

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน*

Health Promotion for Older Persons in the Community

สุรีรัตน์ ณ วิเชียร และ จุฑามาศ รัตนอัมภา
Sureerat Na-Wichian and Juthamas Rattana-umpa
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี บุรุษนิราช
Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Thailand
Corresponding Author, E-mail: sureerat@bcnb.ac.th

บทคัดย่อ

การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ลดการเกิดโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรโลก และที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางทั้งทางร่างกายและจิตใจ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ สถานการณ์และโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; ในชุมชน

Abstract

Health promotion is a crucial part of healthcare, as it reduces disease incidence, strengthens the body and prevents illnesses leading to disability and premature death of population of the world, especially it will benefit more for the older persons who are considered both physically and mentally frail. This article aims to review the literatures on the approaches to health promotion for the older persons in the community, including situation and demographic structure analysis, the importance of health promotion, concept of health promotion in the older persons and the role of relevant personnel in the

*ได้รับบทความ: 6 มิถุนายน 2565; แก้ไขบทความ: 12 พฤศจิกายน 2565; ตอปรับตีพิมพ์: 23 ธันวาคม 2565
Received: June 6, 2022; Revised: November 12, 2022; Accepted: December 23, 2022



health promotion on a community basis. It is our objective to incorporate these background knowledges to enhance the health of the older persons in the community.

Keywords: Health Promotion; Older Persons; in the Community

1. บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประเทศไทย ดังสถิติผู้สูงอายุในปี 2560 พบที่ร้อยละ 15.4 ปี 2562 พบที่ร้อยละ 16.73 และในปี 2563 พบที่ร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) สถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมารับบริการตรวจสุขภาพและเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 64.9 ล้านคน พบผู้สูงอายุจำนวน 10.1 ล้านคน (ร้อยละ 16) ของประชากรทั้งหมด โดยผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น โรคที่พบ 5 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.7 เบาหวาน ร้อยละ 18.6 ไชมันในเลือดสูง ร้อยละ 9.6 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 5.1 และโรคหัวใจ ร้อยละ 5.0 กลุ่มวัยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนพักรักษาตัวสูงที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น จำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม (คุณากร เอี้ยวสุวรรณ และคณะ, 2560, หน้า 248-256)

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ และการเข้าสู่สังคมสูงอายุ ดังนี้ 1) ด้านจำนวนผู้สูงอายุ มีขนาดและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อายุยืนยาวขึ้น มีจำนวนคนโสด หย่า หรือแยกกันอยู่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น 2) ด้านปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เกิดโรคเรื้อรัง

เพิ่มขึ้น ความต้องการการรับบริการมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพให้บริการได้ไม่ทั่วถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น 3) ด้านสังคม เกิดภาวะพึ่งพิงทางสังคมเพิ่มขึ้น จากความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living: ADL) ลดลง ความต้องการผู้ดูแล (care giver) มากขึ้น 4) ด้านเศรษฐกิจ ขาดรายได้ แรงงานผู้สูงอายุถูกเอาเปรียบ (Williams, 2020; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ด้วยเหตุผลนี้ ในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านจำนวนผู้สูงอายุ ด้านปัญหาสุขภาพ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประเทศไทยจึงมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ เพื่อการเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและการดูแลตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ จึงเห็นได้ว่าโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม จึงทำให้ประเทศไทยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ดังนั้น ครอบครัว ชุมชน และบุคคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม บทความนี้



มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ สถานการณ์และโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2. สถานการณ์และโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ

คำนิยามของ “ผู้สูงอายุ” ปัจจุบัน องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนของอายุที่ใช้แบ่งช่วงวัยของ “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป ในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” (WHO, 2001) สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้บัญญัติความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2558; กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) นอกจากนี้ยังมีการระบุสิทธิของผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 54 ได้ระบุว่าบุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ (คณะ

กรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ทั้งนี้ การทราบถึงจำนวนผู้สูงอายุจะสามารถประเมินภาวะการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้

ลักษณะของสังคมผู้สูงอายุสามารถประเมินการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ ได้ สังคมผู้สูงอายุวัดจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ของประเทศนั้นๆ ดังนี้ (United Nations world population ageing, 2022)

1. ประเทศนั้นเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (aging society) โดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป $\geq 10\%$ หรือสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป $\geq 7\%$

2. ประเทศนั้นได้เข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (completely aged society) สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป $\geq 20\%$ หรือสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป $\geq 14\%$

3. ประเทศนั้นได้เข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super-aged society) สัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป $\geq 20\%$

จากการประเมินระดับของสังคมผู้สูงอายุ ทำให้ทราบแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรโลก โดยทั่วโลกประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มอายุวัยอื่นๆ จำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคาดว่าจะเพิ่มขึ้นสามเท่าจาก ปี 2562 จำนวน 143 ล้านคน เพิ่มขึ้นในปี 2593 เป็น 426 ล้านคน ข้อมูลแนวโน้มของประชากรโลก ในปี 2561 พบประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดอาศัยอยู่ในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ ในปี 2562 พบผู้สูงอายุร้อยละ 9



คาดการณ์ว่าปี 2593 หนึ่งในหกของประชากรในโลกจะมีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 16 (United Nations World Population Ageing, 2022)

สถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุในทวีปต่างๆ ในปี ค.ศ. 2020 ทวีปที่มีอัตราผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ทวีปยุโรป ร้อยละ 26 ทวีปอเมริกาเหนือ ร้อยละ 23 และภาคพื้นมหาสมุทร ร้อยละ 18 โดยประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 34 ประเทศอิตาลี ร้อยละ 30 และประเทศโปรตุเกส ฟินแลนด์ กรีซ ร้อยละ 29 (Prasartkul et al., 2021)

สถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอาเซียน ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศสมาชิกอาเซียน 6 ประเทศเป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 10 ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ 21) ประเทศไทย (ร้อยละ 18) ประเทศเวียดนาม (ร้อยละ 12) ประเทศมาเลเซีย (ร้อยละ 11) ประเทศอินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) และประเทศเมียนมา (ร้อยละ 10) (Prasartkul et al., 2021) แนวโน้มของประชากรพบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น โดยประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิด และจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง แนวโน้มของสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 66.2 ล้านคน อายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 10.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งประเทศไทยกำลังอยู่ในสังคม

สูงวัย (aging society) สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 16.73 ในปี พ.ศ. 2563 พบเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.8 ใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

จะเห็นได้ว่า สถานการณ์และโครงสร้างประชากรในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศส่งผลต่อสังคมผู้สูงอายุ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากไม่สอดคล้องกับวัยทำงาน เกิดผลกระทบต่อมิติต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสังคม ภาวะพึ่งพิงและเป็นภาระของผู้ดูแลมากขึ้น นำไปสู่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดผลกระทบต่อด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เกิดจากความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ของร่างกาย เกิดโรคเรื้อรัง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา เสี่ยงต่อการเกิดความพิการ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจ การขาดรายได้มากขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564; Williams, 2020) ดังนั้น จากสถานการณ์และโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ทำให้การวางแผนดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญและควรให้การดูแลอย่างเร่งด่วน

3. ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ ดังนี้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561; Prasartkul et al., 2021; Eliopulos, 2018)



1. ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระ มีความต้องการพัฒนาตนเอง มีความกระตือรือร้นสนใจในการดูแลตนเอง มีประสบการณ์ที่ดีและสามารถเข้าร่วมการเป็นผู้นำทางสังคม

2. ผู้สูงอายุที่มีพลังหรือพดุมพลัง (active aging) เป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในด้านต่างๆ มีสุขภาพดี (healthy) มีความปลอดภัย (security) และมีการเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคม (participation) ทำประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น ในขณะที่เดียวกันถ้าผู้สูงอายุที่ถูกกละเลยในการดูแลสุขภาพ มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพ จะเกิดผู้สูงอายุดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (frail aging) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระ ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย แต่มีแนวโน้มทางสุขภาพที่อาจเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยมีปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอก ได้แก่ ปัจจัยภายใน เช่น รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง น้ำหนักตัวลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลงหรือเดินช้า ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ช้าลง เป็นต้น และปัจจัยภายนอก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องรีบได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย

2.2 ผู้ป่วยผู้สูงอายุ (Aging patient) เป็นผู้สูงอายุที่เกิดการเจ็บป่วยด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สูญเสียการทำงานของร่างกาย ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและต้องมีผู้ดูแล (Care giver) ในกลุ่มผู้สูงอายุนี้จึงต้อง

ได้รับการดูแลและรับการรักษาเฉพาะทางต่อไป เพื่อลดความเสี่ยงของร่างกายและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักพบภาวะถดถอยของสมรรถภาพร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมชราตามวัยที่จะส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ อาจส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยได้รวดเร็วขึ้น จนเกิดความเจ็บป่วย มีภาวะทุพพลภาพ และต้องพึ่งพาคือคนอื่นในที่สุด ทำให้เกิดผู้สูงอายุที่เปราะบาง (frail aging) และผู้ป่วยผู้สูงอายุ (aging patient) ดังนั้นจึงมีแนวคิดต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) และผู้สูงอายุที่มีพลังหรือพดุมพลัง (active aging) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จะช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นพลังสำคัญของสังคมได้

4. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

การเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมิมีความสำคัญและประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับจากองค์กรทั่วโลกโดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพ แนวคิดจากการประกาศกฎบัตรอตตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี ค.ศ. 1986 ว่า การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยกระบวนการทั้งหมดจะเน้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยหลักการปฏิบัติ คือ 1) การสร้างนโยบาย



สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ 2) การสร้างสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) พัฒนาทักษะในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งตัวของผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล 5) การเปลี่ยนบริการให้เป็นเชิงรุก (World health organization, 1998)

หลักการสร้างเสริมสุขภาพที่พบบ่อยคือแนวคิดของ pender (1987) กล่าวว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อความผาสุกของชีวิตและความมีคุณค่าในตนเอง หลักการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 พฤติกรรม ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) คือ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ การเลือกแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อตนเอง 2) กิจกรรมทางกาย (physical activity) คือ การเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) โภชนาการ (nutrition) คือ การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้านอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่เกิดโทษต่อร่างกาย 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) คือ การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 5) การเจริญทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) คือ แนวทางในการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ และ 6) การจัดการกับความเครียด (stress management) คือ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเครียดและ

การเลือกช่องทางในการจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีส่วนใหญ่จะประกอบกิจกรรมเป็นกลุ่มและการมีผู้นำที่ดีจะทำให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า pender (1987) จะมีแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย การออกกำลังกาย ด้านโภชนาการบำบัด ด้านจิตใจและการลดความเครียด และด้านสังคม ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจึงควรเลือกกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ กิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพมีดังต่อไปนี้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561; Eliopculos, 2018)

1. การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุด้านร่างกาย ได้แก่ การสร้างเสริมการออกกำลังกาย โภชนาการ และการนอนหลับในผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 ด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (physical activity or exercise) การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอทำให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีแบบแผน และทำซ้ำๆ เพื่อให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการอย่างมีเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความแข็งแรงหลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยยึดหลัก “FITTE” ดังนี้

F = Frequency of exercise คือ ความถี่ของการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์

I = Intensity of exercise ความหนักของการออกกำลังกาย โดยในผู้สูงอายุประเมินจาก



อัตราการเต้นของหัวใจ ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบเบาถึงปานกลาง HR เพิ่มประมาณ 55-75% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด (Maximal Heart Rate: MHR) โดย $MHR = (220 - \text{อายุเป็นปี})$

T = Time of exercise คือ ระยะเวลาเฉลี่ย 30 นาทีต่อครั้ง กรณีผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัด อาจใช้ช่วงเวลาสั้นประมาณ 10-15 นาที ออกกำลังกาย 2-3 ครั้ง/วัน สะสมเวลาให้ครบ 30 นาทีต่อวัน การออกกำลังกายมี 3 ขั้นตอน คือ warm-up phase 5-10 นาที exercise phase 15-20 นาที และ cooling down phase 5-10 นาที

T = Type of exercise ลักษณะการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นการส่งเสริมสมรรถภาพการหายใจของปอด การเต้นของหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยพิจารณาการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่เพิ่มความทนทาน พละกำลัง การทรงตัว และความยืดหยุ่นของร่างกาย เพื่อเพิ่มสมรรถภาพในตนเองของผู้สูงอายุให้ช่วยเหลือตนเองได้ โดยเลือกชนิดของการ

ออกกำลังกาย เช่น isometric exercise, isotonic exercise, isokinetic exercise เป็นต้น

E = enjoyment ความสนุกสนาน ความพึงพอใจในการเลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมแก่ร่างกายของผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายมาก ได้แก่ ทำให้ร่างกายแข็งแรง รูปร่างดี เพิ่มความแข็งแรงของมวลกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้ลดการพลัดตกหกล้ม ป้องกันความเสี่ยงของสมรรถภาพทางกาย และยังส่งเสริมให้เกิดการหลั่งสารเอ็นโดรฟินเกิดความสุขในขณะที่ออกกำลังกาย

1.2 โภชนาการของผู้สูงอายุ (nutrition) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะบริโภคอาหารในปริมาณที่ลดลง แต่ความต้องการสารอาหารยังคงเดิม จึงควรจัดให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ การประเมินโภชนาการโดยการคำนวณดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ได้จากสัดส่วนของน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (Heslehurst et al., 2012, pp. 1-9) เกณฑ์การประเมินดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าดัชนีมวลกายระหว่างประชาชนทั่วไปและประชาชนทวีปเอเชีย

แปลผล	WHO general population BMI classifications	WHO Asian BMI classifications
Underweight	<18.5 kg/m ²	< 18.5 kg/m ²
normal	18.5-24.9 kg/m ²	18.5-23 kg/m ²
Overweight	25.0-29.9 kg/m ²	23-27.5 kg/m ²
Obese	≥30 kg/m ²	>27.5 kg/m ²



ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุสำหรับ ผู้ที่มีอายุ 60-70 ปีขึ้นไป โดยแบ่งเป็น เพศชาย 2,100 กิโลแคลอรี/วัน เพศหญิง 1,750 กิโล แคลอรี/วัน และผู้ที่อายุมากกว่า 71 ปี เพศชาย 1,750 กิโลแคลอรี/วัน เพศหญิง 1,550 กิโล แคลอรี/วัน ความต้องการพลังงานลดลง 100 กิโล แคลอรี/ทุก 10 ปี ไม่ควรต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรี/ วัน ประกอบด้วยสารอาหาร ดังนี้ (เหมือนแพร รัตน ศิริ, 2561, หน้า 221-228; สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

คาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ คือ คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าว แป้ง กว๊วยเดี่ยว ธัญพืช เช่น เผือก มัน ผู้สูงอายุควรรับประทาน อาหารกลุ่มนี้ให้เพียงพอ ประมาณ 3-4 ถ้วยตวง ต่อวัน หรือประมาณร้อยละ 45-65 ของพลังงาน ทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน ควรหลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรต เชิงเดี่ยว เช่น น้ำหวาน ขนมหวาน เป็นต้น เพราะอาจ ทำให้มีน้ำหนักตัวเกินและเกิดโรคอ้วน (เหมือนแพร รัตนศิริ, 2561, หน้า 221-228)

โปรตีน ควรเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูงและ ย่อยง่าย เพื่อจะทำให้ได้กรดอะมิโนที่จำเป็นครบ เช่น ไข่ นม ปลา ถั่วเหลือง เป็นต้น ควรได้รับโปรตีน ต่อวัน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (เหมือนแพร รัตนศิริ, 2561, หน้า 221-228)

ไขมันและน้ำมัน ควรเป็นไขมันจากพืช ทุกชนิด ไม่มีโคเลสเตอรอล แต่มีกรดไลโนเลอิกสูง มีคุณสมบัติช่วยลดไขมันในหลอดเลือดได้ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว ผู้สูงอายุ ควรได้รับอาหารหมักนี้ลดลง ควรได้รับไขมัน ประมาณ ร้อยละ 20-35 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน

(เหมือนแพร รัตนศิริ, 2561, หน้า 221-228; สำนัก โภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

เกลือแร่ ผู้สูงอายุมักขาดธาตุเหล็กมีสาเหตุ มาจากการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอและการดูดซึมลดลง จากกรดในกระเพาะลดลง อาหารที่มีธาตุเหล็กมาก คือ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และเลือดสัตว์ แต่ควรพิจารณาอาหารบางประเภท ควรรับประทานอย่างจำกัดเนื่องจากมีไขมันเป็น ส่วนประกอบ (พรทิพย์ สารีโส, 2555, หน้า 5-15)

สารอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ วิตามิน B6 โฟเลต และ B12 โดยวิตามิน B6 พบในพืช เช่น ธัญพืช ถั่วฝักยาว แครอท ผักโขม ถั่ว นม ไข่ ปลา เนื้อสัตว์ และตับ เป็นต้น โฟเลต หรือ กรด โฟลิก (Folic acid) หรือวิตามินบี 9 พบใน ผักปวยเล้ง คะน้า กะหล่ำปลี บล็อกโคลี่ ถั่วลันเตา อะโวคาโด เป็นต้น และวิตามิน B12 พบมากในอาหารประเภท เนื้อสัตว์ เป็นวิตามินที่ผู้สูงอายุมักขาด เนื่องจาก กรดในกระเพาะอาหารลดลงทำให้การดูดซึมลดลง (พรทิพย์ สารีโส, 2555, หน้า 5-15; สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

แคลเซียม ซึ่งพบในผักพื้นบ้าน เช่น ผักกูด ผักโขม ขมิ้นขาว ดอกโสน ยอดมะกอก กระถิน ใบชะพลู ขี้เหล็ก เป็นต้น (พรทิพย์ สารีโส, 2555, หน้า 5-15) ผู้สูงอายุต้องการ 1,200-1,500 mg/วัน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ผู้สูงอายุควรมีความรู้ในเรื่องการรับ ประทานอาหารลดรสหวาน รสมัน รสเค็ม ควรเพิ่ม รับประทานผัก ผลไม้ ดังนี้ 1) ไม่ควรเติมน้ำตาล ถ้าเติมน้ำตาลไม่ควรเกิน 6 ช้อนชา น้ำมันไม่ควร



เกิน 6 ซ่อนซา เกลือไม่ควรเกิน 1 ซ่อนซา การรับประทานน้ำตาลมากเกินไปจะถูกลเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในร่างกาย น้ำหนักเกิน อ้วน ด้บอ่อนไม่สามารผลิตฮอร์โมนอินซูลินเพียงพอ เกิดภาวะด้อินซูลิน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง 2) การรับประทานโซเดียมมากเกินไป อาจส่งผลต่อร่างกายเกิดความดันโลหิตสูง เกลือมีผลต่อการคูดน้ำในร่างกายเกิดอาการบวมน้ำ ภาวะน้ำเกินและอาจเกิดน้ำท่วมปอดด้ 3) ผักผลไม้รับประทานให้เพียงพอเพราะเป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุ กากใยอาหาร ช่วยในการขับถ่าย 4) รับประทานไขมันอิมด้วมักเกินไป ทำให้ร่างกายการทำงานของด้บมากเกินไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจขาดเลือด (สำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1.3 การนอนหลับ (sleep) ประกอบด้ว 3 ระยะ คือ 1) ระยะเวลาการเริ่มเข้านอนจนกระทั่งหลับจริง (sleep latency) ใช้เวลาประมาณ 5-15 นาที 2) เข้าสู่จรงการนอนหลับ ระยะการนอนหลับชนิดไม่มีการเคลื่อนไหวลูกตา (non-rapid eye movement: NREM) ประกอบด้ว 4 ระยะย่อย คือ ระยะ 1 (1-7 นาที) เป็นระยะที่ร่างกายรับรู้ด้วสิ่งเร้าด้ง่าย ระยะ 2 (10-20 นาที) ร่างกายเกิดกระบวนการผ่อนคลาย แต่ยังสามารถกระตุ้นให้ตื่นด้ง่าย ระยะ 3 (15-30 นาที) เริ่มเข้าสู่ระยะการนอนหลับลึก ระยะ 4 (15-30 นาที) ระยะการนอนหลับลึก และ 3) ระยะการนอนหลับชนิดที่มีการเคลื่อนไหวลูกตา (rapid eye movement: REM) เป็นระยะที่มีการฝัน ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีหลังจากเริ่มเข้าสู่การนอนหลับ วงจรการนอน

หลับเกิด 4-6 รอบต่อคืน เวลาเฉลี่ย 7.5 ชั่วโมง (Williams, 2020; Eliopculos, 2018)

แบบแผนการนอนหลับในผู้สูงอายุด้กมี การเปลี่ยนแปลงเนื่องจกวงจรงการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป คือ 1) NREM ระยะที่ 1 เพิ่มขึ้น 8-15% ทำให้ผู้สูงอายุเมื่อถูกกระตุ้นเกิดการตื่นง่ายและตื่นบ่อยตอนกลางคืนหลายครั้ง 2) NREM ระยะที่ 2 การเปลี่ยนแปลงระยะนี้ไม่แน่นอน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่วะระยะนี้ลดลง 3) NREM ระยะที่ 3-4 ลดลง 15-20% ทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อย และเกิดคุณภาพการนอนหลับลดลง เมื่อตื่นนอนจะไม่สดชื่น ง่วงนอนตอนกลางวันและทำให้ผู้สูงอายุบางรายต้องการงีบตอนกลางวัน ส่งผลให้ตอนกลางคืนไม่ง่วงนอนและนอนหลับยาก 4) ระยะ REM ลดลง 20-25% ทำให้ตื่นเร็วหรือตื่นเข้ากว่าปกติ (Williams, 2020) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุด้แก่ ด้านร่างกายความเจ็บปวดปัสสาวะบ่อยการใช้ยา เช่น ยาขับปัสสาวะเครื่องด้มคาเฟอีน แอลกอฮอล์ ด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดความเครียด กังวล เศร้า และด้านสิ่งแวดล้อม เสียงรบกวน แสง อุณหภูมิ กลิ่น ที่นอน แมลงสัตว์ การประเมนปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับทำให้เลือกวิธีการส่งเสริมการนอนหลับด้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุรรัตน์ ณ วิเชียร, 2564, หน้า 18-31)

การส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุเข้านอนและตื่นนอนให้ตรงเวลา กรณิเข้านอนแล้วนอนไม่หลับ ให้ลุกขึ้นจากเตียงทำกิจกรรมอื่นเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความรู้สึก เช่น ยืนขึ้น หมุนแขนขาผ่อนคลายจิตใจ เมื่อง่วงนอนอีกครั้งจึงเข้านอนใหม่



เมื่อถึงเวลาตื่นนอนตอนเช้าให้ลุกจากที่นอนทันที และเพิ่มกิจกรรมตอนกลางวัน เช่น การออกกำลังกาย หากิจกรรมยามว่าง ปลูกต้นไม้ เล่นดนตรี เป็นต้น ลดการรับประทานอาหารกลางวัน แต่ถ้าจำเป็น ต้องนอนกลางวันไม่ควรนานเกินกว่า 30 นาที ที่นอนไม่แข็งหรือนุ่มเกินไปจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งรบกวน สวมเสื้อผ้าสบาย ทำความสะอาดปาก ฟัน และปัสสาวะก่อนเข้านอน (สุริรัตน์ ณ วิเชียร, หน้า 18-31)

2. การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุด้านจิตใจ การจัดการต่อปัญหาความเครียดและสุขภาพจิต (Stress management) ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพะด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การส่งเสริมความสามารถของบุคคลให้สามารถจัดการกับปัจจัยที่มีผลให้เกิดความไม่พอใจ และการปรับตัว 3) ส่งเสริมการทำกิจกรรมที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ 4) การทำกิจกรรมทางกาย เช่น การทำงานบ้าน การประกอบอาหาร นันทนาการ 5) ส่งเสริมการจ้างงาน การมีรายได้ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 6) ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การเลี้ยงสัตว์และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือสมาชิกกิจกรรมในชุมชน (Eliopculos, 2018)

นอกจากนี้ ยังมีเทคนิคเพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation) ทำให้เกิดความสุข เช่น 1) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการเกร็งสลับคลายกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความผ่อนคลายของร่างกาย 2) เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกสมาธิร่วมกับ

การกำหนดลมหายใจเข้าออก 3) เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรี การร้องเพลง เป็นต้น (Eliopculos, 2018; Wichian, Klaphajone & Phrompayak, 2021, pp. 345-358)

3. การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุด้านสังคม นิยมใช้กิจกรรมนันทนาการเป็นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุด้านสังคมที่เน้นผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ได้แสดงความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ที่มีเพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่าของผู้สูงอายุ เช่น 1) กิจกรรมนันทนาการทั่วไป ได้แก่ งานอดิเรก การวาดภาพ การจัดสวน งานช่างไม้ เย็บผ้า ปั่นหุ่น ทำพุด การเล่นเกมส เช่น หมากกรุก ปริศนาอักษรไขว้ แต่ไม่ควรเน้นกิจกรรมที่ตัดสินใจไม่รู้แน่ชัด เช่น การไต่เขา เนื่องจากผู้สูงอายุจะไม่ยอมแพ้ง่ายๆ การเล่นเกมต่างๆ ก็หาที่บ้าน เล่นดนตรี การเข้าร่วมชมรมการท่องเที่ยว และทัศนศึกษา 2) กิจกรรมการเรียนรู้ เช่น การเรียนรู้ในระบบการศึกษาของผู้ใหญ่ การศึกษานอกระบบ การเรียนในมหาวิทยาลัยหรือการอบรมระยะสั้น เป็นต้น 3) กิจกรรมบริการต่างๆ เช่น การเสียสละเวลา ทำสิ่งที่มีประโยชน์ให้แก่สังคม บริการทางสุขภาพอนามัย องค์กรการกุศล กลุ่มการเมือง กลุ่มเฉพาะทาง เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มสิทธิมนุษยชน เป็นต้น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

จะเห็นได้ว่า กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคลากรทางสุขภาพสามารถเลือกนำไปใช้ในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งนี้เพื่อป้องกันผลกระทบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสร้างเสริม



สุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพปกติและขณะเจ็บป่วย (Eliopculos, 2018)

5. บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การช่วยเหลือดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน และบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพการพยาบาลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลจากครอบครัว คือ บุตร ลูกหลาน โดยผู้ดูแลที่มาจากครอบครัวมักได้รับความยินยอมจากตัวของผู้สูงอายุเอง รวมทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเองเนื่องจากได้พูดคุยและให้ความรู้ประสบการณ์ของตนเองบอกเล่าแก่บุตรหรือผู้ดูแล (ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2562, หน้า 119-208) โดยบทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ผู้ให้การช่วยเหลือ (Care provider) ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ ดูแลสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย 2) ผู้จัดการ (Care manager) ในการเฝ้าอำนวยความสะดวกในการดูแลด้านสุขภาพการเงิน สิ่งแวดล้อม 3) ผู้ประสานงาน (Coordinator) ประสานงานระหว่างครอบครัว ทีมพยาบาล แพทย์ในชุมชนและการส่งต่อ 4) ผู้เป็นปากเป็นเสียงแทน (Advocacy) รักษาสิทธิให้ผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวมีความสำคัญมากเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด จะรักษาและ

คงคุณค่าในผู้สูงอายุได้ดีที่สุด (ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561, หน้า 437-451)

2. บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ได้แก่ สร้างความตระหนักในความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญและจัดเตรียมความพร้อมบุคคลที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อการยอมรับ ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ชุมชนร่วมแรงใจพิทักษ์สิทธิในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ลานออกกำลังกาย รวมทั้งการประสานงานกับภาครัฐ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ การส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมภูมิปัญญาถ่ายทอดความรู้ให้คนรุ่นหลัง ประกาศเกียรติคุณลูกหลานหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุดีเด่นในสังคม เป็นต้น (ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2562, หน้า 119-208)

3. บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เป็นผู้ให้การดูแลผู้ให้การดูแล (Caregiver) หรือผู้ปฏิบัติ (Implementer) ผู้เยียวยาหรือบำบัดรักษา (Healer) ครอบคลุมใน 4 มิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) ผู้ประสานงาน (coordinator) 3) ผู้ให้คำแนะนำหรือผู้ให้ความรู้ (Educator) ให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเอง ทั้งสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยได้เหมาะสม 4) ผู้พิทักษ์สิทธิ (Advocator) เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล 5) ผู้นำการ



เปลี่ยนแปลง (Change agent) นำความรู้ วิจัย และนวัตกรรมใหม่มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ 6) บทบาทนักวิจัย (Researcher) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่และใช้ผลการวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ 7) บทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) 8) บทบาทในการคิดค้นนวัตกรรม (Innovator) (ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561, หน้า 437-451) การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยได้มีการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น ใช้หลักการเสริมสร้างการดำเนินงานในชุมชนให้เข้มแข็ง ซึ่งหัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานเชิงรุกนี้ คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมีสมาชิกในชุมชนหรือผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน สามารถกำหนดหรือควบคุมปัจจัยทางด้านสุขภาพร่วมกัน โดยการใช้ศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีร่วมกัน เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนเกิดการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างเข้มแข็ง บริหารจัดการตนเองได้ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยประชาชนมีส่วนร่วมจึงเหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เกิดความยั่งยืนได้ (พินทุสร โพธิ์อุไร, 2562, หน้า 64-77)

6. สรุป

การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เป็นจำเป็นและผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) และผู้สูงอายุที่มีพลังหรือพละพละ (Active aging) บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อันได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรการพยาบาลผู้สูงอายุ จึงมีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงตามบทบาทอย่างเหมาะสม และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเชิงรุก โดยเลือกกิจกรรมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสมรรถภาพร่างกายที่ดี ป้องกันการเกิดโรคลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ

7. องค์กรความรู้ที่ได้รับ

จากการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า จากสถานการณ์และโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงต้องเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุและเลือกแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไปใช้ ตามบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 1 องค์ความรู้ที่ได้รับ

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dop.go.th/th/know/1/275>

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.

คุณากร เอี้ยวสุวรรณ และคณะ. (2560). สถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการมีผู้ดูแล ในขณะที่พักฟื้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(2), 248-256.

ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2562). การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 19(4), 199-208.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

พรทิพย์ สารวิโส. (2555). ภาวะซีดในผู้สูงอายุ ปัญหาใหญ่ที่ถูกมองข้าม. *วารสารสมาคมการพยาบาล*, 27(4), 5-15.



- พินทุสร โพธิ์อุไร. (2562). แนวคิดว่าด้วยการเสริมพลังชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพัฒนาสังคม*, 21(2), 64-77.
- ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะฟุ้งฟิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 437-451.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2561). *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุริรัตน์ ณ วิเชียร. (2564). การนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(2), 18-31.
- เหมือนแพรว รัตนศิริ. (2561). โภชนาการเพื่อผู้สูงอายุ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(2), 221-228.
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological Nursing*. (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Heslehurst, N., et al. (2012). Existing maternal obesity guidelines may increase inequalities between ethnic groups: a national epidemiological study of 502,474 births in England. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 1-9.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. (2nd edition). Stamford, CT: Appleton and Lange.
- Prasartkul, P., et al. (2021). *Situation of the Thai Elderly 2020*. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- United Nations world population ageing. (2022). *Characteristics of an aging society*. Retrieved from <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
- Wichian, S. N., Klaphajone, J. & Phrompayak, D. (2021). Effects of music embedded with binaural and superimposed beats controlling hypertension in older adults: a quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(3), 345-358.
- Williams, P. A. (2020). *Basic geriatric nursing*. Missouri: Elsevier health sciences.
- World health organization. (1998). *Ottawa charter for health promotion an international conference on health promotion*. Ontario, Canada: The move towards a new public health.
- World health organization. (2001). *The world health report 2001*. Geneva: World health report.