข้าร่วม			หลังเข้าร่วม			p-value
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
26	ท่านมีการติดต่อพูดคุยหรือไปเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง	2.80	0.87	ปานกลาง	3.40	0.97	ปานกลาง	0.00*
27	เมื่อมีกิจกรรมสำคัญต่าง ๆ ในชุมชน ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน	2.89	0.83	ปานกลาง	4.33	0.86	มาก	0.00*
28	เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.36	1.06	ปานกลาง	3.71	0.94	มาก	0.03*
29	เมื่อท่านมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ ท่านสามารถพึ่งพาเพื่อนบ้านและสามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้	2.82	1.11	ปานกลาง	3.38	1.01	ปานกลาง	0.00*
30	ท่านมีคนในครอบครัวที่ให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือ	3.58	1.01	มาก	4.02	0.78	มาก	0.00*
31	เมื่อสมาชิกในครอบครัวขอรับคำปรึกษาจากท่าน ท่านสามารถเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำและกำลังใจกับคนในครอบครัวได้	3.53	1.20	มาก	4.05	0.83	มาก	0.00*
	<b>ภาพรวม</b>	<b>3.14</b>	<b>0.63</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.76</b>	<b>0.69</b>	<b>มาก</b>	<b>0.00*</b>
32	ท่านปรึกษาผู้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที	2.64	1.47	ปานกลาง	3.20	1.11	ปานกลาง	0.01*
33	ท่านปรึกษากับคนในครอบครัวญาติ เพื่อนบ้านในเมื่อมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วย	2.80	1.47	ปานกลาง	3.35	1.06	ปานกลาง	0.01*
34	ท่านตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.53	1.69	มาก	3.84	1.42	มาก	0.19
35	ท่านมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับบุคคลอื่นเช่น เพื่อนบ้าน	2.36	1.21	น้อย	2.67	1.12	ปานกลาง	0.09

ข้อ	คำถาม	ก่อนเข้าร่วม			หลังเข้าร่วม			p-value
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
	หรือบุคคลที่มีปัญหาเดียวกับท่าน							
36	ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นต้น	2.38	1.27	น้อย	2.89	0.98	ปานกลาง	0.01*
37	เมื่อมีอาการไม่สบายเล็กน้อย ๆ ท่านจะปล่อยให้หายเอง หรือซื้อยามารับประทานเอง	3.85	0.98	มาก	4.35	0.87	มาก	0.00*
38	ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ หรือการเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพ เป็นต้น	3.27	1.52	ปานกลาง	3.40	1.43	ปานกลาง	0.60
	<b>ภาพรวม</b>	<b>2.98</b>	<b>0.97</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.38</b>	<b>0.77</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>0.01*</b>
39	ท่านทำในสิ่งที่ท่านชอบและมีความสุขกับสิ่งที่ทำ และพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่	3.36	1.27	ปานกลาง	3.45	0.96	ปานกลาง	0.57
40	เมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจ	3.47	1.31	ปานกลาง	3.51	0.86	มาก	0.83
41	ท่านสามารถยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.42	1.36	ปานกลาง	3.96	0.92	มาก	0.00*
42	ท่านเป็นที่เคารพนับถือและรักใคร่ของเพื่อนบ้าน	3.38	1.19	ปานกลาง	3.55	1.10	มาก	0.36
43	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมและคนอื่นได้	4.42	1.36	มาก	3.93	1.10	มาก	0.02*

ข้อ	คำถาม	ก่อนเข้าร่วม			หลังเข้าร่วม			p-value
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
44	ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข	3.29	1.44	ปานกลาง	3.76	1.04	มาก	0.03*
45	ท่านเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจต่อความเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น	3.51	1.34	มาก	4.11	0.83	มาก	0.00*
46	ในวันหยุด/วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตร เป็นต้น	3.98	1.19	มาก	4.40	0.89	มาก	0.04*
47	ท่านมองว่าทุกอย่างในโลกล้วนเป็นอนิจจัง ไม่ยึดติด ไม่ถือมั่น	3.49	1.33	ปานกลาง	4.22	0.92	มาก	0.00*
48	ท่านมีความสุขเมื่อลูกหลานให้ความสำคัญ และจะทุกข์ใจจนรับประทานอาหารไม่ได้ หากลูกหลานเมินเฉยหรือไม่ใส่ใจ	3.24	1.39	ปานกลาง	3.82	1.29	มาก	0.02*
<b>ภาพรวม</b>		<b>3.46</b>	<b>0.78</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.80</b>	<b>0.56</b>	<b>มาก</b>	<b>0.00*</b>

\*P &lt; .05

**ประวัติผู้วิจัย**

<b>ชื่อ</b>	นางสาวฐิติชญา ฉลาดล้ำ
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	27 เมษายน 2522
<b>สถานที่เกิด</b>	อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
<b>ประวัติการศึกษา</b>	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี พ.ศ. 2545
<b>สถานที่ทำงาน</b>	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
<b>ตำแหน่ง</b>	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

