

การพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะ แบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน

ดวงฤดี ลาสุขะ DN.*

ทศพร คำผลศิริ PhD.(Nursing)**

กนกพร สุคำวัง PhD.(Nursing)***

โรจน์ จินตนาวัฒน์ PhD.(Nursing)***

บทคัดย่อ : การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาล ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร แกนนำผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนทั้งสิ้น 26 แห่ง การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่ม ระดมสมอง การสะท้อนคิด และสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษา พบว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม นักศึกษาพยาบาลมีศักยภาพของการเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรวม 9 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การจัดการการดูแล 2) ให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน 3) ประสานงานกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในชุมชน 4) เสริมสร้างพลังอำนาจ และสอนแก่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 5) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ชุมชนและผู้สูงอายุ 6) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 7) สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรม 8) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 9) ประเมินผลลัพธ์ ส่วนกระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์จริงด้วยตนเอง การค้นพบการแก้ไขปัญหาพร้อมกันการเตรียมการ และการร่วมคิด ร่วมทำด้วยความเต็มใจ ผลการศึกษาคั้งนี้ยังได้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 59-69

คำสำคัญ : ผู้นำ สุขภาวะแบบองค์รวม ผู้สูงอายุ

*รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมาก และเป็นกลุ่มประชากรที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเรื่อยมา โดยเพิ่มจาก 2.8 ล้านคน หรือร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2528 ไปเป็นร้อยละ 6.1, 9.0, และ 9.8 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2533, 2543 และ 2548 ตามลำดับ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 5 ในทวีปเอเชีย ซึ่งมีจำนวนประมาณ 13.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากร¹ ส่วนผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี คาดว่าในปี 2553 จะเพิ่มจากร้อยละ 32.2 เป็นร้อยละ 40.3² และการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือก็มีลักษณะเช่นเดียวกันกับสถานการณ์ของประเทศ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคมของประเทศ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมาก มักเป็นโรคเรื้อรัง (chronic illness) จากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2549 ยืนยันว่าโรคที่เป็นปัญหาของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคเรื้อรัง (chronic diseases) ซึ่งมีลักษณะที่ไม่แตกต่างไปจากประเทศที่เจริญแล้ว โรคเรื้อรังที่พบใน ผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ อัมพฤกษ์ หลอดเลือดสมองตีบ โรคมะเร็ง และโรคซึมเศร้า เป็นต้น³ อุบัติการณ์ ดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต อันจะส่งผลต่อสุขภาวะโดยรวมของ ผู้สูงอายุ และนำไปสู่ภาวะพึ่งพาารวมทั้งภาวะทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น ปัจจัยสำคัญที่มีผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคเรื้อรังและส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่เป็นโรคเหล่านี้ ได้แก่

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จากผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย จำนวน 4,536 คน พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายยังอยู่ในระดับต่ำ⁴ แม้ว่าจะมีโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปสู่ชุมชนก็ยังไม่สามารถแก้ไขหรือป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า น่าจะมีการปรับปรุงกลยุทธ์หรือการจัดการใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดถึงสุขภาวะของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม

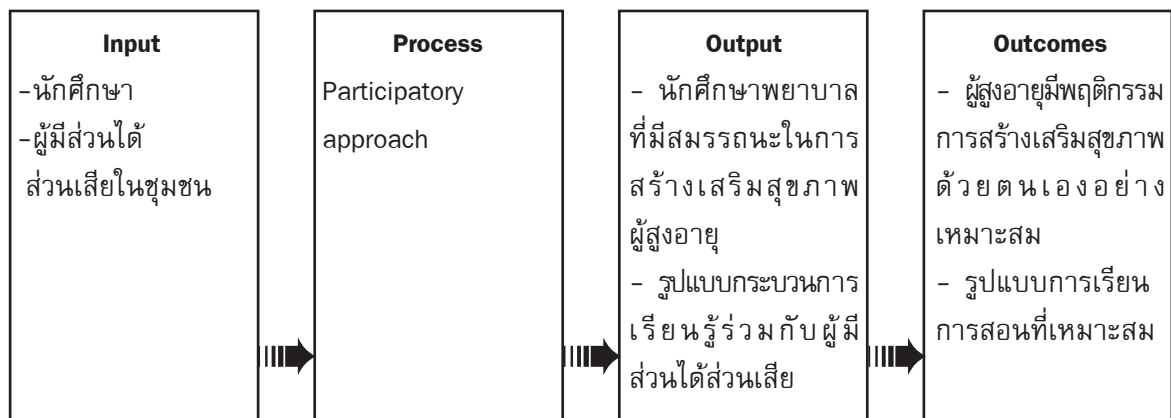
สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) เป็นเป้าหมายสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกวัย วอลเตอร์ ประธานสมาคมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สหรัฐอเมริกา กล่าวว่า สุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชีวิตทั้งหมดมากกว่าการเน้นแต่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้น⁵ แนวคิดดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรทุกวัยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุในวัยปลายจะประสบกับปัญหาสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ จากผลศึกษาเชิงวิเคราะห์การทำงานของโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 30 โครงการทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2550 โดยแบ่งเป็น 4 ภาค ภาคเหนือ 9 โครงการ ภาคอีสาน 7 โครงการ ภาคกลาง และภาคตะวันตก 7 โครงการ และภาคใต้ 7 โครงการ พบว่า โครงการที่ประสบผลสำเร็จ ส่วนใหญ่ชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการ

ดำเนินงาน รวมทั้งผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความร่วมมืออย่างเต็มที่ และกลยุทธ์ที่ใช้สำหรับขับเคลื่อนในทุกโครงการ ได้แก่ **การสร้างเสริมสุขภาพ** (health promotion) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนเองได้ โดยกระบวนการทั้งหมดจะเน้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีปัญหา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและสังคม การจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทุกมิติ ด้วยวิธีการต่างๆ ที่ได้จากประสบการณ์และความรู้เชิงทฤษฎี ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ⁶ คณะผู้ศึกษา ซึ่งประกอบด้วยคณาจารย์ ในหลักสูตรบัณฑิตศึกษาด้านวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชื่อว่าการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาให้เป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ โดยการ

ปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างเสริมสุขภาพใหม่ โดยเน้นที่กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำไปสู่สุขภาพแบบองค์รวมที่เหมาะสมสอดคล้องกับนโยบายและแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดเชิงระบบ ประกอบด้วย ตัวป้อน (input) ได้แก่ ผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาล ส่วนกระบวนการ (process) เป็นขั้นตอนปฏิบัติที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียในชุมชนนั้นๆ และผลผลิต (output) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้ดำเนินการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน

2. พัฒนากระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยมีผู้ร่วมวิจัย (research participants) ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ แผนก ข. ที่ทำงานในพื้นที่รับผิดชอบในงานประจำของตนเอง 26 คน กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แห่งละ 1 คน รวม 26 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แห่งละ 1 คน จำนวน 26 คน อาสาสมัคร ในแต่ละชุมชน จำนวน 3-5 คน แกนนำผู้สูงอายุ ได้แก่ ประธานชมรมผู้สูงอายุแต่ละชุมชน รวม 26 คน และผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนๆ ละประมาณ 30-50 คน ซึ่งยินดีเข้าร่วมการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึงเดือนพฤษภาคม 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งแปลย้อนกลับ และปรับปรุงโดยคณาจารย์บัณฑิตศึกษาสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2548) 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของ ศิริมา แหลมทอง

(2542) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 3) แนวคำถามสำหรับประเมินศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะ 9 สมรรถนะ 4) แบบบันทึกข้อมูลต่างๆ ระหว่างดำเนินการกระบวนการ และ 5) เทปบันทึกเสียง

วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุญาตจากชุมชนต่าง ๆ แล้วดำเนินการโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ

1. ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมในการเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินการดังนี้

1.1 ทบทวนความรู้ร่วมกับนักศึกษาโดยครอบคลุมหัวข้อ การพัฒนาบทบาทผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและบทบาทผู้นำ กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทสังคมไทย และรวบรวมเป็นเอกสารเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเตรียมความพร้อมความเป็นผู้นำของนักศึกษาพยาบาล

2. ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการกิจกรรมในโครงการ โดยนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทต่าง ๆ ได้แก่

2.1 จัดเวทีระดมสมองครั้งที่ 1 ระหว่างแกนนำในชุมชน ผู้สูงอายุจากพื้นที่แต่ละแห่ง และผู้ศึกษา เพื่อสะท้อนคิดและสรุปบทเรียนเกี่ยวกับบทบาทภารกิจของชุมชน และกระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

2.2 วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพแต่ละชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดวางแผนสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2.3 จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละพื้นที่และนำเสนอปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมกับเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แก่ที่ประชุม เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในชุมชนแต่ละแห่ง

2.4 กำหนดทีมงานรวมทั้งคัดเลือกแกนนำแต่ละชุมชน เพื่อเป็นผู้ประสานงานกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน

2.5 กำหนดผลลัพธ์และกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุร่วมกับทีมงานในแต่ละชุมชน

2.6 จัดโครงการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพแก่แกนนำ และผู้สูงอายุแต่ละชุมชนโดยครอบคลุม การออกกำลังกายด้วยฟิสิกส์ การเลือกรับประทานอาหารพื้นบ้าน การดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการความเครียด เป็นต้น

2.7 นักศึกษาพยาบาลและแกนนำในพื้นที่ร่วมกันติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านเป็นระยะๆ ตามแผนการเยี่ยมที่จัดทำขึ้นร่วมกัน

2.8 จัดเวทีเรียนรู้ครั้งที่ 2 โดยนักศึกษาพยาบาลจัดเวทีเพื่อสะท้อนคิดร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและผู้วิจัยเพื่อนำเสนอข้อสรุประยะแรกตลอดจนอุปสรรค และหาแนวทางร่วมกันปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนาต่อไป

3. ระยะที่ 3 เป็นระยะประเมินผลและสรุปบทเรียน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

3.1 ประเมินกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของกลุ่ม โดยผู้วิจัยประเมินเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยประเมินจากการมีส่วนร่วมในการวางแผน การกำหนดกลยุทธ์ต่าง ๆ ของกลุ่ม ความสอดคล้องของแผนกับปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียและผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาที่กลุ่มต้องการให้แก้ไข ได้รับการแก้ไขหรือไม่

3.2 ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมาย

3.3 จัดเวทีเรียนรู้ครั้งที่ 3 โดยการประชุมถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย นักศึกษาพยาบาล และแกนนำในพื้นที่ของแต่ละชุมชน 1 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุปและประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น คะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย แกนนำในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 80.76 ส่วนแกนนำอื่นๆ เช่น พยาบาลและอาสาสมัคร ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 76.93 ส่วนความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าทุกฝ่ายมีความรู้ค่อนข้างน้อย โดย อบต. ไม่มีความรู้คิดเป็นร้อยละ 84.61 อสม. ไม่มีความรู้ถึงร้อยละ 88 ผู้สูงอายุ ไม่มีความรู้ถึงร้อยละ 42.30 ส่วนพยาบาลทุกคนมีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ หลังจากเข้าร่วมโครงการคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น ส่วนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมทางกายก่อนเข้าโครงการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และมีคะแนน

เฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

2. ศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในการเป็นผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปบทเรียน ในแต่ละระยะมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 จากการได้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่นักศึกษาจากการประชุมสัมมนาระหว่างผู้ศึกษาและนักศึกษา เพื่อวิเคราะห์ว่าบทบาทที่นักศึกษาได้พัฒนาในระบายนี้อาจได้ดังนี้ สามารถประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และความสามารถในการทำหน้าที่ โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ประสานความร่วมมือกับชุมชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อการวางแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลขณะระดมสมองพร้อมกับสร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุ และวางแผนจัดระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 ระยะที่ 2 หลังจากที่ได้มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่เลือกขึ้นมาทั้งหมด 26 ชุมชน ตามความต้องการของชุมชนแต่ละพื้นที่ นักศึกษามารถพัฒนาศักยภาพในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้หลักฐานเชิง

ประจักษ์ ตัวอย่างเช่น การสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกายโดยการเดินบนแผ่นหิน การใช้ยางยืด การออกกำลังกายโดยการใช้น้ำหนักน้ำหนักได้แก่ ฟองน้ำ เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการเสริมสร้างสมรรถนะในการสอนเรื่องโภชนาการ เช่น การลดการใช้เกลือในอาหารท้องถิ่นที่ ตำบลบ่อเกลือ จังหวัดน่าน และการจัดการกับความเครียด การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลง การใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เป็นต้น นอกจากนั้นยังได้มีการฝึกทักษะการดูแลรายการณ์ และให้คำปรึกษาแก่ทีมสร้างเสริมสุขภาพขณะที่มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเฉพาะราย

2.3 ระยะที่ 3 จากการประชุมระดมสมองเพื่อสรุปบทเรียนโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากได้มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพดังที่ได้กล่าวมาในระยะเวลาที่ 2 พบว่า ในการประเมินโดยใช้แนวคำถามสำหรับประเมินศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะ 9 สมรรถนะ นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติสมรรถนะต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวม ได้แก่ ทักษะในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ทักษะในการประสานงานกับชุมชน นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติในทุกขั้นตอน ซึ่งแม้ว่าจะเป็นระยะเวลาที่สั้น ก็ถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง นอกจากนั้นยังพบว่า นักศึกษาายังได้พัฒนาทักษะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ ทั้งในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการรวมทั้งทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมที่ใช้งานวิจัยเป็นฐานใน

การจัดโครงการให้แก่ อาสาสมัคร และผู้สูงอายุทั้ง 26 ชุมชน

3. กระบวนการเรียนรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ในชุมชน จากผลการศึกษาพบว่า ทีมสร้างเสริม สุขภาวะ เกิดการเรียนรู้ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์จริงด้วยตนเอง ในขั้นนี้เมื่อนักศึกษาได้จัดกิจกรรมระดมสมองเพื่อให้กลุ่มได้สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ สาเหตุ และการจัดกิจกรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะให้ข้อมูลว่า “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็น ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และโรคข้อ” ในขณะที่ผู้สูงอายุมีข้อสงสัยว่า “ทำไมไปรักษาทุกครั้ง ความดันก็ยังไม่ลง” ในประเด็นดังกล่าว กลุ่มได้ช่วยกันวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความเห็นที่คล้ายกันว่า “การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เป็น สิ่งที่ทำให้มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น” นอกจากนั้น ในบางพื้นที่ เห็นว่าสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ที่ชุมชนบ้านบ่อหลวง ต.บ่อเกลือใต้ อ.บ่อเกลือ จ.น่าน เป็นแหล่งในการผลิตเกลือสินเธาว์ ขนาดใหญ่ของจังหวัดน่าน ประชาชนในชุมชนแห่งนี้รวมถึงผู้สูงอายุ บริโภคเกลือเป็นประจำอยู่แล้ว เมื่ออายุมากขึ้นต่อมน้ำลายที่รับรสเค็มจะมีจำนวนลดลง ทำให้เสี่ยงที่จะบริโภคเกลือในปริมาณที่มากขึ้น จึงพบว่า ในชุมชนบ่อเกลือนี้มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนั้น ผู้สูงอายุในกลุ่มยังได้มีการชมเชยการจัดกิจกรรมของชุมชนหลายชุมชน แต่ก็ได้เสนอแนะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพิ่มการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้มากขึ้น และติดตามดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้บ่อยขึ้น พร้อมกับเสนอตัวว่า “หากจะให้

ชมรมผู้สูงอายุให้การช่วยเหลือ ก็สามารถให้การช่วยเหลือได้ตามความสามารถที่มีอยู่”

3.2 การค้นพบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน หลังจากที่มีการระดมสมอง และพูดคุย วิเคราะห์ถึงปัญหาและสาเหตุซึ่งหลายคนในกลุ่มได้เสนอว่า “ควรมีการจัดทำแผนหรือโครงการเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้เกิดความตระหนักก่อน แล้วจึงมีการแยกมาอบรม หรือสอนรายคน” อย่างไรก็ตามนักศึกษา ได้เสนอว่า “จะขอไปศึกษาค้นคว้า กลยุทธ์ และเขียนโครงการ มาให้กลุ่มช่วยพิจารณา ในการประชุมครั้งต่อไป โดยกลยุทธ์นี้จะใช้ผลการศึกษารายวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ..” หลังจากที่ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน ซึ่งประกอบด้วยการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท การจัดอบรม การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มก็มีการหารือแบ่งหน้าที่กันว่า ใครจะทำหน้าที่ใดด้วยบรรยากาศที่สร้างสรรค์และเป็นกันเอง

3.3 การเตรียมการ ในขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่นักศึกษาพยาบาลซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการ ได้นำเสนอแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงแผนการจัดอบรมให้แก่สมาชิกกลุ่มที่มีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ น้อย เช่น อาสาสมัคร และผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาที่ตนเองต้องการ เพื่อสามารถนำไปใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ อย่างเหมาะสม หลังจากนั้น นักศึกษาพยาบาลมีการนัดหมายให้สมาชิกกลุ่มมาอบรมให้ความรู้ ก่อนการปฏิบัติจริง จะเห็นว่า กิจกรรมดังกล่าวเกิดจากความต้องการของชุมชนเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

3.4 การร่วมคิด ร่วมทำด้วยความเต็มใจ จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติและสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนในที่มาร่วมมือกันจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนร่วม เช่น การร่วมทำลานหินสำหรับเดินออกกำลังกายที่ชุมชนรพ. วังเหนือ จ.ลำปาง มีผู้สูงอายุ มาร่วมจัดทำเป็นจำนวนมาก ผู้สูงอายุรายหนึ่งบอกว่า “ต้องมาช่วยทำซิ มันเป็นเรื่องของเรา เราต้องช่วยกัน” เมื่อทำเสร็จแล้วผู้สูงอายุ ยังมีมาร่วมออกกำลังกายด้วยกันทุกเช้าอีกด้วย นอกจากนี้ยังร่วมมือร่วมใจกันกระจายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่กลุ่มอื่นๆ ในชุมชน ส่วนการแสดงบทบาทใหม่ของทีมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างง่าย ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากได้รับการอบรมความรู้ และร่วมมือกันจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนติดตามเยี่ยมบ้านแล้วนั้น อาสาสมัครสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ ดังคำพูดของอาสาสมัคร ที่ได้จากการประชุมเพื่อสะท้อนคิด “ทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้าน จะถามคุณตา คุณยายเสมอว่า เมื่อคืนนี้นอนหลับไหม ปวดตรงไหนหรือเปล่า ซึ่งเมื่อก่อนนี้จะถามแค่ ว่า กินข้าวหรือยัง” ส่วนประธานชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ก็จะทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมของตนเอง และหาหรือกรรมการและสมาชิกเพื่อปรับปรุงกิจกรรมให้ดีขึ้นต่อไป และจากการปฏิบัติที่มีแนวคิดร่วมกันทำให้ส่งผลต่อผลลัพธ์ ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีพฤติกรรมหลายด้านมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในระยะเวลา 4 เดือน ได้แก่ ความ

รับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านโภชนาการ

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรนับตั้งแต่ผู้ทำงานด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในแต่ละชุมชน รวมทั้งและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ แสดงถึงการขาดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับข้อสรุปจากการประชุมของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทั่วโลก ที่เข้าร่วมประชุมที่เมืองไนโรบี ประเทศเคนยา เมื่อปี ค.ศ. 2009 ว่าช่องว่างที่ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประการหนึ่งได้แก่ การที่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุกระดับของการสร้างเสริมสุขภาพยังขาดความรู้และศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ⁷ หากไม่มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่เหมาะสม จะทำให้เกิดผลเสีย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านหลังเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่พบว่าเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่มากนัก โดยด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด พบว่าอยู่ในระดับดีขึ้นเดิม แสดงว่า กระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ อาจต้องใช้ระยะมากกว่า การดำเนินการในโครงการซึ่งใช้เวลา 8 สัปดาห์ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องโปรแกรมการสอนเพื่อปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของ เฟลิซิตี และเค อี (Felicity & K.E) ที่สรุปว่าในการสอนเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ครั้งหนึ่งๆ ควรใช้เวลาในการสอนมากกว่า 12 สัปดาห์⁸

ในกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพของ นักศึกษาพยาบาลในการเป็นผู้นำในการสร้าง เสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการศึกษา เป็นชนิดที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระยะ ซึ่งวิธีการ ดังกล่าวเป็นที่ยอมรับว่า เป็นวิธีการที่จะช่วยเสริม พลังอำนาจให้ผู้ที่มีส่วนร่วมเกิดความตระหนักและ ทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ นั้นยังทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความ สามารถที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหาพื้นฐาน⁹ วิธีการ ดังกล่าวจะนำไปสู่การยอมรับในความสามารถของ ผู้อื่น ความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ อย่างมีวิจารณ์ ซึ่งลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะที่ พึงประสงค์ของคนที่จะเป็นผู้นำในการสร้างเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ ผู้วิจัย ได้ใช้กลยุทธ์ต่างๆ นับตั้งแต่การเตรียมความพร้อม เกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนให้นักศึกษาทำกิจกรรมด้วยตนเอง การเป็นตัวแบบ (model) ในการจูงใจให้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียมาร่วมมือกันทำกิจกรรมสำหรับสร้าง เสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ การใช้เทคนิค สะท้อนคิด ผสมผสานกับการให้กำลังใจแก่นักศึกษา ตลอดช่วงเวลาของการดำเนินการวิจัย กลยุทธ์เหล่านี้ถือเป็นกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ การสร้างความเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนโดยองค์การอนามัยโลก ที่เห็นว่าหลักการ ของการที่จะสร้างความเป็นผู้นำ ควรประกอบด้วย การเสริมความรู้ การเสริมพลังในการปฏิบัติ และการให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน¹⁰ อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสำคัญอย่างมากใน การดำเนินการวิจัยในช่วงนี้ ได้แก่ การที่ผู้สอนทำตัว อย่างให้แก่ศึกษาพยาบาลในการโน้มน้าวผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียมาร่วมมือในการจัดกิจกรรมสร้างเสริม

สุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแต่ละพื้นที่ เป็นวิธีการ ที่จะให้นักศึกษามีตัวแบบที่จะเสริมสร้างความเชื่อมั่น เกิดพลังที่เข้มแข็งในการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ส่วนกระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุใน ชุมชนนั้น แสดงให้เห็นว่า ในการใช้กระบวนการที่เป็น ระบบ และมีการใช้เทคนิคที่หลากหลายของการ วิจัย เช่น การสนับสนุนให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีส่วน ร่วมในการเสนอความคิดเห็น การสะท้อนคิดขณะ ทำกลุ่ม ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความตระหนัก ถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนของแต่ละพื้นที่ จึงนำไปสู่การร่วมมือ ร่วมใจ ปฏิบัติกิจกรรมต่างด้วยความเต็มใจ ซึ่งการให้ทุก ภาคส่วนมีส่วนร่วมนั้น ถือว่าเป็นกุญแจสำคัญของ การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรไนโรบี⁷ ที่เน้น ถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้กิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน นอกจากนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการการเรียนรู้ของผู้ที่ มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน สามารถสนับสนุนการ เรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมใน ผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงจะทำให้ นักศึกษาเกิดการสะท้อนคิด โดยเฉพาะการประสาน ความร่วมมือร่วมใจของชุมชน กิจกรรมของผู้ใน ชุมชนหลายแห่งสะท้อนให้เห็นถึงการเป็นแบบ อย่างของการเป็นผู้นำที่ดีวิธีการที่จะทำให้ชุมชนมี ความรู้สึกเป็นเจ้าของ อันจะนำไปสู่การเสริมสร้าง ความร่วมมือของทุกฝ่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประยุกต์กระบวนการพัฒนา ศักยภาพผู้นำโดยใช้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน ไป ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในทุกหลักสูตร

2. ลักษณะการจัดการเรียนการสอนที่ได้จากผลการวิจัย ถือเป็นรูปแบบการบูรณาการเรียนการสอนการวิจัย และการบริการวิชาการเข้าด้วยกันแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดถึงคุณภาพของการจัดการเรียนการสอน หน่วยงานด้านการเรียนการสอน จึงควรสนับสนุนงบประมาณให้จัดการเรียนการสอนในลักษณะดังกล่าวให้มากขึ้น

3. การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ทำให้คุณภาพของการบริการสุขภาพมีคุณภาพ แต่ยังขาดการรวบรวมองค์ความรู้สำหรับให้เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะในชุมชนนำไปปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นอาจารย์พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการสังเคราะห์หรือทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แล้วสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. นักวิชาการควรร่วมมือกับชุมชนในการประยุกต์ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้บำบัดอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง เช่น ปลูกสมุนไพรที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการแผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกชุมชน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2568**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
2. Jitapunkul, S. & Bunnag, S. **Ageing in Thailand 1997**. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine; 1998.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2551**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที่คิวพี จำกัด; 2551.
4. ศิริรัตน์ ปานอุทัย ดวงฤดี ลาสุขะ และ กนกพร สุคำวัง. รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือของประเทศไทย. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2548.
5. Walter S. Holistic Health. Retrieved October 14, 2008, from <http://ahha.org/articles.asp?Id=85>; 2008.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2544**. เข้าถึง 22 พฤศจิกายน, 2550, จาก <http://www.thaihealth.or.th/files/1.pdf>; 2550.
7. World Health Organization. **A Primer for Mainstreaming Health Promotion**. Nairobi ; 2009.
8. Felicity & K.E. Webster. Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. **Health education research** 2009; 22 (5): 703-17.
9. Stringer, E. **Action Research a Handbook for Practitioners**. Thousand Oaks, CA:Sage; 1996.
10. Republic of Kenya and World Health Organization. **Nairobi Call to Action**. Nairobi ; 2009.

Development of Leader's Potential in Holistic Health Promotion Process of Aging in the Community

Duangruedee Lasuka DN.*

Totsaporn Khampolsiri PhD.(Nursing)**

Khanokporn Sucamvang PhD. (Nursing)***

Rojanee Chintanawat PhD.(Nursing)***

Abstract : The main objective of this participatory action research was to develop the potential of nursing students to be leaders in holistic health the formation of the process of holistic health development for the elderly in the community and to improve the learning process of the stakeholders of the holistic health development for the elderly in the community. The research subjects included graduate nursing students majoring in elderly care, subdistrict administrative organization officials, public health officials, volunteers, elderly mainstays and elderly people, all from a total of 26 communities. The data were collected by means of group meetings, brainstorming, reflective thinking and interviews. The quantitative data were analyzed in terms of mean values, whilst the qualitative data were analyzed using content analysis and inductive methods.

The research shows the following results. Firstly, after participating in the activity, the nursing students developed 9 areas of advanced community elderly care, namely, 1) health care management; 2) health care for elderly people with complications; 3) coordination with the communities' stakeholders; 4) empowering and teaching the stakeholders; 5) provision of health-related counsel for the communities and elderly people; 6) change inducement leadership; 7) ethics-oriented decision-making power; 8) application of empirical evidence; and 9) outcome assessment. Secondly, the bodies of knowledge formed by the stakeholders of holistic health development for the elderly in the community included 1) independent analysis of real situations; 2) discovery of mutually developed solutions to problems; 3) preparation; and 4) willingness to cooperate in the brainstorming and operating processes. Most importantly, the outcome of this research served as a basis for the development of teaching and learning methods conducive to the improvement of advanced nursing competence in community elderly care.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 59-69

Key words: Leaders, Holistic health, Elderly

*Associate Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University

**Instructor, Faculty of Nursing Chiang Mai University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University