

# การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน

กัตติกา ธนะขว้าง\*

จินตนา รัตนวิฑูรย์†

จามจุรีย์ ทนุรัตน์†

## บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ แต่ที่ผ่านมาผู้สูงอายุถูกมองเป็นเพียงผู้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและสังคมเท่านั้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเองในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุตำบลวรรณคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลของการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเองก่อให้เกิดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนที่หลากหลายในการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันชุมชน รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ศิลปะและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพภายหลังการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนนั้น พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ มีเครือข่ายเพื่อน การเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน สามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาวะ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ดังนั้นการส่งเสริมการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ การเสริมพลังและใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนได้ นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี

**คำสำคัญ:** เครือข่ายเพื่อน, การดูแลตนเอง, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

## Abstract

**Development of Friendship Networks and Potential of Self-help Groups to Promote Healthy Aging among Community-dwelling Older Adults**

**Kattika Thanakwang\*, Jintana Rattanawitoon†, Jamjuree Tanurat†**

*\*Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima*

*†Pua Crown Prince Hospital, Pua district, Nan Province*

Older persons are an important resource of the nation; however, they previously had been viewed as persons only receiving support from family and society. This research project was aimed at developing friendship networks and increasing the potential of self-help groups to promote healthy aging among community-dwelling older adults. Participatory action research was applied to older adults in Woranakhorn subdistrict, Pua district, Nan Province. Data were collected using focus group discussion and questionnaires. Content analysis was performed for qualitative data. For quantitative data analysis, the mean, standard deviation, and paired t-test were used.

\*สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

†โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว อำเภอปัว จังหวัดน่าน



The development of friendship networks and potential self-help groups resulted in several self-care activities, including performing basic physical examinations and health evaluations, reciprocal caring and taking care of each other within the community, and creating health-promoting activities applying folk art and local wisdom. Compared with changes in older adults after developing friendship networks and self-help groups, it was found that, after project intervention, the older adults who regularly participated in the friendship group activities had friendship networks, friendship support, self-efficacy, health-promoting behaviors, and healthy aging greater than before the intervention, with statistical significance at the 0.05 level. Therefore, promoting the potential of elderly individuals, empowering and using social capital within the community can promote friendship group activities and self-help groups among community-dwelling elders, thus facilitating the achievement of healthy aging.

*Key words: friendship networks, self-help group, health-promoting behavior, healthy aging*

### ภูมิหลังและเหตุผล

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เป็นผลมาจากอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ลดลงอย่างรวดเร็วนี้เป็นผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ ๑๑ ของประชากรทั้งหมด<sup>(๑)</sup> ซึ่งแสดงถึงประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (Aging society) รัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ จึงได้มีนโยบายเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นว่าผู้สูงอายุก็เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สามารถใช้ศักยภาพในการส่งเสริมสนับสนุนระบบสังคมวัฒนธรรมและระบบเศรษฐกิจของประเทศได้ มีใช้เพียง “ผู้รับ” การเกื้อหนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือภาครัฐแต่ฝ่ายเดียว

ปัจจุบันมีการขยายมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพแบบใหม่ที่มีมุมมองกว้างและเป็นองค์รวมมากขึ้น และสุขภาพคือสภาวะที่จะครอบคลุมมิติต่างๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพเท่านั้น แต่เป็นของประชาชนทุกคนที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลและสร้างสุขภาพของตนเองเป็นหลัก แนวคิดการจัดบริการจึงปรับเปลี่ยนตามโดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และมองผู้สูงอายุว่าเป็นพลัง (Active aging) เป็นผู้มีศักยภาพและสามารถยังประโยชน์แก่สังคม การสร้างสุขภาพจึงมุ่งการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี<sup>(๒)</sup> การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพและ

เสริมสร้างสุขภาพของตนเองจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายในระบบบริการสุขภาพที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้สั่งการไปเป็นผู้อำนวยความสะดวก เสริมพลัง และส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุให้รวมกลุ่มกันเพื่อดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเอง<sup>(๓)</sup> ทั้งนี้มีการศึกษาหลายชิ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือเกื้อกูลกันของผู้สูงอายุในชุมชนมีอิทธิพลต่อความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากกลไกความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ในสังคมผ่านกิจกรรมต่างๆ การเกื้อหนุนดูแลซึ่งกันและกัน และอิทธิพลของกระบวนการกลุ่ม<sup>(๔-๖)</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นของการรวมกลุ่มกันดูแลตนเองและสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือ และศักยภาพการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและการสูงวัยอย่างมีสภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน

### ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีการเรียนรู้ถึงปัญหาาร่วมกัน ร่วมกันแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่มีจิตอาสาในการเป็นแกนนำสร้างเครือข่าย

เพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเอง พื้นที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจงคือ หมู่บ้านในเขตตำบลวรรณคร อำเภอบัว จังหวัดน่าน จำนวน ๘ หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจำนวน ๕๔๓ คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๑ ถึง เดือนเมษายน ๒๕๕๓ ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย ๖ ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ ๑ การเตรียมชุมชนเพื่อกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกัน และค้นหาศักยภาพชุมชน** ทีมวิจัยประสานงานกับประธานชมรมผู้สูงอายุทั้ง ๘ หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลวรรณคร เทศบาลตำบลบัว ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบัว และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยและนัดหมายเข้าร่วมประชุม ภายหลังการประชุมภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยแล้ว ได้ทำการค้นหาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดยการค้นหาทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ระยะเวลาระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๑ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒

**ขั้นตอนที่ ๒ การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของแกนนำด้านสุขภาพ** ทีมวิจัยได้ทำการประชุมประชาคมและสนทนากลุ่ม รวมทั้งรับสมัครผู้สูงอายุเข้าเป็นอาสาสมัครจิตอาสา เพื่อเป็นแกนนำในการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน จากนั้นทีมวิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุแกนนำจิตอาสาในการเป็นแกนนำการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยมีการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ ระยะเวลาระหว่างเดือนมีนาคม ๒๕๕๒ ถึง เมษายน ๒๕๕๒

**ขั้นตอนที่ ๓ การดำเนินและพัฒนากิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน** ภายหลังจากการพัฒนาศักยภาพของแกนนำด้านสุขภาพแล้ว ทีมวิจัยได้ประชุมร่วมกับแกนนำผู้สูงอายุเพื่อวิเคราะห์กระบวนการในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน และพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน กำหนดกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และจัดทำแผนปฏิบัติการ หลังจากนั้นเมื่อ

การจัดประชุมและเสวนากลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านทั้ง ๘ หมู่บ้าน เพื่อนำเสนอรูปแบบกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพ จนได้แนวทางการปฏิบัติในการรวมกลุ่มกันเพื่อดูแลและเสริมสร้างสุขภาพในชุมชน ระยะเวลาระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๒ ถึง สิงหาคม ๒๕๕๒

**ขั้นตอนที่ ๔ การพัฒนาเครือข่ายต่อเนื่อง** หลังจากที่มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว แกนนำและผู้สูงอายุได้ร่วมกันพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จากการประชุมกลุ่ม สะท้อนคิด แก้ไขปรับปรุงและหาแนวทางที่เหมาะสมกับกลุ่ม โดยมีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมกันเอง มีแกนนำด้านสุขภาพเป็นที่ปรึกษา และประสานงานกับเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาระหว่างเดือนสิงหาคม ๒๕๕๒ ถึง ตุลาคม ๒๕๕๒

**ขั้นตอนที่ ๕ การติดตาม เยี่ยมเยือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้** ทีมวิจัยดำเนินการติดตามตลอดตั้งแต่เริ่มโครงการจนจบโครงการ โดยให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา และเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการใช้ศักยภาพสูงสุดของผู้สูงอายุ การใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนในการดูแลตนเอง สร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีคุณค่าและการมีพลังในตนเองที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลกันเองในชุมชนได้ ทีมวิจัยได้จัดเวทีประชาคม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานของกิจกรรมเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีต่างๆจำนวน ๒ ครั้ง ระยะเวลาระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๒ ถึง มกราคม ๒๕๕๓

**ขั้นตอนที่ ๖ สรุปงานและประเมินผล** เป็นการประเมินผลและพัฒนากิจกรรมดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้และแนวทางในการดำเนินงานต่อไป รวมทั้งมีการประเมินผลลัพท์การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในโครงการวิจัย โดยใช้วิธีการประชุม การสนทนากลุ่ม และการใช้แบบสอบถามร่วมกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๕๓ ถึง เมษายน ๒๕๕๓

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ ๑๓๗/๒๕๕๑ หลังจากได้รับการอนุมัติแล้วจึงเริ่มประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสนทนากลุ่มที่ทีมวิจัยได้จัดทำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ส่วนเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามที่มีผู้พัฒนาแล้วในบริบทของผู้สูงอายุไทย ดังนี้

๑) แบบวัดเครือข่ายทางสังคม เป็นแบบประเมินที่ทีมวิจัยนำมาจากแบบประเมินเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุของ กัตติกา ธนะขว้าง<sup>(๖)</sup> ซึ่งแปลมาจากแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของ Lubben และคณะ<sup>(๗)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อน จำนวน ๓ ข้อ โดยประเมินจำนวนคนที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้แก่ ๑)จำนวนคนที่ได้พบหน้าและพูดคุยอย่างน้อยเดือนละครั้ง ๒)จำนวนคนที่รู้สึกสนิทใจที่จะขอความช่วยเหลือได้ และ ๓)จำนวนคนที่รู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยถึงเรื่องที่อยู่ในใจหรือเรื่องส่วนตัวได้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ ๐ (ไม่มีเลย), ๑ (๑ คน), ๒ (๒ คน), ๓ (๓-๔ คน), ๔ (๕-๘ คน), ๕ (๙ คนขึ้นไป) พิสัยของคะแนนจะอยู่ในช่วง ๐ - ๑๕ คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึงผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมสูง

๒) แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน เป็นแบบประเมินที่ทีมวิจัยนำมาจากแบบประเมินการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุของ กัตติกา ธนะขว้าง<sup>(๖)</sup> ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดย Krause และ Markides<sup>(๗)</sup> มี ๑๑ ข้อ ๓ องค์ประกอบ คือ ๑)การเกื้อหนุนด้านอารมณ์จิตใจ ๒)การเกื้อหนุนด้านความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม และ ๓)การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert scale ๔ ระดับ ได้แก่ ไม่เคย(๑), เป็นบางครั้ง(๒), ค่อนข้างบ่อย(๓), และเป็นประจำ(๔) พิสัยของคะแนนจะอยู่ในช่วง ๑๑ - ๔๔ คะแนน ซึ่งคะแนนสูง

หมายถึงผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อนอยู่ในระดับสูง

๓) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งทีมวิจัยแปลมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ของ Schwarzer<sup>(๘)</sup> ประกอบด้วย ๒ ด้าน คือ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ จำนวน ๕ ข้อ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน ๕ ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราวัดแบบ Likert scale ๔ ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจ(๑), มั่นใจเล็กน้อย(๒), ค่อนข้างมั่นใจ(๓), และ มั่นใจมาก(๔) พิสัยของคะแนนของแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย จะอยู่ในช่วง ๕ - ๒๐ คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึงผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

๔) แบบวัดสมรรถภาพทางกาย ที่ทีมวิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐาน(Activity of Daily Living) ของ Katz และคณะ<sup>(๙)</sup> และแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรที่ซับซ้อน(Instrumental Activity of Daily Living) ของ Lawton และ Brody<sup>(๑๐)</sup> มี ๑๖ ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง ๑๖ - ๔๘ คะแนน โดยให้คะแนนตั้งแต่ ๑(ต้องช่วยเหลือเต็มที่/ทำเองไม่ได้เลย), ๒(ต้องควบคุม/ช่วยเหลือเล็กน้อย), และ ๓(ทำได้เองโดยสมบูรณ์) ซึ่งคะแนนสูงหมายถึงผู้สูงอายุมีสมรรถนะทางกายอยู่ในระดับสูง

๕) แบบวัดสมรรถภาพทางด้านสมอง โดยใช้แบบวัดสมรรถนะทางสมองฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง<sup>(๑๑)</sup> มี ๑๑ ข้อ ได้แก่ ๑)Orientation for time, ๒)Orientation for place, ๓)Registration, ๔)Attention/Calculation, ๕)Recall, ๖)Naming, ๗)Repetition, ๘)Verbal command, ๙)Written command, ๑๐)Writing, และ ๑๑)Visuoconstruction คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน ซึ่งในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนไม่จบประถมศึกษาปีที่ ๔ ไม่ต้องทำข้อ ๔, ๙, และ ๑๐ (คะแนนเต็ม ๒๓) โดยตัดสินผู้สูงอายุว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๖ ในผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือหรือไม่

จบประถมศึกษาปีที่ ๔ และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๓ ในผู้สูงอายุเรียนจบประถมศึกษาปีที่ ๔ หรือสูงกว่า

๖) แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ใช้แบบวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่พัฒนาโดย กัตติกา ณะขำ<sup>(๗)</sup> ซึ่งประกอบด้วย ๗ ด้าน จำนวน ๓๕ ข้อ ได้แก่ ๑)ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ, ๒)ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ, ๓)ด้านกิจกรรมทางกาย, ๔)ด้านการจัดการความปลอดภัย, ๕)ด้านการจัดการความเครียด, ๖)ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และ ๗)ด้านโภชนาการ เกณฑ์การประเมินเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ๔ ระดับ ได้แก่ ไม่เคย(๑), เป็นบางครั้ง(๒), ค่อนข้างบ่อย(๓), และเป็นประจำ(๔) พิสัยของคะแนนรวมจะอยู่ในช่วง ๓๕ - ๑๔๐ คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึงผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

๗) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นแบบประเมินการรายงานภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเองซึ่งเป็นคำถามข้อเดียว “ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านอยู่ในระดับใด” ประเมินเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ แย่มาก(๑), แย่(๒), ปานกลาง(๓), ดี(๔) และดีมาก(๕)

๘) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย(Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง<sup>(๑๒)</sup> มี ๓๐ ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่(๑) หรือ ไม่ใช่(๐) โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง ๐ - ๓๐ คะแนน ตัดสินภาวะซึมเศร้าโดย ๑๒ คะแนนและต่ำกว่า ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า และคะแนน ๑๓ คะแนนขึ้นไปถือว่าภาวะซึมเศร้า

๙) แบบวัดการยังประโยชน์ต่อสังคม โดยใช้แบบวัดการยังประโยชน์ต่อสังคมในผู้สูงอายุ ที่พัฒนาโดย กัตติกา ณะขำ<sup>(๗)</sup> ประกอบด้วยการยังประโยชน์ต่อสังคม ๕ ด้าน ได้แก่ ๑)ด้านการทำงาน, ๒)ด้านการมีส่วนร่วมในครอบครัว, ๓)ด้านการมีส่วนร่วมกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน, ๔)ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และ ๕)ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านศาสนา มีข้อคำถามทั้งหมด ๒๒ ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ๔ ระดับ ได้แก่ ไม่

เคย(๑), เป็นบางครั้ง(๒), ค่อนข้างบ่อย(๓), และเป็นประจำ(๔) พิสัยของคะแนนรวมจะอยู่ในช่วง ๒๒ - ๘๘ คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึงผู้สูงอายุมีการยังประโยชน์ต่อสังคมอยู่ในระดับสูง

การทดสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา กระทำโดยนำไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่งของอำเภอปัว จังหวัดน่าน ที่ไม่ใช่หมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟา-ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้งหมดอยู่ในช่วง ๐.๗๙ - ๐.๙๔

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ ที่ความและสร้างข้อสรุป ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนั้นวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ paired t-test

## ผลการศึกษา

จากผลการค้นหาศักยภาพของชุมชน พบว่าทุนทางสังคมที่เกาะติดแต่ละชุมชนอย่างเหนียวแน่น คือ ความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ การช่วยเหลือพึ่งพา ไหววกันทันได้ และยังมีความไว้วางใจใจกันสูง โดยหมู่บ้านที่มีพื้นฐานทุนทางวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง ก็จะส่งผลให้เกิดการรวมกลุ่มกันได้เหนียวแน่นมากขึ้น เช่น ชุมชนบ้านร้องแวง หรือชุมชนบ้านกึ่งที่มีพื้นฐานเป็นไทลื้อที่มีเอกลักษณ์วัฒนธรรมเป็นแบบฉบับของตนเองที่ยึดโยงกับจารีต ความเชื่อ การให้คุณค่า จากการนับถือพุทธศาสนา ทุนมนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญมากต่อความเข้มแข็งและการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มคนที่เป็นแกนนำของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งชุมชนใดมีแกนนำที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้ เช่นเป็นผู้นำชุมชนมาก่อน เป็นปราชญ์ชาวบ้าน หรือเป็นข้าราชการบำนาญ จะช่วยส่งเสริมให้ชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

### การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน



การดำเนินการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเองในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ผลจากการประชุมสนทนากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุมีการตื่นตัว ตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุในหมู่บ้านของตน และสนใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกันพัฒนาตนเอง เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีทั้งกายใจ และสังคม โดยได้แกนนำผู้สูงอายุด้านสุขภาพจำนวน ๗๖ คน หลังจากมีการพัฒนาศักยภาพของแกนนำด้านสุขภาพโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองแล้ว แกนนำด้านสุขภาพได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการรวมกลุ่มกำหนดกิจกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

**๑. การตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานกันเองในชุมชน และการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ** มีการกำหนดวัน เวลา การรวมกลุ่มกันวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย โดยบางหมู่บ้านกำหนดทำเดือนละ ๑ ครั้ง บางหมู่บ้านกำหนดเดือนละ ๒ ครั้ง โดยมีแกนนำผู้สูงอายุด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกปฏิบัติจากทีมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งแกนนำด้านสุขภาพได้มีการใช้ประโยชน์จากการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานนี้ โดยนำเอาแผนที่หมู่บ้านมาประยุกต์ใช้ตั้งชื่อว่า “แผนที่สุขภาพ” เริ่มจากแกนนำด้านสุขภาพพร้อมครอบครัวประเมินภาวะของผู้สูงอายุด้วยความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ จากนั้นติดสัญลักษณ์รูปดาวสีต่างๆ ๓ สี ลงบนแผนที่บ้านของผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้จากการประเมิน ได้แก่ สุขภาพดี ภาวะสุขภาพเสี่ยง และสุขภาพไม่ดีหรือต้องพึ่งพา ซึ่งแกนนำด้านสุขภาพได้นำแผนที่นี้มาเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

**๒. การก่อตั้งชมรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ** ในการหาวิถีและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่า การส่งเสริมสุขภาพที่ทำได้ง่ายและสามารถมารวมกลุ่มกันได้ก็คือการออกกำลังกาย จึงได้มีการก่อตั้งชมรมออกกำลังกายขึ้น หมู่บ้านละ ๒ - ๔ ชมรม โดยชนิด

ของการออกกำลังกายแล้วแต่ความชอบ ความถนัด และความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน มีผู้สูงอายุแกนนำด้านสุขภาพเป็นผู้ประสานงานและจัดทำทะเบียนสมาชิกและสมุดบันทึกกิจกรรมของชมรม ๒๗ ชมรมมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลายคน การออกกำลังกายของผู้สูงอายุเป็นจุดเด่นที่ก่อให้เกิดกระแสและความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกสนใจเข้ามาสมัครเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกลุ่มในการออกกำลังกาย มีการก่อตั้งชมรมออกกำลังกายเพิ่มอีก ๑๑ ชมรม โดยทุกหมู่บ้านเพิ่มชมรมการพอร่าพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ โดยการนำเอาศิลปะการพอร่าพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ในการออกกำลังกายด้วย

การสร้างสรรค์นวัตกรรมการออกกำลังกาย มีการประยุกต์ใช้ศิลปะพื้นบ้านมาใช้ในการออกกำลังกาย ชมรมรำไม้พลองเพื่อสุขภาพบ้านมอญ หมู่ ๓ ได้นำเอาดนตรีและการรำมอญซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะในเมืองน่านและผู้สูงอายุหญิงคุ้นเคยเป็นอย่างดีนำมาประยุกต์กับการรำไม้พลองบ้านมอญ โดยดัดแปลงทำรำไม้พลองให้เข้ากับดนตรีมอญ และตั้งชื่อนวัตกรรมการออกกำลังกายที่คิดขึ้นใหม่นี้ว่า “รำไม้พลองมอญ” เป็นการผสมผสานรำไม้พลองกับมอญได้อย่างลงตัวใช้เวลาประมาณ ๓๕ นาที เป็นช่วงอบอุ่นร่างกาย ๕ นาที ช่วงรำไม้พลองมอญ ๒๕ นาที และการผ่อนคลายร่างกาย ๕ นาที และมีการเผยแพร่ขยายการทำรำไม้พลองมอญสู่หมู่บ้านจนครบทั้ง ๘ หมู่บ้าน

การรวมกลุ่มกันมุ่งเน้นการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด กิจกรรมที่ต้องใช้อุปกรณ์ ผู้สูงอายุหลายหมู่บ้านก็ช่วยกันจัดหาหรือสร้างขึ้นด้วยตนเอง ด้วยวัสดุที่หาได้ในชุมชน หรือใช้เงินกองกลางของชมรมผู้สูงอายุในการซื้อหา รวมทั้งได้รับการบริจาคจากผู้สูงอายุที่มีฐานะดี หรือที่เป็นข้าราชการบำนาญ

**๓. การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน** การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันเป็นทุนทางสังคมที่เป็นลักษณะเด่นในสังคมชนบทซึ่งมีฐานคิดมาจากความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ การรวมกลุ่มกันดูแลตนเองก่อให้เกิดภาพกิจกรรมหลายอย่าง คือ ๑) การเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา หรือแก่มาก

แล้ว ไม่สามารถมาเข้าร่วมกลุ่มได้ จะมีการไปให้บริการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานถึงที่บ้าน มีการบันทึกลงในสมุดสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่างๆ มีการค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางและกำหนดการเยี่ยมเยียนเป็นประจำ ๒)กลุ่มช่วยเหลือตนเองเฉพาะโรค ได้แก่กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆโดยมารวมกลุ่มกันทุกสัปดาห์ มีการวัดความดันโลหิตและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติตนให้สามารถควบคุมความดันได้ และช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในกลุ่มสมาชิกที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การรักษาโรคทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคและการอยู่กับโรคให้มีความสุข และ ๓)การรวมกลุ่มเพื่อสนับสนุนการ จากการทำผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกันตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานและประเมินภาวะสุขภาพกันเองทุกเดือน ทางกลุ่มได้ร่วมกันคิดหาวิธีการกระชับมิตร/ความสัมพันธ์ให้แน่นแฟ้นมากขึ้น โดยเกิดแนวความคิดที่จะมารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความรื่นเริงสนุกสนาน จึงได้มีแนวคิดในการรวมกลุ่มกินข้าวและร้องรำทำเพลงด้วยกัน โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละคนทอกับข้าวมาเองเรียกกิจกรรมนี้ว่า "กินหอมต่อม่วน"

**๔. การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ** มีการพัฒนาต่อยอดกิจกรรมหลายกิจกรรมในการดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านก็เป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุสามารถมารวมกลุ่มกันในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเองและช่วยเหลือเกื้อกูลกันประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญได้แก่ การใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ ในชุมชนมีสมุนไพรมากมายที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สามารถนำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ การรวมกลุ่มกันใช้สมุนไพรพื้นบ้านนั้น ผู้สูงอายุจะนำพืชผักที่เป็นสมุนไพรที่ทำได้ตามบ้าน หรือที่ปลูกไว้ หรือที่มีในป่าชุมชนต่างคนต่างนำมารวมกันและคัดแยกเป็นกลุ่มๆ จากนั้นนำสมุนไพรเหล่านั้นมาใช้ในการประคบ อบ นวด กิจกรรมนี้มีประมาณเดือนละ ๑-๒ ครั้ง

**๕. การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ** กลุ่มผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านได้ร่วมกันจัดทำฐานข้อมูลต่างๆที่จำเป็นสำหรับการวางแผนดำเนินกิจกรรมต่างๆโดยมีการแก้ไขให้ทันสมัยอยู่เสมอ มีข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญา/ความสามารถพิเศษของผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการ ผู้แก่มาก ไปไหนมาไหนไม่ได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ

**๖. การเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างชุมชน** นอกจากจะมีเครือข่ายความร่วมมือภายในหมู่บ้านเดียวกันแล้ว ผู้สูงอายุยังมีการขยายเครือข่ายความร่วมมือไปสู่หมู่บ้านอื่นด้วย ได้แก่ ๑)มีการประชุมสังสรรค์ของการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบลทั้ง ๘ หมู่บ้าน ๒)การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุระดับตำบล กำหนดการแข่งขันกีฬาและสนับสนุนการร่วมกันทุก ๖ เดือน และ ๓)การเยี่ยมเยียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ เนื่องจากหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพื้นที่อยู่ติดๆกัน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในประสบการณ์การรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหมู่บ้านอื่นๆด้วย

#### ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลในตารางที่ ๑ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้สูงอายุ ๔ กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีการเกือหนุนทางสังคมโดยเพื่อน และสมรรถภาพทางกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นบางครั้ง พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย มีเครือข่ายเพื่อน ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย สมรรถภาพทางกาย และสมรรถภาพสมอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ ส่วนในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มค่อนข้างบ่อย พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย มีเครือข่ายเพื่อน การเกือหนุนทางสังคมโดยเพื่อน ความ



**ตารางที่ ๑** ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างเครือข่ายเพื่อน การเกี่ยวพันทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ สุขภาวะของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

| ตัวแปร  | ไม่เข้าร่วมกิจกรรม |                  | เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม |                   | เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม |                   | เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม |                   |
|---|--------------------|------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
|   | กลุ่ม (n=๑๔๑)      |                  | บางครั้ง (n=๑๐๖)     |                   | ค่อนข้างบ่อย (n=๕๐)  |                   | เป็นประจำ (n=๑๖๖)    |                   |
|   | ก่อน               | หลัง             | ก่อน                 | หลัง              | ก่อน                 | หลัง              | ก่อน                 | หลัง              |
|   | $\bar{X}$ (SD)     | $\bar{X}$ (SD)   | $\bar{X}$ (SD)       | $\bar{X}$ (SD)    | $\bar{X}$ (SD)       | $\bar{X}$ (SD)    | $\bar{X}$ (SD)       | $\bar{X}$ (SD)    |
| ๑. การมีเครือข่ายเพื่อน                           | ๖.๕๘<br>(๓.๔๓)     | ๖.๕๑<br>(๓.๘๓)   | ๗.๔๒<br>(๒.๕๕)       | ๘.๕๑<br>(๒.๕๔)    | ๗.๔๕<br>(๓.๐๖)       | ๑๐.๕๘<br>(๓.๐๘)   | ๘.๓๐<br>(๓.๑๕)       | ๑๑.๕๔<br>(๒.๕๕)   |
|   | t = ๐.๑๓, ns       |                  | t = -๓.๘๐, p<.๐๑     |                   | t = -๗.๗๐, p<.๐๐๑    |                   | t = -๑๐.๕๔, p<.๐๐๑   |                   |
| ๒. การเกี่ยวพันทางสังคม<br>โดยเพื่อน              | ๒๐.๒๔<br>(๖.๘๒)    | ๑๘.๗๐<br>(๔.๕๕)  | ๒๐.๗๕<br>(๖.๗๑)      | ๒๒.๐๐<br>(๔.๗๓)   | ๒๑.๑๒<br>(๕.๘๓)      | ๒๓.๕๘<br>(๖.๐๕)   | ๒๑.๗๘<br>(๖.๒๗)      | ๒๖.๘๔<br>(๗.๓๗)   |
|   | t = ๒.๕๘, p<.๐๕    |                  | t = -๑.๕๖, ns        |                   | t = -๓.๑๕, p<.๐๑     |                   | t = -๗.๓๕, p<.๐๐๑    |                   |
| ๓. ความสามารถในการดูแล<br>ตนเองด้านโภชนาการ       | ๑๓.๓๐<br>(๔.๕๕)    | ๑๓.๓๐<br>(๔.๒๐)  | ๑๔.๐๕<br>(๓.๕๐)      | ๑๔.๕๕<br>(๓.๕๕)   | ๑๔.๘๐<br>(๔.๑๐)      | ๑๕.๗๕<br>(๒.๘๕)   | ๑๔.๕๐<br>(๓.๕๕)      | ๑๗.๑๕<br>(๒.๗๕)   |
|   | t = -๐.๐๖, ns      |                  | t = -๐.๕๒, ns        |                   | t = -๑.๘๑, ns        |                   | t = -๖.๕๕, p<.๐๐๑    |                   |
| ๔. ความสามารถในการดูแล<br>ตนเองด้านการออกกำลังกาย | ๕.๕๐<br>(๔.๕๐)     | ๕.๖๐<br>(๔.๗๕)   | ๑๑.๖๐<br>(๔.๗๕)      | ๑๓.๐๐<br>(๔.๕๕)   | ๑๑.๕๐<br>(๔.๗๕)      | ๑๔.๗๐<br>(๓.๖๐)   | ๑๔.๑๐<br>(๔.๕๕)      | ๑๖.๖๕<br>(๓.๓๕)   |
|   | t = ๐.๖๐, ns       |                  | t = -๒.๓๐, p<.๐๕     |                   | t = -๔.๕๑, p<.๐๐๑    |                   | t = -๖.๓๕, p<.๐๐๑    |                   |
| ๕. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ                         | ๑๐๐.๔๕<br>(๑๗.๘๕)  | ๙๕.๐๕<br>(๑๗.๘๕) | ๙๕.๔๐<br>(๑๓.๖๕)     | ๑๐๔.๓๐<br>(๑๗.๘๕) | ๑๐๘.๑๕<br>(๑๕.๐๕)    | ๑๑๗.๒๕<br>(๑๗.๕๕) | ๑๑๑.๓๐<br>(๑๖.๑๐)    | ๑๒๕.๖๕<br>(๑๐.๑๕) |
|   | t = ๐.๘๑, ns       |                  | t = -๐.๗๒, ns        |                   | t = -๕.๐๘, p<.๐๐๑    |                   | t = -๑๑.๓๘, p<.๐๐๑   |                   |
| ๖. การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง                       | ๒.๕๕<br>(๐.๘๓)     | ๒.๘๕<br>(๐.๘๒)   | ๓.๑๕<br>(๐.๕๐)       | ๓.๓๒<br>(๐.๗๔)    | ๓.๑๒<br>(๐.๗๘)       | ๓.๔๖<br>(๐.๖๕)    | ๓.๓๕<br>(๐.๗๘)       | ๓.๘๐<br>(๐.๗๐)    |
|   | t = ๑.๑๕, ns       |                  | t = -๑.๓๓, ns        |                   | t = -๓.๗๓, p<.๐๐๑    |                   | t = -๖.๕๓, p<.๐๐๑    |                   |
| ๗. สมรรถภาพทางกาย                                 | ๔๓.๐๔<br>(๕.๖๕)    | ๔๑.๗๖<br>(๖.๘๒)  | ๔๕.๓๕<br>(๓.๓๘)      | ๔๖.๕๕<br>(๒.๗๑)   | ๔๕.๓๓<br>(๓.๒๗)      | ๔๖.๕๑<br>(๒.๓๗)   | ๔๖.๐๓<br>(๓.๓๖)      | ๔๖.๖๕<br>(๑.๕๓)   |
|   | t = ๒.๕๒, p<.๐๑    |                  | t = -๓.๒๕, p<.๐๑     |                   | t = -๒.๘๕, p<.๐๑     |                   | t = -๓.๓๒, p<.๐๑     |                   |
| ๘. สมรรถภาพสมอง                                   | ๑๕.๔๓<br>(๕.๐๖)    | ๑๕.๖๖<br>(๔.๕๒)  | ๒๐.๕๒<br>(๔.๕๐)      | ๒๒.๐๑<br>(๕.๘๓)   | ๒๑.๔๑<br>(๔.๖๓)      | ๒๔.๑๗<br>(๔.๗๐)   | ๒๒.๔๕<br>(๔.๖๗)      | ๒๔.๒๖<br>(๔.๐๘)   |
|   | t = -๐.๕๕, ns      |                  | t = -๒.๓๐, p<.๐๕     |                   | t = -๕.๒๑, p<.๐๐๑    |                   | t = -๔.๕๗, p<.๐๐๑    |                   |
| ๙. ภาวะซึมเศร้า                                   | ๗.๔๐<br>(๔.๘๘)     | ๘.๐๑<br>(๔.๗๑)   | ๗.๑๔<br>(๔.๗๒)       | ๖.๕๗<br>(๔.๐๐)    | ๖.๕๗<br>(๕.๐๑)       | ๔.๔๕<br>(๓.๕๘)    | ๖.๑๒<br>(๔.๕๕)       | ๔.๑๑<br>(๓.๕๘)    |
|   | t = -๑.๓๓, ns      |                  | t = ๐.๓๐, ns         |                   | t = ๔.๑๖, p<.๐๐๑     |                   | t = ๕.๑๕, p<.๐๐๑     |                   |
| ๑๐. การยังประโยชน์ต่อสังคม                        | ๕๗.๘๖<br>(๑๓.๘๖)   | ๕๕.๑๘<br>(๑๕.๑๘) | ๖๔.๒๔<br>(๘.๖๘)      | ๖๓.๑๔<br>(๑๒.๑๐)  | ๖๖.๖๖<br>(๑๐.๑๒)     | ๗๑.๗๒<br>(๑๐.๓๔)  | ๖๕.๕๒<br>(๕.๔๖)      | ๗๕.๕๐<br>(๗.๕๒)   |
|   | t = -๐.๘๖, ns      |                  | t = ๐.๗๔, ns         |                   | t = -๓.๖๔, p<.๐๐๑    |                   | t = -๗.๗๖, p<.๐๐๑    |                   |



สามารถในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง สมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพสมอง และการยังประโยชน์ต่อสังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ ในขณะที่มีภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ และในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นประจำ พบว่าแตกต่างกันทุกปัจจัยตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นประจำ มีเครือข่ายเพื่อน การเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน ความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง มีสมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพสมอง และการยังประโยชน์ต่อสังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ ในทางตรงกันข้ามกลับมีภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕

## วิจารณ์

จากการค้นหาทุนทางสังคม/ศักยภาพของชุมชน และส่งเสริมคนที่มีศักยภาพมาเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้มีแกนนำที่มีจิตอาสาเข้ามาเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงบริหารจัดการกิจกรรมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ทุนมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดกิจกรรมการรวมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนและเครือข่าย แกนนำจิตอาสาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน เป็นทั้งแกนกลาง ตัวประสาน และตัวขับเคลื่อนให้การดำเนินกิจการต่างๆสำเร็จลุล่วง สอดคล้องกับสายฝน เอกวรังกูร และนัยนา หนูนิล<sup>(๓)</sup> ที่ระบุว่าในกระบวนการพัฒนานวัตกรรม “ห่วงโซ่สุขภาพ” กลุ่มผู้สูงอายุแกนนำ มีความสำคัญมากในการเป็นแรงขับเคลื่อนของกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อันก่อให้เกิดผลสำเร็จของกิจกรรมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยพบว่าผู้สูงอายุแกนนำเหล่านี้มีจิตอาสา ยึดหยุ่น มีพลังใน

การทำงาน และมีความคิดสร้างสรรค์ ทำให้การทำงานมีความมั่นคง

เครือข่ายเพื่อนและการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพะของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจากการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นประจำ หรือค่อนข้างบ่อย มีค่าเฉลี่ยของการมีเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพะ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Michael และคณะ<sup>(๑๓)</sup> ระบุว่า การมีเครือข่ายเพื่อนและการมีเพื่อนที่ใกล้ชิดสนิทสนม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกาย และการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะในผู้สูงอายุหญิง ทั้งนี้เพื่อนอาจเป็นบุคคลที่สำคัญในความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสังคมที่มีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงแน่นทางสังคมสูง<sup>(๖)</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Fiori และคณะ<sup>(๑๔)</sup> ที่ระบุว่า เครือข่ายความสัมพันธ์กับเพื่อน ก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม ความรู้สึกมีเพื่อนร่วมทางเดียวกัน และส่งผลต่อการมีส่วนร่วมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆในชุมชน ดังนั้นเครือข่ายและการเกื้อหนุนจากเพื่อนในชุมชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ได้รับการยอมรับจากนักวิชาการทั้งต่างประเทศและประเทศไทย ว่าเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>(๓-๕, ๑๕)</sup>

การประยุกต์ศิลปะพื้นบ้านมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดเด่นของการพัฒนาต่อยอดจากการรวมกลุ่มกันดูแลตนเองในชุมชน ได้แก่ การนำดนตรีและการฟ้อนรำมอญเซ็งมาประยุกต์กับการรำไม้พลองป่าบุญมี มีการศึกษาหลายงานในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดน่านที่ชี้ว่าศิลปะพื้นบ้านไม่ว่าจะเป็นดนตรีเพลง และการฟ้อนรำ เป็นสิ่งที่ยึดโยงให้ผู้สูงอายุเข้ามารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพราะกิจกรรมที่ใช้ศิลปะพื้นบ้านเข้ามาเพื่อการสนทนาการ ไม่ว่างจะเป็นการร้องเพลงคำเมือง จ้อย ซอ รำมอญเซ็ง หรือรำวงมะเก๋า ส่งผลให้ผู้สูงอายุ



ได้รับความสุข สนุกสนานเพลิดเพลิน ทำให้ร่าเริงแจ่มใส คลายความเหงา และมีโอกาสได้แสดงออกถึงความสามารถ พิเศษที่ตนเองมีอยู่ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า<sup>(๑๖)</sup> การประยุกต์เอาดนตรีและการเพื่อนร่วมวงเชิงเข้ากับการออกกำลังกายด้วยไม้พลองป่าบุญมี สามารถดึงเอาผู้สูงอายุคนอื่นเข้ามา รวมกลุ่มออกกำลังกายได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผู้สูงอายุในบริบทอื่นๆ ที่มีการประยุกต์ศิลปะพื้นบ้านมาใช้ในการออกกำลังกาย เช่น ผู้สูงอายุหมู่บ้านสวนพลู จ.พังงา ที่นำท่ารำโนราห์ วัฒนธรรมของภาคใต้ มาประยุกต์ใหม่ เรียกว่า “โนราห์บิค” และหมู่บ้านหนองป่าขาว จ.เชียงใหม่ ที่นำท่าฟ้อนเจิง ศิลปะการต่อสู้ของชาวล้านนา มาประยุกต์เป็นกระบวนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเช่นกัน<sup>(๑๗)</sup> ดังนั้นการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่ประยุกต์ใช้ศิลปะพื้นบ้าน จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่ควรส่งเสริมและสนับสนุน

### ข้อยุติ

การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเอง ที่มุ่งเน้นผู้สูงอายุเป็นแกนหลัก โดยการค้นหาทุนทางสังคมและพัฒนาศักยภาพของแกนนำด้านสุขภาพในการดูแลตนเองและดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน โดยที่มวิจัยเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวก และใช้การเสริมพลัง ชี้นำ ในการสร้างการเรียนรู้แก่ผู้สูงอายุ โดยยึดหลักของความยืดหยุ่น และความง่ายต่อการนำไปใช้ มุ่งเน้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง ก่อให้เกิดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนที่หลากหลาย ทั้งกิจกรรมการดูแลตนเองในการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเอง กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการประยุกต์ใช้ศิลปะพื้นบ้านมาใช้อย่างกลมกลืน การดูแลซึ่งกันและกันและการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน ขยายเครือข่ายสู่หมู่บ้านอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะแก่ภาครัฐหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่ควรเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดจากกระบวนการที่เห็นว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพียงผู้รับหรือผู้พึ่งพา มาเป็นการ

มองที่พฤติกรรมที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ การใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน การเปลี่ยนมุมมองมาเป็นแนวคิดในทางตรงกันข้ามว่าผู้สูงอายุคือชุมชนทรัพยากรทางภูมิปัญญาที่สำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งแนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การดึงศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุแกนนำออกมาเป็นแรงขับเคลื่อนทางสังคม และขยายเครือข่ายสู่การพัฒนา ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ในชุมชนอย่างยั่งยืน และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

### เอกสารอ้างอิง

๑. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Population of Thailand, 2009. Mahidol Population Gazette 2008; 17:1-2.
๒. วรณภา ศรีธีรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; ๒๕๔๕.
๓. สายฝน เอกวารงกูร และนัยนา หนูนิล. ห่วงโซ่สุขภาพ : การเพิ่มมูลค่าทุนทางสังคมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาล ๒๕๕๑;๕๗:๗๒-๘๔.
๔. Gallant MP, Spitze GD, Prohaska TR. Help or Hindrance? How Family and Friends Influence Chronic Illness Self-Management among Older Adults. Research on Aging 2007; 29: 375-409.
๕. Thanakwang K. Social Networks and Social support Influencing Health-Promoting Behaviors among Thai Community-Dwelling Elderly. Thai J Nurs Res 2008;12(4):243-58.
๖. Zunzunegui MV, Kone A, Johri M, Beland F, Wolfson C, Bergman H. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations aged 65. Soc Sci Med 2004;58:2069-81.
๗. Thanakwang K. Mechanisms by which Social Networks Influence

- Healthy Aging among Thai Elderly in Nan Province. Unpublished Doctoral Dissertation, Mahidol University; 2008.
๘. Schwarzer R. Self-efficacy: Thought control of action. Washington DC: Hemisphere; 1992.
๙. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist* 1970;10(1):20-30.
๑๐. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
๑๑. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช ๒๕๓๖;๔๕:๓๕๕-๖๔.
๑๒. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช ๒๕๓๖;๔๖:๑-๘.
๑๓. Micheal YL, Colditz GA, Coakley E, Kawachi I. Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. *Qual Life Res* 1999;8:711-22.
๑๔. Fiori KL, Antonucci TC, Cortina KS. Social network typologies and mental health among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61B(1):P25-P32.
๑๕. Levy-Storms L, Lubben JE. Network composition and health behaviors among older Samoan women. *J Aging Health* 2006;18(6):814-36.
๑๖. จิราพร มงคลประเสริฐ. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนวัดคำเรือ อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; ๒๕๕๕.
๑๗. วงศา เลหาศิริวงศ์. ออกกำลังกายประยุกต์ ผสมภูมิปัญญาท้องถิ่น "รำไม้พลอง-โนราห์บึก" ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ. [online]. ๒๕๕๒ [cited ๒๓ เมษายน ๒๕๕๓]; Available from: URL: <http://www.thaihealth.or.th/node/8767>.