

การวิเคราะห์ศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ ในการพัฒนาสู่พลพลัง Analysis of the Elderly Clubs Capacity in Southern Region for Moving Towards Active Aging

ลินจง โพธิบาล¹, รจนา วิริยะสมบัติ^{2*}, ภารดี นานาสิลป์¹, จารุณี วาระหัส² และ ศักรินทร์ สุวรรณเวหา²
Linchong Pothiban¹, Rodchana Wiryasombat^{1*}, Paradee Nanasilp¹, Jarunee Warahut² and
Sakkarin Suwanwaha²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{2*}
Faculty of Nursing, Chiang Mai University¹, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{2*}

(Received: November 18, 2019; Revised: May 20, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตามตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ 6 ชมรม ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ของชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรม จำนวน 171 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นข้อคำถามเชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินชมรมผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ สนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และบรรยายตามประเด็นที่ศึกษา ขั้นตอนที่ 2 การวิจัย เชิงปริมาณ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 6 ชมรม จำนวน 132 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการวัดซ้ำ เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในภาคใต้ตามตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ชมรม ผู้สูงอายุทุกชมรมมีความเข้มแข็งเหมาะสมเป็นชมรมต้นแบบ ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดด้านการ บริหารจัดการอย่างเป็นลายลักษณ์ แต่ด้านกิจกรรมด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ดำเนินการแต่ ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร 2) กิจกรรมการมีต้นแบบสุขภาพ การประเมินสุขภาพจิต การรับรู้สิทธิ และการระดมทุน ด้านเงิน บางชมรมยังไม่ดำเนินการ 3) ชมรมส่วนใหญ่มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) มีการออกกำลังกายที่ หลากหลาย สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น และมีความพึงพอใจในกิจกรรม 5) ชมรมส่วนใหญ่ให้ ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ บุคคลในครอบครัว และวัดในชุมชน

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.27 รายด้านพบว่า การเจริญทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.70, 57.58, 52.27 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลง

ผลการศึกษา เป็นแนวทางการกำหนดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งสู่ ภาวะพลพลัง และผลักดันนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่ระดับชาติ การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในชมรมที่ไม่ได้เป็น ต้นแบบ

คำสำคัญ: ศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ, พลพลัง

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding email: rodchana@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-1283249)

Abstract

This mixed method research aimed to determine the implementation outcomes of the elderly clubs according to health indicators, health promoting behaviors, and risky behaviors among the elderly club members of the 6 elderly clubs in Southern region. Research implementation had 2 phases. Phase 1: Qualitative research, informants were those who were involved in implementation of the elderly clubs and who were member and non-member of the elderly clubs with a total of 171. Research instruments included in-depth interview questions, guided focus group, and elderly club assessment questionnaire. Data were collected through focus group discussion and were analyzed using content analysis and description according to the topics of study. Phase 2: Quantitative research, sample were 132 the elderly club members of the 6 elderly clubs. Research instruments were health promoting behavior questionnaire and risky behavior questionnaire which had test-retest reliability of .85. Data were analyzed using descriptive statistics and description. Results revealed as follows;

1. The implementation outcomes of the elderly clubs according to health indicators consisted of 1) all elderly clubs were strengthened club for the prototype. Most elderly clubs implemented according to written administration indicator. However, club activities, fund raise, and community participation were not implemented with written administration indicator. 2) Health model activities, mental health assessment, perception of right, and fund raise were not implemented for some clubs. 3) Most clubs collaborated with networks. 4) Various types of exercise which were congruent with local culture and tradition and satisfaction of activities. 5) Most clubs emphasized care of the bed-bound elderly working in conjunction with multidisciplinary team, family members, and temples in community.

2. Overall and each aspect of health promoting behaviors were at a moderate level (52.27%). For each aspect, it was found that spiritual growth, interpersonal relationship, and stress management, behaviors were at a high level (69.70%, 57.58%, 52.27%, respectively). Risky behaviours of smoking and alcohol drinking tended to reduce.

The study findings indicated guideline for capacity development model of the elderly clubs for moving towards active aging and pushing national elderly policy. Further research should investigate clubs that are not the prototype.

Keywords: Capacity of Elderly Clubs, Elderly Club, Active Aging

บทนำ

ในปัจจุบันโครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging) จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.4 และคาดว่า ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี พ.ศ. 2568 เป็นร้อยละ 20 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2008; Institute for Population and Social Research, Mahidol University & Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2014) จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้รัฐบาลมีนโยบายและมาตรการต่างๆ ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีศักยภาพมากที่สุด สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ส่งเสริมความรู้ให้กับสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์แก่สังคม (The National

Committee for the Elderly, 2009; Office of, the National Economic and Social Development Council 2009; Taweessit, 2010) กอปรกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) รัฐได้กำหนดว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยจะเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สามารถมีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการพัฒนาสังคม และควรได้รับการส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน รัฐและทุกภาคส่วน สอดคล้องกับหลักสำคัญของ องค์การอนามัยโลกที่ได้มุ่งเน้นในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้ (World Health Organization, 2002) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติสุขภาพ มิติเศรษฐกิจ มิติสังคม/วัฒนธรรม และมิติทางการศึกษา ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุก มิติจะต้องอาศัยการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้องโดยเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ (College of Population Studies, Chulalongkorn University & Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute 2013) จึงต้องเพิ่มความเข้มแข็งและขีดความสามารถของชมรมผู้สูงอายุ และสามารถ ดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้ผู้สูงอายุเป็นพลติ พลัง (active aging) (Senior Citizens Council of Thailand, 2009b)

ชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรชุมชนภาคประชาชนที่มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป และวัยผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ไม่เกินหนึ่งในสี่ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาด้านตนเองร่วมกับการพัฒนาชุมชน เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดำเนิน กิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม ซึ่งหลักการสร้างชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งและยั่งยืนนั้น ชมรมจะต้องดำเนินงานครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีการบริหารจัดการชมรมเป็นระบบและโปร่งใส 2) จัดกิจกรรมต่อเนื่องครอบคลุม 4 มิติ 3) มีการระดมทุนและทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ดำเนินงาน และ 4) มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่และมีส่วนร่วมทั้งสังคม นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมของชมรม ต้องมีความหลากหลาย และตอบสนองความต้องการของสมาชิก ปัจจุบันประเทศไทยมีชมรมผู้สูงอายุในเครือข่าย ต่างๆ จำนวนมาก แต่จากการติดตามและประเมินผล พบว่า ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้สำเร็จและมีความเข้มแข็ง ร้อยละ 30 และยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีจุดอ่อนในเรื่องความพร้อมของชมรม และปัญหาในการดำเนินงาน จากการศึกษาของ Pradtana (2014) พบว่าชมรมผู้สูงอายุมีปัญหา ในการดำเนินงาน ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ 1) ชมรมผู้สูงอายุเกินครึ่งไม่มีแผนดำเนินงาน 2) ผู้นำและกรรมการของ บางชมรมไม่ทำงานเป็นทีม 3) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการเงินและบัญชีของชมรมโดยสมาชิกชมรมเพียงปีละ ครั้ง 4) สมาชิกขาดความเข้าใจในอุดมการณ์การจัดตั้งชมรมทำให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมน้อย 5) กรรมการ ขาดทักษะระดมทุน/ทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ โดยเฉพาะการเขียนโครงการ และ 6) การได้รับสนับสนุนจาก ภาคีเครือข่ายไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555 ที่พบว่าการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ คือ องค์การผู้สูงอายุ โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุยังขาดความเข้มแข็งยังไม่มีการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งตัวผู้สูงอายุที่เป็น สมาชิกของชมรมไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเสี่ยง จากการสูบบุหรี่ (National Statistical Office, 2014) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากสถานการณ์และ ปัญหาดังกล่าว จะเห็นว่า ศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุในการพัฒนาสู่พลติพลังนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง แต่ การจะพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุให้บรรลุตามเป้าหมายได้จะต้องมีพื้นฐานจากความเข้าใจสถานการณ์ ปัจจุบันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ อย่างถ่องแท้

ดังนั้น คณะทำงานจึงตระหนักถึงความจำเป็นในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรม ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลในการวางแผนเพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพมีความเข้มแข็งสู่ ภาวะพลติพลัง และข้อเสนอเชิงนโยบายด้านผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นและระดับชาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในภาคใต้ตามตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุภาคใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ โดยดำเนินการเป็นลำดับต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

พื้นที่การวิจัย

เป็นสถานที่ชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ 6 ชมรม ที่ได้รับเลือกให้เป็นชมรมต้นแบบที่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุทั้ง 22 ชมรมทั่วประเทศที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาหัวควายอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคุณาราม ตำบลกระโสม อำเภอดงตาล จังหวัดมุกดาหาร ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองบัว อำเภอธัญญา จังหวัดตรัง ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเทศบาลตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา ศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง และชมรมผู้สูงอายุใจเกินร้อย เทศบาลตำบลฉลุง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผู้ให้ข้อมูล

สำหรับการสนทนากลุ่ม เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ชมรม ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 171 คน ประกอบด้วย 1) กรรมการของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ประธานชมรม รองประธานชมรม เลขานุการหรือผู้ช่วยเลขานุการชมรม เหรัญญิกหรือผู้ช่วยเหรัญญิกชมรม กรรมการกลาง และกรรมการอื่น ๆ จำนวน 6 ชมรม 2) ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ 3) บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ครู/อาจารย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียน/การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ผู้ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง (พม.) ตัวแทนจากวัดคือพระสงฆ์ และตัวแทนร้านค้าจากภาคธุรกิจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามชุดที่ 1 สำหรับประธานและกรรมการของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ครอบคลุมประเด็น คุณลักษณะทั่วไปของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ
2. แนวคำถามชุดที่ 2 สำหรับสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ครอบคลุมประเด็นการรับรู้ข่าวและการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิก ฐานะเศรษฐกิจ การศึกษาเพิ่มเติม และความเป็นอยู่ในปัจจุบัน
3. แนวคำถามชุดที่ 3 สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัยครอบคลุมประเด็น การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม และการสนับสนุนรายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ
4. แนวคำถามชุดที่ 4 สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ครอบคลุมประเด็น การรับรู้ข่าวเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรม ฐานะเศรษฐกิจ การศึกษาเพิ่มเติม และความเป็นอยู่ในปัจจุบัน

5. แบบประเมินชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 5 เป็นแบบตรวจสอบตามรายการตัวชี้วัดการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็น องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการชมรม องค์ประกอบด้านกิจกรรมชมรม องค์ประกอบด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม และองค์ประกอบด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามทั้ง 4 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในกลุ่มที่เป็นกรรมการและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์รายบุคคล ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1.1 กรรมการของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ประธานชมรม รองประธานชมรม เลขานุการหรือผู้ช่วยเลขานุการชมรม เภรณิกหรือผู้ช่วยเภรณิกชมรม กรรมการกลาง และกรรมการอื่น ๆ ตามแนวคำถามสำหรับประธานและกรรมการของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 1 และแบบประเมินชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 5 โดยตรวจสอบตามรายการตัวชี้วัดการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็น องค์ประกอบการบริหารจัดการชมรม องค์ประกอบด้านกิจกรรมชมรม องค์ประกอบด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม และองค์ประกอบด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน

1.2 บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล ครู/อาจารย์ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง (พม.) พระสงฆ์ และตัวแทนร้านค้าจากภาคธุรกิจ ตามแนวคำถามสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 3

การสนทนากลุ่ม แต่ละกลุ่มประมาณ 45-60 นาที ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งที่เป็นสมาชิก และไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุตามแนวคำถาม กลุ่มละ 16 คน ดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ สนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามสำหรับสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 2

2.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ สนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 4

สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้จัดบันทึกข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมประเด็นตามแนวคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำผลสรุปของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม ค้นผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนกลับ โดยการนำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ทั้งหมดในทุกประเด็น ให้กับผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มในแต่ละชมรมผู้สูงอายุทั้ง 6 ชมรมเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประกอบการจัดทำฐานข้อมูล และแผนที่ทรัพยากร นำไปสู่แผนการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และบรรยาย (Descriptive) ตามประเด็นที่ศึกษา

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 6 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาหัวควายอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคุณาราม ตำบลกระโสม อำเภอดำรงวิทยารัษฎา จังหวัดตรัง ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง และชมรมผู้สูงอายุใจเกินร้อย เทศบาลตำบลฉลุง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ทั้งสิ้น 2440 คน จากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie, & Morgan (1970) และได้คำนวณเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 (Polit, & Hungler, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 331 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง 2) มีการรับรู้ปกติ ตามแบบสอบถามสภาวะอารมณ์ (Mental Status Questionnaire: MSQ) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck (1960) ตอบคำถามได้ถูกต้องอย่างน้อย 8 ข้อ ใน 10 และ 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบตามจำนวนจึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินชมรมผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็น องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการชมรม องค์ประกอบด้านกิจกรรมชมรม องค์ประกอบด้านสวัสดิการและการก่อกลุมสมาชิกชมรม และองค์ประกอบด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ระดับคือ มีเป็นลายลักษณ์ และไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health-Promotion Lifestyle Profile II) ของ Walker, Sechrist, & Pender (1987) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Wonglamthong (1999) ครอบคลุมประเด็น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึงไม่ปฏิบัติ 2 หมายถึงบางครั้ง 3 หมายถึงบ่อยครั้ง และ 4 หมายถึงเป็นประจำและแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ครอบคลุมประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health-Promotion Lifestyle Profile II) ของ Walker, Sechrist, & Pender (1987) ซึ่งเครื่องมือนี้มีการนำไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ เครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย Wonglamthong, (1999) และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงพัฒนาโดยผู้วิจัย เครื่องมือในการวิจัย ทั้ง 2 ฉบับนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มีการคำนวณหาความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการวัดซ้ำ (test-retest) โดยเว้นระยะห่าง 1 สัปดาห์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (Wonglamthong, 1999) โดยเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการดำเนินการวิจัยฉบับเต็มทั้ง 4 ภาค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพื้นที่ภาคใต้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามรายบุคคลประมาณ 30-45 นาที ได้รับแบบสัมภาษณ์คืนมา 132 คน คิดเป็นร้อยละ 39.88 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อต่อการอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 002/2558

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ในการศึกษารั้งนี้ พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 171 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 46.78 เพศหญิง ร้อยละ 53.22 มีจำนวนมากกว่าครึ่งของผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 61.40 ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีจำนวนหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.60

2. การดำเนินงานของชมรมตามตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ

2.1 ด้านการบริหารจัดการชมรม พบว่า ชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดมีการดำเนินการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์ในด้านการกำหนดวัตถุประสงค์/นโยบายของชมรม ตัวชี้วัดด้านการประกาศแต่งตั้งกรรมการของชมรมที่มีผู้สูงอายุ 1 แห่งที่มีการกำหนดองค์ประกอบเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ไม่สมบูรณ์

2.2 ด้านกิจกรรมชมรม พบว่าหลายกิจกรรมไม่มีการดำเนินการในบางชมรม ซึ่งได้แก่ กิจกรรมในด้านการบริหารกล่อมเนื้อรอบช่องปากและลิ้น การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยการวัดรอบเอว/ค่าน้ำหนักตัวนี้ มวลกายการจัดกิจกรรมส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหามาจากข้อมูลการวัดรอบเอว/ค่าน้ำหนักตัว กิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ รูปแบบการออกกำลังกายหลากหลายเหมาะสมกับสุขภาพของสมาชิกที่แตกต่างกัน การพัฒนา/ออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายโดยการริเริ่มของชมรมการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของสมาชิกและประเมินการรับรู้ต้นแบบสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมมีการดำเนินการมีทั้งดำเนินการแต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นลายลักษณ์อักษรแต่ไม่สมบูรณ์ และเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์

2.3 ด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม สำหรับด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม พบว่า ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการกำหนดองค์ประกอบเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์ในด้านการช่วยเหลือเยี่ยมเยียนสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย และการช่วยเหลือในเวลาเดือดร้อน และชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการกำหนดองค์ประกอบแต่ไม่สมบูรณ์ในด้านการสำรวจความครอบคลุมการได้รับเบี้ยยังชีพของสมาชิก ด้านการออมทรัพย์เพื่อส่งเสริมการเก็บออม/ลงทุน มีการดำเนินการในทุกชมรม ทั้ง 6 ชมรม และด้านสร้างรายได้เสริมให้แก่สมาชิกที่เดือดร้อน/หรือต้องการรายได้เสริมโดยช่วยเหลือด้านทุนหรือด้านอื่น ๆ มีการดำเนินการทุกชมรมเช่นกัน แต่ยังไม่ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่สมบูรณ์

2.4 ด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน พบว่าชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดมีการกำหนดการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์ ในด้านการตรวจสอบทางการเงิน 6 ชมรม (ร้อยละ 100) มีการกำหนดการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์ ในด้านการระดมทุนในรอบ 1 ปี เพื่อการดำเนินงานของชมรมโดยมีการระดมทุนด้านวัสดุ/สิ่งของ และการระดมทุนด้านเงินจากสมาชิก แต่ในด้านการระดมทุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน จากภาครัฐ จากแหล่งอื่นๆ ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน มีชมรมผู้สูงอายุบางแห่ง ไม่มีการกำหนดองค์ประกอบที่เป็นลายลักษณ์อักษร

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุภาคใต้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2	1.52	69	52.27	61	46.21
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน						
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2	1.52	72	54.55	29	21.97
ด้านกิจกรรมทางกาย	21	15.91	65	49.24	46	34.85
ด้านการบริโภคอาหาร	2	1.52	75	56.81	55	41.67
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3	2.27	53	40.15	76	57.58
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	4	3.03	36	27.27	92	69.70
ด้านการจัดการกับความเครียด	3	2.27	60	45.46	69	52.27

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ทั้ง 6 ชมรมในการศึกษาค้นคว้า พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.36 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 38.64 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 38.60 รองลงมาคืออายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 30.30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.0 และมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.5 ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.27 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ร้อยละ 69.70 รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร้อยละ 57.58 และด้านการจัดการกับความเครียด ร้อยละ 52.27 ตามลำดับ (ดังตาราง 1)

4. พฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	97	73.48
เคยสูบ (เลิกแล้ว)	23	17.42
สูบ	9	6.81
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	96	72.72
เคยดื่ม (เลิกแล้ว)	17	12.87
ดื่ม	13	9.84

ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ทั้ง 6 ชมรม ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ทั้ง 6 ชมรม จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุข้อมูลด้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 2.27 ผลการวิจัยพบว่า

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.48 และปัจจุบันยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.81

สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ทั้ง 6 ชมรม มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุข้อมูลด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 4.54 ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 72.72 และปัจจุบันยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.84 (ดังตาราง 2)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปริมาณการสูบบุหรี่

ปริมาณการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน	3	37.50
11-20 มวนต่อวัน	5	62.50
รวม	8	100.0

ปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้ที่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 62.50 (ดังตาราง 3)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
ทุกวันต่อสัปดาห์	-	-
5-6 วันต่อสัปดาห์	3	23.07
น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์	5	38.50
ไม่ดื่ม	4	30.76
รวม	12	92.33

ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้ทั้ง 6 ชมรม พบว่า มีจำนวนมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 38.50 (ดังตาราง 4)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (แก้วต่อครั้ง)	จำนวน	ร้อยละ
1 แก้ว	4	33.33
2 แก้ว	3	25.00
3 แก้ว	3	25.00
4 แก้ว	1	8.33
5 แก้วขึ้นไป	1	8.33
รวม	12	99.99

ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 แก้วต่อครั้ง ร้อยละ 33.33 (ดังตาราง 5)

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบการบริหารจัดการชมรมเป็นไปตามตัวชี้วัดมากที่สุด ด้านการระดมทุน ส่วนใหญ่มีการดำเนินการแต่ไม่เป็นลายลักษณ์ เนื่องจากเกณฑ์ขององค์ประกอบนี้เป็นข้อกำหนดพื้นฐานในการเสนอขอจัดตั้งชมรม ดังนั้นทุกชมรมต้องมีเอกสารที่แสดงความพร้อมในการตั้งชมรม ได้แก่ หมวดวัตถุประสงค์/กรรมการ/สถานที่ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์/นโยบาย มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการชมรม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่กรรมการ มีการประชุมคณะกรรมการ มีสถานที่ตั้งชมรมชัดเจน สถานที่ติดต่อฝ่ายชมรม สถานที่ทำกิจกรรมกลุ่ม ทุกชมรมได้ร่วมเป็นสมาชิกสภาสมาคมจังหวัด และมีการบริหารชมรมให้เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์หรือสวัสดิการชุมชน ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สำหรับปีพุทธศักราช 2554-2558 ในส่วนของการบริหารชมรมให้เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์นั้นจะทำให้ชมรมได้รับสิทธิประโยชน์ คือ ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการจัดสวัสดิการสังคมต่างๆ แก่สมาชิก สำหรับการออกกำลังกายนั้น ถือเป็นกิจกรรมของชมรมที่กำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับชมรมผู้สูงอายุ ระบุว่า “ชมรมควรจัดกิจกรรมเป็นประจำอย่างน้อย 3 กิจกรรม หนึ่งในนั้นคือ กิจกรรมออกกำลังกาย” ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายร่วมกันของสมาชิกมีทั้งวันที่มีการประชุมของชมรม และตามตารางของชมรม โดยสอดคล้องกับเกณฑ์ว่าชมรมควรมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อร่างกาย ซึ่งโดยทั่วไปการออกกำลังกายต้องคำนึง ถึงหลักการที่เรียกว่า ฟิตท์ (FITT) ซึ่งจะพิจารณาความถี่ ความแรงระยะเวลา และชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสม (ACSM, 2001) ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเหมาะสม ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยความแรงปานกลาง คือ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีเหงื่อออกเล็กน้อย แต่ยังสามารถพูดคุยได้ อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน สัปดาห์ละ 5 วัน ซึ่งการออกกำลังกายของแต่ละชมรม ส่วนใหญ่ตามความสนใจของสมาชิก และบริบททางวัฒนธรรม จึงทำให้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สำหรับการมีต้นแบบสุขภาพนั้น บางชมรมยังไม่มี การดำเนินการ การมีต้นแบบเป็นกลยุทธ์ที่ดีในการส่งเสริมให้สมาชิกมีพฤติกรรมกระตือรือร้นที่ดี อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจากทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986, 1997) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมเกิดขึ้น หากเขาเชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งนั้นได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เกิดจากหลายแหล่ง เช่น การเห็นความสำเร็จของผู้อื่น การประสบความสำเร็จในการทำพฤติกรรมจากการชักจูงจากผู้อื่น สำหรับการรับรู้สิทธิของสมาชิกยังไม่ได้ดำเนินการ แม้จะมีการดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชมรม และสิทธิผู้สูงอายุ ทั้งอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นลายลักษณ์อักษรแล้วแต่ยังขาดการประเมินผลรับรู้สิทธิของตน นอกจากนี้ชมรมส่วนหนึ่งไม่มีการระดมทุนด้านเงินจากองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งชมรมต่างๆ ควรใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีในพื้นที่เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมแก่สมาชิกได้ทั่วถึง ทั้งนี้สอดคล้องกับระเบียบของชมรมผู้สูงอายุที่กล่าวว่า ชมรมต้องประสานงานกับผู้นำท้องถิ่นเพื่อขอความช่วยเหลือและสนับสนุนชมรม (Senior Citizens of Thailand, 2009b)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Panuthai, Sucamvang, & Lasuca (2008) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ชมรมผู้สูงอายุโดยการสัมภาษณ์กรรมการชมรม ผู้สูงอายุทั้งที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรม และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุของแต่ละชมรมที่พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองในระดับดี แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม และโรคอื่น ๆ แม้พฤติกรรมแต่ละด้านจะไม่อยู่ในระดับสูง แต่ก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีจึงยังคงระดับพฤติกรรมแต่ละด้านในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังพบว่ากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในปัจจุบันจะเป็นกิจกรรมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่ได้กำหนดบน

ฐานความรู้หรือทฤษฎี พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจึงมีความถี่และระยะเวลาที่อยู่ในระดับปานกลางแต่ละด้านไม่มากหรือน้อยเกินไป

เมื่อพิจารณาารายด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้พบว่าด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุมีระดับคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้ล้วนเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุทำให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางชมรมผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่จัดได้ เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนา กิจกรรมตามงานประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้สมาชิกมาพบปะสังสรรค์และดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดความคุ้นเคย รักใคร่มีความสามัคคี ความเบิกบาน หายเหงา และเกิดความสุข (Senior Citizens of Thailand, n.d.) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น ๆ และผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่ยังดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน และยังแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยจากวัยผู้สูงอายุแต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในทุกภาคยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมในลักษณะที่เป็นการสร้างสรรค์ให้แก่สังคม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aitsalam (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง

สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sungkachat, Chantaveemuaeng, & Chuseang, (2012) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสงขลา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี สำหรับการศึกษาของ Warahut, & Chitviboon (2010) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนสงขลา พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางในด้านพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพนั้นอาจเนื่องจากว่าบริบทสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานทำให้ความรับผิดชอบต่อสุขภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของบุตรหลานซึ่งจะต้องดูแลผู้สูงอายุในยามที่แก่ชรา จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านนี้ระดับปานกลาง ส่วนด้านกิจกรรมทางกาย ผลการศึกษารังนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้เพียงปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย อีกทั้งผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นกิจกรรมทางกายตามปกติ กิจกรรมการทำงานบ้าน และกิจกรรมที่เกี่ยวกับอาชีพอาจลดลงจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมทางกายลดต่ำลงเมื่อมีอายุที่มากขึ้น (Chunharusamee, 2010) นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาอาจมีโอกาสดูอุบัติเหตุได้ง่าย และผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าวัยสูงอายุควรจะเป็นวัยที่มีการพักผ่อนไม่ควรออกกำลังกายเหมือนวัยเด็กหรือวัยหนุ่มสาว (Naka, Taboonpong, & Khupantavee, 2004) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารตามความสะดวก ตามความเคยชิน หรือตามบริโภคนิสัยของตนเองที่มีมาตั้งแต่สมัยเด็ก ซึ่งอาจจะไม่ได้คำนึงถึงหลักโภชนาการอาหารมากนัก จึงเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Chumkaew, & Rungsiyatorn, 2014) นอกจากนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้ที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกันนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีความผูกพันกับศาสนาเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนาและเป็นเรื่องยึดเหนี่ยวมากขึ้นไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดก็ตาม ทั้งนี้การเจริญทางด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่เกิดจากการอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เยาว์วัย รวมถึงมีการปลูกฝังเรื่องหลักของศาสนาทำให้ศาสนาฝังรากลึกจนยากที่จะ

แยกออกจากกันได้ (Avani, 2010) อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการบริโภคอาหารในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ทางชมรมผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่จะมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน เป็นต้น แต่สะท้อนให้เห็นว่าผลการดำเนินงานยังไม่เป็นตามเป้าหมายหรือกิจกรรมของชมรมอาจไม่ต่อเนื่องที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายได้

พฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ ทั้ง 6 ชมรม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.8 สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 55.6 เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pothiban (2002) พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่น้อยลง ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่จากเดิมที่พบอัตราการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุถึงร้อยละ 25.1 เมื่อปี พ.ศ. 2545 (Pothiban, 2002) การมีอัตราการสูบบุหรี่น้อยลงอาจเป็นผลของการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องทั้งในรูปแบบของการเสนอตัวแบบผู้ที่เจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ การกำหนดเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (Office of the Council of State, 2002) การเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนเกี่ยวกับบุหรี่และผลกระทบของการสูบบุหรี่ผ่านทางสื่อทั้งวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ มากขึ้นโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งรัฐ-เอกชน และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารอันตรายและพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น และไม่เห็นประโยชน์ของบุหรี่ รวมทั้งขาดการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่นั้นมีปริมาณลดลง ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี ร้อยละ 9.8 เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pothiban (2002) พบว่ามีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันที่บริบททางสังคมไทยให้ความสำคัญกับการที่ผู้สูงอายุต้องประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรหลาน ตลอดจนการรณรงค์งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากภาครัฐ (Panya, Sethabouppha, & Jormsri, 2013) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีอายุมากขึ้น จึงทำให้ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มเครื่องดื่ม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในภาคใต้ ทีมผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในภาพรวม ดังนี้

1. ชมรมผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปเสริมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและวางแผนการดำเนินการร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ โดยการวางแผนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมพฤติกรรมด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับความต้องการและขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควรวางแผนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กรอบแนวคิด/ทฤษฎีเป็นฐาน (Theoretical Based) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มาเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องโดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยมีการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม

3. ควรมีการส่งเสริมให้กรรมการและสมาชิกชมรมมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมและการดำเนินงานของชมรมมากขึ้น และพัฒนากลวิธีที่จะให้สมาชิกชมรมเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากขึ้นเป็นอย่างน้อย ร้อยละ 50

4. ควรมีการประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมอย่างเป็นรูปธรรม อาทิเช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุทั่วไปทั้งที่เป็นสมาชิกชมรมและไม่เป็นสมาชิกชมรม รวมถึงศึกษาในสมาชิกชมรมที่ไม่ได้เป็นต้นแบบด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิเคราะห์สถานการณ์ของชมรมผู้สูงอายุในภาคใต้ครั้งนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ได้แก่ คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรม ตัวแทนจากสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำจังหวัด นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายการทำงานของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกหน่วยงานทั้ง 6 ชมรมของภาคใต้ รวมทั้งผู้สูงอายุที่ร่วมให้ข้อมูลทุกท่าน

References

- ACSM. (2001). *ACSM'S Resource Manual for Guideline for Exercise Testing and Prescription*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Avani, S. (2010). *Public Health Management of The Violent Situation in The Southern Border Princes*. Nonthaburi: Health System Research Institute. (in Thai)
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Engle Wood Cliffs, N. J. Prentice.
- Chumkaew, K., & Rangsiyatorn, C. (2014). Knowledge Attitude and Food Consumption Behaviors among Elders in Songkhla Province. *Kasetsart Journal*, 35, 16-29. (in Thai)
- Chunharusamee, (2010). *Situation of Thai Elderly*. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. 2008.
- College of Population Studies, Chulalongkorn University & Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2013). *The Report of the Situation of the Elderly in Thailand 2012*. Nonthaburi: Es-Es Plus Media. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Journal of Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Naka, K., Taboonpong, S., & Khupantavee, N. (2004). Exercise among Elderly Living in Songkhla Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 24(3), 213-229.
- National Statistical Office. (2014). *The Majors Results of Drinking and Smoking Behaviors among Thai Population*. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokeRep57.pdf>. Retrieved from <http://216.185.112.5/presenter.Jhtml?identifer=4559>. (in Thai)



- Panuthai, S., Sucamvang, K., & Lasuka, D. (2008). Predictive Factors of Behavioral Modification of the Chronically Ill Elderly in Northern Region of Thailand. *Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Chiang Mai, Thailand*. (in Thai)
- Panya, P., Sethabouppha, H., & Jornsri, P. (2013). Experiences of Relapsing among, Elderly with Alcohol Dependence. *Nursing Journal*, 40(4), 45-55. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pothiban, L. (2000). Risk Factor Prevalence, Risk Status and Perceive Risk for Coronary Heart Disease among Thai Elderly. *Nursing Newsletter*, 27(2), 16-28.
- Pothiban, L. (2002). *Health Promotion Model for Chiangmai Population*. Unpublished Research Report.
- Senior Citizens Council of Thailand. (2009b). *National Policy on Senior Citizens Council of Thailand 2011-2015*. Retrieved from <https://dl.dropboxusercontent.com/u/50326557/Khukhan-elderly-club22554-2558.pdf>. (in Thai)
- Sungkachat, B., Chantaveemuaeng, V., & Chuseang, S. (2012). *Health Promoting Behaviors of Elderly in the Elderly Club of Songkhla Municipality*. Retrieved from http://1.179.130.166/manage/Research_pic/20121220170955.docx. (in Thai)
- The National Committee for the Elderly. (2009). *The 2nd National Committee for the Elderly (2002 – 2021) The 1st Revised Version (2009)*. Bangkok: Teppenvanits. (in Thai)
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Warahut, J., & Chitviboon, A. (2010). *Health Promoting Behaviors of Elderly in the Elderly Club of Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla Reported. (in Thai)
- Wonglamthong, S. (1999). *Personal Factors Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors and Health Promoting Behaviors of the Elderly*. Master's Thesis, Faculty of Graduate Studies, Chiang Mai University.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework (WHO/NMH/NPH/02.8)*. Retrieved from http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri2.pdf.