



การศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบศูนย์บริการชุมชนและพื้นที่ส่วนกลาง  
กรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม

โดย

นางสาวพิมพ์ชนก นาประเสริฐ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาศิลปะการออกแบบ แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

การศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบศูนย์บริการชุมชนและพื้นที่  
ส่วนกลางกรณีศึกษาร้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาศิลปะการออกแบบ แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

THE STUDY OF THE ELDERLY ACTIVITIES FOR PUBLIC AREAS AND  
COMMUNITY SERVICE CENTER DESIGN; THE CASE STUDY IS DESTINATED AT  
BAAN EUA ATHON BUENGKUM PROJECT



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for Master of Fine Arts DESIGN ARTS  
Graduate School, Silpakorn University  
Academic Year 2021  
Copyright of Silpakorn University

หัวข้อ การศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบ  
ศูนย์บริการชุมชนและพื้นที่ส่วนกลางกรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึง  
กุ่ม

โดย นางสาวพิมพ์ชนก นาประเสริฐ

สาขาวิชา ศิลปะการออกแบบ แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. ประดิพัทธ์ เลิศจรุฑาพงศ์กุล

---

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรศิลปมหาบัณฑิต

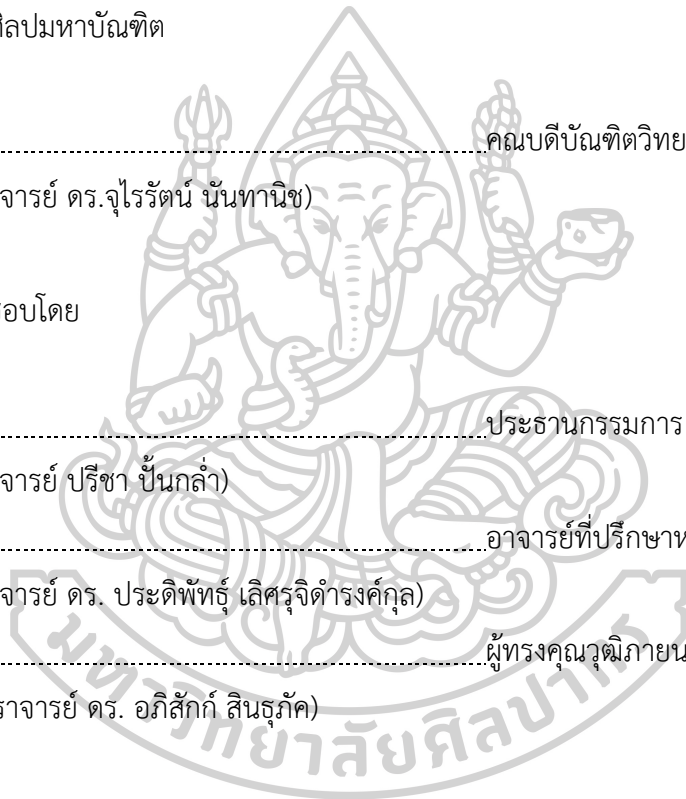
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ นันทานิช)

พิจารณาเห็นชอบโดย

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ปรีชา ปั่นเกล้า)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ประดิพัทธ์ เลิศจรุฑาพงศ์กุล)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิสักดิ์ สิ้นธุภาค)



61156308 : ศิลปะการออกแบบ แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญาโท

คำสำคัญ : พื้นที่ส่วนกลาง,, ศูนย์บริการชุมชน, กิจกรรมทางสังคม, ออกแบบภายใน, ออกแบบเพื่อทุกคน

นางสาว พิมพ์ชนก นาประเสริฐ: การศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบ ศูนย์บริการชุมชนและพื้นที่ส่วนกลางกรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ ดร. ประดิพัทธ์ เลิศรุจิดำรงกุล

การศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน กรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม เขตบึงกลุ่ม กรุงเทพมหานคร ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ภาครัฐและภาคเอกชนมีความพยายามในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่า ช่วงวัยอื่นๆ ซึ่งในการสร้างและดูแลมีการใช้งบประมาณสูง ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มผู้มีรายได้น้อยยากต่อการเข้าถึง

การรองรับความสูงวัยนี้ ภาครัฐมีหน่วยงานในการดูแล คือ การเคหะแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้มีที่อยู่อาศัย พร้อมทั้งจัดให้มีระบบ สาธารณูปโภค สาธารณูปการ สิ่งอำนวยความสะดวก แก่ผู้สูงอายุ ทำนุบำรุง ปรับปรุง

และพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม พื้นที่การจัดทำบ้านเอื้ออาทรก่อนที่จะเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุนั้นมีข้อจำกัดในการรองรับประชากรผู้สูงอายุกลุ่มผู้มีรายได้น้อย อีกทั้งพื้นที่ส่วนกลางยังสามารถบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพได้ และยังสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาในโครงการอื่นๆ ต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อศึกษากิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และการออกแบบกิจกรรมทางสังคม กรณีศึกษา : บ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม (2) เพื่อศึกษาการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม (3) เพื่อพัฒนาแนวความคิดแก่ชุมชนในการพัฒนาที่อยู่อาศัย กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวแทนผู้สูงอายุผู้อยู่อาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม

เขตบึงกลุ่ม กรุงเทพมหานคร ซึ่งโครงการตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเมือง มีขนาดโครงการใหญ่ และมีความหลากหลายของกลุ่มประชากร โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบอลล์หิมะ (Snowball sampling) มีการใช้คำถามปลายเปิด (Open ended Question) ในการใช้พื้นที่ทำกิจกรรมทางสังคมและความต้องการผู้สูงอายุ ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการศึกษา เพื่อเปิดโอกาสในการตอบ

## คำถามของกลุ่มเป้าหมาย

จากการศึกษาพื้นที่ กรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความเป็นห่วงในสุขภาพ และมีความต้องการในการพบปะภายในชุมชน บางรายยังต้องมีการประกอบอาชีพหรือมีภาระหน้าที่ในการดูแลภายในบ้าน เนื่องจากจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนไม่สามารถพบปะ หรือทำกิจกรรมร่วมกันภายในชุมชนได้

จากที่กล่าวมาผู้วิจัย จึงมีแนวทางในการออกแบบพื้นที่ส่วนกลาง โดยการกระจายฟังก์ชันของศูนย์บริการชุมชนสู่พื้นที่ระยะที่อยู่อาศัย และออกแบบพื้นที่พบปะและพื้นที่ในการเป็นพื้นที่ส่วนรวมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น Daycare โดยมีผู้เชี่ยวชาญ และอาสาสมัครชุมชน อีกทั้งอาสาสมัครบ้าน ร่วมช่วยการดูแลผู้สูงอายุ เปิดเป็นพื้นที่ทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ พื้นที่ออกกำลังกายหนักและออกกำลังกายเบา เช่น พื้นที่

แอโรบิก พื้นที่ไทเก๊ก พื้นที่สำหรับกายบริหาร มีการจัดให้ข้อมูลสำหรับออกกำลังกาย และจัดให้มีการเก็บระยะทางการเดินทางภายในโครงการ เนื่องจากผู้สูงอายุใช้จักรยานในการเดินทางภายในโครงการ และเป็นกิจกรรมที่สามารถทำเพียงคนเดียวได้ ผ่านจออินเตอร์แลคทีฟ ในพื้นที่ที่สามารถแจ้งขอความช่วยเหลือ จองการใช้งานพื้นที่ Co Space ภายในศูนย์บริการชุมชน เพื่อทำกิจกรรมหรือร่วมกิจกรรมต่างๆ หรือการให้ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นได้ รวมถึงยังมีพื้นที่นวดแผนไทยอีกด้วย เนื่องจากการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุนั้น อาจทำให้เกิดอาการเมื่อยล้าทางร่างกาย การให้บริการนวดแผนไทยจึงสามารถลดความเครียดและสร้างการผ่อนคลายได้

นอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ที่สามารถสร้างอาชีพโดยจัดคอร์สการเรียนการสอน และการร่วมมือกับแอปพลิเคชันในการให้บริการกับกลุ่มลูกค้าภายนอกโครงการ และยังมีพื้นที่ฉุกเฉินสำหรับผู้มีความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ และเป็นพื้นที่ที่ใช้ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกในการช่วยเหลือ รับ-ส่ง ผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินอีกด้วย และพื้นที่ลานกิจกรรมศาสนา เป็นพื้นที่ทำกิจกรรมทางศาสนาและเป็นพื้นที่ทำสมาธิบัต ภายใต้การจัดการโดยให้ผู้อยู่อาศัยมีส่วนร่วมกับชุมชน และการสร้างรายได้เพื่อดูแลภายในชุมชน ซึ่งดำเนินการโดยมีการใช้งบประมาณและผู้เชี่ยวชาญจากภาครัฐ คือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

61156308 : Major DESIGN ARTS

Keyword : Common Area, Community Service Center, Social Activities, Interior Design, Universal Design

MISS PIMCHANOK NAPASERT : THE STUDY OF THE ELDERLY ACTIVITIES FOR PUBLIC AREAS AND COMMUNITY SERVICE CENTER DESIGN; THE CASE STUDY IS DESTINATED AT BAAN EUA ATHON BUENKUM PROJECT THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR PRADIPHAT LERTRUJIDUMRONGKUL, Ph.D.

The study of the elderly activities for public areas and community service center design; the case study is destined at Baan Eua Athon Buengkum Project, Bueng Kum District, Bangkok. Currently, Thailand is entering a fully aging society. Both government and private sectors have made the efforts to accommodate the senior citizen that has increased more than other groups of age that inevitably affect high budget in each project. The living accommodation becomes inaccessible, especially to the elderly group who has low-income. National Housing Authority of Thailand by Ministry of Social Development and Human Security aim at accommodating people including to provide all infrastructures in order to maintain and service and for people's living development in terms of social, economic and environmental concerned. The constructed areas in Baan Eua Athon before entering the aging society was limited to support the elderly; low-income group. In addition, the public areas are able to be managed for fully effective use to resident benefit also that can be used as a guideline for further development in other projects, however.

This research aimed to meet the following objectives: (1) to study the social activities of the elderly and social activities design. (2) to study the design of public areas and community service center. (3) to develop concepts of building accommodation applying to community way of life.

The sample selected group in this research was representative of the elderly inhabitants of Baan Eua Athon Bueng Kum Project, Bangkok, where is located in the urban area. As it is a large project size and there are varieties of population group living in. The strategic sampling method consisted of 10 samples. The Snowball sampling technique was used including with the open-ended questions in the research. The space for social activities and the elderly's needs are essential sources for study in order to give the

opportunity to answer questions for all aspects.

The research finding revealed that the target group concerned about their health and the interaction among groups was needed by some of the elderly. Some of them have to look for a career or seek supplemental income to take care of their family. The elderly is unable to meet or to do activities together, due to epidemic situation of the Coronavirus Disease (COVID-19)

As the results, that become guidelines by developing into the functions design of community service center where are able to be meeting areas and being accessible for the elderly care, such as Daycare services providing by experts and community volunteers. Additionally, those people could assist each other to take care of the elderly. And the area for the elderly exercise will be able to be used for hard or light exercise such as Aerobics, Tai Chi. There is information provided for each exercise plus the distance collective info will be displayed. Most of the elderly usually ride the bicycles to travel within community and that activities are done alone or by themselves on interactive screens showing info which will be asked for any assistance, for instance, to reserve available area called as Co Space where is in the Community Service Center, to do activities, to participate in various activities or to provide preliminary health information including with tradition Thai massage area because the daily life activities may cause physical fatigue for them. Massage providing service can reduce stress and create relaxation.

Besides, the area design makes careers which can be built by creating courses with collaborating between application service providers in order that providing service to general customer, also emergency areas in case suddenly event or diseases may be occurred where is applicable to private agencies for example transporting patients etc. Moreover, religious activities, i.e., meditation can be taken place at the open area as well. Resident cooperation is allowed to engage the community in order to well manage and generate higher income within community that is supported by the government sector, namely Ministry of Social Development and Human Security.



## กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณผู้ให้ความอนุเคราะห์งานการศึกษาและการทำผลงาน โดยมีรายนาม ดังนี้

1. ท่านรองผู้ว่าการการเคหะแห่งชาติ (นายณพดล ว่องเวียงจันทร์) และ ผู้อำนวยการกองบริหารโครงการ 1 ฝ่ายพัฒนาโครงการ 1 (ปรัชญ์ เตือนสว่าง) การเคหะแห่งชาติ ในการให้ความอนุเคราะห์ให้ความคิดเห็นต่อการศึกษาเพื่อการปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาการศึกษา

2. รองศาสตราจารย์ ดร.ประติพัทธ์ เลิศรุจิดำรงกุล ในการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาชี้แนวทางการศึกษาต่อผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จ

3. กลุ่มอาสาสมัครชุมชนบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ในการให้ความอนุเคราะห์ ให้ข้อมูลต่อการศึกษา รวมถึงการให้ความร่วมมือในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

4. ครอบครัว พ่อ และแม่ ในการให้กำลังใจ อนุเคราะห์ร่างกาย แรงใจช่วยให้ผู้วิจัยศึกษาจนลุล่วง

5. ผู้อำนวยการกองบริหารหนี้ 2 ฝ่ายบริหารสินเชื่อและหนี้ การเคหะแห่งชาติ ในการให้ความสนับสนุนและอนุเคราะห์ต่อการศึกษาของผู้วิจัย

6. พี่ๆ เพื่อนๆ ฝ่ายบริหารสินเชื่อและหนี้ การเคหะแห่งชาติ ในการให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ ต่อการศึกษา ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณสุนิสา บัวชุมสุข, คุณแพรวไพลิน ทับทิม, คุณนรินทร์รัตน์ จรรย์รัตน์ไพศาล, คุณเอกสุณี ครุฑวีร์ คุณทิพยาภรณ์ บัณฉิตย์, คุณธัญลักษณ์ เรืองศรี, คุณจักรพันธ์ เสนะสุขุม, คุณบุญสงค์ จันทภาโส และ คุณนพพิสิฐ คงชน ในการช่วยเหลือเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

7. ขอขอบพระคุณเพื่อนๆ รุ่น 4 และ รุ่น 5 ทุกท่าน ในการให้กำลังใจและความช่วยเหลือในด้านต่างๆ แก่ผู้วิจัยจนสำเร็จลุล่วง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณเมย์, คุณเต๋า, คุณทัส, คุณแหว และ คุณกอล์ฟ

8. ขอขอบพระคุณกำลังใจจาก คุณย่า สายหยุด นาประเสริฐ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกๆ ท่าน ทั้งที่ได้กล่าวถึงและไม่ได้กล่าวถึง ต่อการความสำเร็จ

ในการศึกษาครั้งนี้ เหนือสิ่งอื่นใดสุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณตัวเองที่มีความอดุสาหะในการศึกษา และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคใดๆ จนประสบผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

นางสาว พิมพ์ชนก นาประเสริฐ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญภาพ.....	ฒ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	5
1.3 สมมุติฐาน.....	5
1.4 ขอบเขต.....	5
1.5 นิยามศัพท์.....	6
1.6 กระบวนการศึกษา.....	6
1.7 กรอบแนวความคิด.....	7
1.8 ประโยชน์ของการศึกษา.....	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....	9
2.1 รูปแบบผู้สูงอายุ.....	9
2.2 การเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุ.....	9
2.3 ปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุ.....	11
2.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ.....	12
2.5 ทฤษฎีทางสังคมผู้สูงอายุ.....	12

2.6 กิจกรรมทางสังคม.....	14
2.7 กิจกรรมทางการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ.....	14
2.8 รูปแบบกิจกรรมทางกาย (Pattern of Physical Activity).....	15
2.9 ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Level ; PAL).....	15
2.10 การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Breaking sedentary behavior) .....	18
2.11 การวางแผนกิจกรรมทางกาย (Physical activity plan).....	19
2.12 หลักการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ.....	23
2.13 โปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ.....	27
2.14 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย.....	30
2.15 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย.....	30
2.16 แนวการดำเนินงานกลไกชุมชน.....	72
2.17 เครื่องมือสนับสนุนการทำงานระบบ (Thai care).....	78
2.18 ตัวอย่างแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของชุมชน .....	79
2.19 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำไมจึงต้องใส่ใจผู้สูงอายุ เป็นพิเศษ .....	91
2.20 รูปแบบสถานดูแลผู้สูงอายุ.....	95
2.21 มาตรฐานงานบริการด้านการนวดไทยในระดับสถานีนอนามัย / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล.....	114
2.22 ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดตัวอักษร วัสดุจัดแสดงกับระยะการมองเห็น .....	120
2.23 การพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทย.....	122
2.24 ความหมายและลักษณะของชุมชน.....	127
2.25 ทฤษฎีการมีอาณาเขตครอบครอง .....	128
2.26 ประวัติและความหมายของโคเฮาส์ซิ่ง .....	130
2.27 กรณีศึกษาโครงการโคเฮาส์ซิ่งในต่างประเทศ.....	133

2.28	กรณีศึกษาโครงการที่พักอาศัยในรูปแบบโคเฮาส์ซึ่งในประเทศไทย.....	139
บทที่ 3	ระเบียบวิธีวิจัย.....	144
3.1	กรอบการศึกษา .....	144
3.2	การรวบรวมข้อมูล.....	144
3.3	ประชากรกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่การศึกษา.....	145
3.4	เครื่องมือในการวิจัย .....	147
3.5	แบบสอบถาม.....	147
3.6	รายละเอียดในแบบสอบถาม.....	147
3.7	การวิเคราะห์ข้อมูล .....	148
บทที่ 4	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	149
4.1	การวิเคราะห์พื้นที่.....	149
4.2	การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย.....	150
4.3	ผลงานการออกแบบ .....	151
บทที่ 5	สรุปประเด็นการค้นคว้าวิจัย.....	179
5.1	สรุปประเด็นการค้นคว้าวิจัย.....	179
5.3	ข้อเสนอแนะ.....	181
5.4	การเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป.....	181
	รายการอ้างอิง .....	181
	ภาคผนวก.....	185
	ภาคผนวก ก เอกสารผ่านการสอบจริยธรรมในการวิจัย.....	186
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (สัมภาษณ์).....	187
	ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย .....	192
	ภาคผนวก ง การแสดงผลความคืบหน้าทางวิทยานิพนธ์ .....	194
	ภาคผนวก จ การเผยแพร่ผลงาน.....	196

ภาคผนวก ฉ การนำเสนอผลงานวิทยานิพนธ์ (สอบจบ).....	199
ประวัติผู้เขียน.....	201



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 มิติความหนักของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ .....	18
ตารางที่ 2 แสดงค่าการเผาผลาญพลังงานของกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน .....	24
ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกาย .....	31
ตารางที่ 4 ประเด็นปัญหาอุปสรรคและปัจจัยการสร้างแรงกระตุ้น .....	32
ตารางที่ 5 กลวิธีสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย .....	39
ตารางที่ 6 มิติความหนักของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ .....	47
ตารางที่ 7 แสดงค่าการเผาผลาญพลังงานของกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน .....	53
ตารางที่ 8 ปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกาย .....	60
ตารางที่ 9 ประเด็นปัญหาอุปสรรคและปัจจัยการสร้างแรงกระตุ้น .....	61
ตารางที่ 10 กลวิธีสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย .....	68
ตารางที่ 11 ขนาดของสถานดูแลผู้สูงอายุ .....	96
ตารางที่ 12 สรุปหลักสูตรการฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุ .....	99
ตารางที่ 13 องค์ประกอบหลักในการก่อสร้างสถานดูแลผู้สูงอายุ .....	103
ตารางที่ 14 อุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญในสถานดูแลผู้สูงอายุ .....	104
ตารางที่ 15 บุคลากรหลักภายในสถานดูแลผู้สูงอายุ .....	105
ตารางที่ 16 องค์ประกอบหลักในการลงทุนเริ่มต้น .....	107
ตารางที่ 17 ค่าจ้างบุคลากรและพนักงาน .....	108
ตารางที่ 18 ค่าใช้จ่ายจากการบริการ .....	109
ตารางที่ 19 ค่าใช้จ่ายจากการบริหาร .....	109
ตารางที่ 20 สัดส่วนค่าใช้จ่ายรายเดือน .....	109
ตารางที่ 21 อัตราค่าบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ .....	109

ตารางที่ 22 แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจแนวทางการพัฒนาธุรกิจสู่ความเป็นเลิศสามารถสรุปได้ดังนี้ .....	110
ตารางที่ 23 รูปแบบอาคารของที่พักรักษาในโครงการบ้านเอื้ออาทร .....	124
ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบระหว่างลักษณะทางกายภาพ พื้นที่ส่วนกลางของเรือนไทยกับโครงการที่พักรักษาของผู้มีรายได้น้อยในปัจจุบัน .....	126
ตารางที่ 25 กิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการใช้พื้นที่ส่วนกลางร่วมกันของผู้อยู่อาศัยในโครงการคันทันโมริ .....	136
ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบรูปแบบการโคเฮาส์ซิ่งของกรณีศึกษาโครงการในต่างประเทศ.....	138
ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบรูปแบบการโคเฮาส์ซิ่งของกรณีศึกษาโครงการในประเทศไทย.....	142
ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามเกณฑ์ลักษณะที่สำคัญของรูปแบบการโคเฮาส์ซิ่ง.....	142



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ข้อมูลจาก brandinside.asia.....	1
ภาพที่ 2 (ข้อมูลรูปภาพ โดย ผู้จัดการ mgronline.com).....	1
ภาพที่ 3 (สถิติครอบครัวและรูปแบบครอบครัวไทย โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมมือกับ The101.world) .....	2
ภาพที่ 4 โครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม .....	3
ภาพที่ 5 (ข้อมูลรูปภาพ โดย นางสาวพิมพ์ชนก นาประเสริฐ ปี2564).....	4
ภาพที่ 6 กรอบแนวความคิด .....	7
ภาพที่ 7 การทดสอบความรู้สึกในช่วงขณะมีกิจกรรมทางกาย .....	17
ภาพที่ 8 การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ .....	21
ภาพที่ 9 ตัวอย่างการนำรูปแบบเชิงตรรกะวางแผนโปรแกรมการเดินของผู้สูงอายุ .....	22
ภาพที่ 10 รูปแบบกิจกรรมนี้ช่วยลดพฤติกรรมการอยู่นิ่งเฉย .....	24
ภาพที่ 11 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนบน .....	28
ภาพที่ 12 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนล่าง .....	28
ภาพที่ 13 ตัวอย่างวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนบน .....	29
ภาพที่ 14 ตัวอย่างวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนล่าง .....	29
ภาพที่ 15 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความสมดุลร่างกาย .....	30
ภาพที่ 16 แสดงทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล .....	36
ภาพที่ 17 ความสัมพันธ์อย่างมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความ .....	38
ภาพที่ 18 แสดงโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน (TpB Diagram) .....	40
ภาพที่ 19 แสดงองค์ประกอบของแบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Bronfenbrenner, 1979; 1992) .....	42



ภาพที่ 20 แสดงแนวคิดนิเวศวิทยาสังคม ปรับจากแนวคิด McLeroy et al. (1988).....	43
ภาพที่ 21 การทดสอบความรู้สึกในช่วงขณะมีกิจกรรมทางกายที่เรียกว่า บอร์ก สเกล (Borg Rating of Perceived Exertion) (Borg, 1998).....	46
ภาพที่ 22 ตัวอย่างกิจกรรมทางกายเชิงกิจกรรมนันทนาการ .....	55
ภาพที่ 23 ตัวอย่างวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนบน .....	58
ภาพที่ 24 ตัวอย่างวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนล่าง .....	58
ภาพที่ 25 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความสมดุร่างกาย .....	59
ภาพที่ 26 แสดงทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล .....	65
ภาพที่ 27 ความสัมพันธ์อย่างมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1997 อ้างใน Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).....	66
ภาพที่ 28 แสดงโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน (TpB Diagram) ที่มา : Ajzen (1991) .....	69
ภาพที่ 29 แสดงองค์ประกอบของแบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Bronfenbrenner, 1979; 1992) .....	71
ภาพที่ 30 แสดงแนวคิดนิเวศวิทยาสังคม ปรับจากแนวคิด McLeroy et al. (1988).....	72
ภาพที่ 31 ผังแสดงระบบควบคุมโรคโควิด-19 โดยชุมชน .....	74
ภาพที่ 32 ผังแสดงการจัดระบบการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนในสถานการณ์การระบาด .....	79
ภาพที่ 33 ผังแสดงบทบาทหน่วยที่เข้าไปช่วยเหลือในชุมชนคลองเตย.....	80
ภาพที่ 34 ผังการจัดระบบการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน จำนวน 3 ศูนย์ .....	81
ภาพที่ 35 ภาพรวมโซ่อุปทานธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ .....	97
ภาพที่ 36 รายชื่อสถานที่อบรมดูแลผู้สูงอายุ .....	98
ภาพที่ 37 ภาพรวมกระบวนการดำเนินงานในสถานดูแลผู้สูงอายุ.....	106
ภาพที่ 38 สัดส่วนขององค์ประกอบหลักในการลงทุนเริ่มต้น .....	108
ภาพที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดตัวอักษรกับระยะเวลาที่จัดแสดง.....	121
ภาพที่ 40 แสดงการใช้คู่มือที่ตัดกันอย่างน้อย 70% .....	121

ภาพที่ 41 หลักการใช้ตัวอักษรภาษาไทย .....	122
ภาพที่ 42 โครงการบ้านเอื้ออาทรพุทธมณฑลสาย 7 .....	124
ภาพที่ 43 พื้นที่ส่วนบุคคลในระยะต่างๆ จาก The Hidden Dimension, by H. T. Edward,.....	130
ภาพที่ 44 ประเภทการวางผังบริเวณสำหรับโคเฮาส์ซึ่งที่แตกต่างกัน จาก Cohousing: A .....	132
ภาพที่ 45 ลำดับชั้นของพื้นที่ที่อยู่อาศัย จาก Cohousing: A contemporary approach to .....	133
ภาพที่ 46 ภาพตัดอาคารโครงการสวนสมรมาร์เก็ต ก่อนการปรับปรุงและหลังการปรับปรุงให้เป็น อาคารที่มีการใช้งานแบบผสม จาก Placemaking for change: 2001 Rudy Brunder award for .....	133
ภาพที่ 47 ภาพอาคารของโครงการ Jystrup savvaerket ประเทศเดนมาร์ก จาก Cohousing: A .....	134
ภาพที่ 48 โครงการบ้านเดียวกันมีที่ตั้งอยู่ในซอยลาดพร้าว 29 จาก โครงการบ้านเดียวกัน Coliving .....	139
ภาพที่ 49 รูปแบบโครงการพาสู จาก “Cohousing and development of rating tools for .....	140
ภาพที่ 50 แผนผังที่ดินที่จะก่อสร้างอัลไพน์ โคเฮาส์ซึ่ง ที่ อ.มวกเหล็ก จ.นครราชสีมา จาก สันต์..	141
ภาพที่ 51 กรอบการศึกษา .....	144
ภาพที่ 52 กลุ่มอาสาสมัครชุมชน.....	146
ภาพที่ 53 วิเคราะห์บริบท.....	149
ภาพที่ 54 การลงพื้นที่สังเกตการณ์.....	150
ภาพที่ 55 แนวความคิด โดย นางสาวพิมพ์ชนก นาประเสริฐ.....	151
ภาพที่ 56 Zoning และ bubble diagram.....	152
ภาพที่ 57 ผังการจัดการและรูปแบบการจัดการบริการเป้าหมายนอกโครงการ .....	152
ภาพที่ 58 รูปแบบแอปพลิเคชันและเว็บไซต์ อินเทอร์เน็ตและป้ายภายในโครงการ .....	153
ภาพที่ 59 พื้นที่ชั้น 2.....	154
ภาพที่ 60 พื้นที่ชั้น 1.....	154
ภาพที่ 61 รูปตัดอาคาร .....	155

ภาพที่ 62 เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์.....	156
ภาพที่ 63 โถงพักผ่อน.....	156
ภาพที่ 64 ห้องครัว.....	157
ภาพที่ 65 ห้องสนทนาการ.....	157
ภาพที่ 66 แพลน Day care.....	158
ภาพที่ 67 พื้นที่โถงต้อนรับ.....	159
ภาพที่ 68 พื้นที่กิจกรรมกายภาพบำบัด.....	160
ภาพที่ 69 พื้นที่รับประทานอาหารและทำกิจกรรมเป็นโถงที่เปิดให้เห็นภายนอกเพื่อให้เห็น บรรยากาศภายนอก.....	161
ภาพที่ 70 พื้นที่รับประทานอาหารและทำกิจกรรม มีพื้นที่ส่วนตัวและมีฉากกั้นระหว่างกัน.....	162
ภาพที่ 71 พื้นที่ห้องพัก มีมุมที่นั่งตรงทางเดินเพื่อเป็นที่พุดคุยของผู้สูงอายุ ห้องส่วนตัวมีพื้นที่เก็บ สัมภาระใต้เตียงและมีสตูลนั่งสำหรับทำธุระส่วนตัว.....	163
ภาพที่ 72 พื้นที่ครัวสำหรับเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุแต่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมด้วยได้.....	164
ภาพที่ 73 พื้นที่สำหรับพนักงาน.....	165
ภาพที่ 74 พื้นที่นวดแผนไทยและพื้นที่ลานไทเก๊ก.....	166
ภาพที่ 75 พื้นที่โถงต้อนรับ.....	167
ภาพที่ 76 พื้นที่ทางเดินเข้าสู่ห้องนวดมีลิฟต์เกอร์เก็บของอุปกรณ์และมีไฟสำหรับสัญลักษณ์ห้องว่ามี การใช้งานหรือไม่.....	168
ภาพที่ 77 ทางเดินและห้องนวดแผนไทย.....	169
ภาพที่ 78 พื้นที่สำหรับพนักงาน.....	170
ภาพที่ 79 พื้นที่ลานไทเก๊ก.....	171
ภาพที่ 80 สามารถใช้เป็นพื้นที่พักผ่อนได้.....	172
ภาพที่ 81 พื้นที่ออกกำลังกายลานไทเก๊ก.....	173
ภาพที่ 82 ศาลาพักผ่อน.....	174
ภาพที่ 83 ลานศาสนา.....	175

ภาพที่ 84 ทางจักรยาน ..... 175

ภาพที่ 85 ทางจักรยานมีจุดพักในแต่ละจุด ..... 176

ภาพที่ 86 จุดพักสำหรับผู้พิการ ..... 176

ภาพที่ 87 ทางจักรยานภายในโครงการมีเส้นบอกระยะห่าง ..... 177

ภาพที่ 88 ศาลาระหว่างอาคาร ..... 178

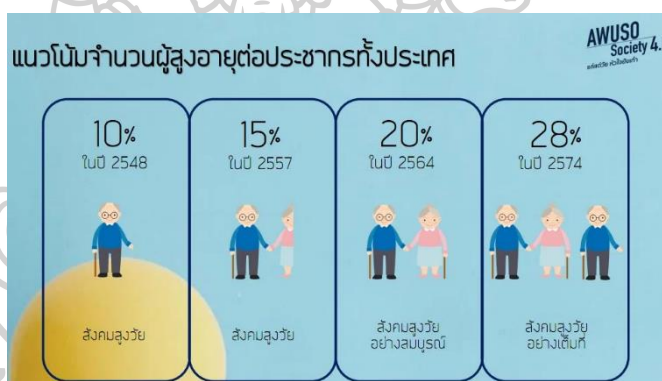


## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

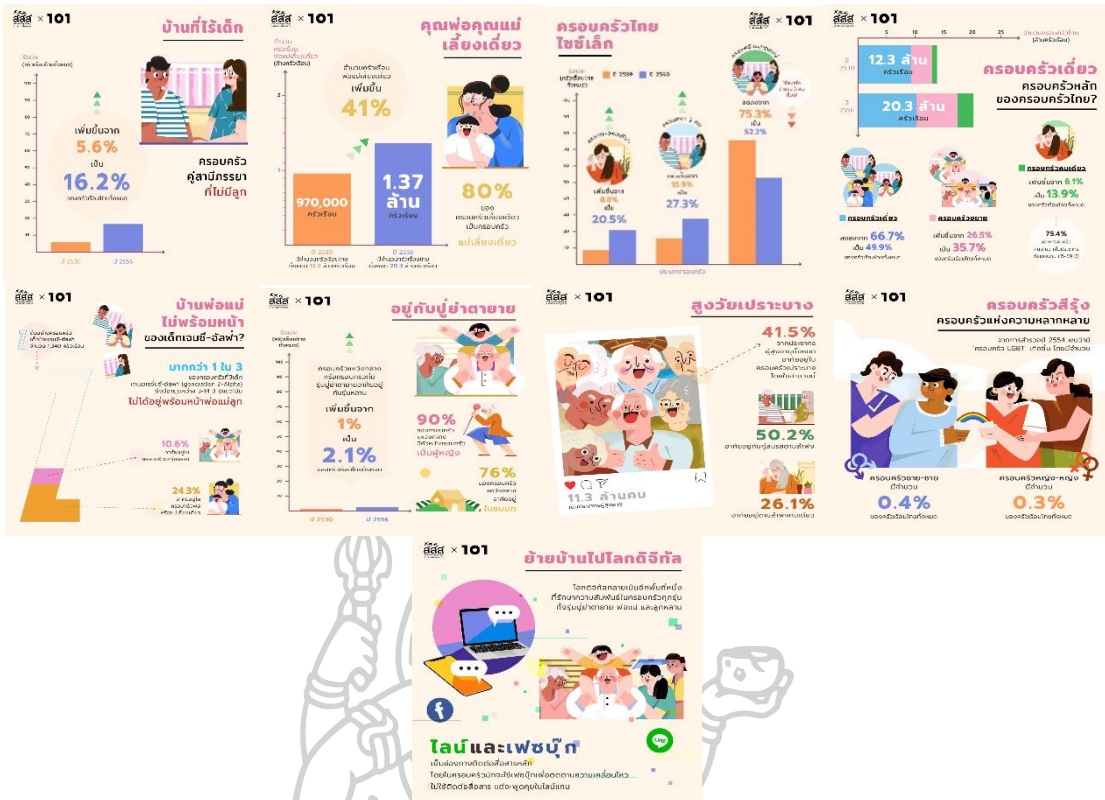
การศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์นันทนาการผู้สูงอายุ กรณีศึกษาบึงเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร นั้น เนื่องจากสถานการณ์ในประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งใน ปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยจะเริ่มมีการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ระยะเวลาต่อมาคือใน ปี พ.ศ. 2564 จะเข้าสู่ระยะสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ จะมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และอนาคตใน ปี พ.ศ.2574 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย <https://www.bltbangkok.com/>) นับว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ในขณะที่เกิดการสวนทางของอัตราการเกิดที่ลดลง



ภาพที่ 1 ระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ข้อมูลจาก brandinside.asia



ภาพที่ 2 (ข้อมูลรูปภาพ โดย ผู้จัดการ mgonline.com)



ภาพที่ 3 (สถิติครอบครัวและรูปแบบครอบครัวไทย โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมมือกับ The101.world)

จากข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมมือกับ The101.world แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีอัตราการการแต่งงานที่ลดลง ประชาชนเลือกที่จะไม่มีบุตร จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงส่งผลให้รูปแบบครอบครัวมีขนาดเล็กลงและเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับมีอัตราการอยู่อาศัยเพียงคนเดียวที่เพิ่มขึ้น และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ยังคงต้องเป็นคนดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือคู่สมรสของตนเอง จากที่กล่าวมาข้างต้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในหลากหลายบริบทนั้นทำให้ผู้สูงอายุต้องหันกลับมาดูแลตนเอง พร้อมกับการสร้างคุณค่าให้กับตนเอง ผู้สูงอายุจึงต้องเตรียมพร้อมในหลายด้านเพื่อรองรับการใช้ชีวิตในบั้นปลายที่อาจจะไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแล ในขณะที่เดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นมีความเปราะบางทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และอำนาจทางสังคม

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อัตราประชากรของผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยทำงาน วิถีชีวิตของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ในอนาคตที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการจัดลำดับให้สถานการณ์ผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ และเริ่มมีการพัฒนาโครงการต่างๆ เพื่อรองรับผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุทุกสถานะ การเคหะแห่งชาติ (กคช.) เป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและ

ความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) มียุทธศาสตร์ที่ตอบสนองและสอดคล้องกับนโยบายและการพัฒนาทั้งระดับสากล และระดับประเทศ ได้แก่

ระดับสากล - เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ เป้าหมายที่ 11 ว่าด้วยเรื่อง ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัย ทัวถึง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืน - วาระใหม่แห่งการพัฒนาเมือง (New Urban Agenda: NUA)

ระดับประเทศ - นโยบายรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในสังคม และการสร้างโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการและบริการของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ด้อยโอกาส เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ของยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มีเป้าหมายด้านความมั่นคง ให้ประชาชนมีความมั่นคงในชีวิต มีงานและรายได้ที่มั่นคงพอเพียงกับการดำรงชีวิต มีที่อยู่อาศัยและความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ในยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาค ทางสังคม

- แผนปฏิรูปประเทศ 11 ด้าน ที่การเคหะแห่งชาติตอบสนอง ได้แก่ ด้านที่ 3 การปฏิรูปประเทศด้านกฎหมาย ด้านที่ 5 การปฏิรูปด้านเศรษฐกิจ และด้านที่ 11 การป้องกันและปราบปรามการทุจริต และประพฤติมิชอบ

- ทิศทางการบริหารประเทศของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2565) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

- แผนแม่บทการพัฒนาที่อยู่อาศัยระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ภายใต้วิสัยทัศน์ “คนไทยทุกคนมีที่อยู่อาศัยถ้วนทั่วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในปี 2579 (Housing for All)” โดยมีเป้าหมายที่มุ่งเน้น ส่งเสริมและพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับประชาชน สนับสนุนให้มีที่อยู่อาศัยที่ได้มาตรฐาน (แผนยุทธศาสตร์การเคหะแห่งชาติ พ.ศ.2560-2570 (ฉบับปรับปรุง ปี 2563)) โดยปัจจุบันการเคหะแห่งชาติได้มีการพัฒนาโครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ คือ บ้านเคหะสุขประชา และบ้านกตัญญู รวมถึงมีแบบบ้านสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ครอบคลุมทุกโครงการของ การเคหะแห่งชาติ ทั้งโครงการ โดยเฉพาะโครงการก่อนที่จะพัฒนาโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุจากการสำรวจ



ภาพที่ 4 โครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม เขตบึงกลุ่ม

กรุงเทพมหานคร (google map .com)

โครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม ตั้งอยู่ที่ถนนเสรีไทย 43 แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร สร้างแล้วเสร็จสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2550 ประกอบด้วย 134 อาคาร รวมทั้งหมด 5,872 หน่วย ลักษณะอาคารเป็นอาคารชุดพักอาศัยสูง 5 ชั้น โดยโครงการฯ ตั้งอยู่ที่เมือง ผู้วิจัยพบว่าผู้อยู่อาศัยมาจากต่างภูมิลำเนา แต่เข้ามาอยู่อาศัยใน กรุงเทพฯ เพื่อมาหางาน เรียน อื่นๆ



ภาพที่ 5 (ข้อมูลรูปภาพ โดย นางสาวพิมพ์ชนก นาประเสริฐ ปี2564)

โครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร เป็นโครงการที่สร้างขึ้นก่อนที่จะมีการพัฒนาโครงการที่อยู่อาศัยรองรับผู้สูงอายุ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการ



สุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นพื้นที่เฉพาะเจาะจงและเป็นผู้อาศัยภายในโครงการฯ ความคาดเดอนั้น เป็นไปได้น้อย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล จำนวน 10 ราย มีการสัมภาษณ์และ สังเกตการณ์ จากการสำรวจผู้วิจัยได้พบว่า สภาพแวดล้อมยังไม่มีมารองรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพื้นที่ ส่วนกลางที่ไม่เพียงพอต่อการใช้งานของผู้สูงอายุภายในโครงการฯ ถูกใช้ประโยชน์โดยมีการจอด ยานพาหนะ อีกทั้งการจัดการพื้นที่ที่ยังมีพื้นที่ว่างบริเวณรอบที่พักอาศัยที่สามารถใช้เป็นพื้นที่ทำ กิจกรรมทางสังคมหรือพื้นที่ส่วนกลางได้และศูนย์บริการชุมชน ที่ยังไม่รองรับการใช้งานในผู้สูงอายุ ส่งผลให้การทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ไม่มีความสะดวกและเอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรม ไม่ ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ หรือนันทนาการ จากที่กล่าวมาจึงเป็นที่มาของการศึกษากิจกรรมทางสังคมเพื่อ การออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน กรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม เขตบึงกลุ่ม กรุงเทพมหานคร

## 1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษากิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และการออกแบบกิจกรรมทางสังคม กรณีศึกษา : บ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม

1.2.2 เพื่อศึกษาการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม

1.2.3 เพื่อพัฒนาแนวความคิดแก่ชุมชนในการพัฒนาที่อยู่อาศัย กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม

## 1.3 สมมุติฐาน

การศึกษากิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุ การศึกษาการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางในชุมชนเพื่อรองรับผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

## 1.4 ขอบเขต

### 1.4.1 ขอบเขตเนื้อหา

- ข้อมูลด้านผู้สูงอายุ มุ่งประเด็นศึกษากระบวนการการเข้าสู่ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงทั้งทางจิตใจสถานะทางสังคม

- ข้อมูลทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ ประเภทกิจกรรมแนวทางการส่งเสริม

- ข้อมูลและทฤษฎีหลักส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

- นโยบาย การเคหะแห่งชาติ ในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

- ข้อมูลด้านการออกแบบด้านพื้นที่ส่วนกลาง การออกแบบพื้นที่บริการชุมชนเพื่อรองรับฟังก์ชันที่หลากหลายของคนในพื้นที่

### 1.4.2 ขอบเขตพื้นที่

ขอบเขตการศึกษาด้านพื้นที่ มีการศึกษา คือ พื้นที่กรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกลุ่ม เขตบึงกลุ่ม กรุงเทพมหานคร โดยมีเหตุผลเชิงคุณภาพ ดังนี้

- ตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทยและพื้นที่กรณีศึกษาดังกล่าว ยังเข้าสู่พื้นที่สังคมผู้สูงอายุแล้ว หากแต่ในพื้นที่ยังไม่มี การรองรับผู้สูงอายุใน อนาคตเท่าที่ควร

- เป็นหนึ่งในโครงการพัฒนาที่อยู่อาศัยผู้มีรายได้น้อยของหน่วยงาน การเคหะ แห่งชาติ (กคช.) ซึ่งมีความผสมผสานความเป็นสังคมเมืองและชนบท สามารถเป็นต้นแบบแนวทาง ให้กับหลายพื้นที่ทั้งชนบทและในเมือง

#### 1.4.3 ขอบเขตประชากร

##### 1.4.3.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้สูงอายุ

- ในช่วงต้น 60-70 ปี

##### 1.4.3.2 ประชากรตัวอย่างและผู้เชี่ยวชาญ

- ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

- ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบ

#### 1.4.4 เวลา

ระยะเวลาการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2562 - 2565

### 1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง มนุษย์ในช่วงปลายของชีวิต ปัจจุบันไม่มีความนิยามชัดเจนว่า ผู้สูงอายุจะอยู่ช่วงไหนถึงมองว่าเป็นการเข้าสู่สภาวะผู้สูงอายุ แต่พิจารณาจากสภาพร่างกายและ สถานะทางสังคม ทั้งนี้กฎหมายได้กำหนดว่าผู้ที่เข้าสู่สภาวะผู้สูงอายุคือตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.5.2 พื้นที่ส่วนกลาง ตามราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 คำว่า พื้นที่ ได้ให้ความหมายว่า ” น. ขนาดของพื้นผิว เช่น พาพื้นที่, อาณาบริเวณ เช่น ตรวงพื้นที่, ลักษณะของพื้นดิน เช่น พื้นที่ที่เป็นที่ ราบลุ่ม และคำว่า ส่วนกลาง หมายความว่า น. ส่วนเมืองหลวง, ศูนย์กลาง (นายสุรเชษฐ์ มังควงค์. (2561). การศึกษาพื้นที่ส่วนกลางในงานสถาปัตยกรรม.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัย ศิลปากร.)

1.5.3 ศูนย์บริการชุมชน หมายถึง พื้นที่ที่จัดขึ้นเพื่อบริการแก่กลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความ สะดวกสบายต่อการเข้าถึง มีระบบการจัดการบริหารเพื่อกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาใช้บริการ และยัง เกี่ยวข้องกับสุขภาพขั้นพื้นฐานและการเป็นพื้นที่ส่วนกลางเพื่อเชื่อมประสานระหว่าง ชุมชนและการ บริการของรัฐ

### 1.6 กระบวนการศึกษา

#### 1.6.1 ค้นหาข้อมูล

##### 1.6.1.1 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 1.6.1.2 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุ

##### 1.6.1.3 ศึกษาข้อมูลการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

##### 1.6.1.4 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่ส่วนกลาง

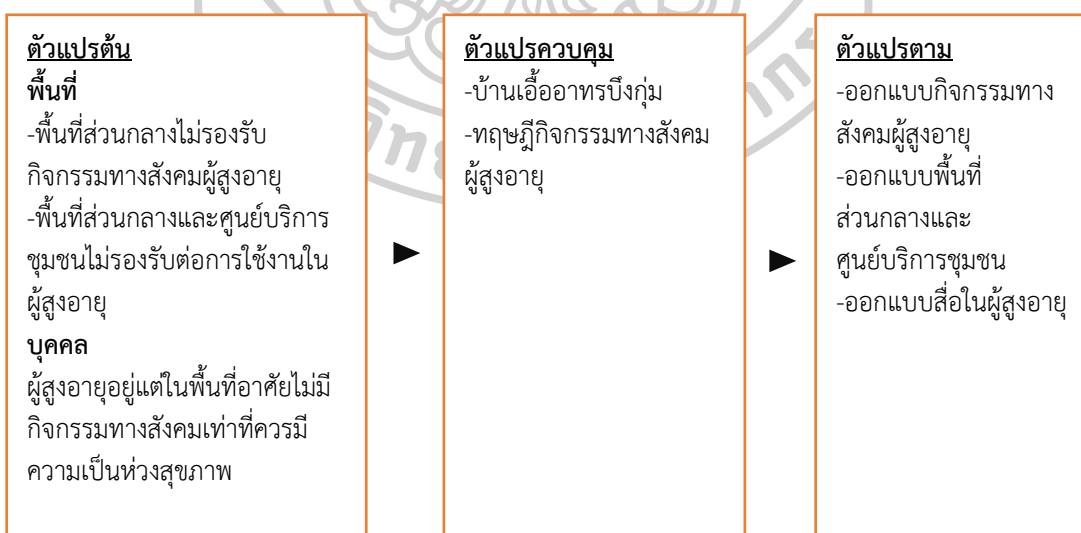
##### 1.6.1.5 ศึกษาแนวทางการออกแบบศูนย์บริการชุมชน

##### 1.6.1.6 ศึกษาสื่อในผู้สูงอายุ

- 1.6.1.7 ศึกษาแนวความคิดในการออกแบบ
- 1.6.1.8 ศึกษากรณีศึกษาในการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน
- 1.6.2 วิเคราะห์ข้อมูล
  - 1.6.2.1 นำผลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลไปเป็นแนวทางสู่การออกแบบงาน
  - 1.6.2.2 ตรวจสอบข้อมูลและสรุปข้อมูลเพื่อออกแบบตามวัตถุประสงค์และแนวความคิด
- 1.6.3 ดำเนินการออกแบบผลงาน โดยผ่านการวิเคราะห์และยืนยันข้อมูล
  - 1.6.3.1 ออกแบบกิจกรรมทางสังคม
  - 1.6.3.2 ออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน
  - 1.6.3.3 สร้างสรรค์ผลงานจากแบบร่าง
  - 1.6.3.4 ทดสอบผลงาน เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแบบให้สมบูรณ์มากที่สุด
- 1.6.4 ทดสอบและปรับปรุงผลงานโดยกลุ่มเป้าหมายและผู้เชี่ยวชาญ
- 1.6.5 แบบสอบถามประเมินผลงาน
- 1.6.6 ผลสรุปการทดลอง
- 1.6.7 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

## 1.7 กรอบแนวความคิด

จากผลการศึกษาทั้งรูปแบบข้อมูลและการลงพื้นที่ นำเสนอรูปแบบข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ สามารถวางกรอบแนวความคิด ได้ดังนี้



ภาพที่ 6 กรอบแนวความคิด

## 1.8 ประโยชน์ของการศึกษา

ผลการศึกษางานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถออกแบบพื้นที่ส่วนกลาง และศูนย์บริการชุมชน สามารถรองรับกับสถานการณ์ในอนาคตที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทและสามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง กิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ เพื่อการออกแบบศูนย์นันทนาการและพื้นที่ส่วนกลาง กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้หาข้อมูลทางเอกสาร ดังนี้

#### 2.1 รูปแบบผู้สูงอายุ

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันหลากหลายด้าน นำมาซึ่งบริบทในการใช้ชีวิตที่แตกต่างออกไปก่อนที่เข้าสู่ผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ ความหมายของคำว่า สูงอายุ หรือ ผู้สูงอายุ เป็นคำที่บัญญัติในปี พ.ศ.2512 โดย พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิสุนทร ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2512 แทนมาจากคำว่า ชรา เนื่องจาก ฟังแล้วรู้สึกหดหู่ ทรมาน ไม่เป็นที่นิยมนัก และตามกฎหมาย หมายถึงผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้ การเปลี่ยนคำเรียก ผู้ชรา เป็นผู้สูงอายุ นั้น เป็นเพราะเป็นการให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีคุณวุฒิ วิทยุฒิ และประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งครอบคลุมในทุกบริบททางสังคมไม่ใช่เพียงแคบุคคลที่กำลังมีร่างกายเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น เนื่องจากความเป็นผู้สูงอายุยังมาจากฐานะทางสังคมที่ถูกละเลยมองว่าเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ มีวิทยุฒิที่สูงกว่า ตำแหน่งที่สูงกว่าทางอาชีพ ไม่ได้เจาะจงว่าต้องอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น ซึ่งจะเรียกกลุ่มนี้ว่า อาวุโส จากที่กล่าวมา ความสูงอายุ สามารถนิยามได้ทั้งบริบทสังคม และสภาวะร่างกาย โดยมีหลักเกณฑ์ในการเข้าสู่สภาวะผู้สูงอายุ ดังนี้ การอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) ไม่มีปัจจัยอื่นในการพิจารณาสามารถแบ่งระดับผู้สูงอายุได้ดังนี้

- ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
- คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี
- คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

2.1.2 การพิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี

2.1.3 การพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) กล่าวคือ การที่จิตใจ สติปัญญา การรับรู้สัมผัส และการเรียนรู้ลดลง นอกจากนี้ยังรวมถึงความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) คือมุมมองต่อตนเอง

2.1.4 การพิจารณาจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation)

2.1.5 การพิจารณาจากบริบทสังคม ประเพณีนิยม ที่มีการกำหนดเกณฑ์การเข้าสู่สูงวัยผู้สูงอายุ

#### 2.2 การเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุ

##### 2.2.1 ด้านร่างกาย

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ช่วงสูงอายุ ทางร่างกายเป็นการเปลี่ยนที่ชัดเจนที่สุดตามธรรมชาติของร่างกายที่เริ่มเสื่อมสภาพลง ดังนี้

- ประสาทสัมผัส ประสิทธิภาพ เรื่องการดมกลิ่น การรับรู้ทางการได้ยิน สัมผัส ความรู้สึกเสื่อมสภาพลงและจะเสื่อมลงต่อไป

- ตาและการมองเห็น ความสามารถในการมองเห็นทั้งการมองในความมืดหรือสว่างลดลง และเมื่ออายุมากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงเป็นต้อกระจก

- ความดันโลหิต เกิดแรงดันเลือดสูงเนื่องจากเส้นเลือดตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านลำบาก

- ฮอร์โมน ฮอร์โมนภายในร่างกายที่สำคัญความสามารถในการทำงานลดลง หรือบางชนิดไม่ทำงานเลย

- ช่องปาก รากฟันในช่องปากเริ่มไม่แข็งแรง เกิดการอยากอาหารน้อยลง นำไปสู่การที่ระบบย่อยอาหารทำงานหนักขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของช่องปากลดลง

- ต่อมไร้ท่อ กระบวนการทำงานต่อมไร้ท่อเสื่อมลง ทำให้สมรรถภาพต่างๆ ลดลง

- กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อหย่อนยานลง มาจากการที่กล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยไขมัน ส่งผลให้ไม่มีกำลังในการทำกิจกรรม

- กระดูก กระดูกมีความเปราะบาง พรุน หักง่าย ข้อกระดูก เยื่อหุ้มข้อ และเยื่อหุ้มกระดูกเสื่อมสภาพลงจากการขาดแคลเซียม

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีพังผืดและไขมัน เกิดการตีบของหลอดเลือดหัวใจและภาวะผนังเลือดแข็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง

- ระบบหายใจ ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เกิดการคั่งน้ำในเยื่อหุ้มปอด นำไปสู่การติดเชื้อทางระบบหายใจ

- ระบบการขับถ่าย ความสามารถการขับถ่ายลดลง ผู้ชายจะปัสสาวะไม่ออก เนื่องจากต่อมลูกหมากโต ส่วนผู้หญิงปัสสาวะเล็ดหรือคั่งติดเชื้อ เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน

## 2.2.2 ด้านจิตใจ

การเปลี่ยนทางด้านจิตใจมีผลพวงร่วมกับทางด้านสังคม อันเนื่องมาจากการพันธุกรรมที่เดิม อำนาจทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงสภาพร่างกายที่มีผลมาก่อนแล้วและการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ความสามารถในการตัดสินใจลดลงนำมาซึ่งการพึ่งพาผู้อื่น ทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงด้านการดูแลตนเองและการตัดสินใจในบางเรื่อง ด้วยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

- การตอบรับในสิ่งใหม่หรือด้านอื่นๆ ยากต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ร่วมกับการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมรอบตัวช้าและลดลง อาจทำให้เกิดการขัดแย้งกับผู้ที่ยาุน้อยกว่า

- สภาวะอารมณ์ การถูกลดความสำคัญจากสังคม ก่อให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจ สามารถมีอาการหงุดหงิดง่าย ท้อแท้ น้อยใจ เป็นต้น

- วิธีการดำเนินชีวิต หลังจากที่เปลี่ยนบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ จะมีการรับมือของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป

- ความสนใจด้านด้านสภาพแวดล้อม มีความมุ่งหวังต่อสิ่งอื่นลดลงมองหาความเรียบง่ายในการใช้ชีวิต

### 2.2.3 ด้านสังคม

จากที่กล่าวมาข้างต้นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่มีผลถึงด้านสังคมนั้น นอกจากบริบท อำนาจหน้าที่ สภาพคล่องทางเศรษฐกิจ ในบริบทสังคมสมัยใหม่คุณค่าจากสังคมต่อผู้สูงอายุเริ่มลดลงจากการยกย่องเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีประสบการณ์ จากบริบทหลายด้านในระดับสังคมครอบครัวผู้สูงอายุในปัจจุบันอาศัยอยู่เพียงลำพังและต้องพึ่งพาตัวเองมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การแต่งงาน จำนวนครอบครัวก็เริ่มลดลง และรูปแบบครอบครัวก็เปลี่ยนไปและมีขนาดครอบครัวที่เล็กลง จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเริ่มมีปัจจัยด้านสุขภาพมาเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคมในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทกลุ่มทางสังคมในผู้สูงอายุได้ดังนี้

2.2.3.1 กลุ่มติดสังคม (well elder) ลักษณะผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ จะเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและสังคมได้ ไม่มีโรคประจำตัวหรือหากมีความเสี่ยงด้านสุขภาพยังสามารถควบคุมความเสี่ยงนั้นได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสนใจกิจกรรมด้านสุขภาพ

2.2.3.2 กลุ่มติดบ้าน (homebound elder) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดบางประการในการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่อาจช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องมีอุปกรณ์หรือคนช่วยเหลือ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในบางกรณี เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังไม่สามารถควบคุมได้ จากที่กล่าวมานั้นทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือที่สำคัญ คือ ด้านการรับประทานอาหาร ถึงแม้ว่ามีบางรายจะสามารถรับประทานอาหารเองได้แต่ก็อาจเปราะบางได้ และด้านการขับถ่ายก็ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขับถ่ายได้

2.2.3.3 กลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวมีความต้องการช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรม มีความเปราะบางในสุขภาพและโรคเรื้อรังแทรกซ้อน เป็นกลุ่มที่ควรดูแลอย่างใกล้ชิด

**ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ถึงรูปแบบผู้สูงอายุการเข้าสู่ช่วงผู้สูงอายุ** เมื่อผู้สูงอายุก้าวสู่ช่วงผู้สูงอายุ จะเริ่มมีความเปลี่ยนแปลง ในสถานะของตนเอง เริ่มมองว่าตนเองไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และต้องการระยะการปรับตัว กล่าวคือ การก้าวเข้าสู่ช่วงผู้สูงอายุมีขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากการก้าวผ่านช่วงวัยมีผลต่อทัศนคติในการดำรงชีวิตในอนาคตต่อไป ผู้วิจัยจึงมีความคิดเห็นว่า สังคมต้องมีส่วนช่วยผู้สูงอายุอย่างมากและไม่ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุก้าวผ่านการเข้าสู่ช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลงสภาวะของร่างกายและจิตใจเพียงลำพัง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อนำแนวทางการศึกษาไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคมต่อไป

## 2.3 ปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุ

นอกจากปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงจนเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุ ยังมีอีกหลายบริบทที่กลายเป็นปัจจัยของปัญหา ได้แก่

2.3.1 ด้านสุขภาพอนามัย ที่เสื่อมลงทุกในทุกด้านและเสื่อมลงขึ้น

2.3.2 ด้านอารมณ์ ที่มีความวิตกกังวลในด้านต่างๆ มีความไม่มั่นคงในจิตใจ หงุดหงิดหวาดระแวงมีความกังวลต่อสุขภาพของตนเอง

2.3.3 ด้านที่อยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยไม่มีความปลอดภัยทั้งด้านสภาพแวดล้อมและการดูแลจากคนในครอบครัว

2.3.4 ด้านสังคม การขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับลูกหลาน นำมาสู่ปัญหาทัศนคติที่ไม่ตรงกัน

2.3.5 ด้านเศรษฐกิจ ที่ไม่มีรายได้ประจำอีกต่อไป

2.3.6 ด้านของการใช้เวลาว่าง เนื่องจากไม่มีหน้าที่ที่ทำงานประจำอีกต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย การปลีกตัวออกจากสังคม นำมาสู่ปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ

2.3.7 ด้านความรู้ ไม่มีโอกาสในการพัฒนาตัวเองให้เทียบเท่าคนรุ่นปัจจุบันได้

2.3.8 ด้านค่านิยม

## 2.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ

2.4.1 ด้านร่างกาย การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ได้รับการดูแลอย่างดีจากบุคคลรอบข้าง และดูแลสุขภาพตนเองเป็นสม่ำเสมอ มีบริบทแวดล้อมที่ดีมีความปลอดภัยในการใช้ชีวิต โภชนาการถูกสุขลักษณะ

2.4.2 ด้านจิตใจ มีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อความต้องการของตนเอง นำมาสู่สุขภาวะจิตที่ดี

2.4.3 ด้านสังคม การปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมหรือสภาพแวดล้อม มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ครอบครัว หรือในพื้นที่ชุมชนที่อยู่อาศัย ในขณะเดียวกันต้องการได้รับความสนใจจากบุคคลในครอบครัวหรือรอบข้าง ในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความสามารถของตนเอง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุก็ยังมีความต้องการในการพึ่งพาตนเองมากกว่าพึ่งพาผู้อื่น กล่าวคือ การใช้ชีวิตอย่างมีชีวิตชีวา มีอิสระต่อการทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ

**ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ถึงบริบทความเป็นผู้สูงอายุ** ได้ว่า บริบทความเป็นผู้สูงอายุนั้นมีหลากหลายบริบท ผู้สูงอายุไม่ได้มีเพียงกลุ่มบุคคลอายุจริงที่กำลังก้าวเข้าสู่ช่วงบั้นปลายของชีวิต แต่ยังมีในบริบทผู้สูงอายุของบุคคลทางฐานะทางสังคม กล่าวคือ ผู้มีประสบการณ์ ความอาวุโสในหน้าที่การงาน โดยที่บุคคลนั้นอายุยังไม่ถึง 60 ปี จากประเพณีนิยม ผู้วิจัยจึงมีทิศทางในการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในบริบทของบุคคลผู้สูงอายุที่มีอายุจริง กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อจิตใจ ส่งผลต่อมุมมองทางสังคมและประเพณีนิยมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งมุมมองทางสังคมถือว่ามีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างสุขภาพทางกายและใจ รวมถึงคุณค่าในตนเองได้ จากกล่าวมาข้างต้นจะพบว่า เมื่อผู้สูงอายุก้าวสู่วัยสูงวัยจะเริ่มมีความแปลกในสถานะของตนเอง เริ่มมองว่าตนเองไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและต้องใช้เวลาในการปรับตัว ดังนั้น สังคมจึงมีส่วนช่วยผู้สูงอายุอย่างมาก ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อนำแนวทางการศึกษาไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคมต่อไป

## 2.5 ทฤษฎีทางสังคมผู้สูงอายุ

การศึกษาทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษานหทางการปรับตัวและการวางบทบาทของตนเองต่อสังคม จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้



2.5.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้คิดค้นคือ Robert Havighurst ค.ศ.1960 ได้มีแนวความคิดหลักของทฤษฎี คือ การมีกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจะมีผลความสัมพันธ์ต่อจิตใจ โดยคำว่า “กิจกรรม” ในแนวคิดของทฤษฎีนี้ คือ กิจกรรมที่มีต่อเพื่อนฝูง ชุมชน หรือสังคม ไม่ใช่แต่กิจกรรมเพื่อความสุขต่อตนเองเท่านั้น เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับตัวเอง โดยรูปแบบของกิจกรรมจะเป็นกิจกรรมที่เคยทำมาตลอดตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ จนมาถึงช่วงวัยสูงอายุ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

- กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) คือ กิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว และสังคม ที่ไม่มีการกำหนดเวลา เป็นรูปแบบที่จะมีสมาชิกครอบครัวร่วมอยู่ด้วย

- กิจกรรมที่มีรูปแบบ (formal activity) เป็นลักษณะองค์กรหรือชมรม รูปแบบกิจกรรมจากมารูปแบบองค์กร หรือตัวกลุ่มผู้สูงอายุเอง เป็นกิจกรรมที่ต้องยึดกฎร่วมกัน กิจกรรมที่ทำตามลำพัง หรือทำคนเดียว (Solitary) คือ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตัวเองตามลำพัง โดยมากอาจเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการทำเมื่อต้องการความสงบหรือสนใจ โดยไม่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ข้อคำนึงของการทำกิจกรรม คือ การเปลี่ยนแปลง และการเชื่อมสัมพันธ์ของยุคสมัยและวัย (Intergeneration Linkages) เนื่องจากยุคสมัยและประสบการณ์การใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ร่วมกิจกรรมที่อยู่ใกล้กันหรือละแวกบ้านเดียวกัน จะมีการร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ที่อยู่ห่างกันของละแวกบ้านหรือชุมชน

2.5.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) Elaine Cummings and Willam Henry ค.ศ.1950 ตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรก Growing old :The Process of Disengagement เมื่อปี ค.ศ.1961 เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการถอยห่างออกจากสังคมของผู้สูงอายุ โดยจะเริ่มขยับออกจากสังคมอย่างค่อยเป็นค่อยไปและเป็นระบบ มาจากการยอมรับตนเองถึงบริบทต่างๆ ในบางกรณีจะอยู่ในสังคมเท่าที่จะทำได้และค่อยถอยห่างตนเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น เป็นรักษาความสมดุลอย่างเป็นระบบของผู้สูงอายุ และในบางกรณีจะถอยห่างจากสังคมเพื่อลดความเครียดถึงปัจจัยการเข้าสู่ช่วงเข้าวัยสูงอายุและสงบบนหน้าที่ หรือสถานะให้แก่คนรุ่นหลังต่อไป เป็นกระบวนการธรรมชาติ และสากลของสังคมเพื่อรักษาสมดุล

2.5.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) Bernice Neugarten และคณะราวปี ค.ศ.1960 โดยแนวคิดของทฤษฎี คือ ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตได้นั้น มาจากรูปแบบแผนวิถีชีวิต บุคลิกภาพ และปัจจัยด้านอื่นๆ คือ แรงจูงใจ สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นข้อบ่งชี้ถึงความสำเร็จหรือล้มเหลวของผู้สูงอายุ ซึ่งทฤษฎีนี้มาจากการศึกษาความขัดแย้งของทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) จนนำมาสู่ทฤษฎีดังกล่าว

2.5.4 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ในบริบทของทฤษฎี บทบาท หมายถึง พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติจริงมาพร้อมกับการคาดหวังตามสภาพของสถานะทางสังคมของบุคคล แนวคิดทฤษฎีนี้ คือ แนวความคิดของทฤษฎีทางสังคมวิทยา โดยแนวความคิดหลักมีอยู่ 3 ข้อ ได้แก่

1) การมองบุคคลอื่น กล่าวคือ ทุกการกระทำตอบสนองต่อสถานการณ์ บุคคลหรือผู้ถูกกระทำจะวิเคราะห์พิจารณาสิ่งเร้าหรือสถานการณ์บริบทรอบตัวก่อนสนองตอบกลับไป

2) การมองภาพตนเอง บุคคลจะมีความรู้รู้สึกหลังจากการพิจารณาจากจินตนาการ ถ้าตัวบุคคลนั้นได้แสดงตนต่อบุคคลอื่น และวิเคราะห์พิจารณาแทนบุคคลเหล่านี้หรือสิ่งบริบท ภูษณานั้น จะมีมุมมองต่อตนเองอย่างไร

3) การแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ บุคคลจะพิจารณา บริบทสภาพแวดล้อม หรือบุคคลอื่นๆ ในเหตุการณ์ การจะมีการตอบสนองเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่ นอกเหนือจากจินตนาการของบุคคลอื่นที่ตนได้พิจารณา

**ผู้วิจัยได้วิเคราะห์จากการศึกษาทฤษฎีทางสังคมในผู้สูงอายุหลายด้าน** มีความเห็นว่า ทุกทฤษฎีมีความเชื่อมโยงกันจากพฤติกรรมของบุคคลที่กำลังก้าวสู่ช่วงวัยของผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละบุคคลต้องการเวลาและระยะในการปรับตัวว่าจะไปในทิศทางไหนนั้นขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่ผ่านมา จะเป็นตัวตัดสินว่าจะพัฒนาไปในทางด้านไหนของวิถีชีวิตต่อไป แต่พื้นที่ทางสังคมยังคงต้องมีการรองรับให้กับผู้สูงอายุเสมอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจะนำมาซึ่งความเครียดในหลายด้าน และนำมาสู่การปล่อยบทบาทของตนเองหรือปลีกตนเองออกไปจากสังคม ดังนั้น คนในสังคมจึงต้องแสดงถึงการยอมรับต่อพฤติกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผ่านพฤติกรรมหรือกิจกรรมบางอย่าง หรือพื้นที่ เพื่อที่ค่อยๆ ปรับตัว และเรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน หากมีการแสดงท่าทีปฏิเสธผู้สูงอายุออกจากสังคม ผู้สูงอายุจะเริ่มถอยห่างออกไปทันที เนื่องจากมีความวิตกกังวลจากบริบทสังคม หรือประเพณีนิยมเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ดังนั้น จากที่กล่าวมาทฤษฎีที่เหมาะสมและครอบคลุมต่อการศึกษา คือ ทฤษฎีกิจกรรม ( Activity Theory ) ผู้คิดค้นคือ Robert Havighurst ที่มีการแบ่งรูปแบบกิจกรรมในการรองรับผู้สูงอายุ จึงมีการศึกษา กิจกรรมที่จะสอดคล้องกับผู้สูงอายุในพื้นที่โครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ทฤษฎีที่เหมาะสมในการพัฒนาพื้นที่และแนวความคิดต่อไป คือ ทฤษฎีกิจกรรม ( Activity Theory ) ผู้คิดค้น คือ Robert Havighurst ที่มีการแบ่งรูปแบบกิจกรรมในการรองรับผู้สูงอายุ และสังคมสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีการศึกษา กิจกรรมที่จะพัฒนารูปแบบกิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาโครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร

## 2.6 กิจกรรมทางสังคม

กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุมีหลากหลายด้าน

### 2.6.1 ประเภทกิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาแนวทางกิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำการศึกษา กิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ เพื่อการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน กรณีศึกษาโครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ว่ามีรูปแบบกิจกรรมทางสังคมในหลายด้าน อาทิตี่เหมาะสมกับการพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมในพื้นที่ ซึ่งจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์แบบกลุ่มและจากการสังเกตการณ์พื้นที่ในกรณีศึกษา เป็นรูปแบบกิจกรรมทางกายซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการต่อยอดกิจกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

## 2.7 กิจกรรมทางการออกกำลังกาย

### 2.7.1 ระดับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

### 2.7.2 ระดับความหนักในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

- ประเภทกิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ
- 2.7.3 การประเมินในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
- 2.7.4 การวางแผนการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

## 2.8 รูปแบบกิจกรรมทางกาย (Pattern of Physical Activity)

นักวิชาการกิจกรรมทางกาย กำหนดรูปแบบกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาพดีไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

1. กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน (Physical activity for daily life) เป็นกิจกรรมในส่วนหนึ่งของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living ; ADL) เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เดินเล่น

ภายในบ้าน เป็นต้น

2. กิจกรรมการทำงาน (Work physical activity) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อยู่ในส่วนหนึ่งของการทำงาน เช่น การทำสวน การเดินขึ้นลงบันไดในที่ทำงาน หรือการทำงานใดๆ ที่มีเคลื่อนไหวในที่ทำงาน

3. กิจกรรมการเดินทาง (Active transportation physical activity) เป็นกิจกรรมในการเคลื่อนไหวในช่วงการเดินทางทั้งการเดิน และการขี่จักรยานไปทำงาน ตลาด ห้างสรรพสินค้า หรือเพื่อการท่องเที่ยว เป็นต้น

4. กิจกรรมการนันทนาการหรือยามว่าง (Recreation physical activity) เป็นกิจกรรมนอกเหนือจากการทำงานประจำ กิจกรรมงานอดิเรกยามว่าง เช่น ตกปลา ปลูกต้นไม้ ปีนเขา เป็นต้น

5. กิจกรรมทางกายแบบวางแผน (Planned physical activity) อาจอยู่ในรูปแบบของการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม หรือแบบรายบุคคล เช่น เต้นแอโรบิก การรำไทเก๊ก รำไม้พลอง เต้นรำ หรือการออกกำลังกาย โดยเครื่องออกกำลังกายในร่มหรือกลางแจ้ง เป็นต้น

6. กิจกรรมที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Supervised physical activity) เป็นกิจกรรมทางกายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหรือได้รับอุบัติเหตุ เช่น แขนหัก ขาหัก หรือได้รับการผ่าตัด และต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลนาน จึงต้องได้รับโปรแกรมบำบัดรักษาฟื้นฟู โดยแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## 2.9 ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Level ; PAL)

ระดับของกิจกรรมทางกายจะพิจารณาตามความหนัก (Intensity) ความถี่ (Frequency) และความนาน (Duration) ของการทำกิจกรรม ดังนี้

(Sparc, 2005; Department of Chronic Diseases and Health Promotion, 2012)

1. พฤติกรรมการอยู่นิ่งเฉย (Sedentary behavior) กิจกรรมที่ไม่มีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงานน้อย คือ อยู่ระหว่าง 1.0 ถึง 1.5 เมท (MET ; Metabolic Equivalent) เช่น การนั่งเฉย การนั่งทำงาน การดูโทรทัศน์ แต่อย่างไรก็ตามไม่รวมกับเวลาที่ใช้ในการนอนหลับในชีวิตประจำวัน

2. กิจกรรมทางกายระดับเบา (Low physical activity) กิจกรรมที่ทำมีการใช้พลังงานในระดับต่ำ 1.5 ถึง < 3 เมท หรือตามค่านิยามของจีแพค (Global physical activity questionnaire

; GPAQ) ให้นิยามว่า กิจกรรมทางกายระดับเบาหมายถึงตลอดสัปดาห์มีการใช้พลังงานน้อยกว่า 600 เมทต่อสัปดาห์

3. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderate physical activity) เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการใช้พลังงาน ระหว่าง 3 ถึง 6 เมท นับว่าเป็นกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับที่เพียงพอ ส่งผลให้หายใจและอัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับมีอาการหอบเหนื่อย ยังสามารถพูดคุยได้หรือการทำกิจกรรมเคลื่อนไหว 5 วัน/สัปดาห์ และมีการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 600 เมทต่อสัปดาห์ เช่น การวิ่งเหยาะติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที, การทำงานบ้านติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที เช่น กิจกรรมงานบ้าน กิจกรรมการเดินทางโดยขี่จักรยานต์ มอเตอร์ไซด์

4. กิจกรรมทางกายระดับหนัก (Vigorous physical activity) เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการใช้พลังงาน ระหว่าง 7 ถึง 10 เมท ดีกว่าเป็นกิจกรรมทางกายระดับสูงสุดที่พึงประสงค์ ส่งผลให้หายใจเร็วขึ้นและอัตราการเต้นของหัวใจเต้นเร็วขึ้นอย่างมาก รู้สึกเหนื่อยหอบ จนไม่สามารถพูดคุยได้หรือการทำกิจกรรมระดับหนักอย่างน้อย 3 วัน และเกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 1,500 เมทต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมระดับหนัก

สลับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน จนทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 3,000 เมทต่อสัปดาห์

## 2.91 วิธีการประเมินความหนักกิจกรรมทางกาย (Physical activity Assessment Methods)

1. การทดสอบจากการพูด (Talk test) เป็นวิธีทดสอบโดยการประเมินการรับรู้ตนเอง โดยทำการทดสอบหลังการมีกิจกรรมทางกาย ว่าจะสามารถพูดคุยได้หรือไม่ ถ้ามีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง จะสามารถพูดคุยได้ แต่ร้องเพลงไม่ได้ และเมื่อทำกิจกรรมระดับหนัก จะพูดคุยได้เป็นคำๆ เท่านั้น (CDC, 2002)

2. การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย คำนวณได้จากการนำเลข 220 - อายุ (ปี) เช่น คนอายุ 60 ปี อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายเท่ากับ 200-60 เท่ากับ 140 วิธีการประเมิน คือ เมื่อท่านหยุดออกกำลังกายให้รีบคลำชีพจรทันทีที่ข้อมือหรือที่คอ นับชีพจรใน 60 วินาที หรือนับ 30 วินาทีแล้วคูณ 2 จะได้ชีพจรในขณะนั้น การนับชีพจรให้นับครั้งแรกเป็น 0 ครั้งต่อไปจึงนับ 1 อายุของคนวัยผู้ใหญ่ กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อัตราการเต้นของหัวใจควรจะเต้นอยู่ระหว่าง 50-70% ของ

อัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และกิจกรรมทางกายระดับหนัก อัตราการเต้นของหัวใจควรจะเต้น 70 - 85% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อส่งผลต่อการมีสมรรถภาพของหัวใจและ

หลอดเลือดอัตราการเต้นของหัวใจควรจะอยู่ในระดับ 55-65% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด (ACSM, 2006)

3. การทดสอบความรู้สึกในช่วงขณะมีกิจกรรมทางกายที่เรียกว่า บอร์ก สเกล (Borg Rating of Perceived Exertion) (Borg, 1998) วิธีการนี้จะทำประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงขณะมีกิจกรรมทางกาย เช่น การเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ปริมาณเหงื่อที่ออก อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ วิธีการประเมินบอร์ก สเกลเริ่มตั้งแต่ 6-20 ระดับ โดยปกติระดับกิจกรรมทางกายระดับต่ำ

ของผู้สูงอายุการจะอยู่ในช่วง 9-11 ระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 12-14 และระดับหนักอยู่ในช่วง 15-20

6	ไม่รู้สักใดๆ
7	รู้สึกสบาย (Very very light)
8	
9	ไม่เหนื่อย (Very light)
10	
11	เริ่มรู้สึกเหนื่อย (Fairly light)
12	
13	ค่อนข้างเหนื่อย (Somewhat hard)
14	
15	รู้สึกเหนื่อย (Hard)
16	
17	รู้สึกเหนื่อยมาก (Very light)
18	
19	รู้สึกเหนื่อยที่สุด (Very very hard)
20	

ภาพที่ 7 การทดสอบความรู้สึกในช่วงขณะมีกิจกรรมทางกาย

4. การคำนวณอัตราการเผาผลาญพลังงาน (Metabolic Equivalent ; MET) เป็นค่าคำนวณของอัตราการเผาผลาญพลังงานในขณะมีกิจกรรมเปรียบเทียบกับอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในขณะพัก โดย 1 เมท มีค่าเท่ากับปริมาณออกซิเจนที่ใช้ไป 3.5 มิลลิเมตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมใน 1 นาที ตัวอย่างเช่น บุคคลมีกิจกรรมทางกายความหนัก 4 เมท เป็นระยะเวลา 30 นาที จะได้เท่ากับ 120 เมท-นาที หรือ 2.0 เมท-ชั่วโมง

ค่าเมท (MET) หรือการใช้พลังงานของร่างกายจะเพิ่มขึ้นตามความหนักของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้ดังนี้ (1) ระดับต่ำ (ใช้พลังงาน 1.5-2.9 เมท) (4) ปานกลาง (ใช้พลังงาน 3-6 เมท) และ (5) สูง (ใช้พลังงาน 7-10 เมท) (Sparc, 2005) ซึ่งตามรูปแบบกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การเดินและขี่จักรยาน และนั่นหนนาการระดับปานกลาง (Moderate intensity) มีค่าการเผาผลาญพลังงาน เท่ากับ 4 เมท และกิจกรรมในระดับหนัก (Vigorous intensity) เท่ากับ 8 เมท (WHO, 2012) นอกจากนี้ ปัจจุบันได้มีการใช้เครื่องมือตรวจวัดการเคลื่อนไหว (accelerometer) ซึ่งมีการใช้ในการศึกษาวิจัยวัดระดับกิจกรรมทางกายกันอย่างแพร่หลาย

ตารางที่ 1 มิติความหนักของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ

กิจกรรมทางกาย	การประเมินจากการพูด	การประเมินจากอัตราการเต้นของหัวใจ	บอรั๊ก สเตล (REP)	การใช้พลังงาน (METs)
ระดับต่ำ	ไม่เห็นบ่อยพูดได้ปกติ	<55%	99-11	1.5 - 2.9
ระดับปานกลาง	เห็นบ่อยพูดได้	55-65%	12-14	3 - 6
ระดับหนัก	เห็นบ่อยพูดไม่ได้	70-80%	15-20	7 - 10

ที่มา : Sparc, 2005

การที่บุคคลโดยทั่วไปจะมีสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นจะต้องมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (Sufficient physical activity) หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Moderate-Vigorous Physical activity ; MVPA) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 30 นาที หรือมีกิจกรรมระดับหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที (ACSM, 2007) อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากการวิจัยในหลายประเทศยังพบว่า ประชากรของโลกจำนวนมากส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายยังไม่ถึงระดับที่เพียงพอ โดยที่ประชาชนในประเทศไชนูโรปีมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพียงแค่วันละ 29 และมีพฤติกรรมอยู่นิ่งเฉยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน (Sjöström et al., 2006) สำหรับประเทศไทย ผลจากการสำรวจการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2556 พบว่า ประชากรมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 66.3 และกลุ่มวัยสูงอายุมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 60.5 โดยที่ผู้สูงอายุชายมีกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 10 (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และคณะ, 2556) แสดงให้เห็นว่ายังมีประชากรวัยสูงอายุอีกประมาณร้อยละ 40 ที่ยังมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอต่อการดำรงสุขภาพที่ดี หรืออาจกล่าวได้อีกทางหนึ่งว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ระดับต่ำหรือมีพฤติกรรมอยู่นิ่งเฉย

## 2.10 การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Breaking sedentary behavior)

ปัจจุบันพฤติกรรมเนือยนิ่งจัดว่าเป็นปัญหาเสี่ยงใหม่ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากภาวะการเสื่อมถอยของระบบสมองและประสาทของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เริ่มจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หมายถึง การใช้พลังงานน้อยลงตามไปด้วย ในปัจจุบันความเจริญทางเทคโนโลยี และการเป็นสังคมเมือง (Urbanization) ยังโน้มนำให้ผู้คนผู้สูงอายุจำนวนมากมีวิถีชีวิตแบบนั่งอยู่กับที่ (Sedentary) มากขึ้น Ainsworth et al. (2000) กล่าวว่าพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉยหมายถึงการทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานน้อย ประมาณ 1.0-1.5 เมท และกิจกรรมทางกายที่มีความหนักระดับเบา (Light-intensity physical activity) เช่น การยืน การเดินช้าๆ ซึ่งในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุยังมีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย เพียงร้อยละ 41.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และในปีถัดไปมีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมทางกายลดลง จากรายงานวิจัยหลายฉบับ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเนือยนิ่งร้อยละ 80 หรือมีพฤติกรรมอยู่นิ่งเฉย 8-13 ชั่วโมงต่อวัน (Davis, 2001; Matthews et al. 2008 ; ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, 2556) การที่ประชากรผู้สูงอายุในประเทศส่วนใหญ่มีอัตราการใช้ชีวิตแบบนั่งอยู่กับที่เพิ่มขึ้นหรือการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ นั้นจะเป็นสาเหตุสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือด เบาหวาน และมะเร็ง (Rezende et al, 2014) และมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคที่สามารถป้องกันได้จำนวนกว่า 3 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี (WHO, 2010)

พฤติกรรมอยู่เนือยนิ่งเป็นพฤติกรรมที่พบได้ตั้งแต่วัยเด็กและมีพฤติกรรมเช่นนี้ จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งตรงข้ามกับกิจกรรมทางกายที่จะลดลงตามการเพิ่มขึ้นของอายุ (สนทยา สีละมาต, 2557) การที่ผู้สูงอายุนั่งหรือนอนเล่นเป็นระยะเวลาหลายๆ ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การนั่งเล่นในช่วงกลางวัน หรือการนั่งและนอนดูโทรทัศน์ การเล่นคอมพิวเตอร์ เป็นต้น สามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพได้โดยไม่ขึ้นอยู่กับการมีกิจกรรมทางกายที่ความหนักปานกลางถึงสูง การมีพฤติกรรมนั่งนานมากเกินไปมีผลเสียต่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ มีรายงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเนือยนิ่งของผู้สูงอายุมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการลดสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุ (Santos, 2012 ; Purakom, 2014) โดยเฉพาะการนั่งดูโทรทัศน์ และพฤติกรรมนั่งนานอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในร่างกาย (Adiposity) การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ไตรกรีเซอไรด์ (Triglyceride) และอินซูลิน (Insulin) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Healy et al., 2008) อย่างไรก็ตามพฤติกรรมเนือยนิ่งไม่ได้มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก (MVPA) (Ward, Saunders and Pate, 2007) ในหลายประเทศ

จึงให้ข้อเสนอแนะให้ผู้สูงอายุลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของผู้สูงอายุ โดยให้เพิ่มกิจกรรมทางกายในระดับเบา ดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุลดจำนวนเวลาของการนั่งนาน ๆ ให้น้อยที่สุด โดยหางานอดิเรกที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการทำงานบ้านเบาๆ ให้ผู้สูงอายุทำเองที่บ้าน เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น
2. ส่งเสริมให้เปลี่ยนอิริยาบถของช่วงเวลาการนั่งนานๆ แทนที่จะเป็นไปได้อื่นๆ เช่น การเดินออกไปหน้าบ้านและหลังบ้าน เดินไปจ่ายตลาด หรือเดินไปทำกิจกรรมอื่นสลับนั่ง

## 2.11 การวางแผนกิจกรรมทางกาย (Physical activity plan)

หลังจากทบทวนเนื้อหาสาระของแนวคิดพื้นฐานกิจกรรมทางกายมาอย่างเข้าใจอย่างถ่องแท้แล้ว มีคำถามต่อไปข้างหน้าว่า จะเริ่มต้นการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพอย่างไรดี การเริ่มต้น วางแผนกิจกรรมทางกายให้กับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญยิ่ง ผู้สูงอายุหรือนักส่งเสริมสุขภาพควรที่จะเริ่มตั้งเป้าหมายก่อนการลงมือปฏิบัติกิจกรรมทางกายว่าจะทำเพื่ออะไร และจะเอาชนะกับอุปสรรคต่างๆ ที่มีอยู่ได้อย่างไร โดยเลือกกิจกรรมและเวลาการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองโดยการเริ่มทำกิจกรรมจากง่ายไปสู่กิจกรรมที่ยาก และค่อยๆ เพิ่มความหนักและระยะเวลาของการออกกำลังกายทีละน้อยพึงระวังการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมพร้อมกับทำการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อจะตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมกิจกรรมทางกาย และประเมินความก้าวหน้าสุขภาพของตนเอง ผู้เขียนขอแนะนำขั้นตอนการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้ (PRC-HAN, 2007)

### ขั้นตอนการวางแผนจัดกิจกรรมทางกาย

การวางแผนขั้นที่ 1 : การเรียนรู้และเตรียมความพร้อมตนเองขั้นตอนแรกจะเป็นการเรียนรู้ตนเองและผู้เข้าร่วมกิจกรรม และกำหนดโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย เพศ ชูานะ

ทางสังคม-เศรษฐกิจ วิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเชื่อในท้องถิ่น อาทิเช่น ผู้สูงอายุภาคกลาง มีกิจกรรมร่ำวง, ภาคเหนือ มีกิจกรรมร่ำฟ้อนเจิง ฟ้อนยอง, ผู้สูงอายุในภาคใต้รำมโนราห์ รำรองเง็งบิด ซักกะลา ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รำเซ็งอีสาน บาสะโล๊ะ ซึ่งถือว่าเป็นศิลปะการแสดงพื้นบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ถูกประยุกต์ให้เป็นกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในภูมิภาคนั้นๆ ปัจจุบันผู้เขียนเห็นว่าในชมรมผู้สูงอายุมีการประยุกต์กิจกรรมออกกำลังกายรำไม้พลอง กิจกรรมการเสริมสมรรถภาพความอดทนแอโรบิก กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่าต่างๆ มากมาย อย่างไรก็ตาม การจัดกิจกรรมทางกายต่างๆ ควรยึดหลักการของการจัดโปรแกรมกิจกรรมทั้งด้านความหนัก ความถี่ และระยะเวลา รวมถึงเป้าหมายไว้ด้วย ตลอดจนการเตรียมความพร้อมทรัพยากรด้านต่างๆ อาทิเช่น เวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ กรณีที่เป็นกิจกรรมแบบกลุ่ม ควรจะต้องเตรียมความพร้อมในการสร้างบุคลากรและอาสาสมัครเพื่อเป็นผู้นำด้านนี้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะการค้นหาผู้นำจากภายในกลุ่มผู้สูงอายุเองหรือผู้นำจากภายนอกกลุ่มเข้ามาพัฒนา กิจกรรมของกลุ่ม พร้อมทั้งการเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับบุคลากรเหล่านั้น จะทำให้เกิดกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนและในอนาคตเพื่อการรองรับกับโครงสร้างสังคมผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษาควรจะมีการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ

การวางแผนขั้นที่ 2 : กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ตามรูปแบบเชิงตรรกะ (Logic Model) จะแสดงถึงความสัมพันธ์ของแผนงานที่วางไว้กับผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ รวมถึงการเชื่อมโยงทรัพยากรในโปรแกรม ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สามารถนำเสนอได้อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input), ปัจจัยกิจกรรม (Activity) ปัจจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome) และเป้าหมาย (Goal) (Levin and Hood, 2002) รูปแบบเชิงตรรกะนี้จะช่วยให้เข้าใจว่าโปรแกรมจะดำเนินงานอย่างไรให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยการเริ่มต้นจากการกำหนดเป้าหมายปลายท้ายที่ต้องการแล้วย้อนกลับไปกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังที่จะให้เกิดขึ้น ซึ่งความคาดหวังที่จะให้เกิดขึ้นทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น (Initial outcomes) ผลลัพธ์ระยะปานกลาง (Intermediate outcomes) และผลลัพธ์ระยะยาว (Long term outcomes) เช่น การลดภาวะเจ็บป่วยจากโรคไขข้ออักเสบ การลดภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จากนั้นจึงกำหนดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยมีปัจจัยนำเข้าเป็นทรัพยากรและต้นทุนสำคัญในการตัดสินใจในการกำหนดโปรแกรมที่ต้องการ นักวางแผนมักจะนำรูปแบบเชิงตรรกะมาใช้ในการวางแผนโปรแกรมกิจกรรมทางกาย เพราะนอกจากจะช่วยทำให้กลวิธีการวางแผนได้สอดคล้องกับเป้าหมายแล้ว ยังสามารถตรวจสอบได้อย่างโปร่งใสจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เป็นอย่างดี



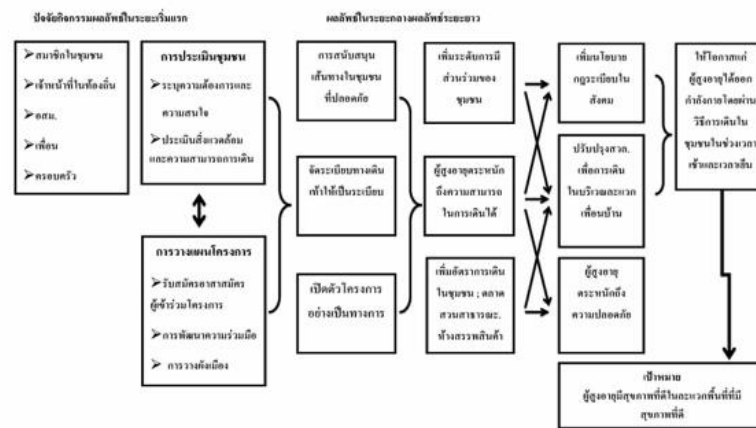


ภาพที่ 8 การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ  
ที่มา : โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสมวัย

การวางแผนขั้นที่ 3 : กำหนดยุทธวิธีและการพัฒนา ความสำคัญประการหนึ่งที่สำคัญของการวางแผน คือ การจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกาย โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตัวบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะคงรักษาระดับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุให้ได้สูงสุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การเพิ่มความตั้งใจและความคาดหวังในทางบวกให้แก่ผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการเดินและขี่จักรยาน โดยใช้การพูดหรือการใช้สื่อชักชวน เช่น ส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือ หรือเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) สื่อมวลชนช่วยในการสร้างการรับรู้ กระตุ้นให้เห็นคุณค่าของกิจกรรมทางกายเชิญชวนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ลดพฤติกรรมนั่งเฉยลงให้น้อยที่สุด กระบวนการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมในการกำหนดนโยบายด้านระบบการเดินทางและระบบขนส่งที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น การพัฒนาทางจักรยานในชุมชน การเพิ่มพื้นที่สวนสาธารณะที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายมากขึ้น เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็นกลยุทธ์การสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งจะได้รับความร่วมมือจากประชาสังคมอย่างยั่งยืน ผู้อ่านสามารถติดตามรายละเอียดการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในบทที่ 7 ถัดไป

ตัวอย่างโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสมวัย ในปี 2556-2557 โดยการสนับสนุนจากสำนักงานภูมิสังคมในแต่ละภูมิภาคและสมาชิกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ รวมทั้งกำหนดโปรแกรมกิจกรรมตามความต้องการของตนเอง (อัจฉริยากลิยะพัท, อัจฉรา ปุราคม และชิตินทรีย์ บุญมา, 2557)

ปัจจุบันการออกแบบวางแผนกิจกรรมทางกาย เสนอโดยองค์กรศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Department of health and human service, center for disease Control and frevention, 2002) ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนอย่างแพร่หลาย โดยได้นำเอารูปแบบการวางแผนเชิงตรรกะ (Logical framework) มาเป็นกรอบในการวางแผนเพื่อกำหนดกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับบริบททางภูมิ-สังคม ทรัพยากรและศักยภาพของพื้นที่ต่างๆ ซึ่งช่วยให้การวางแผนมีความสอดคล้องตามสภาพที่เป็นจริงของพื้นที่ ผู้เขียนขอนำมาแสดงเป็นตัวอย่าง ดังนี้



ภาพที่ 9 ตัวอย่างการนำรูปแบบเชิงตรรกะวางแผนโปรแกรมการเดินของผู้สูงอายุ

ที่มา : ประยุกต์จากองค์ประกอบพื้นฐานรูปแบบตรรกะวางแผน (Components of a Basic Model) (Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention, 2002)

**บทเรียนการวางแผนจากแคนาดา**

ในปี ค.ศ.1992 รัฐบาลของประเทศแคนาดาได้เริ่มตระหนักว่าคนแคนาเดียน ในประเทศมากกว่า 7 ล้านคน ต้องเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากวิถีชีวิตและการทำงาน รัฐบาลจึงกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในการเร่งเพิ่มสัดส่วนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชาชนจากร้อยละ 38 เป็นร้อยละ 41 ภายในปี ค.ศ.2001 มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่มีชื่อว่า สุขภาพของชนชาติ (Health of the nation) และริเริ่มจัดตั้งแผนงานขึ้นใหม่ที่ชื่อว่า แผนกกีฬาพลชน สมรรถภาพ และนันทนาการ (Community sport, fitness and recreation department) ควบคู่ไปกับการกำหนดนโยบายทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ได้แก่ การจัดให้มีเส้นทางจักรยาน (Bike paths) และทางเดินที่ปลอดภัย เพื่อเป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับกระตุ้นกลุ่มคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย ให้เริ่มมีกิจกรรมการออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และต่อมาปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ใหม่ในชุมชนมากขึ้น โดยการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชาชนสู่องค์กรท้องถิ่น ยุทธศาสตร์ใหม่นี้มีการกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพอย่างชัดเจน เช่น ต้องการลดการตายจากมะเร็งลงร้อยละ 20 โรคหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ลดลงร้อยละ 40 และการตายจากอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 20 แลกำหนดให้ปัญหาสุขภาพดังกล่าวหมดไปในปี ค.ศ.2010 (เกสร สำเภาทอง, 2556) ฉะนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดังกล่าว รัฐบาลจึงได้ประกาศทั้งแนวทางกิจกรรมทางกายสำหรับคนแคนาเดียน (Canadian physical activity guildlines) ไม่ว่าทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อให้มีชีวิตที่มีสุขภาพดีที่เรียกว่า “การดำเนินชีวิตสุขภาพะ” (Healthy active living) ออกมาใช้กันทั่วประเทศ

จนถึงปัจจุบันนี้ นอกจากนั้รัฐบาลแคนาดายังมีการดำเนินโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกกลุ่มวัยอยู่ ต่อ เนื่อง เพื่อส่งเสริมการดำเนินชีวิตสุขภาพของแคนาดาเดียน (Active Canadian)

### สรุป

การวางแผนเพื่อดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะรับประกันความสำเร็จของการดำเนินงาน ข้อเสนอในการจัดทำแผนที่เริ่มจากการวิเคราะห์บริบททางภูมิ-สังคม ศักยภาพ และความต้องการของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมทั้งกำหนดกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม บังเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่พึงปรารถนา ซึ่งนอกจากจะลดการเกิดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับผู้สูงอายุ ยังสามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำงานที่ทางกาย ป้องกันความเสี่ยงของการหกล้ม และอุบัติเหตุ ตลอดจนการมีสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นบุคลากรสุขภาพและสาธารณสุข ควรจะให้ความสำคัญในขั้นตอนการวางแผน และนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกำลังจะเป็นประชากรกลุ่มหลักของสังคมไทยต่อไป

## 2.12 หลักการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญในด้านวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวผู้สูงอายุ (Gerokinesiology) เสนอแนะหลักการจัดกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้ (Jones & Rikli 2002 ; Rose, 2004 ; ASCM, 2006)

หลักการที่ 1 สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน (Functional relevance) ควรเลือกกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน และบริบทชุมชนของผู้สูงอายุ เช่น การฝึกความอดทนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยการยกตะกร้าของใช้ที่ซื้อจากตลาดไปวางไว้อีกตำแหน่งหนึ่ง การกวาดบ้าน หรือการลุกยืนจากเก้าอี้ ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมทางกายที่สามารถทำเองได้ง่ายๆ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

หลักการที่ 2 กิจกรรมที่มีความท้าทาย (Challenge) โดยเลือกกิจกรรมที่มีความท้าทายความสามารถของผู้สูงอายุ แต่ไม่ควรเกินความสามารถที่จะทำได้ ทั้งทักษะ การรับรู้สึกและการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการฝึกทักษะป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุ เช่น การยืนขาเดียวพร้อมกับการหลับตา การเดินในพื้นที่ไม่มั่นคง การยกน้ำหนักที่เพิ่มความหนักมากขึ้น เป็นต้น

หลักการที่ 3 กิจกรรมมีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้สูงอายุ (Accommodation) เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีภาวะร่างกายที่อ่อนแรง (Frailty) พร้อมกับการมีภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ ฉะนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้จะต้องมีการจัดกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหัวใจควรเริ่มจากการออกกำลังกายระดับเบา ก่อน แล้วค่อยๆ ปรับเพิ่มจนได้ระดับการออกกำลังกายที่มีความแรงในระดับปานกลาง และปัจจุบันกิจกรรมทางกายระดับเบา (Low intensity) กำลังเป็นที่นิยมกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหัวใจ เช่น การเดินขึ้นบันได การทำงานที่บ้าน (ยกเว้นการยกหรือผลักดันของหนัก) (Blumenthal, rejeski, Walsh-Riddle et al., 1988) หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่า หรือเป็นอัมพฤต อาจจะถีบจักรยานแบบตั้งอยู่กับที่ได้ดีกว่าการเดิน แต่ถ้ามีอาการปวดเข่าเพิ่มมากขึ้นขณะทำกิจกรรม ควรลดความหนักและระยะเวลาการทำกิจกรรมลง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น และสำหรับผู้สูงอายุที่มีความพิการ ซึ่งมีภาวะความยากลำบาก

ในการทำกิจวัตรประจำวันนั้นควรจะเลือกกิจกรรมทางกายให้เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย (Functional fitness)

### รูปแบบกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ

จากแนวคิดและหลักการกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในบทที่ผ่านมา ประกอบกับการสังเคราะห์ผลงานวิจัยของผู้เขียนและงานวิจัยในต่างประเทศ มีข้อเสนอรูปแบบกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ 5 รูปแบบ ดังนี้ (Purakom et al, 2013 ; 2014)

กิจกรรมทางกายที่บ้าน (Household physical activity) หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำเป็นกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองที่บ้าน หรือในยามว่างหลังเสร็จภารกิจจากการทำงาน ได้แก่ งานบ้าน กวาดและถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ กวาดใบไม้ เดินขึ้นลงบันได เลี้ยงหลาน และการยกสิ่งของ เป็นต้น หรือการออกกำลังกายในช่วงยามว่าง เช่น การเดินแกว่งแขนการนั่งยกเกร็งขา การออกกำลังกายด้วยยางยืด ค่าการเผาผลาญพลังงานของกิจกรรมทางกายในกิจวัตรประจำวันจะมีค่าการเผาผลาญพลังงานที่แตกต่างกันไป รูปแบบกิจกรรมนี้ช่วยลดพฤติกรรมการอยู่นิ่งเฉยได้เป็นอย่างดี



ภาพที่ 10 รูปแบบกิจกรรมนี้ช่วยลดพฤติกรรมการอยู่นิ่งเฉย

ที่มา : <http://www.bethanyvillageathome.org> ที่มา : <http://www.gotknow.org/posts/449582>

ตารางที่ 2 แสดงค่าการเผาผลาญพลังงานของกิจกรรมทางกายในกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรม	ค่า METs ต่ำสุด	ค่า METs สูงสุด
นอนราบ นิ่งพิงพนัก	1.21	1.2
ยืนนิ่งๆ	1.2	1.5
นั่งรับประทานอาหาร	1	2
ซักผ้า (ใช้เครื่อง)	2	5
เดินบันได	5	7
งานบ้านทั่วไป	3	4
ซื้อของในซูเปอร์มาร์เก็ต	2	3
ซื้อของในตลาด	3	5
ล้างจาน	2	3
ล้างรถ	6	7
รดน้ำต้นไม้	2	4

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549

2. กิจกรรมทางกายโดยการเดินทาง (Travel physical activity) เป็นกิจกรรมขณะเดินทาง จากบ้านไปอีกสถานที่หนึ่ง หรือจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง ผู้สูงอายุสามารถเลือกกิจกรรมรูปแบบนี้ไปปฏิบัติได้ง่าย อาจจะเลือกวิธีการเดิน ขี่จักรยาน หรือการเดินทางโดยระบบขนส่งมวลชนสาธารณะ ได้แก่ การเดินไปจ่ายตลาดในบริเวณใกล้เคียง การเดินไปทำงาน การขี่จักรยาน หรือการเดินขึ้นลงบันไดในห้างสรรพสินค้า เป็นต้น จากการทบทวนเอกสารงานหลายฉบับได้สนับสนุนกิจกรรมการเดินทางว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกเพศทุกช่วงวัย สะดวก ปลอดภัย และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประการสำคัญ คือ สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายได้ถึงระดับปานกลาง (Moderate physical activity) (Carrapatoso et al., 2013) พัฒนาสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดี อนึ่งโปรแกรมเดินดังกล่าวจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเดินทางได้ง่ายมากขึ้น และมีความปลอดภัยในการเดินทาง เช่น การสร้างทางเดินเท้าให้กับผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ พื้นที่สวนสาธารณะในชุมชนที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่ส่งผลต่อการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในช่วงวัยกลาง (Mid older ages) ผู้ที่พร้อมจะมีกิจกรรมทางเดินได้เป็นอย่างดีอีกประการหนึ่งด้วย (Cauwenberget al., 2015)

**โปรแกรมจักรยาน (Cycling Program)** เป็นรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเป็นที่แพร่หลายในทวีปออสเตรเลียและทวีปยุโรปหลายประเทศ เช่น เยอรมัน เนอร์เธอร์แลนด์ เบลเยียม สเปน เป็นต้น ตลอดจนประเทศในทวีปเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น และเกาหลี การขี่จักรยาน เป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที จะเป็นการเพิ่มกิจกรรมทางกายได้ถึงระดับปานกลาง (Moderate Physical activity) ช่วยลดอาการปวดข้อ ความดันโลหิตสูง หัวใจ และความเครียดได้ดี นอกจากนี้มีงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปร้อยละ 50 ที่ขี่จักรยานเป็นประจำสม่ำเสมอ มีอัตราการเป็นโรคหัวใจลดลง ในสัปดาห์แรกของการเริ่มต้นขี่จักรยานควรเริ่มจากเวลา 10 นาทีต่อวัน และสัปดาห์ต่อไปเพิ่มระยะเวลาและระยะทางเพิ่มขึ้นเป็น 15-20 นาที และสัปดาห์ถัดไปเพิ่มขึ้นอีกครั้งละ 5-10 นาที จนถึง 45 นาที จะเป็นการเผาผลาญพลังงานได้ถึง 2,000 – 9,000 แคลอรีต่อสัปดาห์ (Chodzko-Zajko, and Shwingel, 2011) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีการเพิ่มปริมาณการทำกิจกรรมการเดินทางหรือการขี่จักรยานขึ้นจากเดิมร้อยละ 25 การขี่จักรยานยังสามารถช่วยเพิ่มความสามารถด้านสมอง การดำเนินกิจกรรมประจำวัน การเดิน มวลกล้ามเนื้อและความหนาแน่น มวลกระดูก (ประเสริฐ อัสสันชัย และคณะ, 2557) ซึ่งในระยะยาวโปรแกรมขี่จักรยานนี้จะพัฒนาเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกับโปรแกรมการเดิน ทั้งนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเดินทางได้ง่ายมากขึ้น และต้องมีความปลอดภัยในการเดินทาง เช่น การสร้างทางจักรยานเฉพาะ และสนับสนุนจักรยานให้ผู้สูงอายุใช้ในการเดินทางใกล้ๆ บ้าน เป็นต้น

3. กิจกรรมทางกายเชิงกิจกรรมนันทนาการ (Recreational physical activity) หมายถึงกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมนันทนาการในช่วงยามว่าง เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทางร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพจิตใจและสมองให้กับผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาว่างจากการทำงานบ้านหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ เช่น การร้องเพลง การเต้นรำ การวาดภาพ การถ่ายรูป การปลูกต้นไม้ เป็นต้น กิจกรรมทางกาย

ลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ที่อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นเป็นเครื่องมือ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีความพึงพอใจในชีวิตช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุข มีความเพลิดเพลิน กระฉับกระเฉง และรับรู้ภาพพจน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง

4. กิจกรรมทางกายโดยการวางแผน (Planned exercise physical activity) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายและเล่นกีฬาชนิดต่างๆ ด้วยตนเองเป็นรายบุคคล หรือลักษณะเป็นกลุ่มชมรม หรือเป็น กิจกรรมออกกำลังกายหรือกีฬา (Bushman, 2011) ที่จัดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านพลศึกษาและกีฬา ซึ่งปกติจะมีการจัดกิจกรรมในกลุ่มวัยเด็กและเยาวชน เช่น การเล่นกีฬาในช่วงโมงพลศึกษาในโรงเรียน หรือกิจกรรมในกลุ่ม วัยทำงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกายในห้องฟิตเนส โยคะ เต้นแอโรบิค แต่สำหรับในกลุ่มสูงอายุไทย กิจกรรมที่มักจะถูกจัดกันโดยทั่วไป อาทิเช่น เต้นรำ รำไม้พลอง ยางยืด แอโรบิคแบบแรงกระแทกต่ำ เป็นต้น

นอกจากนี้ รูปแบบกิจกรรมทางกายโดยการวางแผนของผู้สูงอายุยังรวมถึงกีฬาเพื่อสุขภาพประเภทต่างๆ เช่น ว่ายน้ำ เปตอง แบดมินตัน เทนนิส กอล์ฟ เป็นต้น โดยเฉพาะการว่ายน้ำ (Aquatic exercise) ถือว่าเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุด และให้ประโยชน์ได้มากกว่าทั้งในด้านแก้ปัญหาและการป้องกันการเสื่อมสภาพของร่างกายเมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ว่ายน้ำเพียงวันละ 20 นาที ให้ได้อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จะสามารถสร้างสุขภาพ และช่วยให้มีชีวิตที่ดีกว่าอย่างเห็นได้ชัด การว่ายน้ำจะทำให้ทั้งระบบการไหลเวียนโลหิตและกล้ามเนื้อได้รับการพัฒนาแข็งแรงขึ้นในเวลาเดียวกัน ซึ่งทั้งสองอย่างนี้มีความสำคัญต่อสุขภาพ เพราะการว่ายน้ำจะทำให้มีการเผาผลาญพลังงานในร่างกายเป็น 2 เท่า ของการเดินขณะที่ไม่เกิดแรงกระแทก

ที่ข้อต่อต่างๆ และยังมกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ถูกใช้งานมากกว่าเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบอื่น (Kim, 2008) นอกจากนี้ประโยชน์ของการว่ายน้ำ ต่อสุขภาพผู้สูงอายุดังกล่าว การว่ายน้ำยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาการทรงตัว และพัฒนาลักษณะท่าทางการเดินเพื่อการป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุ (Kim, an O'Sullivan, 2013) และสำหรับผู้หญิงที่วัยหมดประจำเดือนนั้น การว่ายน้ำจะช่วยป้องกันมวลกระดูกลดลงได้เป็นอย่างดี (Rotstein, Harush, & Vaisman, 2008)

5. กิจกรรมทางกายแบบผสมผสาน (Multi-component Program) เป็นกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับระดับปานกลางถึงระดับหนัก (Moderate-Vigorous Physical activity) รูปแบบนี้จะนำกิจกรรมต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นมาจัดผสมผสานกัน เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด (Aerobic fitness) ระบบกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่น (Muscular fitness and flexibility) และด้านการทรงตัวและความว่องไว (Balancing and agility) ให้กับผู้สูงอายุ (Chodzko-Zajko and Shwingel, 2011) มีรายงานวิจัยหลายฉบับ ได้นำรูปแบบกิจกรรมทางกายแบบผสมผสานเช่นนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนอย่างแพร่หลาย เช่น ในหนึ่งสัปดาห์จัดให้มีการเดิน 30 นาที การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการยกน้ำหนัก 20 นาที หรือการจัดกิจกรรมการเต้นรำ 30 นาที และการรำไทเก๊ก 20 นาที เป็นต้น ซึ่งผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกาย ในระยะเวลา 24 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มสมรรถภาพด้านความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และลดพฤติกรรมกาอยู่เฉยของผู้สูงอายุ (Carvalho, Marques, Soares, & Mota, 2010 ; Toto et al., 2012 ; Purakom, 2014 ; Nakornkhet, Purakom, Tanomsuk, & Pupanead, 2014)

## 2.13 โปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

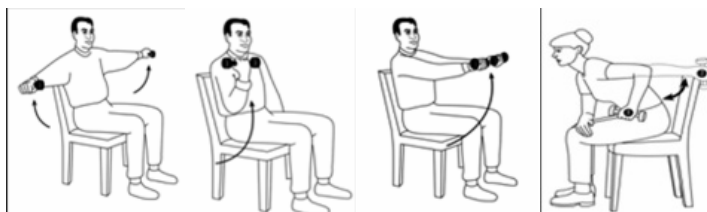
โปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมีหลายโปรแกรม ปกติจะรวมทั้งการอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) และการผ่อนคลาย (Cool-down) ทั้งการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นการพัฒนาสมรรถภาพทางกาย และสมรรถภาพทางจิตและสมอง นับว่าโปรแกรมเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ในที่นี้ผู้เขียนขอเสนอโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสริมสร้างสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนี้ (Elsawy and Higgins, 2010 ; ACSM, 2006)

1. โปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างระบบความอดทน แอโรบิก (Aerobic endurance program) กิจกรรมในลักษณะแอโรบิก ควรจะกระทำติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที ต่อวัน โดยที่ทำการกิจกรรมที่ออกแรงอย่างปานกลาง ผสมผสานกับกิจกรรมที่ออกแรงอย่างหนัก ที่เท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรเพิ่มระดับความหนักของการกระทำกิจกรรมที่ละเอียดที่ละน้อย โดยเริ่มจากระยะเริ่มต้นไปสู่ระยะก้าวหน้า ตามลำดับ กิจกรรมในโปรแกรมลักษณะนี้ ได้แก่

- ออกกำลังกายแอโรบิก
- การเดิน
- การขี่จักรยาน
- การเดินร่ำ
- กอล์ฟ (ไม่ใช่รถกอล์ฟ)
- การทำกิจกรรมงานสวน เช่น การถางหญ้า
- การตัดหญ้า ตัดต้นไม้
- ว่ายน้ำ
- เทนนิส

2. โปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างระบบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle-strengthening Program) กิจกรรมสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทั้งกล้ามเนื้อแขน และกล้ามเนื้อขา ควรจะทำ 2-3 วันต่อสัปดาห์ เพื่อจะช่วยคงรักษา สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมวลกระดูก กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมลักษณะนี้ ได้แก่

- ออกกำลังกายด้วยไม้พลอง (Stick club exercise)
- ยกน้ำหนัก (Weight lifting)
- ยางยืด (Rubber band exercise)
- ไทเก๊ก (Tai chi)
- การทำกิจกรรมงานบ้าน เช่น การยกและถือของ การกวาด และถูบ้าน



ภาพที่ 11 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนบน

ที่มา : <http://chair.kiwiped.com/exercise-chair-for-seniors/>



ภาพที่ 12 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนล่าง

ที่มา : <http://www.aafp.org/afp/2004/0301/p1203.html>



ที่มา : <http://chair.kiwiped.com/exercise-chair-for-seniors/>

3. โปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ (Flexibility program) เพื่อเพิ่มมุมมองของการเคลื่อนไหวของข้อต่อแลข้อกระดูก (Range of motion; ROM) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำการ



เคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันโดยไม่มีข้อจำกัด และไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น และสามารถป้องกันการหกล้ม ข้อยึดติด และการบาดเจ็บของร่างกาย สามารถปฏิบัติได้ทุกวัน วันละ 30 นาที กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมลักษณะนี้ ได้แก่

- โยคะ (Yoka)
- ไทเก๊ก (Tai chi)
- การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 13 ตัวอย่างวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนบน

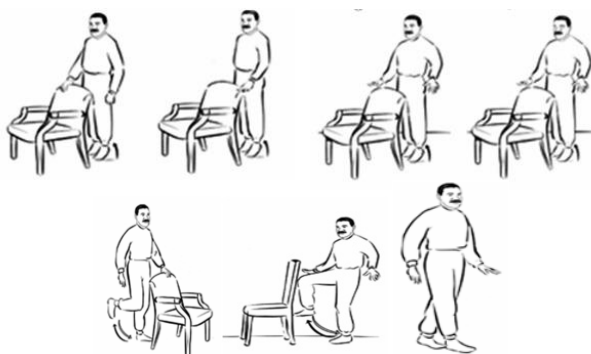
ที่มา : [http://ec.europa.eu/education/tools/llp\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/tools/llp_en.htm)



ภาพที่ 14 ตัวอย่างวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนล่าง

ที่มา : [http://ec.europa.eu/education/tools/llp\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/tools/llp_en.htm)

4. โปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างความคล่องแคล่วว่องไว และความสมดุล (Agility and balance program) เพื่อการป้องกันการหกล้ม และอุบัติเหตุ ควรทำวันละ 2 เซทๆ ละ 10-20 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2-3 วันต่อสัปดาห์ (Jones and Rose, 2004) ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การเดินด้วย ส้นเท้าและปลายนิ้วเท้า การเดินถอยหลัง การฝึกยืนด้วยขาข้างเดียวการยืนเท้าต่อเท้า



ภาพที่ 15 ตัวอย่างท่าการเสริมสร้างความสมดุลร่างกาย

ที่มา : <http://chair.kiwiped.com/exercise-chair-for-seniors/>

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์กิจกรรมทางการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีความเห็นว่า จากการศึกษารูปแบบกิจกรรมทางกายพบว่ารูปแบบกิจกรรมการปั่นจักรยานเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับรูปแบบกิจกรรมทางกายในพื้นที่ศึกษาเนื่องจากรูปแบบการปั่นจักรยานเป็นรูปแบบการเดินทางภายในโครงการของผู้อยู่อาศัยและผู้สูงอายุทำให้เกิดความสอดคล้องในชีวิตประจำวัน กับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเกิดวิกฤตการณ์โควิด ที่ทำให้เกิดการทิ้งระยะห่างการปฏิสัมพันธ์ การปั่นจักรยานเป็นกิจกรรมที่สามารถทำคนเดียวได้และยังสามารถปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในยุคที่หลีกเลี่ยงการอยู่ระยะใกล้หรือรูปแบบชีวิตปกติใหม่ (New normal)

#### 2.14 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย

ประเด็นสำคัญที่นักวิชาการด้านกิจกรรมทางกายต้องพิจารณาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อันเนื่องจากการขาดการออกกำลังกายหรือการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง นั่นคือ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุ ที่สัมพันธ์กับปัจจัยทั้งด้านส่วนบุคคล ความเชื่อ ทศนคติต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่จะมีหรือไม่มีกิจกรรมทางกาย การคงรักษาพฤติกรรมหรือการยกเลิกพฤติกรรมไปในช่วงกลางทางด้วยเหตุผลต่างๆ นานา ในบทนี้จะได้กล่าวถึงทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน แบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ทั้งระดับจุลภาคและระดับมหภาคที่นำมาอธิบายพฤติกรรมหรือนำมาใช้ในการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่แพร่หลายในปัจจุบัน

#### 2.15 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย หรือเพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่งเริ่มมีส่วนร่วมกิจกรรมทางกาย หรือที่มีพฤติกรรมอยู่แล้วแต่จะคง

รักษาให้คงที่สม่ำเสมอหรือทำกิจกรรมไปได้ช่วงระยะหนึ่งและต่อมาหยุดไประหว่างทาง (Drop out) หรือการมีพฤติกรรมน้อยนิ่ง การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆ นั้น มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมร่วมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุหลายปัจจัยไม่มีปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายได้เพียงปัจจัยเดียว แต่ต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สังคม-สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เชื้อชาติ ศาสนา เพศ อายุ ชาติพันธุ์ ที่พักอาศัย ฐานะทางสังคม-เศรษฐกิจ และระดับการศึกษา เช่น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมได้ดี มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาไขข้ออักเสบ จะเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมทางกาย หรือผู้ที่มีปัญหาน้ำหนักเกิน และสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า (Jones & Rikli, 2002) การที่นักวางแผนและจัดโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้เอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และความเชื่อ และปัจจัยด้านจิตวิทยาต่างๆ ยังส่งผลต่อพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ผู้สูงอายุจะรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของกิจกรรมทางกายในการปรับปรุงสุขภาพ ป้องกันโรคและความพิการ เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพและรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนหรือมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อพยายามที่จะลดปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การไม่มีเวลา, การมีปัญหาสุขภาพ เป็นต้น จากรายงานวิจัยของ Sallis & Owen, (1999) พบว่า ปัจจัยด้านส่วนบุคคลเพศชาย ธรรมเนียม รายได้ และระดับการศึกษาที่สูง มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกาย

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกาย

ปัจจัย/ตัววัด	ความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรม	ปัจจัย/ตัววัด	ความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรม
อายุที่เพิ่มขึ้น	-	อาชีพรับจ้าง	-
การไม่มีบุตร	+	ระดับการศึกษาสูง	+
เพศชาย	++	การมีครอบครัว	-
ธรรมเนียม	++	เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจ	-
รายได้สูง	++	ประวัติอุบัติเหตุที่ผ่านมา	+
น้ำหนักเกิน/อ้วน	-	เชื้อชาติ (ไม่ใช่ผิวขาว)	-

ที่มา : Sallis & Owen, (1999)

2. ปัจจัยด้านโปรแกรมกิจกรรม โปรแกรมกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ทั้งเรื่องของโครงสร้างรูปแบบ ความหนัก ความสะดวกในการเดินทาง หรือค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงมักจะมาร่วมกิจกรรมทางกายแบบเป็นกลุ่ม เช่น ไม้พลอง รำไทเก๊ก แอโรบิก แต่สำหรับผู้สูงอายุชาย มักจะร่วมกิจกรรมแบบรายบุคคล เช่น การเดิน การวิ่ง การขี่จักรยาน การทำสวน เป็นต้น และส่วนใหญ่ทั้งหญิงและชายมักจะไม่นิยมกิจกรรมนอกบ้าน ดังนั้น โปรแกรมกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Home based program) จึงเป็นที่นิยมมากกว่าโปรแกรมกิจกรรมทางกายแบบกลุ่ม (Wilcox, Brassington and Ahn, 1999) อย่างไรก็ตาม กิจกรรมทางกายแบบเป็น

กลุ่มสามารถดึงรั้งสมาชิกผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมทางกายต่อเนื่อง โดยเฉพาะคุณลักษณะเครือข่ายทางสังคมในกิจกรรมยังเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกทำกิจกรรมได้อย่างยาวนานมากกว่า

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและด้านกายภาพมีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุปัจจัยทางสังคมที่สำคัญ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากเพื่อน ครอบครัว ญาติ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้นำกิจกรรม โดยจะเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยด้านกายภาพที่มีอิทธิพล เช่น ระยะทางการเดินทาง

อากาศ สถานที่ออกกำลังกาย และสิ่งอำนวยความสะดวก ปัจจัยด้านกายภาพต่างมีผลกระทบต่อกรมีกิจกรรมทางกายทั้งสิ้น จากรายงานทั้งในประเทศ และต่างประเทศชี้ชัดว่า 7 ประเด็นที่ปัญหาอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเอาชนะอุปสรรค คือ การบริหารจัดการเวลา อายุ ปัญหาสุขภาพผู้ที่จะพาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เพื่อนอากาศ และการสนับสนุนจากลูกหลานหรือคนในครอบครัว (อัจฉรา ปุราคม นพพร จันทร์นำชู และรัตเกล้า เปรมประสิทธิ์, 2552 ; พิทักษ์พงศ์ และ ดาว, 2554 ; Jones and Rikili, 2002)

ตารางที่ 4 ประเด็นปัญหาอุปสรรคและปัจจัยการสร้างแรงกระตุ้น

ประเด็นปัญหาอุปสรรค	ปัจจัยการสร้างแรงกระตุ้นเพื่อเอาชนะอุปสรรค
ฉันไม่มีเวลา	บริหารจัดการเวลาให้ลงตัว จัดสรรเวลาในช่วงกิจกรรมประจำวัน เช่น เวลาทำกับข้าว การรดน้ำต้นไม้
ฉันอายุมากเกินไปที่จะไปออกกำลังกาย	ควรบอกตนเองว่าท่านสามารถยังทำอะไรได้อีกหลายอย่างได้ และเมื่อไรที่เริ่ม จะมีกำลังมากขึ้น
ฉันมีปัญหาสุขภาพ	บอกตนเองว่ากิจกรรมทางกายจะเป็นยารักษาโรคของท่านให้หายเร็วขึ้น
ฉันไม่มีคนพาไป	ค้นหากิจกรรมที่สามารถทำเองที่บ้านได้ เช่น ยางยืด การเดินรอบบ้าน
ฉันไม่มีเพื่อน	ชักชวนคู่สามีภรรยาหรือญาติ ลูกหลาน หรือเพื่อนไปทำกิจกรรมร่วมกัน
อากาศร้อนเกินไป	เลือกหาสถานที่ใหม่ๆ เช่น ห้างสรรพสินค้าร้านค้าที่มีแอร์คอนดิชัน
ลูกหลานให้อยู่เฉยๆ	ทำกิจกรรมประจำวันเท่าที่จะทำได้ด้วยตนเอง

ที่มา : Jones and Rikili, 2002 ; National ageing research institute, 2006

### กลวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เป็นที่เข้าใจและยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายเป็นเรื่องที่ยากลำบากมาก อย่างไรก็ตามนักวิชาการด้านกิจกรรมทางกายได้พยายามค้นหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยได้นำเอาทฤษฎีด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล และระดับสังคมมาใช้เพื่อนำความเข้าใจกับพฤติกรรมของบุคคล และพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

#### แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

#### (Transtheoretical Model of Behavioral Change - TTM)

แบบจำลองนี้พัฒนาขึ้นโดย Prochaska และ DiClemente และ Norcross ในปี ค.ศ.1977 ในปี ค.ศ.1977-1980 มุ่งเน้นการตัดสินใจของบุคคลที่ตั้งใจจะลงมือปฏิบัติที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งด้านพฤติกรรมปัญหา จิตตปัญญา และการปฏิบัติ และคงรักษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้มีระดับสูงสุดได้ โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลมีความสามารถในการรับรู้ในตนเองบุคคลนั้นจะมี

ความสามารถจัดการกับสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะแตกต่าง จากทฤษฎีการเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพอื่นๆ แนวคิดนี้ได้กำหนดขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) ออกเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ขั้นก่อนที่จะคิดพิจารณา (2) ขั้นคิดพิจารณาไตร่ตรอง (3) ขั้นจัดเตรียมตนเองให้พร้อมจะเปลี่ยนแปลง (4) ขั้นการลงมือกระทำ (5) ขั้นคงสภาพของการเปลี่ยนแปลง และ (6) ขั้นเปลี่ยนแปลงโดยสมบูรณ์อธิบาย ดังนี้

1. ขั้นก่อนที่จะคิดพิจารณา (Pre-contemplation stage) ในขั้นตอนนี้บุคคลจะไม่สนใจ หลีกเลี่ยง ไม่ยอมรับ หรือไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองกระทำ อาจจะไม่เห็น ประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย แต่ไม่ตระหนักว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงสุขภาพ และเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องที่ยากลำบาก จึงไม่ยินดีหรือไม่สนใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

2. ขั้นคิดพิจารณาไตร่ตรอง (Contemplation stage) เป็นขั้นตอนที่บุคคลเพิ่มรับรู้ปัญหาว่า หากทำพฤติกรรมเดิมอาจจะเกิดโรค เช่น โรคความดัน โลหิตสูง เมื่อรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าเป็นโรคจะมีความรุนแรงต่อชีวิตของตนเองและคนใกล้ชิด ขั้นตอนนี้บุคคลจะเริ่ม ประเมินประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น และเริ่มมีแนวโน้ม ที่จะเปลี่ยนแปลงในวันข้างหน้า ในอนาคตอันใกล้ ไม่ใช่เปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันทันทีทันใดในระยะนี้จะมี ความตั้งใจที่ทำการกิจกรรม เช่น การซื้อรองเท้าวิ่ง การเดินในสวนสาธารณะบริเวณละแวกบ้าน

3. ขั้นจัดเตรียมตนเองให้พร้อมจะเปลี่ยนแปลง (Preparation stage) ช่วงนี้บุคคลมีความ ตั้งใจและมีการวางแผนที่จะลงมือปฏิบัติ และได้ทดลองปฏิบัติเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลง เช่น การ ทดลองเข้าร่วมกิจกรรมแบบเป็นกลุ่มไปร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ หรือการศึกษาวิธีการออกกำลังกาย ใหม่ๆ ในช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่ดีที่จะเริ่มรับสมัครผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมทางกาย แต่ใน ขั้นนี้บุคคลอาจจะทำการกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ

4. ขั้นการลงมือกระทำ (Action stage) เป็นขั้นตอนที่บุคคลลงมือปฏิบัติกิจกรรมทางกายวิธี ใดวิธีหนึ่งมาแล้ว เป็นช่วงระยะหนึ่ง เพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เคยทำเป็นปกติในวิถีชีวิต แล้วสังเกต ติดตามผลลัพธ์ของการกระทำ ประเมินผลของตนเองที่ทำไปแล้วว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์อย่างไรบ้าง เช่น น้ำหนักลดลง นอนหลับง่ายขึ้น และทำการติดตามผลลัพธ์ว่าตนมีความสุขเพิ่มขึ้นหรือไม่ ซึ่งการกระทำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงนี้ อาจจะยังไม่สามารถรักษากิจกรรมได้อย่างยาวนาน

5. ขั้นคงสภาพของการเปลี่ยนแปลง (Maintenance stage) เป็นขั้นตอนที่บุคคลเกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยจะเริ่มกระทำจนกระทั่งกลายเป็นวิถีชีวิต นับเป็นช่วงของการตัดสินใจที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงกำหนดให้ตนเองคงสภาพให้ดำเนินการ ต่อไปโดยไม่มีอาการอ่อนล้า เพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม

6. ขั้นเปลี่ยนแปลงโดยสมบูรณ์ (Termination stage) เป็นช่วงระยะเวลาที่บุคคลผู้ซึ่งได้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถจัดการปัญหาได้แล้วไม่ว่าจะมีภาวะความวิตกกังวล เครียด และภาวะ กัดดันใดๆ บุคคลนั้นจะไม่หวนกลับไปสู่การประพฤติปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเช่นเดิมอีก และ บุคคลจะมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพแห่งตน (Self-efficacy)

#### กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Processes of Change)

ในขั้นตอนแบบจำลองทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงนี้ Prochaska & DiClemente (1984) ยังได้ เสนอองค์ประกอบร่วมที่สำคัญ เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือ กระบวนการ

เปลี่ยนแปลง (Processes of Change) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาทั้งภายในและภายนอก ประกอบด้วย 10 กระบวนการ ดังนี้

1. การยกระดับจิตสำนึก (Consciousness raising) คือ การเพิ่มความตระหนักรู้ถึงสาเหตุและผลลัพธ์ที่จะตามมา ตลอดจนการดูแลรักษาโรคอันเกิดจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมที่จะช่วยยกระดับการตระหนักรู้ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การให้การศึกษา (Education) การเผชิญหน้าต่อปัญหา (Confrontation) การให้ความหมาย (Interpretation) และการสื่อสารเพื่อการรณรงค์สาธารณะ (Media campaigns)

2. การแสดงออกเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ (Dramatic relief) เป็นการเริ่มต้นของการแสดงออกด้านอารมณ์ซึ่งช่วยลดผลกระทบต่ออารมณ์ในภายหลัง วิธีการผ่อนคลายตัวอย่างเช่น การแสดงละคร บทบาทสมมติ การแสดงออกถึงความเศร้าเสียใจ เป็นต้น

3. การประเมินซ้ำด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental reevaluation) เป็นการประเมินสุขนิสัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อสังคม-สิ่งแวดล้อมของบุคคลว่าเป็นอย่างไร โดยการผสมผสานแนวคิดพุทธปัญญาและจิตปัญญาเข้าด้วยกัน เช่น การประเมินการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นอย่างไร เทคนิคที่ใช้ในการประเมิน เช่น การฝึกทักษะการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะสุขภาพให้กับครอบครัว เป็นต้น

4. การสร้างโอกาสทางสังคม (Social liberation) เป็นความต้องการที่จะเพิ่มโอกาสทางสังคมและช่องทางเลือกต่าง ๆ ให้แก่บุคคลที่อยู่ในภาวะปัญหาสุขภาพ วิธีการสร้างโอกาสทางสังคม คือ การชี้แนะ ชี้นำ การสร้างพลังอำนาจ และการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม เพื่อจะช่วยให้เพิ่มโอกาสการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายให้กับกลุ่มประชาชนกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและประชาชนกลุ่มขาดโอกาส

5. การประเมินซ้ำด้านตนเอง (Self reevaluation) เป็นการผสมผสานระหว่างการประเมินทั้งด้านพุทธิปัญญา และจิตปัญญาของบุคคลที่มีต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ทั้งลักษณะนิสัยที่ดีและไม่ดี เทคนิควิธีการเพื่อการประเมินตนเองซ้ำ ตัวอย่างเช่น การทำความเข้าใจชัดเจนในด้านคุณค่าสุขภาพ การสร้างบุคคลต้นแบบสุขภาพดี และการจินตนาการด้านสุขภาพ เป็นต้น

6. ความมั่นใจในตนเอง (Self liberation) เป็นทั้งความเชื่อและความมั่นใจของบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้และมีค่านับสัญญาว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้นอย่างจริงจัง เช่น การสัญญาตนเองในวันปีใหม่ หรือการกล่าวในที่สาธารณะว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

7. ความสัมพันธ์เชิงการช่วยเหลือ (Helping relationship) เป็นการผสมผสานระหว่างการดูแลรักษา ความไว้วางใจ การเปิดใจกว้าง และการยอมรับซึ่งกันและกัน รวมทั้งการสนับสนุนเกื้อกูลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ เทคนิควิธีการที่ใช้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม โดยวิธีการกลุ่มเพื่อน/ชุมชนบำบัด ศูนย์ฮอตไลน์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และเพื่อนดูแลเพื่อน เป็นต้น

8. การสร้างเงื่อนไขเชิงรุก (Counter conditioning) เป็นความต้องการที่จะเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาแทนที่พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ วิธีการสร้างเงื่อนไข เช่น การออกกำลังกายสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นต้น

9. การจัดการผลที่อาจจะเกิดขึ้น (Reinforcement management) เป็นการแสดงให้เห็นขั้นตอนของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอน เช่น การให้รางวัลจะมีคุณค่าต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีกว่าการลงโทษ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างแนวคิดเชิงบวกแก่ตนเอง

10. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) เป็นการจัดสุขนิสัยที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพขณะเดียวกัน เป็นการสร้างทางเลือกใหม่เพื่อการมีสุขภาพดีอย่างทันที วิธีการควบคุมสิ่งเร้า เช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมใหม่ และการสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น วิธีการดังกล่าวเหล่านี้นอกจากจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแล้วยังสามารถลดความเสี่ยงที่บุคคลจะกลับมาสร้างปัญหาสุขภาพใหม่ได้เป็นอย่างดี

Prochaska and Velicer (1997) เสนอว่า บุคคลที่อยู่ในขั้นตอนก่อนคิดพิจารณา (Precontemplation) และขั้นตอนคิดพิจารณาไตร่ตรอง (Contemplation) กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมในขั้นนี้ คือ การยกระดับจิตสำนึก การประเมินซ้ำทางสิ่งแวดล้อม การแสดงออกเพื่อผ่อนคลาย

อารมณ์ และการสร้างโอกาสทางสังคม และสำหรับบุคคลที่อยู่ระหว่างขั้นตอนคิดพิจารณาไตร่ตรอง (Contemplation) กับขั้นตอนการจัดเตรียมตนเอง (Preparation) กระบวนการที่ใช้ คือ การประเมินซ้ำด้านตนเอง เมื่อบุคคลเข้าสู่ระยะการจัดเตรียมตนเอง (Preparation) ถึงระยะการลงมือกระทำ (Action) กระบวนการที่เหมาะสม คือ การสร้างความมั่นใจในการกระทำของตน ส่วนกระบวนการความสัมพันธ์เชิงการช่วยเหลือ และการสร้างเงื่อนไขเชิงรุก เหมาะสมสำหรับบุคคลที่อยู่ในขั้นตั้งแต่การจัดเตรียมตนเอง (Preparation) การลงมือกระทำ (Action) และการคงสภาพการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) นอกเหนือจากกระบวนการความสัมพันธ์เชิงการช่วยเหลือ และการสร้างเงื่อนไขเชิงรุกดังกล่าวข้างต้น ยังต้องการกระบวนการจัดการผลที่อาจจะเกิดขึ้นทางบวก และการควบคุมสิ่งเร้า

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย เช่น รายงานวิจัยเรื่องผลของการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมนั่งเฉยให้มีพฤติกรรมกระฉับกระเฉงของ Wood et al. (2002) โดยทำการทดลอง แบบ Pre-Post Randomized control design กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มนักศึกษามีพฤติกรรมนั่งเฉยในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษ โดยจะดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในศูนย์กีฬาและนันทนาการ เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะขั้นตอนกิจกรรมการยกจิตสำนึก การสร้างความมั่นใจในตนเอง การสร้างความรับผิดชอบ การจัดการผลที่อาจจะเกิดขึ้น และการสร้างเงื่อนไขเชิงรุก มีกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาปรับปรุงตนเองมากที่สุด

#### ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

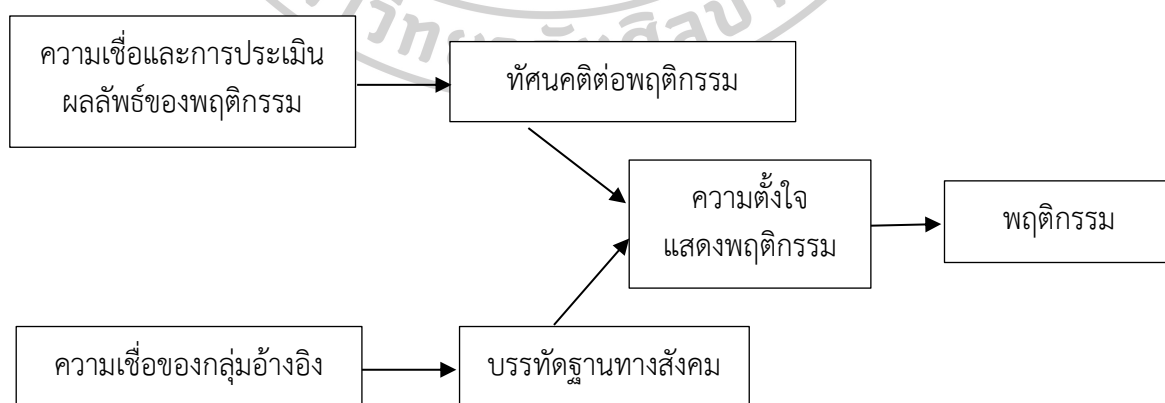
Ajzen and Fishbein (1980) พัฒนาทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล เพื่อทำนายพฤติกรรมมนุษย์ โดยใช้เวลาในการปรับปรุง พัฒนา และทดสอบ เป็นเวลากว่า 15 ปี จนเสร็จสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 1975 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่ามนุษย์มีการใช้เหตุผล และข้อมูลอย่างเป็นระบบก่อนที่จะตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ ดังนั้นการที่จะทำนายและเชื่อกิจกรรมของบุคคลได้นั้น

ต้องใช้วิธีการวัดจากความตั้งใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม สามารถวัดได้จากปัจจัยทั้ง 2 ส่วน ดังนี้

1. ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward Behavior) ถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ และการประเมินคุณค่าของผลของการกระทำนั้น ตามทฤษฎีนี้เชื่อว่า ถ้าบุคคลประเมินได้ว่า ผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมจะเป็นไปในทางบวก บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่า การแสดงพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในทางลบ บุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วย หรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น

2. บรรทัดฐานทางสังคมต่อการแสดงพฤติกรรม (Subjective Norms) การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลอย่างมากต่อบุคคล โดยการคาดคะเนถึงความรู้สึกของกลุ่มอ้างอิงให้บุคคลตระหนักว่าควรแสดง หรือไม่ควรแสดงพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้การแสดงพฤติกรรมของบุคคลยังขึ้นกับพฤติกรรมเป้าหมายที่จะแสดง บริบททางสังคม และกลุ่มเป้าหมายประชากรที่จะทำการศึกษา ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมจะสามารถทำนายได้อย่างแม่นยำ หรือจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับใดนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ด้านความสอดคล้องกันของเกณฑ์ในการวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ทั้งความสอดคล้องในองค์ประกอบด้านการกระทำ เป้าหมาย สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม และเวลา และระดับความมั่นคงของความตั้งใจ ถ้าความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมีความมั่นคงหรือความคงทนสูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูงด้วย

3. ตัวบ่งชี้ที่ใกล้ชิดของการแสดงพฤติกรรม (Intermediate determinant of behavior) คือ ทักษะคติต่อการกระทำพฤติกรรม (attitude toward behavior) และบรรทัดฐานของทางสังคม (subjective norms) การทำนายพฤติกรรมอาจเป็นการทำนายในระดับปัจเจกบุคคลหรือระดับบุคคลโดยรวม ในการทำนายพฤติกรรมระดับปัจเจกบุคคล จะเป็นการถามถึงความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องของเกณฑ์ระหว่างความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมกับพฤติกรรมจริง (Actual behavior)



ภาพที่ 16 แสดงทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา : Ajzen and Fishbein (1988 อ้างใน Glanz ,Lewis and Rimer,1991)

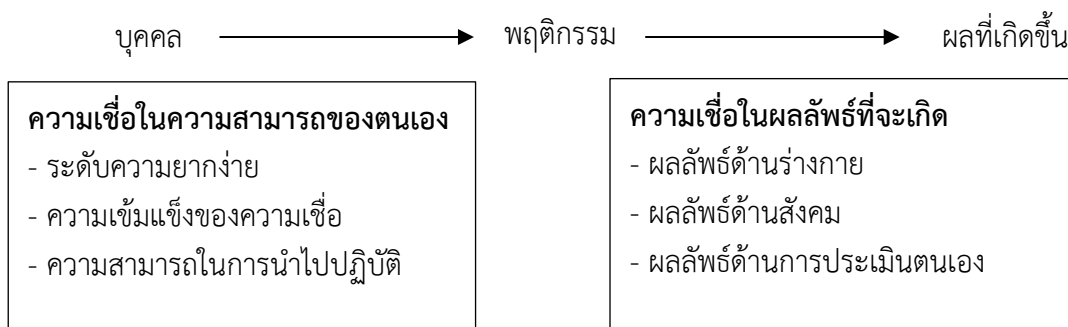


ดังภาพที่ 16 อธิบายได้ว่าความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลมาจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้นๆ อันเป็นผลมาจากความเชื่อและการประเมินถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรม เช่น ถ้าเชื่อและประเมินได้ว่าผลลัพธ์ของพฤติกรรมจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในขณะที่เดียวกันยังมีอิทธิพลของบรรทัดฐานทางสังคมที่ยึดโยงกับความเชื่อของกลุ่มอ้างอิงอันจะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจแสดงพฤติกรรม ดังนั้นถ้าตัวบ่งชี้ด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานทางสังคมเป็นไปในทิศทางที่พึงปรารถนา บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ในที่สุดจากการที่ผู้เขียนศึกษารายงานวิจัยหลายฉบับในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการนำทฤษฎีนี้ไปในงานวิจัยกิจกรรมทางกายจำนวนมากกว่า 10 เรื่อง โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเชิงทฤษฎี (Theory constructs) และการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมทางกาย ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Smith and Biddle (1999) ทำการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมทางกายบนพื้นฐานทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน พบว่า ภายหลังจากทดลอง 10 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานที่มีพฤติกรรมนั่งเฉยมีความตั้งใจในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

#### **ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self efficacy Theory)**

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Bandura (1977) ทั้งนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจัดการหรือดำเนินการเองได้ จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาแม้จะเจอกับปัญหาหรืออุปสรรคก็จะอดทนไม่ยอมท้อถอย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก และมีผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ออกมา ถ้ามีเพียงด้านหนึ่งด้านใดสูงหรือต่ำแล้ว แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นอาจไม่แสดงพฤติกรรมออกมา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือการรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectations) กล่าวคือความมั่นใจว่าบุคคลนั้นจะสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนที่พฤติกรรมจะแสดงออกมาและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) จากการกระทำของตน

## การรับรู้สมรรถนะแห่งตน



ภาพที่ 17 ความสัมพันธ์อย่างมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1997 อ้างใน Glanz, Rimer & Viswanath, 2008)

ดังภาพที่ 17 สรุปได้ว่าการที่บุคคลจะแสดงออกถึงการกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าตนเองนั้นรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นและเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามลัพท์ที่ตนเองต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองแต่คาดหวังว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ไม่แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา Bandura (1997 อ้างใน Glanz, Rimer & Viswanath, 2008) เสนอว่าการพัฒนาการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองมี 4 วิธี ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) วิธีการนี้เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะมาจากประสบการณ์โดยตรงของตัวบุคคล

ความสำเร็จที่ผ่านมาจะทำให้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ เพราะฉะนั้นการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต้องทำการฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้รับรู้ว่าเขาจะสามารถจะกระทำเช่นนั้น บุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถก็จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การสังเกตตัวแบบ (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) เป็นการสังเกตจากตัวแบบที่ประสบกับความสำเร็จหรือประสบกับความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งย่อมจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นด้วยโดยเฉพาะถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะเหมือนหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไรจะยิ่งมีอิทธิพลต่อผู้สังเกตมากขึ้น การได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจจะส่งผลให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาสามารถทำได้และจะประสบความสำเร็จได้เช่นกันถ้ามีความเพียรพยายามอย่างจริงจัง การใช้ตัวแบบนี้ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attention processes) เมื่อบุคคลทำการสังเกตแล้วแต่ไม่สามารถเรียนรู้ได้ ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจจริง และรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบ ซึ่ง

การแสดงออกกระบวนกาที่ตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น ตัวแบบที่มีลักษณะเด่นและมีพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมากจนเกินไป เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ และง่ายต่อความเข้าใจง่าย

กระบวนกาที่ 2 กระบวนกาเก็บจำ (Retention processes) เมื่อสังเกตตัวแบบแล้ว บุคคลนั้นจะต้องจดจำลักษณะของตัวแบบด้วยจากนั้นต้องทำการจำแนกข้อมูลจากตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ที่ตนเองเข้าใจและจัดโครงสร้างเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ ดังนั้นการเก็บจำจึงสามารถทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไปในช่วงเวลาหนึ่ง

กระบวนกาที่ 3 กระบวนกากระทำ (Production processes) กระบวนกานี้เป็นวิธีที่ผู้สังเกตจำแนกสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นแสดงออกมาเป็นการกระทำข้อมูลย้อนกลับที่ได้มาจากการกระทำของตนเองและนำไปเปรียบเทียบกับการกระทำกับภาพที่จดจำได้ กระบวนกานี้จะช่วยให้ผู้สังเกตปรับปรุงพฤติกรรมกาเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

กระบวนกาที่ 4 กระบวนกาจูงใจ (Motivational processes) การแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะแสดงออกมาหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอกถ้าพฤติกรรมของตัวแบบเป็นผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ แนวโน้มเลียนแบบจะสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบว่าตนคือผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้นเช่นกัน

#### ตารางที่ 5 กลวิธีสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย

กลวิธี	การอธิบายวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ	ทำการวัดประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายในช่วงก่อนการเริ่มทำกิจกรรมทางกาย และให้ผู้สูงอายุค้นหาความคาดหวัง กำหนดเป้าหมาย วัดประสงคของการทำกิจกรรมทางกาย และฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยตนเอง และ 3 เดือนต่อมา ทำการตรวจวัดประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายซ้ำ ผู้สูงอายุจะทราบผลว่ามีตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น และเกิดความรับรู้ว่าคุณสามารถทำได้ตามเป้าหมาย
การสังเกตตัวแบบหรือประสบการณ์ - กระบวนกาตั้งใจ	ผู้สูงอายุจะสามารถสังเกตจากเพื่อนซึ่งเป็นตัวแบบที่สามารถลดน้ำหนัก ความดันโลหิตสูงได้
กลวิธี	การอธิบายวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- กระบวนกาเก็บจำ	ผู้สูงอายุสามารถจดจำท่าทางของการออกกำลังกายตามที่ผู้นำที่สอน และสามารถปฏิบัติเองได้ หรือสามารถเปลี่ยนขึ้นมาเป็นผู้นำกลุ่มออกกำลังกายแทนได้
- กระบวนกากระทำ	หลังจากผู้สูงอายุจดจำท่าทางของการออกกำลังกายตาม และสามารถประยุกต์ท่าทางการออกกำลังกาย โดยอาจจะนำวิธีการออกกำลังกายวิธีอื่นมาประยุกต์ร่วมได้ตามความเหมาะสม
- กระบวนกาจูงใจ	การจูงใจจากเพื่อน ผู้นำ หรือ หน่วยงานที่สนับสนุนกิจกรรมทางกาย หรือการให้รางวัล โดยวิธีการกล่าวชมเชย การให้ของรางวัล การพาไปทัศนศึกษา

#### ทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน (Theory of Planned Behavior-TpB)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย Ajzen (1991) ในช่วงปี ค.ศ.1985 - 2002 เป็นทฤษฎีที่พัฒนาต่อจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

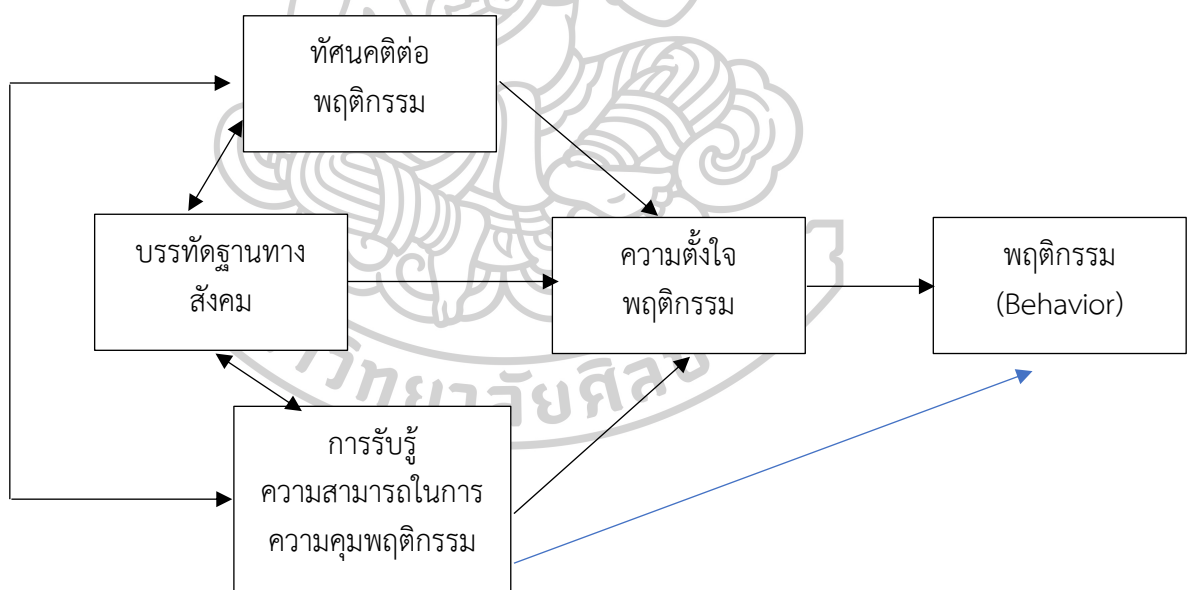
ของ Fishbein and Ajzen (1980) ทฤษฎีนี้ได้รับการยืนยันจากข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาวิจัยทั้งในเชิงพรรณนาและเชิงทดลอง เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพทั้งพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ในประเด็นสุขภาพหลากหลายประเด็นโดยมีองค์ประกอบในโครงสร้างทฤษฎี ประกอบด้วย

1. ทักษะคติต่อการแสดงพฤติกรรม (Behavioral attitude) คือ การที่บุคคลทำการประเมินพฤติกรรมของตนเอง โดยพิจารณาจากความเชื่อส่วนบุคคลว่า การแสดงพฤติกรรมของตนจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์อย่างไร

อย่างหนึ่ง และประเมินผลลัพธ์นั้นว่าพึงประสงค์หรือไม่

2. บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective norms) บุคคลจะพิจารณาอ้างอิงจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมว่ามีผลต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างไรโดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ที่บุคคล เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมมีความเหมาะสมหรือไม่ และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามความเชื่อ

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) คือ การที่บุคคลเชื่อว่า เขาจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้ โดยพิจารณาจากความเชื่อว่ามีปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรม แต่บุคคลสามารถจะควบคุมปัจจัยนั้นจนสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้จากทั้ง 3 องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจแสดงพฤติกรรมดังภาพที่ 18



ภาพที่ 18 แสดงโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน (TpB Diagram)

ที่มา : Ajzen (1991)

ตัวอย่างที่มีการนำทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น Christopher (2005) การศึกษาการคงรักษาพฤติกรรมกิจกรรมทางกายด้วยยิมนาสติก เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมการวางแผน ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้

ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หรือการรับรู้ประสิทธิภาพในตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถคงรักษาพฤติกรรมได้ดี

### แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social-Ecological Model)

แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคมแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชากรอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยมีองค์กรด้านสุขภาพหลายแห่งสนับสนุนให้นำแนวคิดนี้มาใช้อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) และศูนย์ควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา และปัจจุบันมีนักวิชาการด้านกิจกรรมทางกายได้นำแบบจำลองดังกล่าวมาใช้เพื่อทำความเข้าใจกับปัจจัยและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มบุคคลในบริบทต่างๆ อย่างแพร่หลาย ตลอดจนนำไปกำหนดนโยบาย กลวิธีและการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากฐานแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (2003) ที่เชื่อว่าการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมกิจกรรมทางกายให้ดีขึ้นได้นั้น ควรต้องสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่เกื้อหนุนต่อการมีทางเลือกของบุคคลเพื่อจะทำให้เกิดสุขภาพที่ดี แนวคิดนี้ถูกริเริ่มเป็นครั้งแรกโดย Alahan (1938) โดยมีสาระสำคัญ คือ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมของพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมรอบตัวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่พวกเขาดำเนินชีวิตอยู่และเนื่องจากบุคคลย่อมมีปฏิสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมของตนอยู่เสมอ ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลจึงมิได้เกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวด้วยต่อมา Bronfenbrenner (1992) ได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้นโดยอธิบายอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล 4 ระดับ ได้แก่

1) ระดับบุคคล เป็นอิทธิพลที่เป็นศูนย์กลางของแบบจำลองประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความรู้ ทัศนคติ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเพิ่มหรือลดการมีกิจกรรมทางกายของบุคคล

2) ระดับสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นอิทธิพลรอบตัวบุคคล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว เพื่อนสนิท หรือปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรหรือสถาบันต่างๆ บรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรมหรือสังคมที่อยู่รอบตัว เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย ชมรมกีฬา สถานที่ทำงาน โบสถ์ หรือวัด เป็นต้น โดยถ้าบุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถาบันหรือองค์กรมากเท่าใด บุคคลย่อมจะได้รับอิทธิพลจากสถาบันหรือองค์กรมากขึ้นเท่านั้น กลวิธีที่จะนำมากระตุ้นและสร้างความตื่นตัวให้กลุ่มบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกายในระดับสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้ผลดี อาทิเช่น การสร้างแรงจูงใจในที่ทำงาน การตลาดเชิงสังคม เป็นต้น

3) ระดับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นลักษณะสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือที่มีอยู่ตามธรรมชาติในชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบต่อการมีกิจกรรมทางกายของบุคคล อาจเป็นการออกแบบผังเมือง ตำบล หมู่บ้าน อำเภอ จังหวัด สภาพอากาศ การเดินทาง การขนส่งสาธารณะ ความปลอดภัย และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของบุคคล เช่น สวนสาธารณะ สนามเด็กเล่น สนามกีฬา ทางจักรยาน เป็นต้น

กลวิธีสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญที่จะสร้างโอกาสให้บุคคลเข้ามามีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ในภาพอนาคตข้างหน้า เชื่อว่าการขับเคลื่อนโปรแกรมกิจกรรมทางกายจะได้ผลดี ก็ต่อเมื่อมีกระบวนการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชุมชนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิ่งแวดล้อมทางกายที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการส่งเสริมความปลอดภัยในชุมชนให้มากยิ่งขึ้น

4) ระดับนโยบาย ได้แก่ การออกกฎหมาย หรือมาตรการทางสังคมที่ใช้กับประชาชนทั่วประเทศที่มีผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น นโยบายการชั่งจักรยาน นโยบายการมีชั่วโมงพลศึกษาในโรงเรียน นโยบายในสถานที่ทำงานด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนานโยบายไปสู่การปฏิบัติอาจเป็นเรื่องยุ่งยากหรือมีอุปสรรค (Stokols, 1996) ดังนั้นกลวิธี การผลักดันให้เกิดนโยบายสุขภาพด้านนี้อาจจะผสมผสานรวมกับการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ไปพร้อมกัน เช่น การส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อลดภาวะโลกร้อน เป็นต้น



ภาพที่ 19 แสดงองค์ประกอบของแบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Bronfenbrenner, 1979; 1992)

ต่อมา McLeroy et al. (1988) ได้นำแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้ในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลจากกับปัจจัยเชิงสังคม-สิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น และแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 ระดับ กล่าวคือ

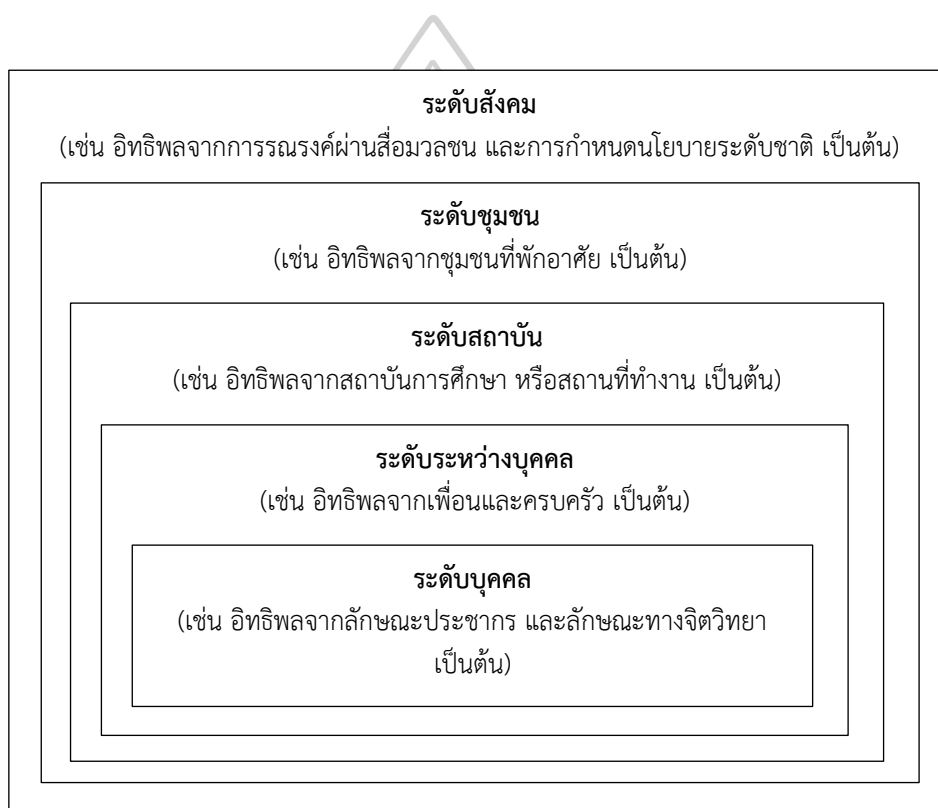
1) ระดับบุคคล (Individual Level) หมายถึง ลักษณะภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทั้งลักษณะทางประชากรและจิตวิทยา เช่น เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ทัศนคติ หรือบุคลิกภาพ เป็นต้น

2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) หมายถึง สภาพแวดล้อมในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้โดยผ่านทางกระบวนการขัด เกลาทางสังคม

3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational/Institutional Level) หมายถึง สถานที่ทำงานหรือ สถาบันการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานหรือแบบอย่างการปฏิบัติให้กับสมาชิกในสถาบันหรือองค์กรนั้น

4) ระดับชุมชน (Community Level) หมายถึง เครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้าน หรือชุมชนที่พังกอาศัยในละแวกใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

5) ระดับสังคม (Societal Level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ได้แก่ การออกกฎหมาย การวางนโยบายการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน หรือสื่อต่างๆ การใช้แผนการตลาดเชิงสังคม หรือมาตรการต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของประชากร ในระดับมหภาค ตัวอย่างเช่น Gregson et al. (2001) ได้นำทฤษฎีไปใช้ในการประเมินทางโภชนาการในโครงการ Food Stamp และการตลาดทางสังคมไปใช้ในโรงเรียนในระดับชุมชนและระดับเมือง



ภาพที่ 20 แสดงแนวคิดนิเวศวิทยาสังคม ปรับจากแนวคิด McLeroy et al. (1988)

## สรุป

กล่าวได้ว่าทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกายบนพื้นฐาน ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน ดังกล่าวข้างต้นนี้จะช่วยในการเข้าใจเหตุผลเชิงพฤติกรรมศาสตร์ ว่าการที่บุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยองค์ประกอบเชิงจิตวิทยาสังคมใดบ้างเป็นตัวหนุนเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ขณะที่แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมจะช่วยในการออกแบบและวางแผนโปรแกรมกิจกรรมทางกาย เพื่อการปรับเปลี่ยนและช่วยคงรักษาพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย

ไว้ได้อย่างมากอย่างไรก็ตามทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้จะเน้นหลักกว้างๆ เท่านั้น ผู้ที่จะนำทฤษฎีไปใช้จะต้องมีความรู้รอบด้านในศาสตร์สาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและมีความพร้อมที่จะนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ รวมถึงรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกๆ ระดับ

### รูปแบบกิจกรรมทางกาย (Pattern of Physical Activity)

นักวิชาการกิจกรรมทางกายกำหนดรูปแบบกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการมีสุขภาพดีไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

1. กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน (Physical activity for daily life) เป็นกิจกรรมในส่วนหนึ่งของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living ; ADL) เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เดินเล่น

ภายในบ้าน เป็นต้น

2. กิจกรรมการทำงาน (Work physical activity) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อยู่ในส่วนหนึ่งของการทำงาน เช่น การทำสวน การเดินขึ้นลงบันไดในโรงงาน หรือการทำงานใดๆ ที่มีเคลื่อนไหวในที่ทำงาน

3. กิจกรรมการเดินทาง (Active transportation physical activity) เป็นกิจกรรมในการเคลื่อนไหวในช่วงการเดินทาง ทั้งการเดินและการขี่จักรยานไปทำงาน ตลาด ห้างสรรพสินค้า หรือเพื่อการท่องเที่ยว เป็นต้น

4. กิจกรรมการนันทนาการหรือยามว่าง (Recreation physical activity) เป็นกิจกรรมนอกเหนือจากการทำงานประจำ กิจกรรมงานอดิเรกยามว่าง เช่น ตกปลา ปลูกต้นไม้ ปั่นเขา เป็นต้น

5. กิจกรรมทางกายแบบวางแผน (Planned physical activity) อาจอยู่ในรูปแบบของการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม หรือแบบรายบุคคล เช่น เต้นแอโรบิค การรำไทเก๊ก รำไม้พลอง เต้นรำ หรือการออกกำลังกายโดยเครื่องออกกำลังกายในร่มหรือกลางแจ้ง เป็นต้น

6. กิจกรรมที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Supervised physical activity) เป็นกิจกรรมทางกายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหรือได้รับอุบัติเหตุ เช่น แขนหัก ขาหัก หรือได้รับการผ่าตัดและต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลนาน จึงต้องได้รับโปรแกรมบำบัดรักษาฟื้นฟูโดยแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

### ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Level ; PAL)

ระดับของกิจกรรมทางกายจะพิจารณาตามความหนัก (Intensity) ความถี่ (Frequency) และความนาน (Duration) ของการทำกิจกรรม ดังนี้

(Sparc, 2005; Department of Chronic Diseases and Health Promotion, 2012)

1. พฤติกรรมการอยู่นิ่งเฉย (Sedentary behavior) กิจกรรมที่ไม่มีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงานน้อย คือ อยู่ระหว่าง 1.0 ถึง 1.5 เมท (MET ; Metabolic Equivalent) เช่น การนั่งเฉย การนั่งทำงาน การดูโทรทัศน์ แต่อย่างไรก็ตามไม่รวมกับเวลาที่ใช้ในการนอนหลับในชีวิตประจำวัน

2. กิจกรรมทางกายระดับเบา (Low physical activity) กิจกรรมที่ทำมีการใช้พลังงานในระดับต่ำ 1.5 ถึง < 3 เมท หรือตามค่านิยามของจีแพค (Global physical activity questionnaire



; GPAQ) ให้นิยามว่า กิจกรรมทางกายระดับเบาหมายถึงตลอดสัปดาห์มีการใช้พลังงานน้อยกว่า 600 เมทต่อสัปดาห์

3. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderate physical activity) เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการใช้พลังงาน ระหว่าง 3 ถึง 6 เมท นับว่าเป็นกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับที่เพียงพอ ส่งผลให้หายใจและอัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับมีอาการหอบเหนื่อย ยังสามารถพูดคุยได้หรือการทำกิจกรรมเคลื่อนไหว 5 วัน/สัปดาห์ และมีการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 600 เมทต่อสัปดาห์ เช่น การวิ่งเหยาะติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที, การทำงานบ้านติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที เช่น กิจกรรมงานบ้าน กิจกรรมการเดินทางโดยขี่จักรยานต์ มอเตอร์ไซด์

4. กิจกรรมทางกายระดับหนัก (Vigorous physical activity) เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการใช้พลังงาน ระหว่าง 7 ถึง 10 เมท ดีกว่าเป็นกิจกรรมทางกายระดับสูงสุดที่พึงประสงค์ ส่งผลให้หายใจเร็วขึ้นและอัตราการเต้นของหัวใจเต้นเร็วขึ้นอย่างมาก รู้สึกเหนื่อยหอบ จนไม่สามารถพูดคุยได้หรือการทำกิจกรรมระดับหนักอย่างน้อย 3 วัน และเกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 1,500 เมทต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมระดับหนัก

สลับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน จนทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 3,000 เมทต่อสัปดาห์

#### วิธีการประเมินความหนักกิจกรรมทางกาย (Physical activity Assessment Methods)

1. การทดสอบจากการพูด (Talk test) เป็นวิธีทดสอบโดยการประเมินการรับรู้ตนเอง โดยทำการทดสอบหลังการมีกิจกรรมทางกาย ว่าจะสามารถพูดคุยได้หรือไม่ ถ้ามีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง จะสามารถพูดคุยได้ แต่ร้องเพลงไม่ได้ และเมื่อทำกิจกรรมระดับหนัก จะพูดคุยได้เป็นคำๆ เท่านั้น (CDC, 2002)

2. การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย คำนวณได้จาก

นำเลข 220 - อายุ (ปี) เช่น คนอายุ 60 ปี อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายเท่ากับ 200-60 เท่ากับ 140 วิธีการประเมิน คือ เมื่อท่านหยุดออกกำลังกายให้รีบคลำชีพจรทันทีที่ข้อมือหรือที่คอ นับชีพจรใน 60 วินาที หรือนับ 30 วินาทีแล้วคูณ 2 จะได้ชีพจรในขณะนั้น การนับชีพจรให้นับครั้งแรกเป็น 0 ครั้งต่อไปถึงนับ 1 อายุของคนวัยผู้ใหญ่ กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อัตราการเต้นของหัวใจควร

จะเต้นอยู่ระหว่าง 50-70% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และกิจกรรมทางกายระดับหนัก อัตราการเต้นของหัวใจควรจะเต้น 70 - 85% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อส่งผลต่อการมีสมรรถภาพของหัวใจและหลอดเลือดอัตราการเต้นของหัวใจควรอยู่ในระดับ 55-65% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด (ACSM, 2006)

3. การทดสอบความรู้สึกในช่วงขณะมีกิจกรรมทางกายที่เรียกว่า บอร์ก สเกล (Borg Rating of Perceived Exertion) (Borg, 1998) วิธีการนี้จะทำประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงขณะมีกิจกรรมทางกาย เช่น การเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ปริมาณเหงื่อที่ออก อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อวิธีการประเมินบอร์ก สเกล เริ่มตั้งแต่ 6-20 ระดับ โดยปกติระดับกิจกรรมทางกายระดับต่ำของผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วง 9-11 ระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 12-14 และระดับหนักอยู่ในช่วง 15-2

6	ไม่รู้สึกใดๆ
7	รู้สึกสบาย (Very very light)
8	
9	ไม่เหนื่อย ((Very light)
10	
11	เริ่มรู้สึกเหนื่อยล้า (Fairly light)
12	
13	ค่อนข้างเหนื่อย (Somewhat hard)
14	
15	รู้สึกเหนื่อย (Hard)
16	
17	รู้สึกเหนื่อยมาก (Very light)
18	
19	รู้สึกเหนื่อยที่สุด (Very very hard)
20	

ภาพที่ 21 การทดสอบความรู้สึกในช่วงขณะมีกิจกรรมทางกายที่เรียกว่า บอร์ก สเกล (Borg Rating of Perceived Exertion) (Borg, 1998)

4. การคำนวณอัตราการเผาผลาญพลังงาน (Metabolic Equivalent ; MET) เป็นค่าคำนวณของอัตราการเผาผลาญพลังงานในขณะมีกิจกรรมเปรียบเทียบกับอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในขณะพัก โดย 1 เมท มีค่าเท่ากับปริมาณออกซิเจนที่ใช้ไป 3.5 มิลลิเมตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ใน 1 นาที ตัวอย่างเช่น บุคคลมีกิจกรรมทางกายความหนัก 4 เมท เป็นระยะเวลา 30 นาที จะได้เท่ากับ 120 เมท-นาที หรือ 2.0 เมท-ชั่วโมง

ค่าเมท (MET) หรือการใช้พลังงานของร่างกายจะเพิ่มขึ้นตามความหนักของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้ดังนี้ (1) ระดับต่ำ (ใช้พลังงาน 1.5-2.9 เมท) (4) ปานกลาง (ใช้พลังงาน 3-6 เมท) และ (5) สูง (ใช้พลังงาน 7-10 เมท) (Sparc, 2005) ซึ่งตามรูปแบบกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การเดินและขี่จักรยาน และนั่นหนากการระดับปานกลาง (Moderate intensity) มีค่าการเผาผลาญพลังงาน เท่ากับ 4 เมท และกิจกรรมในระดับหนัก (Vigorous intensity) เท่ากับ 8 เมท (WHO, 2012) นอกจากนี้ ปัจจุบันได้มีการใช้เครื่องมือตรวจวัดการเคลื่อนไหว (accelerometer) ซึ่งมีการใช้ในการศึกษาวิจัยวัดระดับกิจกรรมทางกายกันอย่างแพร่หลาย

ตารางที่ 6 มิติความหนักของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ

กิจกรรมทางกาย	การประเมินจากการพูด	การประเมินจากอัตราการเต้นของหัวใจ	บอรัค สเตล (REP)	การใช้พลังงาน (METs)
ระดับต่ำ	ไม่เหนื่อยพูดได้ปกติ	<55%	99-11	1.5 - 2.9
ระดับปานกลาง	เหนื่อยพูดได้	55-65%	12-14	3 - 6
ระดับหนัก	เหนื่อยพูดไม่ได้	70-80%	15-20	7 - 10

ที่มา : Sparc, 2005

การที่บุคคลโดยทั่วไปจะมีสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นจะต้องมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (Sufficient physical activity) หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Moderate-Vigorous Physical activity ; MVPA) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 30 นาที หรือ มีกิจกรรมระดับหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที (ACSM, 2007) อย่างไรก็ตามหลักฐานจากการวิจัยในหลายประเทศยังพบว่า ประชากรของโลกจำนวนมากไม่มีกิจกรรมทางกายยังไม่ถึงระดับที่เพียงพอ โดยที่ประชาชนในประเทศไซนุโรปมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพียงแค่วันละ 29 และมีพฤติกรรมอยู่นิ่งเฉยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน (Sjöström et al., 2006) สำหรับประเทศไทย ผลจากการสำรวจการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2556 พบว่า ประชากรมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 66.3 และกลุ่มวัยสูงอายุมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 60.5 โดยที่ผู้สูงอายุชายมีกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 10 (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และคณะ, 2556) แสดงให้เห็นว่ายังมีประชากรวัยสูงอายุอีกประมาณร้อยละ 40 ที่ยังมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอต่อการดำรงสุขภาพที่ดี หรืออาจกล่าวได้อีกทางหนึ่งว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ระดับต่ำหรือมีพฤติกรรมอยู่นิ่ง

#### การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Breaking sedentary behavior)

ปัจจุบันพฤติกรรมเนือยนิ่งจัดว่าเป็นปัญหาเสี่ยงใหม่ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากภาวะการเสื่อมถอยของระบบสมองและประสาทของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เริ่มจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หมายถึง การใช้พลังงานน้อยลงตามไปด้วย ในปัจจุบันความเจริญทางเทคโนโลยี และการเป็นสังคมเมือง (Urbanization) ยังโน้มมาทำให้ผู้คนผู้สูงอายุจำนวนมากมีวิถีชีวิตแบบนั่งอยู่กับที่ (Sedentary) มากขึ้น Ainsworth et al. (2000) กล่าวว่าพฤติกรรมเนือยนิ่งหมายถึงการทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานน้อย ประมาณ 1.0-1.5 เมท และกิจกรรมทางกายที่มีความหนักระดับเบา (Light-intensity physical activity) เช่น การยืน การเดินช้าๆ ซึ่งในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุยังมีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย เพียงร้อยละ 41.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และในปีถัดไปมีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมทางกายลดลง จากรายงานวิจัยหลายฉบับ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ร้อยละ 80 หรือมีพฤติกรรมอยู่นิ่งเฉย 8-13 ชั่วโมงต่อวัน (Davis, 2001; Matthews et al. 2008 ; ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, 2556) การที่ประชากรผู้สูงอายุในประเทศส่วนใหญ่มีอัตราการใช้ชีวิตแบบนั่งอยู่กับที่เพิ่มขึ้นหรือการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ นั้นจะเป็นสาเหตุสำคัญที่สัมพันธ์

กับการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด เบาหวาน และมะเร็ง (Rezende et al, 2014) และมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคที่สามารถป้องกันได้จำนวนกว่า 3 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี (WHO, 2010)

พฤติกรรมอยู่เนือยนิ่งเป็นพฤติกรรมที่พบได้ตั้งแต่วัยเด็กและมีพฤติกรรมเช่นนี้ จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งตรงข้ามกับกิจกรรมทางกายที่จะลดลงตามการเพิ่มขึ้นของอายุ (สนทยา สีละมาต, 2557) การที่ผู้สูงอายุ นั่งหรือนอนเล่นเป็นระยะเวลาต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การนั่งเล่นในช่วงกลางวัน หรือการนั่งและนอนดูโทรทัศน์ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น สามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพได้โดยไม่ขึ้นอยู่กับการมีกิจกรรมทางกายที่ความหนักปานกลางถึงสูง การมีพฤติกรรมนั่งนานมากเกินไปมีผลเสียต่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ มีรายงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเนือยนิ่งของผู้สูงอายุมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการลดสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุ (Santos, 2012 ; Purakom, 2014) โดยเฉพาะการนั่งดูโทรทัศน์ และพฤติกรรมนั่งนานอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในร่างกายน (Adiposity) การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ไตรกรีเซอไรด์ (Triglyceride) และอินซูลิน (Insulin) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Healy et al., 2008) อย่างไรก็ตามพฤติกรรมเนือยนิ่งไม่ได้มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก (MVPA) (Ward, Saunders and Pate, 2007) ในหลายประเทศ จึงให้ข้อเสนอแนะให้ผู้สูงอายุลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของผู้สูงอายุ โดยให้เพิ่มกิจกรรมทางกายในระดับเบา ดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุลดจำนวนเวลาของการนั่งนาน ๆ ให้น้อยที่สุด โดยหางานอดิเรกที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการทำงานบ้านเบาๆ ให้ผู้สูงอายุทำเองที่บ้าน เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

2. ส่งเสริมให้เปลี่ยนอิริยาบถของช่วงเวลาการนั่งนานๆ แทนที่จะเป็นไปได้อื่นๆ เช่น การเดินออกไปหน้าบ้านและหลังบ้าน เดินไปจ่ายตลาด หรือเดินไปทำกิจกรรมอื่นสลับนั่ง

#### การวางแผนกิจกรรมทางกาย (Physical activity plan)

หลังจากทบทวนเนื้อหาสาระของแนวคิดพื้นฐานกิจกรรมทางกายมาอย่างเข้าใจอย่างถ่องแท้แล้ว มีคำถามต่อไปข้างหน้าว่า จะเริ่มต้นการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพอย่างไร การเริ่มต้น วางแผนกิจกรรมทางกายให้กับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญยิ่ง ผู้สูงอายุหรือนักส่งเสริมสุขภาพควรที่จะเริ่มตั้งเป้าหมายก่อนการลงมือปฏิบัติกิจกรรมทางกายว่าจะทำเพื่ออะไร และจะเอาชนะกับอุปสรรคต่างๆ ที่มีอยู่ได้อย่างไร โดยเลือกกิจกรรมและเวลาการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองโดยการเริ่มทำกิจกรรมจากง่ายไปสู่กิจกรรมที่ยาก และค่อยๆ เพิ่มความหนักและระยะเวลาของการออกกำลังกายทีละน้อยพึงระวังการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมพร้อมกับทำการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อจะตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมกิจกรรมทางกาย และประเมินความก้าวหน้าสุขภาพของตนเอง ผู้เขียนขอแนะนำขั้นตอนการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้ (PRC-HAN, 2007)

#### ขั้นตอนการวางแผนจัดกิจกรรมทางกาย

การวางแผนขั้นที่ 1 : การเรียนรู้และเตรียมความพร้อมตนเองขั้นตอนแรกจะเป็นการเรียนรู้ตนเองและผู้เข้าร่วมกิจกรรม และกำหนดโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับ

กลุ่มวัย เพศ ฐานะทางสังคม-เศรษฐกิจ วิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเชื่อในท้องถิ่น อาทิเช่นผู้สูงอายุ ภาคกลาง มีกิจกรรมรำวง, ภาคเหนือ มีกิจกรรมรำฟ้อนเจิง ฟ้อนยอง, ผู้สูงอายุในภาคใต้ รำมโนราห์ รำรองเง็งบิค ชักกะลา ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รำเซ็งอีสาน บาสะโลฟ ซึ่งถือว่าเป็น ศิลปะการแสดงพื้นบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ถูกประยุกต์ให้เป็นกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุใน ภูมิภาคนั้นๆ ปัจจุบันผู้เขียนเห็นว่าในชมรมผู้สูงอายุมีการประยุกต์กิจกรรมออกกำลังกายรำไม้พลอง กิจกรรมการเสริมสมรรถภาพความอดทนแอโรบิกกิจกรรมทางกายต่างๆ ควรยึดหลักการของการจัด โปรแกรมกิจกรรมทั้งด้านความหนัก ความถี่ และระยะเวลา รวมถึงเป้าหมายไว้ด้วย ตลอดจนการ เตรียมความพร้อมทรัพยากรด้านต่างๆ อาทิเช่น เวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์ และการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ กรณีที่เป็นกิจกรรมแบบกลุ่ม ควรจะต้องเตรียมความพร้อมในการสร้าง บุคลากรและอาสาสมัครเพื่อเป็นผู้นำด้านนี้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะการค้นหาผู้นำจากภายในกลุ่ม ผู้สูงอายุเองหรือผู้นำจากภายนอกกลุ่มเข้ามาพัฒนากิจกรรมของกลุ่ม พร้อมทั้งการเสริมสร้างองค์ ความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับบุคลากรเหล่านั้น จะทำให้เกิดกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนและในอนาคตเพื่อการรองรับกับโครงสร้างสังคมผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษาควรจะมีการ จัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ

การวางแผนขั้นที่ 2 : กำหนดเป้า หมายและวัตถุประสงค์ ตามรูปแบบเชิงตรรกะ (Logic Model) จะแสดงถึงความสัมพันธ์ของแผนงานที่วางไว้กับผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการรวมถึง การเชื่อมโยงทรัพยากรในโปรแกรมตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สามารถนำเสนอได้อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input), ปัจจัยกิจกรรม (Activity) ปัจจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome) และ เป้าหมาย (Goal) (Levin and Hood, 2002) รูปแบบเชิงตรรกะนี้จะช่วยให้เข้าใจว่าโปรแกรมจะ ดำเนินงานอย่างไรให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยการเริ่มตั้งต้นจากการกำหนดเป้า หมายปลายทางที่ต่อ ้งการแล้วย้อนกลับไปกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังที่จะให้เกิดขึ้น ซึ่งความคาดหวังที่จะให้เกิดขึ้น ทั้ง ผลลัพธ์ระยะสั้น (Initial outcomes) ผลลัพธ์ระยะปานกลาง (Intermediate outcomes) และ ผลลัพธ์ระยะยาว (Long term outcomes) เช่น การลดภาวะเจ็บป่วยจากโรคไขข้ออักเสบ การลด ภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จากนั้นจึงกำหนดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้ ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยมีปัจจัยนำเข้าเป็นทรัพยากรและต้นทุนสำคัญในการตัดสินใจในการกำหนด โปรแกรมที่ต้องการ นักวางแผนมักจะนำรูปแบบเชิงตรรกะมาใช้ในการวางแผนโปรแกรมกิจกรรมทาง กาย เพราะนอกจากจะช่วยทำให้กลวิธีการวางแผนได้สอดคล้องกับเป้าหมายแล้ว ยังสามารถ ตรวจสอบได้อย่างโปร่งใสจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เป็นอย่างดี

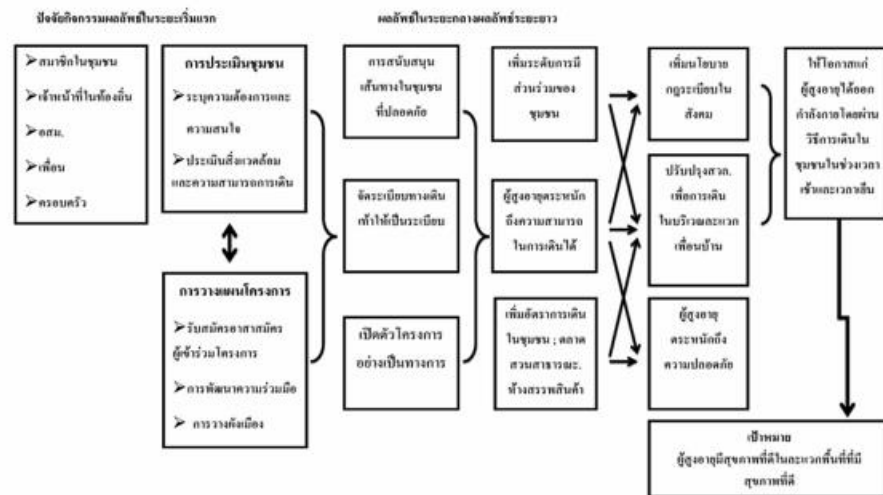
การวางแผนขั้นที่ 3 : กำหนดยุทธวิธีและการพัฒนา ความสำคัญประการหนึ่งที่สำคัญของ การวางแผน คือ การจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมทางกาย โดยเลือกกิจกรรมที่ เหมาะสมกับตัวบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะคงรักษาระดับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุให้ได้สูงสุดเท่าที่จะทำได้ เช่นการเพิ่มความตั้งใจ และความคาดหวังในทางบวกให้แก่ผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมเดินและขี่จักรยาน โดยใช้การพูดหรือ การใช้สื่อชักชวน เช่น ส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือ หรือเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) สื่อมวลชนช่วยในการสร้างการรับรู้ กระตุ้นให้เห็นคุณค่าของกิจกรรมทางกายเชิญชวนให้ ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ลดพฤติกรรมนั่งเฉยลงให้น้อยที่สุด กระบวนการพัฒนาและ

เปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมในการกำหนดนโยบายด้านระบบการเดินทางและระบบขนส่งที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น การพัฒนาทางจักรยานในชุมชน การเพิ่มพื้นที่สวนสาธารณะที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายมากขึ้น เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็นกลยุทธ์การสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งจะได้รับความร่วมมือจากประชาสังคมอย่างยั่งยืน

ตัวอย่างโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสมวัย ในปี พ.ศ.2556-2557 โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ผู้เขียนและคณะวิจัยได้ดำเนินงานพัฒนา รูปแบบกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุใน 6 ภูมิภาค ซึ่งในกระบวนการแผนงานครอบคลุมหลักการวางแผน ในชั้น 1-3 กล่าวคือ การวางแผนที่สอดคล้องกับบริบททางภูมิสังคมในแต่ละภูมิภาคและสมาชิกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ รวมทั้งกำหนดโปรแกรมกิจกรรมตามความต้องการของตนเอง (อัจฉริยา กสิยะพัท, อัจฉรา ปุราคม และชิตินทรีย์ บุญมา, 2557)

ปัจจุบันการออกแบบวางแผนกิจกรรมทางกาย เสนอโดยองค์กรศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา(Department of health and human service, center for disease Control and frevention, 2002) ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนอย่างแพร่หลาย โดยได้นำเอารูปแบบการวางแผนเชิงตรรกะ (Logical framework) มาเป็นกรอบในการวางแผนเพื่อกำหนดกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับบริบททางภูมิ-สังคม ทรัพยากรและศักยภาพของพื้นที่ต่างๆ ซึ่งช่วยให้การวางแผนมีความสอดคล้องตามสภาพที่เป็นจริงของพื้นที่ ผู้เขียนขอนำมาแสดงเป็นตัวอย่าง ดังนี้

แผนภาพที่ 2 ตัวอย่างการนำรูปแบบเชิงตรรกะวางแผนโปรแกรมการเดินทางของผู้สูงอายุ



ที่มา : ประยุกต์จากองค์ประกอบพื้นฐานรูปแบบตรรกะวางแผน (Components of a Basic Model) (Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention, 2002)

## บทเรียนการวางแผนจากแคนาดา

ในปี ค.ศ.1992 รัฐบาลของประเทศแคนาดาได้เริ่มตระหนักว่าคนแคนาดาเดียน ในประเทศมากกว่า 7 ล้านคน ต้องเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากวิถีชีวิตและการทำงาน รัฐบาลจึงกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในการเร่งเพิ่มสัดส่วนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชาชนจากร้อยละ 38 เป็นร้อยละ 41 ภายในปี ค.ศ.2001 มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่มีชื่อว่า สุขภาพของชนชาติ (Health of the nation) และริเริ่มจัดตั้งแผนงานขึ้นใหม่ที่ชื่อว่า แผนกีฬามวลชน สมรรถภาพ และนันทนาการ (Community sport, fitness and recreation department) ควบคู่ไปกับการกำหนดนโยบายทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ได้แก่ การจัดให้มีเส้นทางจักรยาน (Bike paths) และทางเดินที่ปลอดภัยเพื่อเป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับกระตุ้นกลุ่มคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย ให้เริ่มมีกิจกรรมการออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และต่อมาปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ใหม่ในชุมชนมากขึ้น โดยการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชาชนสู่องค์กรท้องถิ่น ยุทธศาสตร์ใหม่นี้มีการกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพอย่างชัดเจน เช่น ต้องการลดการตายจากมะเร็งร้อยละ 20 โรคหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ลดลงร้อยละ 40 และการตายจากอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 20 และกำหนดให้ปัญหาสุขภาพดังกล่าวหมดไป ในปี ค.ศ.2010 (เกสร สำเภาทอง, 2556) ฉะนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดังกล่าว รัฐบาลจึงได้ประกาศทั้งแนวทางกิจกรรมทางกายสำหรับคนแคนาดาเดียน (Canadian physical activity guideline lines) ไม่ว่าทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อให้มีชีวิตที่มีสุขภาพดีที่เรียกว่า “การดำเนินชีวิตสุขภาวะ” (Healthy active living) ออกมาใช้กันทั่วประเทศ จนถึงปัจจุบันนี้ นอกจากนี้รัฐบาลแคนาดายังมีการดำเนินโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการดำเนินชีวิตสุขภาวะของคนแคนาดาเดียน (Active Canadian)

### สรุป

การวางแผนเพื่อดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะรับประกันความสำเร็จของการดำเนินงานข้อเสนอในการจัดทำแผนที่เริ่มจากการวิเคราะห์บริบททางภูมิ-สังคม ศักยภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมทั้งกำหนดกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม บังเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่พึงปรารถนา ซึ่งนอกจากจะลดการเกิดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับผู้สูงอายุ ยังสามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย ป้องกันความเสี่ยงของการหกล้ม และอุบัติเหตุ ตลอดจนการมีสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นบุคลากรสุขภาพและสาธารณสุข ควรจะให้ความสำคัญในขั้นตอนการวางแผน และนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกำลังจะเป็นประชากรกลุ่มหลักของสังคมไทยต่อไป

### การวางแผนจัดกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันมีการประยุกต์รูปแบบกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ไปใช้อย่างแพร่หลายกับผู้สูงอายุในทุกช่วงวัย เช่น รำไม้พลอง โทเก็ก ตารางเก้าช่อง ยางยืด แอโรบิค เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความยืดหยุ่นของข้อต่อและกล้ามเนื้อได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามความรู้ความ

เข้าใจในการจัดกิจกรรมทางกายให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ (Health benefit) ของผู้สูงอายุในทุกเพศทุกวัยอย่างจริงจังอาจจะมีไม่มากนัก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุช่วงวัยปลายที่มีภาวะความอ่อนแอของร่างกาย (Frail elderly) ที่ต้องประสบกับภาวะชราภาพโรคเรื้อรัง ต้องอยู่ภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอยู่ในภาวะพึ่งพิงลูกหลานหรือญาติให้การดูแลอย่างใกล้ชิด หรือแม้กระทั่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี และมีกิจกรรมทางกายมาเป็นระยะเวลาหลายปี ผู้สูงอายุในกลุ่มวัยต่างๆ เหล่านี้มีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน การจัดโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงเพศและวัยของผู้สูงอายุ ในบทนี้จะอธิบายให้เข้าใจถึงหลักการ รูปแบบกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ และโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมแต่ละบริบทชุมชนและสภาพร่างกาย

### หลักการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญในด้านวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวผู้สูงอายุ (Gerokinesiology) เสนอแนะหลักการจัดกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้ (Jones & Rikli 2002 ; Rose, 2004 ; ASCM, 2006)

หลักการที่ 1 สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน (Functional relevance) ควรเลือกกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันและบริบทชุมชนของผู้สูงอายุ เช่น การฝึก ความอดทนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยการยกตะกร้าของใช้ที่ซื้อจากตลาดไปวางไว้อีกตำแหน่งหนึ่ง การกวาดบ้าน หรือการลุกยืนจากเก้าอี้ ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมทางกายที่สามารถทำเองได้ง่ายๆ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

หลักการที่ 2 กิจกรรมที่มีความท้าทาย (Challenge) โดยเลือกกิจกรรมที่มีความท้าทายความสามารถของผู้สูงอายุ แต่ไม่ควรเกินความสามารถที่จะทำได้ ทั้งทักษะ การรับรู้รู้สึกและการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการฝึกทักษะป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุ เช่น การยืนขาเดียวพร้อมกับการหลับตา การเดินในพื้นที่ไม่มั่นคง การยกน้ำหนักที่เพิ่มความหนักมากขึ้น เป็นต้น

หลักการที่ 3 กิจกรรมมีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้สูงอายุ (Accommodation) เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีภาวะร่างกายที่อ่อนแอ (Frailty) พร้อมกับการมีภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ ฉะนั้นผู้สูงอายุ

เหล่านี้จะต้องมีการจัดกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหัวใจ ควรเริ่มจากการออกกำลังกายระดับเบา ก่อน แล้วค่อยๆ ปรับเพิ่มจนได้ระดับการออกกำลังกายที่มีความแรงในระดับปานกลาง และปัจจุบันกิจกรรมทางกายระดับเบา (Low intensity) กำลังเป็นที่นิยมกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหัวใจ เช่น การเดินขึ้นบันได การทำงานที่บ้าน (ยกเว้นการยกหรือผลักดันของหนัก) (Blumenthal, rejeski, Walsh-Riddle et al., 1988) หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่าหรือเป็นอัมพฤกษ์ อาจจะใช้จักรยานแบบตั้งอยู่กับที่ได้ดีกว่าการเดิน แต่ถ้ามีอาการปวดเข่าเพิ่มมากขึ้นขณะทำกิจกรรม ควรลดความหนักและระยะเวลาการทำกิจกรรมลง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น และสำหรับผู้สูงอายุที่มีความพิการ ซึ่งมีภาวะความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันนั้นควรจะเลือกกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย (Functional fitness)



### รูปแบบกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ

จากแนวคิดและหลักการกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในบทที่ผ่านมา ประกอบกับการสังเคราะห์ผลงานวิจัยของผู้เขียนและงานวิจัยในต่างประเทศ มีข้อเสนอรูปแบบกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ 5 รูปแบบ ดังนี้ (Purakom et al, 2013 ; 2014)

กิจกรรมทางกายที่บ้าน (Household physical activity) หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำเป็นกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองที่บ้าน หรือในยามว่างหลังเสร็จภารกิจจากการทำงาน ได้แก่ งานบ้าน กวาดและถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ กวาดใบไม้ เดินขึ้นลงบันได เลี้ยงหลาน และการยกสิ่งของ เป็นต้น หรือการออกกำลังกายในช่วงยามว่าง เช่น การเดินแกว่งแขนการนั่งยกเกร็งขา การออกกำลังกายด้วยยางยืด ค่าการเผาผลาญพลังงานของกิจกรรมทางกายในกิจวัตรประจำวันจะมีค่าการเผาผลาญพลังงานที่แตกต่างกันไป รูปแบบกิจกรรมนี้ช่วยลดพฤติกรรมการอยู่นิ่งเฉยได้เป็นอย่างดี

ตารางที่ 7 แสดงค่าการเผาผลาญพลังงานของกิจกรรมทางกายในกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรม	ค่า METs ต่ำสุด	ค่า METs สูงสุด
นอนราบ นิ่งพิงพนัก	1	1.2
ยืนนิ่งๆ	1.2	1.5
นั่งรับประทานอาหาร	1	2
ซักผ้า (ใช้เครื่อง)	2	5
เดินบันได	5	7
งานบ้านทั่วไป	3	4
ซื้อของในซูเปอร์มาร์เก็ต	2	3
ซื้อของในตลาด	3	5
ล้างจาน	2	3
ล้างรถ	6	7
รดน้ำต้นไม้	2	4

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549

**2. กิจกรรมทางกายโดยการเดินทาง (Travel physical activity)** เป็นกิจกรรมขณะเดินทางจากบ้านไปอีกสถานที่หนึ่ง หรือจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง ผู้สูงอายุสามารถเลือกกิจกรรมรูปแบบนี้ไปปฏิบัติได้ง่ายอาจจะเลือกวิธีการเดิน ขี่จักรยาน หรือการเดินทางโดยระบบขนส่งมวลชนสาธารณะ ได้แก่ การเดินไปจ่ายตลาดในบริเวณใกล้เคียง, การเดินไปทำงาน การขี่จักรยาน หรือการเดินขึ้นลงบันไดในห้างสรรพสินค้า เป็นต้น จากการทบทวนเอกสารงานหลายฉบับได้สนับสนุนกิจกรรมการเดินทางว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกเพศทุกช่วงวัย สะดวกปลอดภัย และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประการสำคัญ คือ สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายได้ถึงระดับปานกลาง (Moderate physical activity) (Carrapatoso et al., 2013) พัฒนาสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดี หนึ่งโปรแกรมเดินดังกล่าวจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเดินทางได้ง่ายมากขึ้น และมีความปลอดภัยในการเดินทาง เช่น การสร้างทางเดินเท้าให้กับผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ พื้นที่สวนสาธารณะในชุมชนที่มีคุณภาพเป็น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่ส่งผลต่อการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในช่วงวัยกลาง (Mid

older ages) ผู้ที่พร้อมจะมีกิจกรรมทางเดินได้เป็นอย่างดีอีกประการหนึ่งด้วย (Cauwenberg et al., 2015)

### โปรแกรมจักรยาน (Cycling Program)

เป็นรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเป็นที่แพร่หลายในทวีปออสเตรเลีย และทวีปยุโรปหลายประเทศ เช่น เยอรมัน เนอร์เธอร์แลนด์ เบลเยียม สเปน เป็นต้น ตลอดจนประเทศในทวีปเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น และเกาหลี การขี่จักรยาน เป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาทีจะเป็นการเพิ่มกิจกรรมทางกายได้ถึงระดับปานกลาง (Moderate Physical activity) ช่วยลดอาการปวดข้อ ความดันโลหิตสูง หัวใจ และความเครียดได้ดี นอกจากนี้มีงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปร้อยละ 50 ที่ขี่จักรยานเป็นประจำสม่ำเสมอ มีอัตราการเป็นโรคหัวใจลดลง ในสัปดาห์แรกของการเริ่มต้นขี่จักรยานควรเริ่มจากเวลา 10 นาทีต่อวัน และสัปดาห์ต่อไปเพิ่มระยะเวลาและระยะทางเพิ่มขึ้นเป็น 15-20 นาที และสัปดาห์ถัดไปเพิ่มขึ้นอีกครั้งละ 5-10 นาที จนถึง 45 นาที จะเป็นการเผาผลาญพลังงานได้ถึง 2,000 - 9,000 แคลอรีต่อสัปดาห์ (Chodzko-Zajko, and Shwingel, 2011) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีการเพิ่มปริมาณการทำกิจกรรมการเดินหรือการขี่จักรยานขึ้นจากเดิมร้อยละ 25 การขี่จักรยานยังสามารถช่วยเพิ่มความสามารถด้านสมอง การดำเนินกิจกรรมประจำวัน การเดิน มวลกล้ามเนื้อเนื้อและความหนาแน่น มวลกระดูก (ประเสริฐ อัสสันชัย และคณะ, 2557) ซึ่งในระยะยาวโปรแกรมขี่จักรยานนี้จะพัฒนาเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ เช่นเดียวกับโปรแกรมการเดิน ทั้งนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมให้อื้อต่อการเดินทางได้ง่ายมากขึ้น และต้องมีความปลอดภัยในการเดินทาง เช่น การสร้างทางจักรยานเฉพาะ และสนับสนุนจักรยานให้ผู้สูงอายุใช้ในการเดินทางใกล้ๆ บ้าน เป็นต้น

### 3. กิจกรรมทางกายเชิงกิจกรรมนันทนาการ (Recreational physical activity)

หมายถึง กิจกรรมที่เป็นกิจกรรมนันทนาการในช่วงยามว่าง เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทางร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพจิตใจและสมองให้กับผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาว่างจากการทำงานบ้านหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ เช่น การร้องเพลง การเต้นรำ การวาดภาพ การถ่ายรูป การปลูกต้นไม้ เป็นต้น กิจกรรมทางกายลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ที่อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นเป็นเครื่องมือ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีความพึงพอใจในชีวิตช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุข มีความเพลิดเพลิน กระฉับกระเฉง และรับรู้ภาพพจน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง



ภาพที่ 22 ตัวอย่างกิจกรรมทางกายเชิงกิจกรรมนันทนาการ

ที่มา : โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

**4. กิจกรรมทางกายโดยการวางแผน (Planned exercise physical activity)** กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายและเล่นกีฬาชนิดต่างๆ ด้วยตนเองเป็นรายบุคคล หรือลักษณะเป็นกลุ่มชมรม หรือเป็นกิจกรรมออกกำลังกายหรือกีฬา (Bushman, 2011) ที่จัดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านพลศึกษาและกีฬา ซึ่งปกติจะมีการจัดกิจกรรมในกลุ่มวัยเด็กและเยาวชน เช่น การเล่นกีฬาในชั่วโมงพลศึกษาในโรงเรียน หรือกิจกรรมในกลุ่มวัยทำงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกายในห้องฟิตเนส โยคะ เต้นแอโรบิค แต่สำหรับในกลุ่มสูงอายุไทย กิจกรรมที่มักจะจัดกันโดยทั่วไป อาทิเช่น เต้นรำ รำไม้พลอง ยางยืด แอโรบิค แบบแรงกระแทกต่ำ เป็นต้น

นอกจากนี้ รูปแบบกิจกรรมทางกายโดยการวางแผนของผู้สูงอายุยังรวมถึงกีฬาเพื่อสุขภาพประเภทต่างๆ เช่น วายน้ำ เปตอง แบดมินตัน เทนนิส กอล์ฟ เป็นต้น โดยเฉพาะการว่ายน้ำ (Aquatic exercise) ถือว่าเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุดและให้ประโยชน์ได้มากกว่าทั้งในด้านแก้ปัญหา และการป้องกันการเสื่อมสภาพของร่างกายเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุ ว่ายน้ำเพียงวันละ 20 นาที ใต้น้ำอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จะสามารถสร้างสุขภาพ และช่วยให้มีชีวิตที่ดีกว่าอย่างเห็นได้ชัด การว่ายน้ำจะทำให้ทั้งระบบการไหลเวียนโลหิตและกล้ามเนื้อได้รับการพัฒนาแข็งแรงขึ้นในเวลาเดียวกันซึ่งทั้งสองอย่างนี้มีความสำคัญต่อสุขภาพ เพราะการว่ายน้ำจะทำให้มีการเผาผลาญพลังงานในร่างกายเป็น 2 เท่า ของการเดินขณะที่ไม่เกิดแรงกระแทกที่ข้อต่อต่างๆ และยังมีกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ถูกใช้งานมากกว่าเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบอื่น (Kim, 2008) นอกจากนี้ประโยชน์ของการว่ายน้ำ ต่อสุขภาพผู้สูงอายุดังกล่าว การว่ายน้ำยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาการทรงตัว และพัฒนาลักษณะท่าทางการเดินเพื่อป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุ (Kim, an O'Sullivan, 2013) และสำหรับผู้หญิงที่วัยหมดประจำเดือนนั้น การว่ายน้ำจะช่วยป้องกันมวลกระดูกลดลงได้เป็นอย่างดี (Rotstein, Harush, & Vaisman, 2008)

**5. กิจกรรมทางกายแบบผสมผสาน (Multi-component Program)** เป็นกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับระดับปานกลางถึงระดับหนัก (Moderate- Vigorous Physical activity) รูปแบบนี้จะนำกิจกรรมต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นมาจัดผสมผสานกัน เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด (Aerobic fitness) ระบบกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่น (Muscular fitness and flexibility) และด้านการทรงตัวและความว่องไว (Balancing and agility) ให้กับผู้สูงอายุ (Chodzko-Zajko and Shwingel, 2011) มีรายงานวิจัยหลายฉบับ ได้นำรูปแบบกิจกรรมทางกาย

แบบผสมผสานเช่นนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนอย่างแพร่หลาย เช่น ในหนึ่งสัปดาห์จัดให้มีการเดิน 30 นาที การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการยกน้ำหนัก 20 นาที หรือการจัดกิจกรรมการเต้นรำ 30 นาที และการรำไทเก๊ก 20 นาที เป็นต้น ซึ่งผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกาย ในระยะเวลา 24 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มสมรรถภาพด้านความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และลดพฤติกรรมการอยู่เฉยของผู้สูงอายุ (Carvalho, Marques, Soares, & Mota, 2010 ; Toto et al., 2012 ; Purakom, 2014 ; Nakornkhet, Purakom, Tanomsuk, & Pupanead, 2014)

### โปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

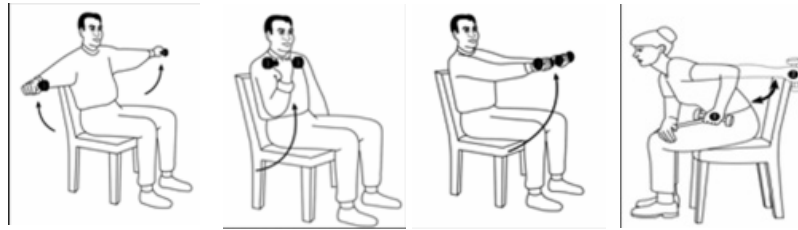
โปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมีหลายโปรแกรม ปกติจะรวมทั้งการอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) และการผ่อนคลาย (Cool-down) ทั้งการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นการพัฒนาสมรรถภาพทางกาย และสมรรถภาพทางจิตและสมอง นับว่าโปรแกรมเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ในที่นี้ผู้เขียนขอเสนอโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่เสริมสร้างสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนี้ (Elsawy and Higgins, 2010 ; ACSM, 2006)

1. โปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างระบบความอดทน แอโรบิค (Aerobic endurance program) กิจกรรมในลักษณะแอโรบิค ควรจะกระทำติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาทีต่อวัน โดยที่ทำการออกกำลังกายปานกลาง ผสมผสานกับกิจกรรมที่ออกแรงอย่างหนัก ที่เท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรเพิ่มระดับความหนักของการกระทำกิจกรรมที่เล็กลงๆ โดยเริ่มจากระดับเริ่มต้นไปสู่ระยะก้าวหน้า ตามลำดับ กิจกรรมในโปรแกรมลักษณะนี้ ได้แก่

- ออกกำลังกายแอโรบิค
- การเดิน
- การขี่จักรยาน
- การเต้นรำ
- กอล์ฟ (ไม่ใช่รถกอล์ฟ)
- การทำกิจกรรมงานสวน เช่น การถางหญ้า
- การตัดหญ้า ตัดต้นไม้
- ว่ายน้ำ
- เทนนิส

2. โปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างระบบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle-strengthening Program) กิจกรรมสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทั้งกล้ามเนื้อแขน และกล้ามเนื้อขา ควรจะทำ 2-3 วันต่อสัปดาห์ เพื่อจะช่วยคงรักษา สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และมวลกระดูก กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมลักษณะนี้ ได้แก่

- ออกกำลังกายด้วยไม้พลอง (Stick club exercise)
- ยกน้ำหนัก (Weight lifting)
- ยางยืด (Rubber band exercise)
- ไทเก๊ก (Tai chi)
- การทำกิจกรรมงานบ้าน เช่น การยกและถือของ การกวาดและถูบ้าน



ภาพที่ 11 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนบน

ที่มา : <http://chair.kiwiped.com/exercise-chair-for-seniors/>



ภาพที่ 12 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนล่าง

ที่มา : <http://www.aafp.org/aafp/2004/0301/p1203.html>



ที่มา : <http://chair.kiwiped.com/exercise-chair-for-seniors/>

3. โปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ (Flexibility program) เพื่อเพิ่มมุมมองของการเคลื่อนไหวของข้อต่อและข้อกระดูก (Range of motion; ROM) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันโดยไม่มีข้อจำกัด และไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น และ

สามารถป้องกันการหกล้ม ข้อยึดติด และการบาดเจ็บของร่างกาย สามารถปฏิบัติได้ทุกวัน วันละ 30 นาที กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมลักษณะนี้ ได้แก่

- โยคะ (Yoka)
- ไทเก๊ก (Tai chi)
- การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 23 ตัวอย่างวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนบน

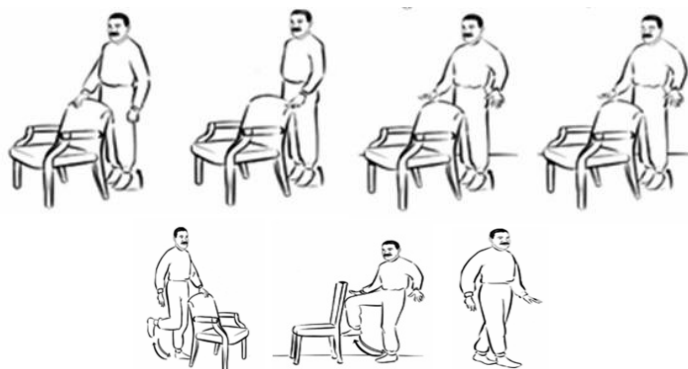
ที่มา : [http://ec.europa.eu/education/tools/llp\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/tools/llp_en.htm)



ภาพที่ 24 ตัวอย่างวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนล่าง

ที่มา : [http://ec.europa.eu/education/tools/llp\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/tools/llp_en.htm)

4. โปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างความคล่องแคล่วว่องไว และความสมดุล (Agility and balance program) เพื่อการป้องกันการหกล้ม และอุบัติเหตุ ควรทำวันละ 2 เซทๆละ 10-20 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2-3 วันต่อสัปดาห์ (Jones and Rose, 2004) ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การเดินด้วยส้นเท้าและปลายนิ้วเท้า การเดินถอยหลัง การฝึกยืนด้วยขาข้างเดียวการยืนเท้าต่อเท้า



ภาพที่ 25 ตัวอย่างทำการเสริมสร้างความสมดุลร่างกาย

ที่มา : <http://chair.kiwiped.com/exercise-chair-for-seniors/>

### การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย

ประเด็นสำคัญที่นักวิชาการด้านกิจกรรมทางกายต้องพิจารณาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อันเนื่องจากการขาดการออกกำลังกายหรือการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง นั่นคือ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุ ที่สัมพันธ์กับปัจจัยทั้งด้านส่วนบุคคล ความเชื่อ ทศนคติต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่จะมีหรือไม่มีกิจกรรมทางกาย การคงรักษาพฤติกรรมหรือการยกเลิกพฤติกรรมไปในช่วงกลางทางด้วยเหตุผลต่างๆ นานา ในบทนี้จะได้กล่าวถึงทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน แบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ทั้งระดับจุลภาคและระดับมหภาคที่นำมาอธิบายพฤติกรรมหรือนำมาใช้ในการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่แพร่หลายในปัจจุบัน

#### ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย หรือเพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่งเริ่มมีส่วนร่วมกิจกรรมทางกาย หรือที่มีพฤติกรรมอยู่แล้วแต่จะคงรักษาให้คงที่สม่ำเสมอหรือทำกิจกรรมไปได้ช่วงระยะหนึ่งและต่อมาหยุดไประหว่างทาง (Drop out) หรือการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆ นั้นมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุหลายปัจจัยไม่มีปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมกิจกรรมทางกายได้เพียงปัจจัยเดียว แต่ต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สังคม-สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เชื้อชาติ ศาสนา เพศ อายุ ชาติพันธุ์ ที่พักอาศัย ฐานะทางสังคม-เศรษฐกิจ และระดับการศึกษา เช่น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการ

ดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมได้ดี มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาไขข้ออักเสบ จะเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมทางกาย หรือผู้ที่มีปัญหาน้ำหนักเกิน และสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า (Jones & Rikli, 2002) การที่นักวางแผน และจัดโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้เอาชนะ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และความเชื่อ และปัจจัยด้านจิตวิทยาต่างๆ ยังส่งผล ต่อพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ผู้สูงอายุจะรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของกิจกรรมทางกายในการ ปรับปรุงสุขภาพ ป้องกันโรคและความพิการ เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อ สุขภาพและรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนหรือมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อพยายามที่จะลดปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การไม่มีเวลา, การมีสุขภาพไม่ดี เป็นต้น จากรายงานวิจัยของ Sallis & Owen, (1999) พบว่า ปัจจัยด้านส่วนบุคคลเพศชาย กรรมพันธุ์ รายได้ และระดับการศึกษาที่สูง มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกาย ตารางที่ 8 ปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกาย

ปัจจัย/ตัววัด	ความสัมพันธ์ กับระดับกิจกรรม	ปัจจัย/ตัววัด	ความสัมพันธ์ กับระดับกิจกรรม
อายุที่เพิ่มขึ้น	-	อาชีพรับจ้าง	-
การไม่มีบุตร	+	ระดับการศึกษาสูง	+
เพศชาย	++	การมีครอบครัว	-
กรรมพันธุ์	++	เสี่ยงสูงต่อ การเกิดโรคหัวใจ	-
รายได้สูง	++	ประวัติอุบัติเหตุที่ผ่านมา	+
น้ำหนักเกิน/อ้วน	-	เชื้อชาติ (ไม่ใช่ผิวขาว)	-

ที่มา : Sallis & Owen, (1999)

2. ปัจจัยด้านโปรแกรมกิจกรรม โปรแกรมกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ทั้งเรื่องของโครงสร้างรูปแบบ ความหนัก ความสะดวกในการเดินทาง หรือ ค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงมักจะมาร่วมกิจกรรมทางกายแบบเป็นกลุ่ม เช่น ไม้พลองรำไทเก๊ก แอโรบิค แต่สำหรับผู้สูงอายุชาย มักจะร่วมกิจกรรมแบบรายบุคคล เช่น การเดิน การวิ่ง การขี่จักรยาน การทำสวน เป็นต้น และส่วนใหญ่ ทั้งหญิงและชายมักจะชอบกิจกรรมนอกบ้าน ดังนั้นโปรแกรมกิจกรรมทางกายที่บ้าน (Home based program) จึงเป็นที่นิยมมากกว่าโปรแกรมกิจกรรมทางกายแบบกลุ่ม (Wilcox, Brassington and Ahn, 1999) อย่างไรก็ตาม กิจกรรมทางกายแบบเป็นกลุ่มสามารถดึงดูดสมาชิกผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมทางกายต่อเนื่อง โดยเฉพาะคุณลักษณะเครือข่ายทางสังคมในกิจกรรมยังเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกทำกิจกรรมได้อย่างยาวนานมากกว่า

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและด้านกายภาพมีอิทธิพลต่อการเข้ามาร่วมทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุปัจจัยทางสังคมที่สำคัญ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากเพื่อน ครอบครัว ญาติ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้นำกิจกรรม โดยจะเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยด้านกายภาพที่มีอิทธิพล เช่น ระยะทางการเดินทางอากาศ สถานที่ออกกำลังกาย และสิ่งอำนวยความสะดวก ปัจจัยด้านกายภาพต่างมีผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกายทั้งสิ้น จากรายงานทั้งในประเทศและ



ต่างประเทศชี้ชัดว่า 7 ประเด็นที่ปัญหาอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเอาชนะอุปสรรค คือ การบริหารจัดการเวลา อายุ ปัญหาสุขภาพผู้ที่จะพาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เพื่อน อากาศ และการสนับสนุนจากลูกหลานหรือคนในครอบครัว (อัจฉรา ปุราคม นพพร จันทน์นำชู และ รัตเกล้า เปรมประสิทธิ์, 2552 ; พิทักษ์พงศ์ และ ดาว, 2554 ; Jones and Rikili, 2002)

ตารางที่ 9 ประเด็นปัญหาอุปสรรคและปัจจัยการสร้างแรงกระตุ้น

ประเด็นปัญหาอุปสรรค	ปัจจัยการสร้างแรงกระตุ้นเพื่อเอาชนะอุปสรรค
ฉันไม่มีเวลา	บริหารจัดการเวลาให้ลงตัว จัดสรรเวลาในช่วงกิจกรรมประจำวัน เช่น เวลาทำกับข้าว การรดน้ำต้นไม้
ฉันอายุมากเกินไปที่จะไปออกกำลังกาย	ควรบอกตนเองว่าท่านสามารถยังทำอะไรได้อีกหลายอย่างได้ และเมื่อไรที่เริ่ม จะมีกำลังใจมากขึ้น
ฉันมีปัญหาสุขภาพ	บอกตนเองว่ากิจกรรมทางกายจะเป็นยารักษาโรคของท่านให้หายเร็วขึ้น
ฉันไม่มีคนพาไป	ค้นหากิจกรรมที่สามารถทำเองที่บ้านได้ เช่น ยางยืด การเดินรอบบ้าน
ฉันไม่มีเพื่อน	ชักชวนคู่สามีภรรยาหรือญาติ ลูกหลาน หรือเพื่อนไปทำกิจกรรมร่วมกัน
อากาศร้อนเกินไป	เลือกหาสถานที่ใหม่ๆ เช่น ห้างสรรพสินค้าร้านค้าที่มีแอร์คอนดิชั่น
ลูกหลานให้อยู่เฉยๆ	ทำกิจกรรมประจำวันเท่าที่จะทำได้ด้วยตนเอง

ที่มา : Jones and Rikili, 2002 ; National ageing research institute, 2006

### กลวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เป็นที่เข้าใจและยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายเป็นเรื่องที่ยากลำบากมาก อย่างไรก็ตามนักวิชาการด้านกิจกรรมทางกายได้พยายามค้นหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยได้นำเอาทฤษฎีด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล และระดับสังคมมาใช้เพื่อนำความเข้าใจกับพฤติกรรมของบุคคล และพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

### แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model of Behavioral Change - TTM)

แบบจำลองนี้พัฒนาขึ้นโดย Prochaska และ DiClemente และ Norcross ในปี ค.ศ.1977 ในปี ค.ศ.1977-1980 มุ่งเน้นการตัดสินใจของบุคคลที่ตั้งใจจะลงมือปฏิบัติที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งด้านพฤติกรรมปัญญา จิตตปัญญา และการปฏิบัติ และคงรักษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้มีระดับสูงสุดได้ โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลมีความสามารถในการรับรู้ในตนเองบุคคลนั้นจะมีความสามารถจัดการกับสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะแตกต่างจากทฤษฎีการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ แนวคิดนี้ได้กำหนดขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) ออกเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ขั้นก่อนที่จะคิดพิจารณา (2) ขั้นคิดพิจารณาไตร่ตรอง (3) ขั้นจัดเตรียมตนเองให้พร้อมจะเปลี่ยนแปลง (4) ขั้นการลงมือกระทำ (5) ขั้นคงสภาพของการเปลี่ยนแปลง และ (6) ขั้นเปลี่ยนแปลงโดยสมบูรณ์อธิบาย ดังนี้

1. ขั้นก่อนที่จะคิดพิจารณา (Pre-contemplation stage) ในขั้นตอนนี้บุคคลจะไม่สนใจหลีกเลี่ยง ไม่ยอมรับ หรือไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองกระทำ อาจจะเห็น

ประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย แต่ไม่ตระหนักว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงสุขภาพ และเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องที่ยากลำบาก จึงไม่ยินดีหรือไม่สนใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

2. **ขั้นคิดพิจารณาไตร่ตรอง (Contemplation stage)** เป็นขั้นตอนที่บุคคลเพิ่มรับรู้ปัญหาว่าหากทำพฤติกรรมเดิมอาจจะเกิดโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าเป็นโรคจะมีความรุนแรงต่อ ชีวิตของตนเองและคนใกล้ชิด ขั้นตอนนี้บุคคลจะเริ่มประเมินประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น และเริ่มมีแนวโน้ม ที่จะเปลี่ยนแปลงในวันข้างหน้าในอนาคตอันใกล้ ไม่ใช่เปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันทันทีทันใด ในระยะนี้จะมีความตั้งใจที่ทำการกิจกรรม เช่น การซื้อรองเท้าวิ่ง การเดินในสวนสาธารณะบริเวณระแวกบ้าน

3. **ขั้นจัดเตรียมตนเองให้พร้อมจะเปลี่ยนแปลง (Preparation stage)** ช่วงนี้บุคคลมีความตั้งใจและมีการวางแผนที่จะลงมือปฏิบัติ และได้ทดลองปฏิบัติเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลง เช่น การทดลองเข้าร่วมกิจกรรมแบบเป็นกลุ่มไปร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ หรือการศึกษาวิธีการออกกำลังกายใหม่ๆ ในช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่ดีที่จะเริ่มรับสมัครผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมทางกาย แต่ในขั้นนี้บุคคลอาจจะทำการกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ

4. **ขั้นการลงมือกระทำ (Action stage)** เป็นขั้นตอนที่บุคคลลงมือปฏิบัติกิจกรรมทางกายวิธีใดวิธีหนึ่งมาแล้วเป็นช่วงระยะหนึ่ง เพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เคยทำเป็นปกติในวิถีชีวิต แล้วสังเกตติดตามผลลัพธ์ของการกระทำประเมินผลของตนเองที่ทำไปแล้วว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์อย่างไรบ้าง เช่น น้ำหนักลดลง นอนหลับง่ายขึ้น และทำการติดตามผลลัพธ์ว่าคุณมีสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งการกระทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงนี้ อาจจะยังไม่สามารถคงรักษาพฤติกรรมได้อย่างยาวนาน

5. **ขั้นคงสภาพของการเปลี่ยนแปลง (Maintenance stage)** เป็นขั้นตอนที่บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยจะเริ่มกระทำจนกระทั่งกลายเป็นวิถีชีวิต นับเป็นช่วงของการตัดสินใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงกำหนดให้ตนเองคงสภาพให้ดำเนินการต่อไปโดยไม่มีอาการอ่อนล้า เพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม

6. **ขั้นเปลี่ยนแปลงโดยสมบูรณ์ (Termination stage)** เป็นช่วงระยะเวลาที่บุคคลผู้ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถจัดการปัญหาได้แล้วไม่ว่าจะมีภาวะความวิตกกังวล เครียด และภาวะกดดันใดๆ บุคคลนั้นจะไม่หวนกลับไปสู่การประพฤติดั้งเดิมพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเช่นเดิมอีก และบุคคลจะมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพแห่งตน (Self-efficacy)

### **กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Processes of Change)**

ในขั้นตอนแบบจำลองทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงนี้ Prochaska & DiClemente (1984) ยังได้เสนอองค์ประกอบร่วมที่สำคัญ เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือ กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Processes of Change) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาทั้งภายในและภายนอก ประกอบด้วย 10 กระบวนการ ดังนี้

1. **การยกระดับจิตสำนึก (Consciousness raising)** คือ การเพิ่มความตระหนักรู้ถึงสาเหตุและผลลัพธ์ที่จะตามมา ตลอดจนการดูแลรักษาโรคอันเกิดจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมที่จะช่วยยกระดับการตระหนักรู้ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การให้การศึกษา (Education) การเผชิญหน้าต่อปัญหา (Confrontation) การให้ความหมาย (Interpretation) และการสื่อสารเพื่อการรณรงค์สาธารณะ (Media campaigns)

2. การแสดงออกเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ (Dramatic relief) เป็นการเริ่มต้นของการแสดงออกด้านอารมณ์ซึ่งช่วยลดผลกระทบต่อบุคคลในภายหลัง วิธีการผ่อนคลายตัวอย่างเช่น การแสดงละคร บทบาทสมมติการแสดงออกถึงความเศร้าเสียใจ เป็นต้น

3. การประเมินซ้ำด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental reevaluation) เป็นการประเมินสุนิสัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อสังคม-สิ่งแวดล้อมของบุคคลว่าเป็นอย่างไร โดยการผสมผสานแนวคิดพุทธปัญญาและจิตปัญญาเข้าด้วยกัน เช่น การประเมินการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นอย่างไร เทคนิคที่ใช้ในการประเมิน เช่น การฝึกทักษะการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะสุขภาพให้กับครอบครัว เป็นต้น

4. การสร้างโอกาสทางสังคม (Social liberation) เป็นความต้องการที่จะเพิ่มโอกาสทางสังคมและช่องทางเลือกต่าง ๆ ให้แก่บุคคลที่อยู่ในภาวะปัญหาสุขภาพ วิธีการสร้างโอกาสทางสังคมคือ การชี้แนะ ชี้นำ การสร้างพลังอำนาจ และการกำหนดนโยบายอย่างเหมาะสม เพื่อจะช่วยให้เพิ่มโอกาสการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายให้กับกลุ่มประชาชนกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและประชาชนกลุ่มขาดโอกาส

5. การประเมินซ้ำด้านตนเอง (Self reevaluation) เป็นการที่มีต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ทั้งลักษณะนิสัยที่ดีและไม่ดี เทคนิควิธีการเพื่อการประเมินตนเองซ้ำ ตัวอย่างเช่น การทำความเข้าใจระดับในด้านคุณค่าสุขภาพ การสร้างบุคคลต้นแบบสุขภาพดี และการจินตนาการด้านสุขภาพ เป็นต้น

6. ความมั่นใจในตนเอง (Self liberation) เป็นทั้งความเชื่อและความมั่นใจของบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้และมีค่านับถือว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้นอย่างจริงจัง เช่น การสัญญาตนเองในวันปีใหม่ หรือการกล่าวในที่สาธารณะว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

7. ความสัมพันธ์เชิงการช่วยเหลือ (Helping relationship) เป็นการผสมผสานระหว่าง การดูแลรักษา ความไว้วางใจ การเปิดใจกว้างและการยอมรับซึ่งกันและกัน รวมทั้งการสนับสนุนเกื้อกูลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ เทคนิควิธีการที่ใช้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม โดยวิธีการกลุ่มเพื่อน/ชุมชนบำบัด ศูนย์ฮอตไลน์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และเพื่อนดูแลเพื่อน เป็นต้น

8. การสร้างเงื่อนไขเชิงรุก (Counter conditioning) เป็นความต้องการที่จะเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาแทนที่พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ วิธีการสร้างเงื่อนไข เช่น การออกกำลังกายสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นต้น

9. การจัดการผลที่อาจจะเกิดขึ้น (Reinforcement management) เป็นการแสดงให้เห็นขั้นตอนของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอนเช่น การให้รางวัลจะมีคุณค่าต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีกว่าการลงโทษการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็น สิ่งที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างแนวคิดเชิงบวกแก่ตนเอง

10. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) เป็นการขจัดสุนิสัยที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพขณะเดียวกัน เป็นการสร้างทางเลือกใหม่เพื่อการมีสุขภาพดีอย่างทันที วิธีการควบคุมสิ่งเร้า เช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมใหม่ และการสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น วิธีการดังกล่าวเหล่านี้ นอกจากจะส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแล้วยังสามารถลดความเสี่ยงที่บุคคลจะกลับมาสร้างปัญหาสุขภาพใหม่ได้เป็นอย่างดี

Prochaska and Velicer (1997) เสนอว่า บุคคลที่อยู่ในขั้นตอนก่อนคิดพิจารณา (Precontemplation) และขั้นตอนคิดพิจารณาไตร่ตรอง (Contemplation) กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมในขั้นนี้ คือ การยกระดับจิตสำนึก การประเมินซ้ำทางสิ่งแวดล้อม การแสดงออกเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ และการสร้างโอกาสทางสังคม และสำหรับบุคคลที่อยู่ระหว่างขั้นตอนคิดพิจารณาไตร่ตรอง (Contemplation) กับขั้นตอนการจัดเตรียมตนเอง (Preparation) กระบวนการที่ใช้ คือ การประเมินซ้ำด้านตนเอง เมื่อบุคคลเข้าสู่ระยะการจัดเตรียมตนเอง (Preparation) ถึงระยะการลงมือกระทำ (Action) กระบวนการที่เหมาะสม คือ การสร้างความมั่นใจในการกระทำของตน ส่วนกระบวนการความสัมพันธ์เชิงการช่วยเหลือ และการสร้างเงื่อนไขเชิงรุกเหมาะสมสำหรับบุคคลที่อยู่ในขั้นตั้งแต่การจัดเตรียมตนเอง (Preparation) การลงมือกระทำ (Action) และการคงสภาพการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) นอกเหนือจากกระบวนการความสัมพันธ์เชิงการช่วยเหลือและการสร้างเงื่อนไขเชิงรุกดังกล่าวข้างต้น ยังต้องการกระบวนการจัดการผลที่อาจเกิดขึ้นทางบวก และการควบคุมสิ่งเร้า

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย เช่น รายงานวิจัยเรื่องผลของการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมนิ่งเฉยให้มีพฤติกรรมกระฉับกระเฉงของ Wood et al. (2002) โดยทำการทดลอง แบบ Pre-Post Randomized control design กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มนักศึกษามีพฤติกรรมนิ่งเฉยในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษ โดยจะดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในศูนย์กีฬาและนันทนาการเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดีกว่า กลุ่มควบคุม โดยเฉพาะขั้นตอนกิจกรรมการยกจิตสำนึกการสร้าง ความมั่นใจในตนเอง การสร้างความรับผิดชอบ การจัดการผลที่อาจเกิดขึ้น และการสร้างเงื่อนไขเชิงรุก มีกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาปรับปรุงตนเองมากที่สุด

### ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

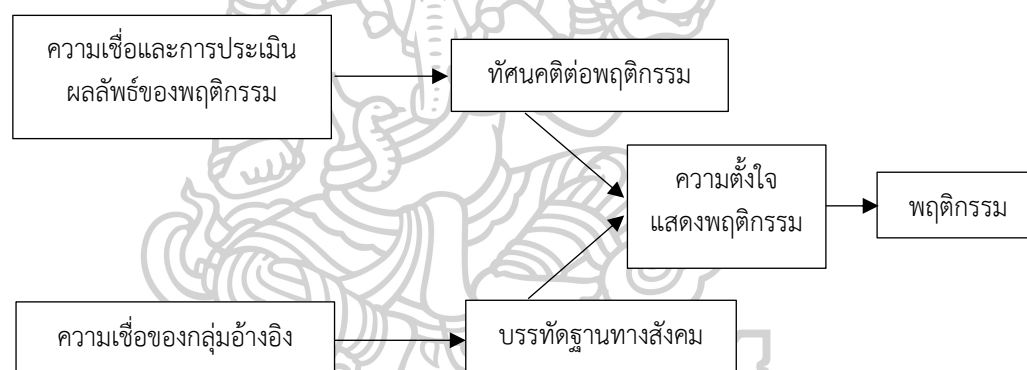
Ajzen and Fishbein (1980) พัฒนาทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลเพื่อทำนายพฤติกรรมมนุษย์ โดยใช้เวลาในการปรับปรุง พัฒนา และทดสอบ เป็นเวลากว่า 15 ปี จนเสร็จสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 1975 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่ามนุษย์มีการใช้เหตุผล และข้อมูลอย่างเป็นระบบก่อนที่จะตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ ดังนั้นการที่จะทำนายและเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลได้นั้น ต้องใช้วิธีการวัดจากความตั้งใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมสามารถวัดได้จากปัจจัยทั้ง 2 ส่วน ดังนี้

1. ทิศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward Behavior) ถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ และการประเมินคุณค่าของผลของการกระทำนั้น ตามทฤษฎีนี้เชื่อว่า ถ้าบุคคลประเมินได้ว่าผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมจะเป็นไปในทางบวก บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่า การแสดงพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในทางลบ บุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วย หรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น

2. บรรทัดฐานทางสังคมต่อการแสดงพฤติกรรม (Subjective Norms) การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลอย่างมากต่อบุคคลโดยการคาดคะเนถึงความรู้สึกรวมของกลุ่มอ้างอิงให้บุคคลตระหนักว่าควรแสดง หรือไม่ควรแสดงพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้การแสดงพฤติกรรมของบุคคลยัง

ขึ้นกับพฤติกรรมเป้าหมายที่จะแสดง บริบททางสังคม และกลุ่มเป้าหมายประชากรที่จะทำการศึกษา ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมจะสามารถทำนายได้อย่างแม่นยำ หรือจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับใดนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ๓ ประการ ความสอดคล้องกันของเกณฑ์ในการวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ทั้งความสอดคล้องในองค์ประกอบด้านการกระทำเป้าหมาย สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม และเวลา และระดับความมั่นคงของความตั้งใจ ถ้าความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมีความมั่นคงหรือความคงทนสูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูงด้วย

3. ตัวบ่งชี้ที่ใกล้ชิดของการแสดงพฤติกรรม (Intermediate determinant of behavior) คือ ทักษะคิดต่อการกระทำพฤติกรรม (attitude toward behavior) และบรรทัดฐานของทางสังคม (subjective norms) การทำนายพฤติกรรมอาจเป็นการทำนายในระดับปัจเจกบุคคลหรือระดับบุคคลโดยรวม ในการทำนายพฤติกรรมระดับปัจเจกบุคคล จะเป็นการถามถึงความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องของเกณฑ์ระหว่างความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมกับพฤติกรรมจริง (Actual behavior)



ภาพที่ 26 แสดงทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา : Ajzen and Fishbein (1988 อ้างใน Glanz ,Lewis and Rimer,1991)

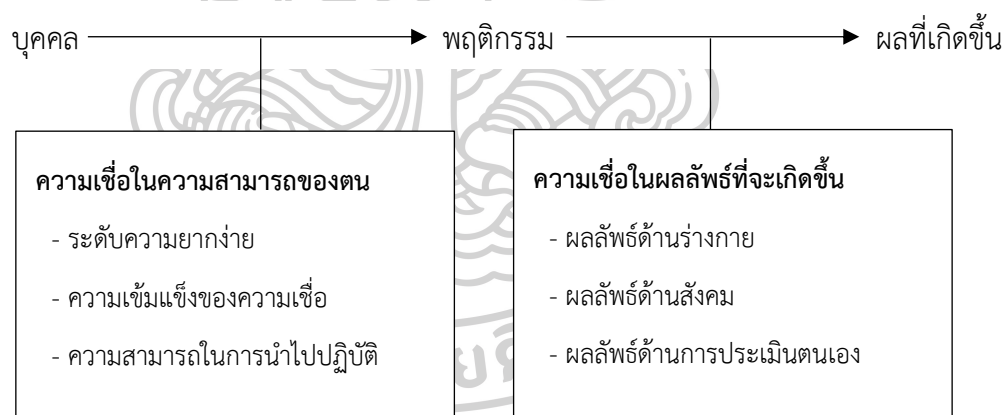
ดังภาพที่ 26 อธิบายได้ว่าความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลมาจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้นๆ อันเป็นผลมาจากความเชื่อและการประเมินถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรม เช่น ถ้าเชื่อและประเมินได้ว่าผลลัพธ์ของพฤติกรรมจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในขณะที่เดียวกันยังมีอิทธิพลของบรรทัดฐานทางสังคมที่ยึดโยงกับความเชื่อของกลุ่มอ้างอิงอันจะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจแสดงพฤติกรรม ดังนั้นถ้าตัวบ่งชี้ด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานทางสังคมเป็นไปในทิศทางที่พึงปรารถนา บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด จากการที่ผู้เขียนศึกษารายงานวิจัยหลายฉบับในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการนำทฤษฎีนี้ไปในงานวิจัยกิจกรรมทางกายจำนวนมากกว่า 10 เรื่อง โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเชิงทฤษฎี (Theory constructs) และการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมทางกาย ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Smith and Biddle (1999) ทำการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมทางกายบนพื้นฐานทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน พบว่า ภายหลังการ

ทดลอง 10 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานที่มีพฤติกรรมนั่งเฉยมีความตั้งใจในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

### ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self efficacy Theory)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น ทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Bandura (1977) ทั้งนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจัดการหรือดำเนินการเองได้จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาแม้จะเจอกับปัญหาหรืออุปสรรคก็จะอดทนไม่ยอมท้อถอย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมา และมีผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ออกมา ถ้ามีเพียงด้านหนึ่งด้านใดสูงหรือต่ำแล้ว แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นอาจไม่แสดงพฤติกรรมออกมา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือการรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectations) กล่าวคือความมั่นใจว่าบุคคลนั้นจะสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนที่พฤติกรรมจะแสดงออกมาและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) จากการกระทำของตน

#### การรับรู้สมรรถนะแห่งตน



ภาพที่ 27 ความสัมพันธ์อย่างมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1997 อ้างใน Glanz, Rimer & Viswanath, 2008)

ดังภาพที่ 17 สรุปได้ว่าการที่บุคคลจะแสดงออกถึงการกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าตนเองนั้นรับรู้ว่ามีศักยภาพมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นและเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามผลลัพธ์ที่ตนเองต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองแต่คาดหวังว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็จะมีโอกาสไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ไม่แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา Bandura (1997 อ้างใน Glanz, Rimer & Viswanath, 2008) เสนอว่าการพัฒนาการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองมี 4 วิธี ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) วิธีการนี้เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะมาจากประสบการณ์โดยตรงของตัวบุคคลความสำเร็จที่ผ่านมาจะทำให้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ เพราะฉะนั้นการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต้องทำการฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้รับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น บุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถก็จะเป็นไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การสังเกตตัวแบบ (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) เป็นการสังเกตจากตัวแบบที่ประสบกับความสำเร็จหรือประสบกับความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งย่อมจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นด้วยโดยเฉพาะถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะเหมือนหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไรจะยังมีอิทธิพลต่อผู้สังเกตมากขึ้น การได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจจะส่งผลให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถทำได้และจะประสบความสำเร็จได้เช่นกันถ้ามีความเพียรพยายามอย่างจริงจัง การใช้ตัวแบบนี้ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attention processes) เมื่อบุคคลทำการสังเกตแล้วแต่ไม่สามารถเรียนรู้ได้ ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจจริงและรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบ ซึ่งการแสดงออกกระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น ตัวแบบที่มีลักษณะเด่นและมีพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมากจนเกินไป เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ และง่ายต่อความเข้าใจง่าย

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เมื่อสังเกตตัวแบบแล้วบุคคลนั้นจะต้องจดจำลักษณะของตัวแบบด้วย จากนั้นต้องทำการจำแนกข้อมูลจากตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ที่ตนเองเข้าใจและจัดโครงสร้างเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ ดังนั้นการเก็บจำจึงสามารถทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไปในระยะเวลาหนึ่ง

กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) กระบวนการนี้เป็นวิธีที่ผู้สังเกตจำแนกสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นแสดงออกมาเป็นการกระทำข้อมูลย้อนกลับที่ได้มาจากการกระทำของตนเองและนำไปเปรียบเทียบกับการกระทำกับภาพที่จดจำได้ กระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้สังเกตปรับปรุงพฤติกรรมเลียนแบบของตนเองจนเป็นที่พึงพอใจ

กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) การแสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะแสดงออกมาหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอกถ้าพฤติกรรมของตัวแบบเป็นผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้แน่นอนมีเลียนแบบจะสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบว่าตนคือผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้นเช่นกัน

ตารางที่ 10 กลวิธีสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย

กลวิธี	การอธิบายวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ	ทำการวัดประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายในช่วงก่อนการเริ่มทำกิจกรรมทางกาย และให้ผู้สูงอายุค้นหาความคาดหวัง กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมทางกาย และฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยตนเอง และ 3 เดือนต่อมา ทำการตรวจวัดประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายซ้ำ ผู้สูงอายุจะทราบผลว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น และเกิดการรับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ตามเป้าหมาย
การสังเกตตัวแบบหรือประสบการณ์ - กระบวนการตั้งใจ	ผู้สูงอายุสามารถสังเกตจากเพื่อนซึ่งเป็นตัวแบบที่สามารถลดน้ำหนัก ความดันโลหิตสูงลงได้
- กระบวนการเก็บจำ	ผู้สูงอายุสามารถจดจำท่าทางของการออกกำลังกายตามที่ผู้นำสอน และสามารถปฏิบัติได้เอง หรือสามารถเปลี่ยนมาเป็นผู้นำกลุ่มออกกำลังกายแทนได้
กลวิธี	การอธิบายวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- กระบวนการกระทำ	หลังจากผู้สูงอายุจดจำท่าทางของการออกกำลังกายตาม และสามารถประยุกต์ท่าทางการออกกำลังกาย โดยอาจจะนำวิธีการออกกำลังกายวิธีอื่นมาประยุกต์ร่วมได้ตามความเหมาะสม
- กระบวนการจูงใจ	การจูงใจจากเพื่อน ผู้นำ หรือหน่วยงานที่สนับสนุนกิจกรรมทางกาย หรือการให้รางวัล โดยวิธีการกล่อมโยยชมเชย การให้ของรางวัล การพาไปทัศนศึกษา

### ทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน (Theory of Planned Behavior-TpB)

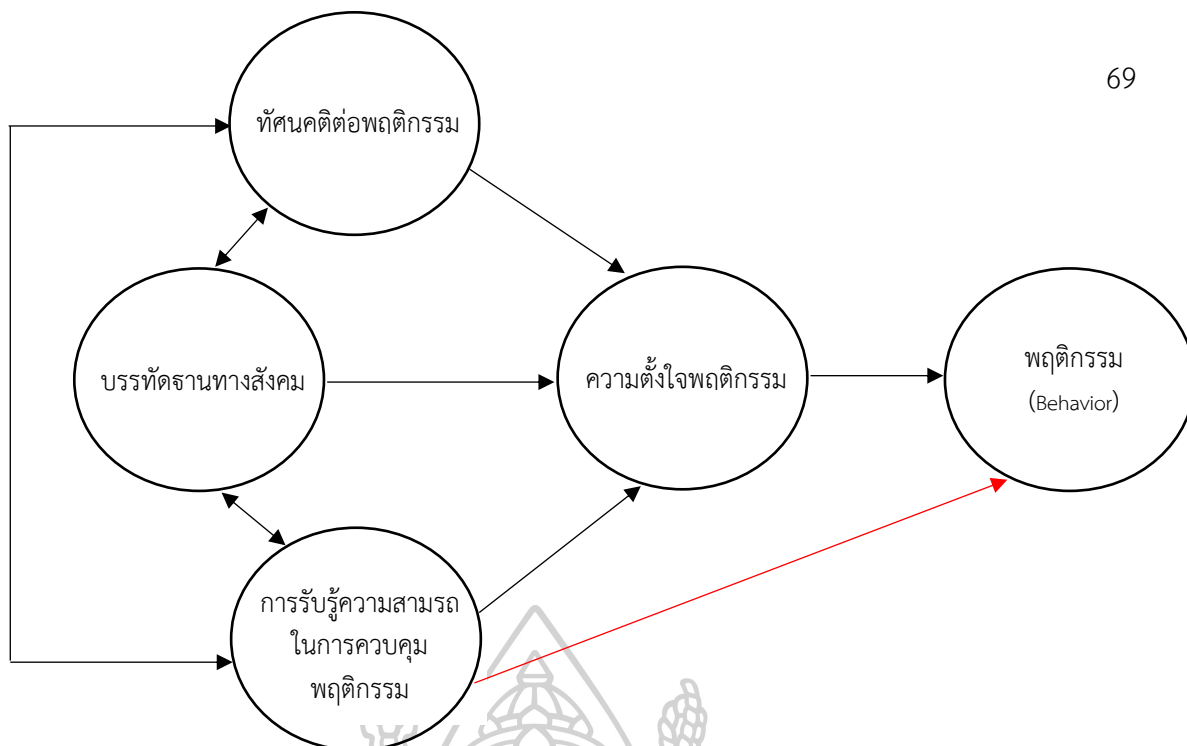
ทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย Ajzen (1991) ในช่วงปี ค.ศ. 1985 - 2002 เป็นทฤษฎีที่พัฒนาต่อจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Fishbein and Ajzen (1980) ทฤษฎีนี้ได้รับการยืนยันจากข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาวิจัยทั้งในเชิงพรรณนาแลเชิงทดลอง เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพทั้งพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ในประเด็นสุขภาพหลากหลายประเด็นโดยมีองค์ประกอบในโครงสร้างทฤษฎี ประกอบด้วย

1. ทักษะคติต่อการแสดงพฤติกรรม (Behavioral attitude) คือ การที่บุคคลทำการประเมินพฤติกรรมของตนเอง โดยพิจารณาจากความเชื่อส่วนบุคคลว่า การแสดงพฤติกรรมของตนจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง และประเมินผลลัพธ์นั้นว่าพึงประสงค์หรือไม่

2. บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective norms) บุคคลจะพิจารณาอ้างอิงจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมว่ามีผลต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างไร โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ที่บุคคล เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมมีความเหมาะสมหรือไม่ และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามความเชื่อนั้น

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) คือ การที่บุคคลเชื่อว่า เขาจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้ โดยพิจารณาจากความเชื่อว่ามีปัจจัยที่ จะเป็นอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรม แต่บุคคลสามารถจะควบคุมปัจจัยนั้นจนสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้จากทั้ง 3 องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจแสดงพฤติกรรมดังภาพที่ 28





ภาพที่ 28 แสดงโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน (TpB Diagram) ที่มา : Ajzen (1991)

ตัวอย่างที่มีการนำทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น Christopher (2005) การศึกษาการคงรักษาพฤติกรรมกิจกรรมทางกายด้วยยิมนาสติก เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมการวางแผน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หรือการรับรู้ประสิทธิภาพในตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถคงรักษาพฤติกรรมได้ดี

#### แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social-Ecological Model)

แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคมแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชากรอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยมีองค์กรด้านสุขภาพหลายแห่งสนับสนุนให้นำแนวคิดนี้มาใช้อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) และศูนย์ควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา และปัจจุบันมีนักวิชาการด้านกิจกรรมทางกายได้นำแบบจำลองดังกล่าวมาใช้เพื่อทำความเข้าใจกับปัจจัยและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มบุคคลในบริบทต่างๆ อย่างแพร่หลายตลอดจนนำไปกำหนดนโยบาย กลวิธีและการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากฐานแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (2003) ที่เชื่อว่า การปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมกิจกรรมทางกายให้ดีขึ้นได้นั้น ควรต้องสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่เกื้อหนุนต่อการมีทางเลือกของบุคคลเพื่อจะทำให้เกิดสุขภาพที่ดี แนวคิดนี้ถูกริเริ่มเป็นครั้งแรกโดย Alahan (1938) โดยมีสาระสำคัญ คือ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมของพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมรอบตัวว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่พวกเขาดำเนินชีวิตอยู่และเนื่องจากบุคคลย่อมมีปฏิสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมของตนอยู่เสมอ ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลจึงมิได้เกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัว

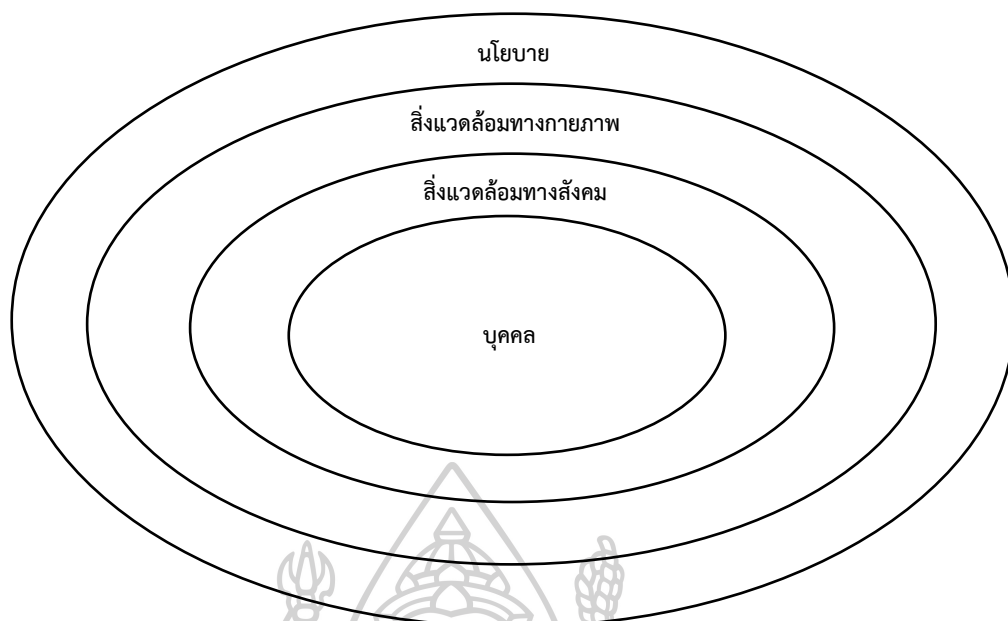
ด้วยต่อมา Bronfenbrenner (1992) ได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยอธิบายอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล 4 ระดับ ได้แก่

1) ระดับบุคคล เป็น อิทธิพลที่เป็น ศูนย์กลางของแบบจำลองประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความรู้ ทักษะคตติ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเพิ่มหรือลดการมีกิจกรรมทางกายของบุคคล

2) ระดับสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นอิทธิพลรอบตัวบุคคล ประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว เพื่อนสนิท หรือปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรหรือสถาบันต่างๆ บรรทัดฐานของสังคมวัฒนธรรมหรือสังคมที่อยู่รอบตัว เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย ชมรมกีฬา สถานที่ทำงาน โบสถ์ หรือวัด เป็นต้น โดยถ้าบุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถาบันหรือองค์กรมากเท่าใด บุคคลย่อมจะได้รับอิทธิพลจากสถาบัน หรือองค์กรมากขึ้นเท่านั้น กลวิธีที่จะนำมากระตุ้นและสร้างความตื่นตัวให้กลุ่มบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกายในระดับสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้ผลดี อาทิเช่น การสร้างแรงจูงใจในที่ทำงาน การตลาดเชิงสังคม เป็นต้น

3) ระดับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นลักษณะสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือที่มีอยู่ตามธรรมชาติในชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบต่อการมีกิจกรรมทางกายของบุคคล อาจเป็นการออกแบบผังเมือง ตำบล หมู่บ้าน อำเภอ จังหวัด สภาพอากาศ การเดินทาง การขนส่งสาธารณะ ความปลอดภัย และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของบุคคล เช่น สวนสาธารณะ สนามเด็กเล่น สนามกีฬา ทางจักรยาน เป็นต้น กลวิธีในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญที่จะสร้างโอกาสให้บุคคลเข้ามามีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ในภาพอนาคตข้างหน้า เชื่อว่าการขับเคลื่อนโปรแกรมกิจกรรมทางกายจะได้ผลดี ก็ต่อเมื่อมีกระบวนการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชุมชนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิ่งแวดล้อมทางกายที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการส่งเสริมความปลอดภัยในชุมชนให้มากยิ่งขึ้น

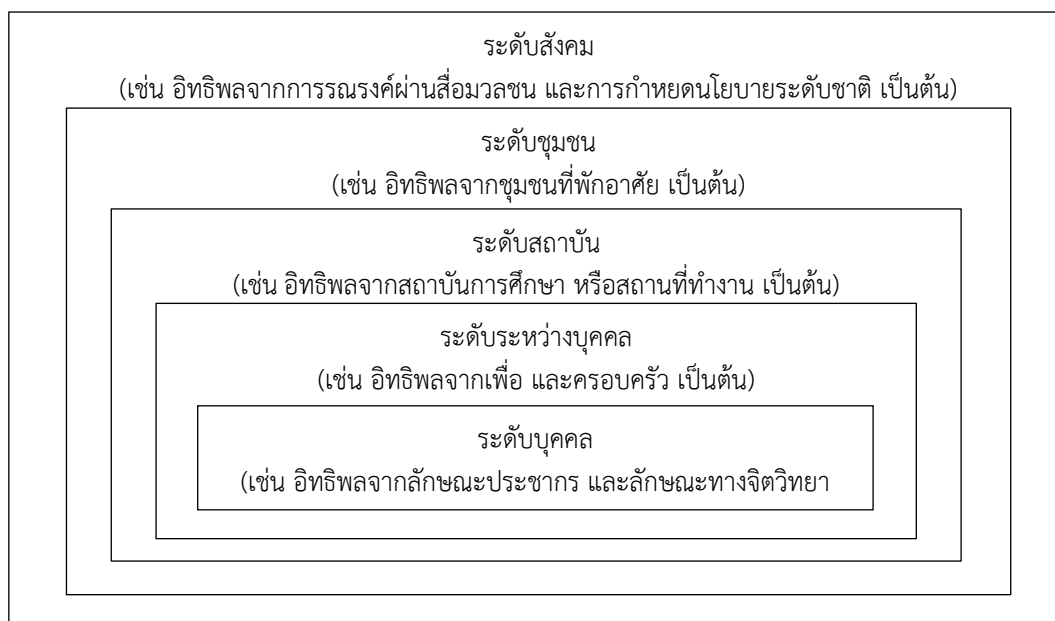
4) ระดับนโยบาย ได้แก่ การออกกฎหมาย หรือมาตรการทางสังคมที่ใช้กับประชาชนทั่วประเทศที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางกาย เช่น นโยบายการขี่จักรยาน นโยบายการมีชั่วโมงพลศึกษาในโรงเรียน นโยบายในสถานที่ทำงานด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนานโยบายไปสู่การปฏิบัติอาจเป็นเรื่องยุ่งยากหรือมีอุปสรรค (Stokols, 1996) ดังนั้นกลวิธี การผลักดันให้เกิดนโยบายสุขภาพด้านนี้อาจจะผสมผสานร่วมกับการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ไปพร้อมกัน เช่น การส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อลดภาวะโลกร้อน เป็นต้น



ภาพที่ 29 แสดงองค์ประกอบของแบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Bronfenbrenner, 1979; 1992)

ต่อมา McLeroy et al. (1988) ได้นำแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้ในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลจากทั้งปัจจัยเชิงสังคม-สิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้นและแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 ระดับ กล่าวคือ

- 1) ระดับบุคคล (Individual Level) หมายถึง ลักษณะภายในตัวบุคคลที่ส่ง ผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทั้งลักษณะทางประชากรและจิตวิทยา เช่น เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ การรับรู้ความเชื่อ ความรู้ทัศนคติ หรือบุคลิกภาพ เป็นต้น
- 2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) หมายถึง สภาพแวดล้อมในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้โดยผ่านทางกระบวนการขัด เกลาทางสังคม
- 3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational/Institutional Level) หมายถึง สถานที่ทำงานหรือ สถาบันการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานหรือแบบอย่างการปฏิบัติให้กับสมาชิกในสถาบันหรือองค์กรนั้น
- 4) ระดับชุมชน (Community Level) หมายถึง เครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้าน หรือชุมชนที่พังกอาศัยในละแวกใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้
- 5) ระดับสังคม (Societal Level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะที่ส่ง ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ได้แก่ การออกกฎหมายการวางนโยบายการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนหรือสื่อต่างๆ การใช้แผนการตลาดเชิงสังคม หรือมาตรการต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของประชากรในระดับมหภาค ตัวอย่างเช่น Gregson et al. (2001) ได้นำทฤษฎีไปใช้ในการประเมินทางโภชนาการในโครงการ Food Stamp และการตลาดทางสังคมไปใช้ในโรงเรียนในระดับชุมชนและระดับเมือง



ภาพที่ 30 แสดงแนวคิดนิเวศวิทยาสังคม ปรับจากแนวคิด McLeroy et al. (1988)

### สรุป

กล่าวได้ว่าทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมทางกายบนพื้นฐาน ทฤษฎีการกระทำ ด้วยเหตุผล ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทฤษฎีพฤติกรรมตามการวางแผน ดังกล่าวข้างต้นนี้ จะช่วยในการเข้าใจเหตุผลเชิงพฤติกรรมศาสตร์ ว่าการที่บุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัย องค์ประกอบเชิงจิตวิทยาสังคมใดบ้างเป็นตัวหนุนเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ขณะที่แบบจำลอง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมจะช่วยในการออกแบบและ วางแผนโปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อการปรับเปลี่ยนและช่วยคงรักษาพฤติกรรมกิจกรรมทางกายไว้ ได้อย่างมาก อย่างไรก็ตามทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้จะเน้นหลักกว้างๆ เท่านั้น ผู้ที่จะนำทฤษฎีไปใช้ จะต้องมีความรู้รอบด้านในศาสตร์สาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและมีความพร้อมที่จะนำทฤษฎีไป ประยุกต์ใช้ รวมถึงรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นหลังจากการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในทุกระดับ

## 2.16 แนวการดำเนินงานกลไกชุมชน

### 2.16.1 คณะกรรมการชุมชน (หากมีอยู่แล้วใช้ชุดที่มีก็ได้)

มีองค์ประกอบจากภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ ทำหน้าที่ดูแลภาพรวม ของชุมชน ให้สามารถรับมือแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ โดยเริ่มจากการจัดการให้เกิดข้อตกลงหรือข้อ ปฏิบัติร่วมกันของชุมชน (ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการจัดวงปรึกษาหารือรวมพลังเมืองต้นรู้ ช่วยชาติ สู้ภัยโควิด-19 และ แนวทางปฏิบัติการพลเมืองต้นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด-19 ระยะฟื้นฟูคุณภาพชีวิต) เช่น การแบ่งหน้าที่ ฝึกระวัง

ส่งเสริม ป้องกันโรค ดูแลสิ่งแวดล้อม การจัดกิจกรรมทางสังคม งานบุญประเพณี ส่งเสริมอาชีพ ความเป็นอยู่  
ของคนในชุมชน ระบบข้อมูล ความรู้ ข่าวสาร เป็นต้น

#### 2.16.2 ศูนย์ประสานงานการส่งต่อและรับกลับของชุมชน

ทำหน้าที่ประสานการจัดการด้านต่างๆ ให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลที่เหมาะสมระหว่างการรอส่งตัว และการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งกลับเพื่อพักฟื้น

#### 2.16.3 อนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านต่างๆ เช่น

(1) คณะทำงานประสานด้านการแพทย์  
(2) คณะทำงานด้านเศรษฐกิจและสังคม ดูแลเรื่องการเยียวยาต่างๆ อาหาร ความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ ฯลฯ

#### 2.16.4 จัดทำมาตรการชุมชน

โดยเปิดพื้นที่กลางจัดวงปรึกษาหารือให้คนในชุมชน ได้มีส่วนร่วมคิด แลกเปลี่ยน และตัดสินใจ จนเกิดเป็นฉันทมติออกมาในรูปแบบกติกา ข้อตกลง มาตรการทางสังคม หรือธรรมนูญชุมชนสู้ภัยโควิด-19 ที่ทุกคนในชุมชนจะร่วมกันปฏิบัติตาม (สามารถดูตัวอย่างได้ที่ภาคผนวก) ที่ครอบคลุมด้านต่างๆ เช่น

#### (1) ด้านการควบคุมและป้องกันโรค

- การปฏิบัติตามของบุคคลและครอบครัว  
- การเฝ้าระวัง และประสานสนับสนุนข้อมูลกับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ  
- การช่วยเหลือดูแลกันของคนในชุมชน การดูแลกลุ่มเปราะบางต่างๆ  
- การจัดการสาธารณสุขโรค สาธารณูปการ ให้รองรับคนในชุมชน  
- การจัดการขยะ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะขยะติดเชื้อ  
- การจัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมสาธารณสุขประโยชน์ อาสาสมัครต่างๆ

- การจัดกิจกรรมทางสังคม ประเพณี

- การสื่อสาร รณรงค์ สร้างความรู้ ความเข้าใจแก่คนในชุมชน

#### (2) ด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต

- การพัฒนาระบบฐานข้อมูลชุมชน เช่น ฐานทรัพยากรการผลิตอาหารและผู้บริโภค อาหาร  
- ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชน เช่น ส่งเสริมอาชีพแรงงานคืนถิ่น การส่งเสริมการปลูกผักของคนเมืองและปลูกผักครัวเรือน การสร้างช่องทางการขายของออนไลน์



### 2.16.6 จัดการดูแลคุณภาพชีวิตคนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมในทุกมิติ

(1) เชื่อมโยงกลุ่ม/องค์กรชุมชน รวมถึงคนในชุมชน ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ให้เข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในชุมชนเป็นไปอย่างกว้างขวางและทั่วถึง เป็นการสร้างการยอมรับสถานะของชุมชนในการจัดการปัญหา และดูแลคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ทั้งในระยะเฉพาะหน้าและระยะยาว สู่การเป็นชุมชนเข้มแข็ง

(2) สืบค้นข้อมูลผู้เดือดร้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน ร่วมกันปรึกษาหารือ นำไปสู่การวางแผนการแก้ไขปัญหา พัฒนาตามความต้องการของชุมชน เป็นแผนซึ่งครอบคลุมการพัฒนาในทุกมิติ ทั้งด้านระบบการดูแลสุขภาพ พื้นฟูเศรษฐกิจ สร้างระบบภูมิคุ้มกันทางสังคม ฯลฯ และมีระบบการจัดการของคนในชุมชน/ตำบลร่วมกัน ทั้งในระยะเร่งด่วน และระยะฟื้นฟู

(3) แบ่งปันทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งที่เป็นตัวเงิน เช่น กองทุนชุมชน กองทุนสวัสดิการ กลุ่มออมทรัพย์ ฯลฯ และที่ไม่เป็นตัวเงิน เช่น แคนนำ/จิตอาสาที่เข้าร่วมการพัฒนาความรู้/ประสบการณ์การพัฒนาชุมชนที่ผ่านมา พื้นที่กลางจัดสรรทรัพยากรอาหาร (แปลงผัก/ครัวกลาง เป็นต้น) เพื่อสร้างระบบสวัสดิการพื้นฐานของชุมชนในการแก้ปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า ช่วยเหลือแบ่งปันกันในช่วงสภาวะวิกฤติ ให้สามารถดูแลจัดการกับปัญหาภายในชุมชนได้อย่างทันท่วงที นำไปสู่การสร้างระบบการป้องกันความเสี่ยงให้กับชุมชนท่ามกลางสภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

(4) เชื่อมโยงการทำงานร่วมกับท้องถิ่น ท้องที่ หน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้อง เป็นกลไกการทำงานร่วมในการดูแลช่วยเหลือชุมชนตามบทบาทภารกิจที่เกี่ยวข้อง เพื่อหนุนเสริมให้ชุมชนสามารถผ่านพ้นจากสภาวะวิกฤติได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหา สามารถยกระดับเป็นภาคีการพัฒนา และบูรณาการการทำงาน เพื่อหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในชุมชนทุกด้านในระยะต่อไป

### 2.16.7 กิจกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของชุมชน

(1) ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ความรู้ ผ่านบอร์ด หรือป้ายประชาสัมพันธ์ ณ ศูนย์เผยแพร่ข้อมูล หรือสถานที่ที่คนในชุมชน หมูบ้านจัดสรร อาคารชุด เห็นได้สะดวก รวมถึงใช้สื่อเสียงตามสายหรืออื่นๆ เพื่อแจ้งเตือนคนในชุมชน ผู้พักอาศัย และผู้มาติดต่อในชุมชน ถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และปรับปรุงให้ทันสถานการณ์ประจำวันตามข้อมูลที่หน่วยงานรัฐชี้แจง รวมถึงประชาสัมพันธ์มาตรการป้องกันและเฝ้าระวังโรคสำหรับประชาชน

(2) แจ้งให้คนในชุมชนทราบว่า หากมีคนในครอบครัวรวมทั้งบุคคลใกล้ชิดทั้งที่พักอยู่ด้วยกันในชุมชน ห้องพัก หรือผู้มาเยี่ยม มีไข้หรืออาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก ให้สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อยๆ และรีบไปพบแพทย์ ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญกับการกำจัดขยะของผู้ป่วย เช่น หน้ากากอนามัย หรือกระดาษชำระที่ใช้แล้ว โดยรวบรวมกำจัดเป็นการเฉพาะ

(3) ในกรณีที่เป็นผู้ที่เพิ่งเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือกลับจากพื้นที่เสี่ยง หรือมีญาติเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ให้แจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคหรือคณะกรรมการเฝ้าระวังโรคในชุมชนทราบโดยทันที เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวร่วมกันสนับสนุนการกักกันตนเองเพื่อเฝ้าสังเกต

อาการ 14 วัน ให้ผ่านไปได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข ทั้งนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แนะนำการปฏิบัติตนของผู้อยู่อาศัย และทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของบ้านที่มีผู้กักตัวหรือสังเกตอาการ ได้แก่ สมาชิกในบ้านทุกคนต้องล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้กักตัว หากต้องอยู่กับผู้กักตัวให้สวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างกันไม่น้อยกว่า 1 เมตร ตามมาตรการรักษา ระยะห่างจากคนอื่น ไม่ใช่ของส่วนตัวร่วมกัน แยกชุดอาหารทำความสะอาดเสื้อผ้าของใช้ส่วนตัวด้วย ผงซักฟอก หมั่นทำความสะอาดที่พัก และสังเกตอาการของตนเองตลอด 14 วันหลังสัมผัสใกล้ชิดกับผู้กักตัว

(4) สำหรับอาคารชุด หรือสถานที่สาธารณะในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ควรจัดให้มีแอลกอฮอล์เจลล้างมือไว้ในบริเวณพื้นที่ส่วนกลาง เช่น ประตูทางเข้าออก ห้องอาหาร หน้าลิฟท์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อระหว่างบุคคล

(5) จัดเจ้าหน้าที่หรือจิตอาสาทำหน้าที่ดูแลทำความสะอาดสิ่งของที่ใช้งานบ่อยๆ ในสถานที่สาธารณะที่มีคนใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น ห้องน้ำสาธารณะ ราวบันได มือจับประตู เคาน์เตอร์บริการที่มีผู้มาติดต่อบ่อยๆ ทั้งนี้ น้ำยาฆ่าเชื้อล้างห้องสุขา น้ำยาซักผ้าขาวผสมน้ำ 1 ต่อ 10 และ 70% แอลกอฮอล์ สามารถทำลายเชื้อไวรัสได้

(6) แจ้งพนักงานทำความสะอาดและเก็บขยะของชุมชน ให้ทราบถึงความเสี่ยงในการรับเชื้อ โดยให้ความสำคัญในการป้องกันตนเอง ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย เว้นตากันลม และถุงมืออย่างยาวนานปฏิบัติงาน

(7) สถานที่เฉพาะต่างๆ ในชุมชน เช่น สถานที่ทำงาน สถานศึกษา ที่พักอาศัย ศาสนสถาน ค่ายทหาร สถานที่ประชุมสัมมนา สถานที่ที่มีการรวมกันของคนหมู่มาก เช่น การแข่งขัน กีฬา สวนสนุก สระว่ายน้ำ ชุมชนและเจ้าของสถานที่หรือผู้จัดงานต้องเน้นเรื่องการให้ความรู้ มาตรการรักษา ระยะห่างจากคนอื่น (Social distancing) มาตรการคัดกรอง การวิเคราะห์ สถานการณ์เพื่อลดหรือเลื่อนการจัดกิจกรรมที่มีคนมารวมตัวกันเกินไปจนเกิดความเสียหาย การรักษา ความสะอาด การเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน การลดความแออัด ซึ่งสามารถศึกษารายละเอียดได้ใน เว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

#### 2.16.8 การจัดการความรู้สึกร่วมกันของคนในชุมชน

(1) สื่อสารให้คนในชุมชนเข้าใจร่วมกันว่า ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่ถูกกักตัวเพื่อเฝ้าระวังโรค คือเพื่อนมนุษย์เหมือนทุกคนซึ่งอาจเป็นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ญาติพี่น้อง ลูกหลาน เป็นคนที่ต้องการการดูแลหรือรักษาให้หายถ้าติดเชื้อ ต้องการกำลังใจและการเกื้อกูลในยามต้องกักกันตัวเอง

(2) สื่อสารให้คนในชุมชนเข้าใจร่วมกันว่า ครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยก็เช่นกัน เป็นเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมในสถานการณ์นี้ร่วมกับคนในชุมชน จึงต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เห็นอกเห็นใจ ใส่ใจดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพของเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยง หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว ชุมชนต้องไม่เลือกปฏิบัติ รังเกียจ ตีฉินนินทา หรือมุ่งร้ายทำลายกัน เพราะทุกคนในชุมชนต้องผ่านวิกฤตนี้ไปด้วยกัน



(3) ผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี ควรเข้าร่วมทำประโยชน์ต่อชุมชนตาม ศักยภาพที่ตนมี เช่น การเป็นจิตอาสา หรือร่วมในกิจกรรมของชุมชน โดยใช้ความถนัด ความสามารถ หรือจิตอาสาเพื่อสังคมส่วนรวมในการดำเนินการด้านต่างๆ ในชุมชน ได้แก่

- มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน โดยเฝ้าระวัง อาการ ผิดปกติของตนเองและครอบครัว และให้ความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรรมการชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐในการปฏิบัติตาม มาตรการของรัฐที่กำหนด

- ร่วมสังเกตและแจ้งข้อมูลความผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ แก่ อสม. กรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ

- ให้ความช่วยเหลือ อสม. กรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่รัฐกรณีได้รับการ ร้องขอตามกำลังความสามารถ

- บริจาค สนับสนุนทุนทรัพย์ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นให้ ส่วนกลางไว้ใช้เพื่อส่วนรวม

- การจัดหาอาหารเครื่องดื่มสำหรับผู้ป่วย ผู้ถูกกักตัวและครอบครัวผู้ป่วย

- การสนับสนุนให้มีจัดกิจกรรมจิตอาสาด้านสุขอนามัย เช่น การทำ หน้ากากผ้า ทำเจลล้างมือ เพื่อใช้ในชุมชนหรือแจกจ่ายให้ผู้ที่ขาดแคลน

- การส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม เช่น จัดหา หนังสือ ภาพยนตร์ คลิปวิดีโอ ธรรมมะ หรือสื่อรูปแบบต่างๆ ที่ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ สร้างพลัง ให้กำลังใจ ให้ความหวัง โดยงดเว้นการสื่อสารที่อาจก่อให้เกิดความแตกแยก ตื่นตระหนก หรือ ส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพสังคม ความถนัดและทักษะของผู้ถูกกักตัว เพื่อคลาย ความเครียด

- การส่งเสริมให้ผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี สามารถบริจาคโลหิตได้ ไป บริจาคโลหิตที่โรงพยาบาลต่างๆ ในขณะที่สถานการณ์ยังสามารถควบคุมได้ เพื่อ โรงพยาบาลจะได้มี โลหิตใช้ในยามขาดแคลน

- การสรรหากิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความสงบและไม่ตื่นตระหนกในชุมชน เช่น การทำ สมาธิภาวนา การเจริญสติตามแนวปฏิบัติของแต่ละศาสนา การทำงานฝีมือสร้าง รายได้เข้าชุมชน

#### 2.16.9 การจัดการข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 ในชุมชน

องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการวิกฤตโรคโควิด-19 เพราะข่าวลือและข่าวปลอมต่างๆ จะสร้างความตระหนก รวมถึงความเข้าใจผิดหรือการกล่าวโทษ บุคคลกลุ่มเสี่ยง ซึ่งยิ่งจะทำให้เกิดผลเสียในการจัดการปัญหา หากไม่ได้รับความร่วมมือในการ ดำเนินงานจากคนในชุมชน ดังนั้น ชุมชนจึงควรจัดการข้อมูลข่าวสารตามแนวทาง ดังนี้

(1) มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารหรือศูนย์กลางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในชุมชน เพื่อ เป็นศูนย์ข้อมูลโควิด-19 ของชุมชนที่ให้ข้อมูลอย่างถูกต้องและเท่าทันสถานการณ์โรคทั้งระดับชาติ จังหวัด อำเภอและพื้นที่ชุมชน เป็นกลไกสร้างความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ของคนในชุมชน รวมถึงจัดการข่าวลือข่าวปลอมที่สร้างความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ความตระหนก สับสน

(2) กำหนดบุคคลและบทบาทของผู้ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์โรคให้ชัดเจน ซึ่งควรเป็นบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญหรือมาจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง หรือเป็นเจ้าพนักงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อฯ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.

(3) ติดตามข้อมูล ข่าวสาร องค์ความรู้อย่างเท่าทันสถานการณ์โรค และเลือกใช้ช่องทางและรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมกับประชาชนทุกกลุ่มในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง กลุ่มคนเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ คนชายขอบ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ยากไร้ พร้อมทั้งคำนึงถึงความแตกต่างด้านความเชื่อ จารีตประเพณี วิถีปฏิบัติ ศาสนา วัฒนธรรม โดยเลือกใช้ข้อมูลจากหน่วยงานของรัฐที่เชื่อถือได้เท่านั้น เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักที่ถูกต้องครบถ้วน ลดความตระหนกจากการรับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องของคนในชุมชน คลี่คลายวิกฤตการณ์ของสังคม ไม่สื่อสารข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะเป็นข่าวลือ ข่าวปลอม หรือข่าวจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือหรือไม่ทราบแหล่งที่มา รวมถึงสนับสนุนให้คนในชุมชนระมัดระวังการสื่อสารข้อมูล โดยต้องมีการตรวจสอบให้ชัดเจนก่อนเผยแพร่หรือส่งต่อ ตามหลัก “ชัวร์ก่อนแชร์”

(4) หากเกิดสถานการณ์ที่รุนแรงและร้ายแรงที่มีผลกระทบต่อชุมชน ผู้ให้ข้อมูลข่าวสารของชุมชนต้องสื่อสารด้วยข้อเท็จจริง โดย “แจ้งให้หมด บอกให้ไว” เพื่อไม่ให้เกิดความตระหนก สับสนของคนในชุมชน

(5) นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่สร้างความเอื้ออาทรกันภายในชุมชน ไม่นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่สร้างความขัดแย้ง แตกแยกในชุมชน ขยายประเด็น ไม่กล่าวหาว่าผู้หนึ่งผู้ใดคือต้นเหตุที่สร้างผลกระทบให้กับชุมชนหรือสร้างความตระหนกให้กับชุมชน กรณีที่มีผู้ป่วยในชุมชนหรือบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักกันเฝ้าระวังการนำเสนอข้อมูลข่าวสารต้องเคารพต่อความเป็นส่วนตัวและสิทธิของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว ญาติพี่น้องของผู้ป่วย โดยต้องไม่นำเสนอหรือสื่อสารข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของบุคคล

## 2.17 เครื่องมือสนับสนุนการทำงานระบบ (Thai care)

Thai care คือ ระบบข้อมูลและการประสานงานเพื่อการดูแลคนในพื้นที่แพร่ระบาด ให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคประชาสังคมระบบออกแบบมาเพื่อให้ใช้งานง่ายและปลอดภัย ผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยว่าจะมีอาการป่วยสามารถลงทะเบียนได้อย่างสะดวก รวมถึง แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าไปเรียกดูผลงานข้อมูลและบันทึกประวัติของผู้ป่วยได้อย่างสะดวก ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงประวัติของอาการและการรักษาได้ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 นอกจากจะทำหน้าที่ดูบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพแล้ว ระบบยังดูแลครอบคลุมไปถึงเรื่องการตรวจสอบสิทธิด้านสุขภาพ ด้านความรู้ การดูแลรักษาตนเองตามอาการ ความช่วยเหลือต่างๆ





ภาพที่ 33 ผังแสดงบทบาทหน่วยงานที่เข้าไปช่วยเหลือในชุมชนคลองเตย

ได้มีการจัดตั้ง คณะกรรมการต่อต้านโควิดชุมชนคลองเตย (คตช.คลองเตย) มีท่านเจ้าอาวาส วัดสะพาน คือ พระอาจารย์มานิต เป็นประธาน มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ (1) ประชาชนและองค์กรพัฒนาเอกชนในชุมชน (2) หน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) 41 และ 10 สำนักงานเขต กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และ (3) หน่วยสนับสนุนจากภายนอก ซึ่งมีทีมวิจัยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) จากสำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลักในการประสาน กับทางสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักอนามัยของ กรุงเทพมหานคร และอื่นๆ ต่อมาได้มีการสำรวจต้นทุนของพื้นที่ พบว่า ในชุมชนมีพื้นที่ที่สามารถจะจัดสรรให้เป็นศูนย์พักพิงของผู้ที่เดือดร้อน เพื่อลดความแออัดในบ้าน และสะดวกต่อการประสานงานแบบกลุ่ม จึงนำมาสู่การดำเนินงาน 3 ศูนย์ คือ

(1) ศูนย์ข้อมูลและประสานงาน เพื่อเป็นช่องทางให้ชุมชนได้สื่อสารและมีคำตอบจากทีมงานในชุมชนตนเอง โดยศูนย์จะเป็นตัวแทนประสานต่อกับระบบต่างๆ ของรัฐ ซึ่งจะช่วยให้การสื่อสาร ประสานความช่วยเหลือลดความซ้ำซ้อนและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นได้ โดยมีมูลนิธิดวงประทีปและทีมคลองเตยดีจัง

เป็นผู้ดำเนินการหลัก ภายในศูนย์แบ่งการทำงานออกเป็น 2 ส่วน คือ ผู้จัดการเคส (case manager) ทำหน้าที่

ในการประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย และทำหน้าที่ประสานหาช่องทางในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล และ คนรับเคส (case worker) ทำหน้าที่ในการประสานกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย รวมทั้งติดตามอาการและส่งข้อมูลของผู้ป่วยให้ผู้จัดการเคส (case manager) ทราบเป็นระยะๆ

(2) ศูนย์พักคอยในชุมชน เป็นพื้นที่แยกผู้ติดเชื้อออกจากครอบครัวและรอการส่งต่อไปรักษา พื้นที่ดังกล่าวอาจจะเป็นศูนย์พักพิงผู้เดือดร้อน คล้ายกับศูนย์พักพิงในยามเกิดภัยพิบัติ มีพระอาจารย์มานิต วัดสะพาน เป็นผู้อำนวยการศูนย์ ซึ่งศูนย์พักคอยนี้ กำหนดชื่อทางการกันว่า "ศูนย์พักคอยในชุมชนระหว่างรอส่งตัว" (Community Waiting Area: CWA) กลุ่มผู้ป่วยที่จะมาอยู่จุดนี้คือผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ระยะเวลาที่อยู่จุดพักคอยต้องไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยจะมีรถของสำนักงานเขตคลองเตยมารับเพื่อส่งต่อไปยัง "Hospital" หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 หรือโรงพยาบาลสนามต่อไป

(3) ศูนย์พักฟื้นในชุมชน เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการรักษาและออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับมาพักฟื้นเพื่อรอดูอาการ ก่อนที่จะกลับไปอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว



ผังแสดงการแบ่งบทบาทการจัดการระบบจัดการข้อมูล



ภาพที่ 34 ผังการจัดระบบการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน จำนวน 3 ศูนย์

#### 4. มาตรการรัฐพร้อมเอื้อ ให้การสนับสนุนชุมชนและภาคส่วนต่างๆ เพื่อรับมือกับการระบาดของโควิด-19 ระลอก 3

นับแต่การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นต้นมา ประเทศไทย โดยคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 หรือ ศบค. ทำหน้าที่ประสานการทำงานในด้านต่างๆ ได้แก่ด้านสาธารณสุข ด้านเวชภัณฑ์ป้องกัน ด้านข้อมูล ด้านการต่างประเทศ ด้านการป้องกัน และด้านการให้ความช่วยเหลือเยียวยา นอกจากนี้ หน่วยงานองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน ก็ได้มีมาตรการต่างออกมาทั้งมาตรการด้านการควบคุม ป้องกัน ฝึกระวังโรค และการรักษาพยาบาล และมาตรการด้านการช่วยเหลือ พันฟู และเยียวยาในด้านต่างๆ จนมาถึงการระบาดระลอกล่าสุด คือ การระบาดระลอก 3 ที่เริ่มต้นเมื่อต้นเดือนเมษายน 2564 เป็นการพบการระบาดในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสถานบันเทิง ทั้งพนักงานนักท่องเที่ยว นักดนตรี และพบว่าเชื้อที่ระบาดในระลอก 3 นี้ เป็นเชื้อสายพันธุ์อังกฤษ (B.1.1.7) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ทำให้มีการติดเชื้อง่ายขึ้นถึง 1.7 เท่า และแพร่ระบาดค่อนข้างเร็ว ประกอบกับในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ทำให้มีการเดินทางของประชาชนข้ามจังหวัดมากขึ้น ทำให้ขณะนี้ (เดือนพฤษภาคม 2564) ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อจำนวนสูงชันอย่างมาก และพบกระจายไปทั่วทุกจังหวัด โดยการระบาดระลอก 3 นี้ส่งผลให้ประเทศไทยพบการติดเชื้อสูงเกิน 2,000 รายต่อวันเป็นครั้งแรกอีกด้วย

นอกจากนี้ ในเขตกรุงเทพมหานครยังพบการแพร่ระบาดในชุมชนแออัด ซึ่งเป็นแหล่งชุมชนที่จัดว่าการควบคุมการแพร่ระบาดนั้นทำได้ยากมาก เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่พัก ของคนในชุมชน ทำให้ไม่สามารถแยกกักตัวเองออกมาจากครอบครัวได้ อีกทั้งพบว่าการเข้าถึงระบบการตรวจหาเชื้อและระบบบริการสาธารณสุขของคนในชุมชนนั้นอาจไม่รวดเร็วพอ ซึ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้การแพร่ระบาดในชุมชนแออัดนี้เป็นไปอย่างรวดเร็ว ประกอบกับพื้นที่ชุมชนแออัดนั้นมีอยู่ถึงประมาณกว่า 640 แห่งในกรุงเทพมหานครตั้งนั้น ภาครัฐ และหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ จึงให้ความสำคัญค่อนข้างสูงและร่วมมือกันเพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดในพื้นที่ลักษณะดังกล่าว

เอกสารในส่วนนี้จะขอนำเสนอมาตรการของภาครัฐที่เอื้อและสนับสนุนให้ชุมชนและภาคส่วนต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอก 3 โดยเฉพาะในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุด เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในส่วนที่เกี่ยวข้องสำหรับการควบคุม ป้องกัน ฝึกระวัง หรือการรักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

##### 4.1 ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 หรือ ศบค.

นายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ลงนามในประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 11) ในวันที่ 30 มีนาคม 2564 โดยขยายระยะเวลาการใช้บังคับใช้ประกาศ ไปถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 เพื่อบูรณาการบริหารจัดการและปฏิบัติงานให้เป็นเอกภาพในการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 นายกรัฐมนตรียังได้ลงนามในข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่19) ลงวันที่ 9 เมษายน 2564 ข้อกำหนดฯ (ฉบับที่

20) ลงวันที่ 16 เมษายน 2564 ข้อกำหนดฯ (ฉบับที่ 21) ลงวันที่ 28 เมษายน 2564 และล่าสุด ข้อกำหนดฯ (ฉบับที่ 22) ลงวันที่ 29 เมษายน 2564 เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดให้ได้โดยเร็วที่สุด มีข้อสรุปมาตรการ ดังนี้

1. ห้ามจัดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค
2. ปิดสถานบริการหรือสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคที่วราชอาณาจักร
3. กำหนดพื้นที่สถานการณ์เพื่อการบังคับใช้มาตรการควบคุมแบบบูรณาการ
4. กำหนดมาตรการควบคุมพื้นที่ที่จำเป็นอย่างเร่งด่วน
5. งดหรือหลีกเลี่ยงการเดินทาง
6. งดจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ งานเลี้ยง งานรื่นเริง
7. ขอความร่วมมือ Work From Home
8. ให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยเร่งจัดหาสถานที่รองรับผู้ติดเชื้อ

โดยด่วน

9. ปรับเปลี่ยนระดับพื้นที่สถานการณ์ได้ตามความเหมาะสม

นอกจากนี้ ยังปรับระยะเวลาการกักตัวสำหรับผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ จากก่อนหน้านี้ที่ลดลงเหลือ 7 วัน หรือ 10 วัน ให้กลับมาที่ 14 วันทุกประเภท และไม่อนุญาตให้ออกจากห้องพัก ยกเว้นคนที่ต้องตรวจหาเชื้อและต้องได้รับการพยาบาล มีผลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2564 เป็นต้นไป อีกทั้งยังมีข้อกำหนดให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเพื่อป้องกันการแพร่โรคเมื่ออยู่นอกเคหะสถานหรืออยู่ในที่สาธารณะ และมีการกำหนดพื้นที่สถานการณ์เพื่อการบังคับใช้มาตรการควบคุมแบบบูรณาการที่แตกต่างกันจำแนกตามเขตพื้นที่ ดังนี้

1. พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด
2. พื้นที่ควบคุมสูงสุด
3. พื้นที่ควบคุม

พร้อมกันนี้ ได้มีการกำหนดมาตรการในเรื่องการปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง โดยให้หัวหน้าส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ เจ้าของกิจการหรือผู้ประกอบการภาคเอกชน พิจารณาดำเนินมาตรการขั้นสูงสุดเพื่อมุ่งลดจำนวนการเดินทางของเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่อยู่ในความรับผิดชอบในการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงที่เจ้าหน้าที่และบุคลากรในความรับผิดชอบจะติดเชื้อ เป็นระยะเวลาอย่างน้อยสัปดาห์ (เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2564) ซึ่งอาจสั่งการให้ปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้งการลดจำนวนบุคคลที่ประจำอยู่ในสถานที่ตั้งการสลับวันเวลาทำงาน หรือวิธีการอื่นใดตามความเหมาะสมโดยพิจารณาให้เพียงพอต่อภารกิจในการให้บริการประชาชน

ทั้งนี้ ยังคงแนะนำให้ใช้มาตรการ D - M - H - T - T (Distancing – Mask wearing – Hand washing – Testing – Thai Chana) คือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากาก ล้างมือบ่อยๆ ตรวจวัดอุณหภูมิ และร่วมมือใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ อย่างสม่ำเสมอ

สำหรับเรื่องเตียงผู้ป่วยนั้น ศบค. โดยนายกรัฐมนตรี้ได้สั่งการหาแนวทางแก้ปัญหาเตียงรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ไม่เพียงพอ โดยให้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) เพิ่มจำนวนเตียงในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งโรงพยาบาลสังกัด

กระทรวงกลาโหม 2) รักษาในโรงแรมกึ่งโรงพยาบาล (Hospital) สำหรับผู้ไม่มีอาการ หรืออาการน้อย 3) จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม 4) จัดระบบรองรับส่งผู้ติดเชื้อไปรับการรักษาตัว

ในเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในแต่ละแห่งนั้น ให้ดำเนินการตามคำแนะนำของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีกลไกทำความเข้าใจกับประชาชนว่าโรงพยาบาลสนามจะเป็นส่วนที่เตรียมการไว้หากเกิดมีผู้ป่วยจำนวนมากๆ และใช้ในสถานการณ์จำเป็นเท่านั้น ซึ่งในด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามนั้น ให้สามารถจัดตั้งได้เฉพาะกรณีโรคโควิด-19 เท่านั้น ซึ่งได้รับการยกเว้นจากพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสามารถเป็นผู้อนุญาตให้ตั้งเกิดขึ้นโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ซึ่งต้องเห็นชอบเป็นผู้เลือกสถานที่

#### 4.2 กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นย้ำและเร่งเดินหน้า 4 มาตรการหลัก เพื่อช่วยควบคุมการแพร่ระบาดในประเทศ ได้แก่

1) มาตรการสังคม คือ ลดกิจกรรมชุมนุมสังสรรค์ ลดการเดินทางข้ามจังหวัดที่ไม่จำเป็น ผู้นำชุมชนค้นหาติดตาม ผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง

2) มาตรการสาธารณสุข คือ คัดกรองเชิงรุก นำผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา ลดโอกาสการแพร่เชื้อต่อป้องกันการเสียชีวิตในผู้ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และฉีดวัคซีนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3) มาตรการส่วนบุคคล คือ การสวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง ลงทะเบียนเข้าออกสถานที่ตรวจวัดอุณหภูมิ หากมีอาการสงสัยตรวจหาเชื้อ ส่วนผู้ที่ประวัติเสี่ยงให้กักตัว 14 วัน

4) มาตรการองค์กร เน้นย้ำการทำงานจากที่บ้าน จัดประชุมหรือจัดการ เรียนการสอนออนไลน์

**เรื่องการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ** กระทรวงสาธารณสุขยืนยันว่าประเทศไทยไม่มีนโยบายให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 กักตัวที่บ้านเหมือนในต่างประเทศ โดยผู้ติดเชื้อจะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แต่หากพบผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างน้อยก็จะใช้วิธีการปรับระบบโรงแรมเป็นกึ่งโรงพยาบาล (Hospital) เพื่อรองรับโดยมีระบบการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุข มีระบบส่งต่อหากมีอาการรุนแรงมากขึ้น และหากผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากจะมีการเตรียมจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในกรุงเทพมหานครเพิ่มเติม

โดยการรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เข้ารับการรักษา จะมีการคัดกรองและแบ่งผู้ติดเชื้อออกเป็น 3

ระดับ คือ

สีเขียว หมายถึง ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย อายุไม่มาก ไม่มีโรคร่วม

สีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง

สีแดง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

โดยผู้ติดเชื้อในระดับสีเขียวและสีเหลืองจะถูกส่งดูแลในโรงพยาบาลสนาม หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจหรือ Hospital ซึ่งจะมีการตรวจติดตามอาการทุกวัน ส่วนผู้ติดเชื้อในระดับสีแดงจะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม “โรงพยาบาล



บุษราคัม” บริเวณอิมแพค ชาเลนเจอร์เมืองทองธานี ขึ้น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง มีจำนวนเตียง 1,200 เตียง โดยมีโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สนับสนุนทรัพยากร เจ้าหน้าที่ต่างๆ กองบริหารการสาธารณสุขสนับสนุนเครื่องมือ งบประมาณ และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดูแลเรื่องมาตรฐานสถานที่นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ บุคลากรกว่า 60 จังหวัด จะ มาหมุนเวียนสลับการทำงานในโรงพยาบาลบุษราคัมนี้

สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการแบ่งโซน พื้นที่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อดูแลและรักษาผู้ป่วยโควิด-19 เป็น 6 โซน ได้แก่

1. โซนส่วนกลาง มีโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี เป็นหัวหน้าโซน
2. โซนใต้ มีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นหัวหน้าโซน
3. โซนเหนือ มีโรงพยาบาลธรรมศาสตร์และโรงพยาบาลภูมิพล เป็นหัวหน้าโซน
4. โซนตะวันออก มีโรงพยาบาลรามธิบดี เป็นหัวหน้าโซน
5. โซนโรงพยาบาลศิริราช
6. โซนโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

โดยโรงพยาบาลหัวหน้าโซนมีหน้าที่ช่วยดูแลโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซึ่งภาคเอกชนนั้นจะเชื่อมประสานกับโรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ และโรงพยาบาลกรุงเทพ ทั้งนี้ หากมีความจำเป็น สามารถปรึกษาข้ามโซนได้ โดยมีศูนย์บริหารจัดการเตียงโรงพยาบาลราชวิถีเป็นศูนย์กลาง

**เรื่องการตรวจคัดกรองเชิงรุก แยก กัก และส่งต่อผู้ติดเชื้อ** นั้น มาตรการสาธารณสุข จะ เน้นการคัดกรองค้นหาผู้ติดเชื้อ เพื่อจำกัดและลดการแพร่ระบาด รวมถึงเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุม การระบาดแยก กักสังเกตผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ควบคุมการระบาดในชุมชน การดูแลรักษา ผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการป่วยตายและควบคุมการแพร่กระจาย โดยผู้ติดเชื้อทุกรายจะต้องเข้ารับการรักษา และการดูแลด้านสุขภาพจิต โดยปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับกรุงเทพมหานครและ เครือข่าย เร่งค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มก่อนการระบาด (Cluster) 2) ประชาชนในเขตพื้นที่เสี่ยงของกรุงเทพมหานคร 3) สถานที่สังเกตอาการในที่พักอาศัย (Home Quarantine) 4) สถานที่กักกันโรค (Local Quarantine) ทั้งการค้นหาเชิงรุก ติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูง แยกผู้ติดเชื้อตามระดับอาการและนำเข้าสู่ระบบรักษา ทั้งนี้เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงโดยเร็ว ที่สุด

นอกจากนี้ กรมควบคุมโรค สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ก็ได้ปฏิบัติงานค้นหาโรคโควิด-19 เชิงรุกในประชาชนกลุ่มสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 และผู้ไปในสถานที่เสี่ยง โดยมีรถ เก็บตัวอย่างชีวนิรภัยพระราชทาน ซึ่งสำหรับผู้ที่พบผลเป็นบวก ต้องแจ้งกรมควบคุมโรคภายใน 3 ชั่วโมง ประสานนำผู้ติดเชื้อเข้าระบบการรักษา เพื่อบริหารจัดการเตียงและควบคุมโรคได้ทัน สถานการณ์ ทั้งนี้ พบว่าปัจจัยสำคัญของการแพร่เชื้อยังคงเป็นการสัมผัสจากบุคคลในครอบครัวและ กลุ่มเพื่อน

กระทรวงสาธารณสุข ยังได้เพิ่มช่องทาง LINE@ sabaideebot เพื่อช่วยผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ รอดเตียงเนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเพิ่มขึ้นวันละหลายร้อยคน ทำ

ให้สายด่วนศูนย์ส่งต่อ 1668 รับสายล่าช้า และยังมีศูนย์แรกรับและส่งต่อนิมิบุตร เพื่อช่วยประสานส่งต่อผู้ติดเชื้อภายในวันเดียว ประกอบกับยังมีภาคีเครือข่าย เช่น ไทยพีบีเอส ที่เข้ามาช่วยประสานหาเตียง เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ตกค้างอยู่บ้านให้เข้าสู่ระบบการรักษา พร้อมกันนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้ปรับระบบส่งรถไปรับผู้ป่วยถึงที่บ้าน เพื่อนำส่งโรงพยาบาลตามระดับอาการป่วยได้อย่างรวดเร็วขึ้นด้วยเรื่องการเตรียมความพร้อมด้านวัคซีนและยา นั้น ในช่วงที่วัคซีนเริ่มมีใช้จะมีจำนวนจำกัด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้วัคซีนในบุคคลกลุ่มเสี่ยงก่อนได้แก่

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน
2. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรังระยะ 5 โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด

3. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
4. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19 เช่น อสม./อสต./อสส. ทหาร ตำรวจที่จะต้องคัดกรองผู้เข้ามาจากต่างประเทศและในพื้นที่ที่มีการระบาด

5. สำหรับกลุ่มอื่นๆ ให้รอประกาศจากกระทรวงสาธารณสุขในระยะถัดไป

โดยเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2564 ได้เปิดให้ประชาชนสามารถลงทะเบียนขอรับวัคซีนผ่านแอปพลิเคชัน Line และแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” เรียบร้อยแล้ว สำหรับกลุ่ม ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (นับถึง 1 ม.ค.65) และผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ประกอบด้วย 1) โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง 2) โรคหัวใจและหลอดเลือด 3) โรคหลอดเลือดสมอง 4) โรคไตเรื้อรัง 5) โรคมะเร็งทุกชนิด 6) โรคเบาหวาน และ 7) โรคอ้วน ซึ่งคนกลุ่มนี้จะได้รับวัคซีนตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2564 จากนั้นในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 18-59 ปี และไม่มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรคข้างต้น จะเริ่มได้รับวัคซีนในเดือนสิงหาคม 2564 เป็นต้นไป ทั้งนี้ประเทศไทยตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้ครอบคลุมประชากร 50 ล้านคน ด้วยจำนวนวัคซีนทั้งหมด 100 ล้านโดส ภายในสิ้นปีนี้

สำหรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ผลิตโดยสยามไบโอไซเอนซ์ของไทยนั้น ปัจจุบันได้ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพตามเกณฑ์ข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อาทิ องค์ประกอบทางเคมีและความปลอดภัย และได้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพจากห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ของแอสตราเซนเนกา ทั้งในยุโรปและสหรัฐอเมริกาเรียบร้อยแล้ว

ส่วนยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) นั้นวางแผนว่าจะจัดหาเข้ามาอีกอย่างน้อย 3 ล้านเม็ด ภายในเดือนพฤษภาคม 2564 โดยจะกระจายไปยังโรงพยาบาลต่างๆ เช่น สถาบันบำราศนราดูร โรงพยาบาลราชวิถีโรงพยาบาลนนทบุรี โรงพยาบาลเลิดสิน สถาบันโรคทรวงอก และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน รวมถึงโรงพยาบาลใหญ่ในจังหวัดต่างๆ และขณะนี้ประเทศไทยกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนายา Favipiravir เพื่อการผลิตเองภายในประเทศโดยองค์การเภสัชกรรมอีกด้วย นอกจากนี้ จะต้องมีการจัดหายาเรมเดซิเวียร์

(Remdesivir) อีกประมาณ 1 พันหลอด ซึ่งเป็นยาฉีดที่เตรียมเอาไว้สำหรับผู้ป่วยอาการหนักที่ไม่สามารถรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์ได้

#### 4.3 กระทรวงแรงงาน

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ได้ประชุมหารือร่วมกับกระทรวงมหาดไทย (กรุงเทพมหานคร) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อขยายการให้บริการตรวจหาเชื้อโควิด-19 เชิงรุกแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามมาตรา 33 มาตรา 39 และมาตรา 40 ที่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในเดือนพฤษภาคม 2564 โดยหากพบว่าผู้ประกันตนรายใดตรวจพบเชื้อโควิด-19 จะต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่ายในสังกัดสำนักงานประกันสังคม ซึ่งผู้ประกันตนที่ติดเชื้อโควิด-19 จะได้รับการรักษาฟรีในโรงพยาบาลเครือข่ายประกันสังคม ที่ปัจจุบันมีอยู่จำนวน 81 แห่ง ที่มีความพร้อม และเพื่อให้การดำเนินงานครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย จึงรับตรวจในกลุ่มพนักงานส่งอาหารเดลิเวอรี่แรงงานที่อยู่ในระบบทั้งหมดในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพิ่มเติมด้วย โดยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สายด่วนประกันสังคม 1506

นอกจากนี้ กระทรวงแรงงานยังได้ให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนในการเยียวยาลูกจ้างพนักงานร้านค้าร้านอาหาร และสถานประกอบการ กรณีรัฐสั่งปิดสถานประกอบการชั่วคราวเนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด-19 โดยได้ออก “กฎกระทรวง การได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานเนื่องจากมีเหตุสุดวิสัยอันเกิดจากการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ พ.ศ.2563” ซึ่งผู้ประกันตนต้องดำเนินการยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนโดยกรอกแบบขอรับประโยชน์ทดแทนพร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้และแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์แล้วนำส่งให้นายจ้างรวบรวมแบบฯ และหนังสือรับรองจากระบบ e-Service บน [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) ส่งมายังสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ที่สถานประกอบการตั้งอยู่ทางไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสายด่วนประกันสังคม 1506 ตลอด 24 ชั่วโมง

#### 4.4 กระทรวงมหาดไทย (กรุงเทพมหานคร)

การระบาดในระลอก 3 นี้ เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ส่งผลให้พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกรุงเทพมหานคร จำนวนมากที่สุดในประเทศ ดังนั้น กรุงเทพมหานครจึงได้ออกมาตรการตามคำสั่ง ศบค. ให้ปิดสถานบริการ เช่น ผับ บาร์ คาราโอเกะ อาบอบนวด และที่กึ่งการ/กิจกรรมในลักษณะคล้ายคลึงกันโรงเรียนปิดทั้งหมด ยกเว้นโรงเรียนนานาชาติที่จะมีการสอบพร้อมกันทั่วโลกจะต้องขออนุญาตจากสำนักอนามัย กทม. นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมรวมกลุ่มต้องไม่เกิน 50 คน ถ้าเกินต้องขออนุญาตจากสำนักงานเขตหรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ยังมีมติปิดสถานที่เสี่ยงต่าง ๆ 31 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงมหรสพ โรงภาพยนตร์ โรงละคร 2) สวนสนุก สวนน้ำ ในและนอกห้างสรรพสินค้า 3) สวนสัตว์ 4) สถานที่เล่นสเก็ตบอร์ด โรเลอร์เบลด 5) โต๊ะสนุก โต๊ะปิลเลียด 6) สถานที่เล่นเกม ตู้เกม 7) ร้านอินเทอร์เน็ต 8) สระว่ายน้ำสาธารณะ 9) สถานที่ออกกำลังกาย ฟิตเนส 10) สถานที่ศูนย์แสดงสินค้า สถานที่จัดนิทรรศการ

11) พิพิธภัณฑ 12) ห้องสมุดสาธารณะ 13) สถานรับเลี้ยงเด็ก 14) สถานผู้ดูแลสูงอายุแบบไป-กลับ  
15) สนาม

มวย 16) โรงเรียนสอนศิลปะการต่อสู้ 17) ร้านสักหรือเจาะผิวหนัง 18) โรงเรียนสอนลีลาศ 19) สนามม้า 20) ศูนย์พระเครื่อง 21) สถานเสริมความงาม คลินิกลดน้ำหนัก 22) สถานประกอบการนวดแผนไทย นวดฝ่าเท้า 23) สนามแข่งขันทุกประเภท 24) ห้องประชุม 25) ห้องจัดเลี้ยง 26) ห้างสรรพสินค้าเปิด 11.00 - 21.00 น. 27) ร้านเสริมสวยให้เฉพาะตัด สระ ซอย และต้องไม่คนนั่งรอคิวในร้าน 28) สนามกีฬาทุกประเภท 29) สวนสาธารณะ ลานออกกำลังกาย 30) ร้านสะดวกซื้อเปิด 05.00 - 22.00 น. และ 31) ห้ามจัดกิจกรรมสังสรรค์ การเข้าค่าย การถ่ายภาพยนตร์หรือรายการทีวี การประกอบกิจกรรมทางศาสนา โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 26 เมษายน 2564 เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 17 พฤษภาคม 2564 (อาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้หากสถานการณ์การแพร่ระบาดไม่ดีขึ้น) นอกจากนี้ ยังได้ขอความร่วมมือไปยังสถานประกอบการ ห้างร้านบริษัทเอกชน จัดทำงานที่ บ้าน หรือให้ทำงานเหลื่อมเวลา

กรุงเทพมหานคร มีเป้าหมายควบคุมการแพร่ระบาดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้อยู่ภายในวงจำกัดโดยมีแนวทางการควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อในชุมชน 8 ขั้นตอน ได้แก่

1. ซ้ำพื้นที่ที่มีความเสี่ยงการแพร่ระบาด
2. ตรวจเชิงรุก เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ
3. ล็อกจุดหยุดการระบาด โดยลดการเคลื่อนย้ายประชาชนในพื้นที่แพร่ระบาด
4. แยกผู้ติดเชื้อ นำผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาล
5. กักกันผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่บ้านเพื่อสังเกตอาการ หรือให้เจ้าหน้าที่รับไปกักกันในโรงแรมหรือสถานที่ที่จัดเตรียมไว้
6. ดูแลกลุ่มเปราะบางกลุ่มผู้สูงอายุผู้มีโรคประจำตัว รวมทั้งผู้ด้อยโอกาส
7. ฉีดวัคซีนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้รับการสนับสนุนวัคซีนจากกระทรวงสาธารณสุขตามที่ร้องขอครบถ้วน
8. จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขอนามัย

**ด้านการตรวจเชิงรุกในชุมชนและพื้นที่ต่างๆ ในกรุงเทพฯ** มีหน่วยเคลื่อนที่ตรวจคัดกรองหาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งได้รับพระกรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวโปรดเกล้าฯ พระราชทานรถเก็บตัวอย่างชีวโมเลกุล จำนวน 2 คัน พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรค เก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ โดยกรุงเทพมหานครมีการวางแผนสุ่มตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อโควิด-19 เชิงรุกในชุมชนและจุดที่มีความเชื่อมโยงกับผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายตรวจหาผู้ติดเชื้อโควิด-19 เชิงรุก ให้ได้วันละ 1,000 คน

**ด้านการฉีดวัคซีน** ที่ผ่านมา ได้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่ทำงานสถานบริการในพื้นที่เขตวัฒนาและย่านทองหล่อ และได้เริ่มฉีดวัคซีนให้ประชาชนในชุมชนคลองเตยแล้ว เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2564 โดยจะเร่งฉีดให้ได้วันละ 2,000-3,000 คน ซึ่งการระบาดในชุมชนคลองเตยนั้นกรุงเทพมหานครไม่สามารถจำกัดขอบเขต (Seal) ได้เหมือนกรณีจังหวัดที่สมุทรสาคร อย่างไรก็ตามกรุงเทพมหานครได้ขอความร่วมมือประชาชนทำความเข้าใจในการป้องกันตัวเอง และพยายามเลี่ยงการออก

นอกบ้าน

นอกจากนี้ คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานครยังมีมติให้บริการจัดหาวัคซีนสำหรับกลุ่มอาชีพเสี่ยงเพิ่มเติม อาทิ ครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คนขับรถสาธารณะ รถเมล์ แท็กซี่มอเตอร์ไซค์รับจ้าง เจ้าหน้าที่ประจำท่าอากาศยานดอนเมือง การไฟฟ้านครหลวง รวมทั้งเจ้าหน้าที่พนักงานกวาดถนนประจำ 50 สำนักงานเขต ซึ่งคาดว่าจะมีกว่า 500,000 คน และหากได้รับการจัดสรรวัคซีนเพิ่มเติมให้เร่งดำเนินการฉีดทันที

**ด้านการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19** กรุงเทพมหานครได้เตรียมขยายศักยภาพโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครให้เป็นลักษณะกึ่งโรงพยาบาลสนาม พร้อมจะรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ถึง 1,358 เตียง และยังมีโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่มีศักยภาพรองรับผู้ป่วยได้อีก 4,800 เตียง หากในกรณีเตียงในโรงพยาบาลดังกล่าวไม่พอ ก็ได้เตรียมโรงแรมสำหรับทำ Hospitel ไว้พร้อมสำหรับการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

ส่วนความพร้อมของโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นนั้น ในเบื้องต้น จัดเตรียมโรงพยาบาลสนามไว้ 5 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เขตบางขุนเทียนรองรับได้ 500 เตียง 2) โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เขตทวีวัฒนา รองรับได้ 200 เตียง 3) สนามกีฬาเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา เขตบางบอน รองรับได้ 200 เตียง และ 4) ศูนย์กีฬาบางกอกอารีนา เขตหนองจอก รองรับได้ 350 เตียง และ 5) ศูนย์กีฬาบางบอน เขตทุ่งครุ รองรับได้ 400 เตียง นอกจากนี้ จะมีการจัดเตรียมสถานที่ต่างๆ ที่จะสามารถเป็นโรงพยาบาลสนามเพิ่มเติมด้วยหากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนเรื่องอาหาร เครื่องดื่ม ที่นอน หมอน รวมถึงการเชื่อมโยงส่งต่อผู้ป่วยและการบริหารจัดการเตียง โดยในส่วนของกรุงเทพมหานครเอง ได้มอบหมายให้ศูนย์เอราวัณ กทม. เป็นผู้บริหารเตียงในการจัดส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต่างๆ โดยสามารถโทรประสานได้ที่สายด่วน 1669 หรือ 1668 หรือ 1330

#### 4.5 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ได้เปิดสายด่วน 1300 ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางทั่วประเทศเป็นการเฉพาะสำหรับการระบาดระลอก 3 รวมถึงจัดรถให้กับผู้ติดเชื้อไปโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา และเตรียมอาสาสมัครพัฒนาสังคม และเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยกลุ่มเปราะบางในการลงทะเบียนจองฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้ด้วย

#### 4.6 กระทรวงศึกษาธิการ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการสั่งการให้ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปรับปรุงประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องการป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการปรับลดเวลาและวันทำงานของบุคลากรในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการใหม่ โดยขยายเวลาให้บุคลากรและหน่วยงานในสังกัดปฏิบัติงานภายในที่พัก (Work from Home) ต่อเนื่องจากประกาศฉบับเดิมและจัดบุคลากรหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ณ สถานที่ทำงานไม่เกินร้อยละ 10 หรือให้ Work from Home จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของบุคลากรทั้งหมด

นอกจากนี้ ยังให้งดการจัดประชุม อบรม สัมมนาของข้าราชการนักเรียน และนักศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ แต่ถ้าจำเป็นให้ใช้รูปแบบออนไลน์ และให้งดจัดกิจกรรมใดๆ ที่มีการ

รวมกลุ่มของนักเรียน นักศึกษาในช่วงปิดภาคเรียนนี้ ส่วนการดำเนินการรับสมัครนักเรียน นักศึกษา เข้าศึกษาต่อ ให้เปิดรับสมัครแบบออนไลน์ หากจำเป็นต้องมีการรับสมัครในพื้นที่หรือจำเป็นต้องมีการสอบ การสัมภาษณ์จะต้องดำเนินการตามมาตรการและขั้นตอนที่เข้มข้นสูงสุด

ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นจริงๆ ที่ต้องจัดกิจกรรมในระหว่างนี้ต้องขอความเห็นชอบจากสาธารณสุขในพื้นที่ก่อน และต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค โควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด

#### 4.7 กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ได้มีประกาศมาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 โดยให้สถาบันอุดมศึกษา งดการเรียนการสอนในสถานที่ รวมทั้งการสอบ การฝึกอบรม หรือกิจกรรมใดๆ ที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมากและให้จัดการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ และปรับวิธีการวัด ประเมินผลให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ทั้งนี้ให้สถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานภายในกระทรวง หลีกเลี่ยงการจัดกิจกรรมที่มีคนเข้าร่วมมากกว่า 50 คน ใช้มาตรการการทำงานที่บ้าน การทำงานในรูปแบบออนไลน์ หรือจัดประชุมผ่านระบบทางไกล และให้พิจารณาดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม หรือสถานที่ดูแลผู้ติดเชื้อร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่

#### 4.8 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เน้นให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีอาการป่วย มีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ เดินทางไปสถานที่ที่มีการระบาด หรือแม้แต่ไม่มีอาการป่วยและไม่แน่ใจว่าติดเชื้อหรือไม่สามารถเดินทางไปรับบริการตรวจคัดกรองหรือปรึกษาแพทย์ได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น สปสช. จะเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายให้ รวมทั้งหากพบว่าติดเชื้อ สปสช. ก็จ่ายค่ารักษาให้เช่นกัน ทั้งนี้สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่สายด่วน สปสช. 1330

#### 4.9 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ประสานให้เกิดแผนงาน “รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ช่วยชาติสู้ภัยโควิด-19 ระลอก 3” โดยร่วมกับอีกกว่า 20 องค์กร ทั้งจากภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาชนเพื่อมุ่งเน้นการประสานหนุนเสริมกลไกพื้นที่ในการสร้างการมีส่วนร่วม หนุนเสริมภาครัฐในการควบคุมการระบาด ฟื้นฟูเยียวยา และสื่อสารสร้างความเข้าใจต่อสังคมผ่านช่องทางต่างๆ โดยในช่วงของการระบาดระลอก 3 นี้ สช. ได้ประสานการทำงานใกล้ชิดกับกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาคประชาสังคมภาคเอกชน ไทยพีบีเอส ศูนย์ประสานงานของชุมชน และองค์กรภาคีต่างๆ ในการเข้าไปหนุนเสริมภาครัฐโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดในชุมชนคลองเตย และสนับสนุนการจัดทำ “แนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของชุมชน” โดยได้นำข้อมูลที่ได้เรียนรู้จากโมเดลของชุมชนคลองเตยมาใช้พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติดังกล่าว สำหรับนำไปใช้กับชุมชนแออัดอื่นๆ หรือชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ต่อไป

นอกจากนี้ เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2564 ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2564 ได้มีมติมอบหมายให้ สช. ประสานกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย

ไทย สภาอุตสาหกรรมเครือข่ายคณะสงฆ์ และองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดระบบหนุนช่วยชุมชนในกรุงเทพมหานคร และทั่วประเทศ ให้มีมาตรการและดำเนินการเพื่อตัดวงจรการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเร็ว ซึ่ง สช. จะดำเนินการตามมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติข้างต้นต่อไป

## 2.19 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำไมจึงต้องใส่ใจผู้สูงอายุเป็นพิเศษ

เนื่องจากขณะนี้มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในชุมชนเป็นวงกว้าง ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล และมีแนวโน้มจะกระจายไปทั่วประเทศ ซึ่งเชื่อกันว่าติดต่อกันได้ทางละอองฝอยของสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองจากการไอจามหรือการพูดคุยใกล้ชิด ในระยะ 1-1.5 เมตร และการสัมผัสสารคัดหลั่งที่อยู่ตามสิ่งของต่างๆ แล้วไปโดนเยื่อต่างๆ เช่น ตา จมูก ปาก ประกอบกับการแพร่เชื้อสามารถติดต่อกับผู้ที่ติดเชื้อที่ยังไม่แสดงอาการได้ โดยหากมีการติดเชื้อในผู้ที่ร่างกายไม่แข็งแรงรวมถึงผู้สูงอายุ จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปเนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรังโรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น

ในขณะนี้ทางรัฐบาลได้ขอความร่วมมือให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผู้สูงอายุ เก็บตัวอยู่ในบ้านให้มากที่สุด เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลที่ยังมีความจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านเพื่อทำงาน หรือ ไปหาซื้อของกินของใช้เข้ามาในบ้าน จึงมีโอกาสนำเชื้อจากภายนอกมาสู่ผู้สูงอายุ อีกทั้งการจำกัดบริเวณให้ผู้สูงอายุอยู่แต่ในบ้านเป็นเวลานานติดต่อกันหลายเดือน อาจส่งผลให้สภาพร่างกายและสมองของผู้สูงอายุถดถอยลงจนเกิดภาวะฟุ้งฟิงในระยะยาว รวมทั้งเกิดความเครียด ทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงมีความจำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

### จะป้องกันเชื้อโควิด-19 ไม่ให้แพร่สู่ผู้สูงอายุได้อย่างไร

#### ญาติที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก และ คนรู้จัก

- ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อเช่น มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 หรือผู้เดินทางกลับจากกรุงเทพฯ และปริมณฑล หรือแหล่งที่มีการติดเชื้อในชุมชนในวงกว้างทุกราย ต้องแยกตัวออกจากผู้อื่น และไม่เข้าไปใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้สูงอายุ และเด็กอย่างเด็ดขาด (เนื่องจากเด็กร่างกายไม่แข็งแรงเท่าผู้ใหญ่ เด็กมักจะไปใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ และเด็กอาจไม่เข้าใจวิธีและขาดความระมัดระวังในการป้องกัน) โดยให้สังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน

- ห้ามไม่ให้ผู้ที่มีไข้ตัวร้อน หรือมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หายใจลำบากเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุโดยเด็ดขาด

- งด/ลดการมาเยี่ยมจากคนนอกบ้านให้น้อยที่สุด โดยแนะนำให้ใช้การเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือ สื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ แทน

- ในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง ลดการเข้าใกล้หรือสัมผัสกับผู้สูงอายุลงเหลือเท่าที่จำเป็น โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร

### ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุและ ตัวผู้สูงอายุ

- ควรจัดให้มีผู้ดูแลหลักคนเดียว โดยเลือกคนที่สามารถอยู่บ้านได้มากและจำเป็นต้องออกไปนอกร้านน้อยที่สุดแต่สามารถสลับสับเปลี่ยนผู้ดูแลหลักได้แต่ไม่ควรเปลี่ยนบ่อย และต้องแน่ใจว่าผู้จะมาเป็นผู้ดูแลหลักคนใหม่ต้องไม่ใช่ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

- ระหว่างมีการระบาดทั้งผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านให้มากที่สุด

- ทั้งผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับเด็ก (เด็กมักจะไปใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ และเด็กอาจไม่เข้าใจวิธีและขาดความระมัดระวังในการป้องกัน)

- หากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลต้องออกนอกร้าน ควรเลือกเวลาออกจากบ้านที่ไม่เจอกับความแออัด หลีกเลี่ยงการใช้ขนส่งสาธารณะและการไปในที่แออัด ต้องรีบทำธุระให้เสร็จโดยเร็ว ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ทุกครั้งพกแอลกอฮอล์เจลไปด้วยโดยทำความสะอาดมือทุกครั้งหลังจับสิ่งของ และก่อนเข้าบ้าน

- ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเมื่อกลับถึงบ้านควรอาบน้ำ สระผมทำความสะอาดร่างกายและของใช้ที่ติดตัวกลับมาจากนอกร้าน เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ทันที ก่อนไปสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ

- หากผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์ตามนัด

- ในกรณีที่อาการคงที่ และ ผลการตรวจล่าสุดปกติ ให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อเลื่อนนัด หรือ ไปรับยาแทนหรือรับยาใกล้บ้าน

- ในกรณีที่อาการแยลง หรือ ผลการตรวจล่าสุดผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์หรือโรงพยาบาลเพื่อนัดหมายไปตรวจด้วยช่องทางที่ปลอดภัยที่สุด โดยให้ผู้สูงอายุสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า คลุมผ้าที่ตัวผู้สูงอายุให้มิดชิด และเมื่อกลับถึงบ้าน ให้อาบน้ำสระผม ทำความสะอาดร่างกายและของใช้ที่ติดตัวกลับมาจากนอกร้าน เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ และซักเสื้อผ้าและผ้าคลุมทันที

- ล้างมือด้วยการฟอกสบู่อย่างน้อย 20 วินาที แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล โดยทิ้งไว้ให้ชุ่มไม่แห้งเร็วกว่า 20 วินาที ทุกครั้งเมื่อกลับเข้าบ้าน ก่อนเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร หลังการไอจาม และหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง

- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกัน แต่หากมีการมาร่วมรับประทานอาหารด้วยกันควรแยกรับประทานอาหารของตนเองไม่รับประทานอาหารร่วมสำหรับ หรือใช้ภาชนะเดียวกัน หรือใช้ช้อนกลางร่วมกัน

- ผู้สูงอายุควรแยกห้องพักและของใช้ส่วนตัว หากแยกห้องไม่ได้ ควรแยกบริเวณที่นอนให้ห่างจากคนอื่นมากที่สุด ที่พักอาศัยและห้องพักควรเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท ไม่ควรนอนรวมกันในห้องปิดที่ใช้เครื่องปรับอากาศ

- หมั่นทำความสะอาดพื้นผิวที่ถูกสัมผัสบ่อยๆ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆ เช่น แอลกอฮอล์ 70%, แอลกอฮอล์เจต sodium hypochlorite (น้ำยาซักผ้าขาว) หรือ chloroxylene หรือ hydrogen peroxide เช็ดตาม สวิตช์ไฟ ลูกบิดหรือมือจับประตู โต๊ะ ราวจับ รีโมท โทรศัพท์ พื้น โถส้วม ปุ่มกดน้ำซักโครก ก๊อกน้ำ ระวังปลัดตกหกหล่นโดยเฉพาะบริเวณพื้นที่เปียกน้ำหรือพื้นลื่นที่เป็นผิวมัน

- sodium hypochlorite (น้ำยาซักผ้าขาว) (ไม่เหมาะกับพื้นผิวโลหะ)

หากผลิตภัณฑ์มีความเข้มข้น 2.54% ให้ผสม 40 มิลลิลิตร (2.8 ช้อนโต๊ะ): น้ำ 1 ลิตร

หากผลิตภัณฑ์มีความเข้มข้น 5.7% ให้ผสม 18 มิลลิลิตร (1.2 ช้อนโต๊ะ): น้ำ 1 ลิตร



หากผลิตภัณฑ์มีความเข้มข้น 5% ให้ผสม 20 มิลลิลิตร (1.3 ซ่อนโตะ): น้ำ 1 ลิตร

หากผลิตภัณฑ์มีความเข้มข้น 6% ให้ผสม 17 มิลลิลิตร (1.1 ซ่อนโตะ): น้ำ 1 ลิตร

- Chloroxylenol ถ้าความเข้มข้น 4.8% ให้ผสม 25 มิลลิลิตร (1.7 ซ่อนโตะ): น้ำ 1 ลิตร

- hydrogen peroxide (ไม่เหมาะกับโลหะและผลิตภัณฑ์ที่มีการเคลือบสี) หากผลิตภัณฑ์มีความเข้มข้น 5% ให้ผสม 110 มิลลิลิตร (7.5 ซ่อนโตะ): น้ำ 1 ลิตร

หากผลิตภัณฑ์มีความเข้มข้น 3% ให้ผสม 200 มิลลิลิตร (13.5 ซ่อนโตะ) : น้ำ 1 ลิตร

### สังเกตอย่างไรว่าผู้สูงอายุติดเชื้อ

กรณีที่ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อเกิดขึ้น อาการอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงไปตรงมา เช่น อาจไม่มีไข้ หรืออาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารทางสายทางไม่ได้ ซึม สับสนเฉียบพลัน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงอย่างรวดเร็ว ควรปรึกษาแพทย์ เพราะมีความเสี่ยงสูงที่อาการจะรุนแรงมากกว่าในวัยอื่นๆ

**จะดูแลผู้สูงอายุอย่างไรไม่ให้เกิดการถดถอยของร่างกาย สมอง และ เกิดความเครียดระหว่างที่ผู้สูงอายุต้องเก็บตัวอยู่กับบ้านโดยยึดหลัก 5 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน ออกห่างสังคมนอกบ้าน ดังนี้**

### อาหาร

รับประทานอาหารที่สะอาดถูกสุขลักษณะปรุงสุกใหม่ๆ ไม่รับประทานอาหารที่หวานหรือเค็มเกินไป เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูงเสริมภูมิคุ้มกัน และควรให้รับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายและสมอง

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพในช่องปากซึ่งส่งผลต่อการรับประทานอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงที่ต้องออกมาพบทันตแพทย์ในช่วงวิกฤตนี้ ขอแนะนำผู้สูงอายุให้รักษาสุขภาพช่องปากโดยใช้สูตร 2 - 2 - 2 ดังนี้ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง, แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที และไม่รับประทานอาหารหลังการแปรงฟัน 2 ชั่วโมง หากมีฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกล้างหลังรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอนเพื่อไม่ให้เป็นที่สะสมเชื้อโรค หลีกเลี่ยงอาหารแข็งหรือเหนียว

### ออกกำลังกาย

ชวนผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยท่าต่างๆ เช่น การเดิน หรือแกว่งแขนออกกำลังกายในบ้านอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 - 60 นาที หรือเท่าที่ทำได้ตามสภาพของผู้สูงอายุ

### อารมณ์

หยุดรับข่าวสารที่มากเกินไป โดยจำกัดการติดตามข้อมูลประมาณวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้า และตอนเย็นหรือตอนกลางคืน เพื่อป้องกันภาวะวิตกกังวลจากการรับข่าวสารมากเกินไปไม่ควรกังวลหรือตระหนกกับข่าวร้ายให้มาก ผู้สูงอายุคือผู้ที่ผ่านความยากลำบากและโรคระบาดร้ายแรงต่างๆมาแล้ว ท่านจะเป็นผู้ให้หลักคิดแก่ลูกหลานได้

ปรึกษาผู้รู้ใจหรือไว้ใจได้ เช่น ครอบครัว ลูกหลานญาติ เพื่อนๆ เพื่อระบายความไม่สบายใจ ความกังวลและความกลัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ มีความถนัด มีความภูมิใจ เช่น ทำอาหาร เล่นดนตรี วาดรูป อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ ทำสวน ฯลฯ หัวใจสำคัญที่สุด คือ ต้องรู้ก่อนว่าผู้สูงอายุในบ้านของเราชอบอะไร แล้วหากิจกรรมที่สอดคล้องกับที่เขาชื่นชอบ

สร้างความสุขให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวทำสิ่งที่เพลิดเพลินและมีความสุข พูดคุยเรื่องที่ทำให้มีความสุข สนุกสนาน ดูรูปภาพที่เป็นความสุขของครอบครัว

หากยังไม่ได้ผล ใช้เทคนิคจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจคลายเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง (สามารถติดตามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ [www.thaimentalhealth.com](http://www.thaimentalhealth.com))

หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ยาเสพติด

โทรปรึกษาสายด่วนกรมสุขภาพจิต โทร 1323 ถ้าพบว่ามีคามผิดปกติด้านอารมณ์ หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย สมาธิไม่ดี มีความคิดในแง่ลบ หมกมุ่นแต่เรื่องการระบาศ และกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อ นอนไม่หลับ ต้องพึ่งเหล้า บุหรี่ ยาและยาเสพติดมากขึ้น

### เอนกายพักผ่อน

ผู้สูงอายุต้องพักผ่อนให้เพียงพอ การนอนสำคัญมาก ควรให้นอนประมาณไม่เกิน 3 ทุ่ม เพื่อให้พักผ่อนได้เต็มที่ยาวนาน นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7 - 9 ชั่วโมง/วัน

### ออกห่างสังคมนอกบ้าน

ระหว่างมีการระบาดทั้งผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแลควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านให้มากที่สุดแต่ญาติหรือผู้ดูแลที่ยังต้องออกไปนอกบ้านด้วยเหตุผลความจำเป็นต่างๆ ไม่ควรเข้าไปคลุกคลีกับผู้สูงอายุ รักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร และควรใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งที่เข้าไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ

หากกังวลใจหรือมีอาการสงสัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โทรปรึกษาสายด่วนกรมควบคุมโรคโทร 1422

### จัดทำโดย

- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

- สมาคมพฤตมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

### Link ตัวอย่างกิจกรรม

- รูปแบบการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อทุกสัดส่วน บริหารอย่างต่อเนื่องนาน 30 นาที โดยไม่ใช้

อุปกรณ์ โดยกรมอนามัย

<https://www.youtube.com/watch?v=F1r4ODjKssc&action=share>



- บริหารสมองในชีวิตประจำวันป้องกันสมองเสื่อม : Smart 60 สูงวัยอย่างสง่า โดย มหาวิทยาลัยมหิดล

<https://www.youtube.com/watch?v=lKdg8O3ovrw>



- การฝึกบริหารสมอง (Brain Exercise) 16 ขั้นตอน โดยกรมการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลรามารามิบัติ และ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

[https://www.youtube.com/watch?v=DO\\_fPO2EH5s&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=DO_fPO2EH5s&feature=youtu.be)



## 2.20 รูปแบบสถานดูแลผู้สูงอายุ

ธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง สถานบริการที่ไม่ใช่โรงพยาบาล มีการให้บริการที่พำนัก บริการยาแก่ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างเป็นประจำ โดยทั่วไปจะครอบคลุม การให้บริการที่พำนัก คำนึง บริการอาหาร การดูแลความสะอาดเสื้อผ้าและที่พัก ตลอดจนความสะอาดของร่างกาย พร้อมทั้งติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ได้ให้การรักษาพยาบาล หากมีความเจ็บป่วยจะบริการนำส่งต่อแผนกคนไข้ของโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อรับการรักษายาพยาบาลต่อไป

ปัจจุบันธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุมีการแบ่งประเภทการให้บริการอยู่ 2 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 แบ่งตามระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1) การบริการแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day Care) สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้และมีญาติรับ-ส่ง

2) การบริการแบบสถานบริการดูแลระยะยาว (Long Stay) ที่ผู้สูงอายุอาศัยในสถานบริการนั้นเลยหรืออาศัยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยญาติที่ไม่มีเวลาดูแลจะนำผู้สูงอายุมาฝากดูแล และมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว

มิติที่ 2 แบ่งตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้

2) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทูพพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีโรคเรื้อรังหรือต้องการผู้บริบาลและการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด

ปัจจุบันธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุมีการดูแลและการให้บริการที่ผสมผสานกันทั้ง 2 กลุ่ม ในทางกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและทูพพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และต้องการบริการพยาบาลและยาเป็นประจำ จะจัดเป็น “สถานพยาบาล” ตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2547 และเป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545

ภาพที่ 21 ประเภทการให้บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานพยาบาล

	ไปเข้า-เย็นกลับ ดูแลระยะยาว	
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้	✓	✓
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา		สถานพยาบาล

การบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ครอบคลุมการบริการหลัก และมีการให้บริการเสริมเพื่อเพิ่มความสะดวกสบายและดึงดูดใจลูกค้า ดังนี้

#### บริการหลัก

- บริการดูแลผู้สูงอายุด้านความเป็นอยู่ทั่วไป
- บริการที่พักค้างคืน
- บริการอาหาร 3 มื้อ และอาหารว่าง 2 มื้อ
- ดูแลทำความสะอาดของร่างกาย
- ดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า
- ติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้นแต่ไม่ได้ให้การรักษาพยาบาล หากมีความเจ็บป่วย จะบริการนำส่งต่อแผนกคนไข้ของโรงพยาบาลใกล้เคียง

#### บริการเสริม

- กิจกรรมกายภาพบำบัดเบื้องต้น
- กิจกรรมสันทนาการต่างๆ และกิจกรรมตามวัฒนธรรมประเพณี
- บริการรถรับ-ส่งจากบ้าน
- นำส่งผู้สูงอายุตามแพทย์นัด
- ทักษะศึกษา
- บริการด้านจิตใจ เช่น การจัดกิจกรรมทางศาสนา
- บำบัดในรูปแบบพิเศษต่างๆ เช่น วารีบำบัด
- บริการด้านความรู้ข่าวสารใหม่และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
- การบรรยายจากวิทยากรรับเชิญต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลในการดำเนินชีวิต
- การบริการประสานงานกับองค์กรอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางกฎหมาย และการฉาปนกิจ

ขนาดของสถานดูแลผู้สูงอายุจะอ้างอิงถึงจำนวนเตียงที่สามารถให้บริการได้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ตารางที่ 11 ขนาดของสถานดูแลผู้สูงอายุ

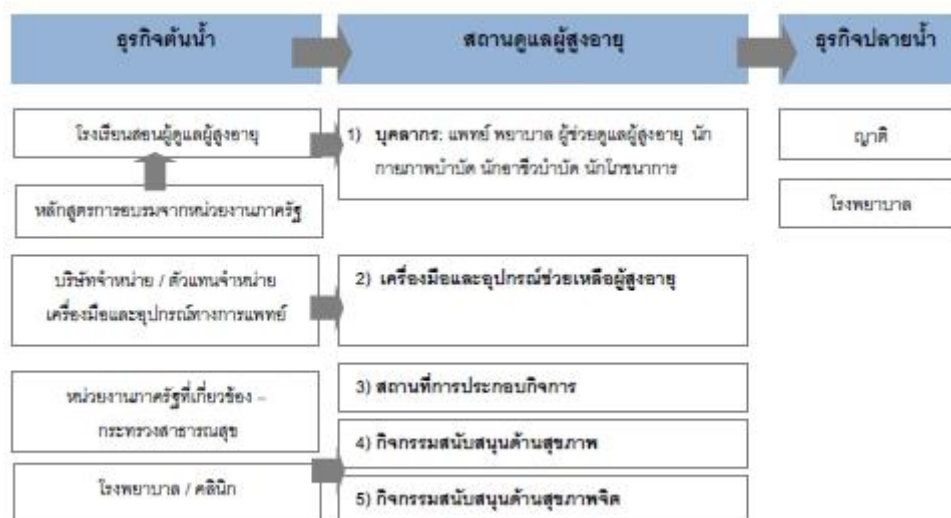
ขนาด	จำนวนเตียง	สัดส่วนจำนวนผู้ประกอบการในปัจจุบัน (ร้อยละ)
ขนาดเล็ก	1 – 5	30
ขนาดกลาง	6 – 30	65
ขนาดใหญ่	30 ขึ้นไป	5

ที่มา: จากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการ

สัดส่วนของสถานดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 65 มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 6 เตียง ไปจนถึง 30 เตียง และเป็นสถานประกอบการแห่งเดียวไม่มีสาขา

## 1.2 การวิเคราะห์โซ่อุปทาน

โซ่อุปทานธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยธุรกิจต้นน้ำ ที่เป็นองค์ประกอบหลักคือ โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตรการอบรมต่างๆ บริษัทจำหน่ายและตัวแทนจำหน่ายเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลซึ่งมีภาพรวมและบทวิเคราะห์ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 35 ภาพรวมโซ่อุปทานธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ

## โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง สถานศึกษาที่ดำเนินการโดยเอกชนเปิดทำการสอนให้ผู้สนใจจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรระยะสั้นใช้เวลาเรียนไม่เกิน 3 - 6 เดือน โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยมากดำเนินการโดยภาคเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากกองส่งเสริมการศึกษานอกระบบ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ

## ▶ รายชื่อโรงเรียนฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเอกชนส่วนภูมิภาค

1. ไทยรักบรืบาล	27. ราชภัฏบรืรำกัษ
2. บรืรมดาคุณารักัษ	28. รามบรืรำกัษเซียงใหม่
3. รัชดาการบรืบาล	29. สหทัยคุณารักัษ
4. เบญจบรืรำกัษ	30. อบรมพนักงานธุรกิจสถานพยาบาล โรงพยาบาลหมองศ์
5. แมย์สยามบรืบาล	31. เทียรทองบรืรำกัษ
6. ธรรมรักัษบรืบาล	32. ลำพูนประชารักัษ
7. โคจขาการบรืบาล	33. ภูมินทร์บรืบาลลำปาง
8. เพชรลดการบรืบาล	34. สายใยรักัษ
9. ราชสีมาการบรืบาล	35. พะเยาบรืบาลเวชรักัษ
10. สุจรนรืบรืบาล	36. เซียงรายบรืบาล
11. บรืบาลผู้สูงอายและเด็ก อุบลราชธานี	37. ลานนาบรืรำกัษ
12. รามบรืรำกัษ-ราชเวช	38. ไทยบรืบาล
13. ชัยภูมิบรืรำกัษ	39. นครสวรรค์บรืรำกัษ
14. รามอินทรา-อานาจเจริญบรืบาล	40. ชากังราวบรืรำกัษ
15. แก่นนครบรืบาล	41. ติรืบรืรำกัษ
16. ขอนแก่นบรืบาล	42. พะวอการบรืบาล
17. นวลจันทรบรืรำกัษศึกษานานสีชา บรืบาล	43. พิษณุโลกบรืรำกัษ
18. ปทุมเวชบรืบาล	44. เพชรบูรณ์บรืบาล
19. รามบรืรำกัษ-รามเวช	45. เมืองราชบรืรำกัษ
20. วิชาการบรืบาลอุตรธานี	46. ราชบุรีบรืบาล
21. ติรืบรืรำกัษ	47. เลิศบรืบาล
22. สาธิตการบรืบาล	48. ภูเก็ตการบรืบาล
	49. ตรียาพบรืบาล
23. เซียงใหม่เวชรักัษ	50. สุราษฎร์การบรืบาล
24. นครพิงค์ไทยบรืบาล	51. หาดใหญ่วิชาการบรืบาล
25. นครพิงค์ค้อบิบาลกิจ	52. ทัทลุงการบรืบาล
26. มุทิตาประชารักัษ	

## ▶ รายชื่อเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร

1. รามบรืรำกัษ	13. เสรีรักัษการบรืบาล
2. พร้อมบรืบาล	14. ตรียาพบรืบำเพ็ญ
3. จาติบรืรำกัษ	15. มนารมย์บรืบาล
4. ปิยะมินทร์คุณารักัษ	16. เปียมรักัษาทร
5. จรัญรักัษการบรืบาล	17. กวดวิชาสุพิทกาและการบรืบาล
6. พรรัตนบรืบาล	18. ปณินันท์บรืรำกัษ
7. เมธารักัษการบรืบาล	19. รามอินทราบรืบาล
8. ธรรมบรืบาล	20. ธรรมบรืบาล
9. ผู้ดูแลผู้สูงอายและเด็กอ่อนวิภาวดี	21. เนตรนภาพรืรำกัษ
10. ภัสพิบาล	22. บัญญาธิคุณบรืรำกัษ
11. ฝึกพนักงานโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท	23. ธีรบุรีบรืบาล
12. วิภาวดีบรืบาล	24. รมฉัตรบรืรำกัษ

ภาพที่ 36 รายชื่อสถานฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 12 สรุปหลักสูตรการฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุ

หลักสูตรสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

หลักสูตร	หน่วยงานที่ดูแล	คุณสมบัติผู้เรียน	ระยะเวลาทั้งหมด	ภาคทฤษฎี	ภาคปฏิบัติ	สัมมนาวิชาชีพ	ผู้สมัคร
1. หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา	กระทรวงศึกษาธิการ	ม. 3 ขึ้นไป อายุ 15 ปีขึ้นไป	3 เดือน 420 ชม.	300 ชม.	120 ชม.		
2. หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตรทางไกล	กระทรวงศึกษาธิการ	ม. 3 ขึ้นไป	3 เดือน 420 ชม.	205 ชม. (เรียนรู้ด้วยตัวเอง)	155 ชม. (เรียนรู้ด้วยตัวเอง)	30 ชั่วโมง	
3. หลักสูตรการฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ	กระทรวงแรงงาน	อายุ 15 ปีขึ้นไป	60 ชม.	36 ชม.	24 ชม.		
4. หลักสูตรวุฒิบัตรพัฒนาฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (การฝึกเตรียมเข้าทำงาน)	กระทรวงแรงงาน	ม. 3 ขึ้นไป หรือ อายุ 18 ปีขึ้นไป	3 เดือน 420 ชม.				วุฒิบัตรพัฒนาฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
5. หลักสูตรอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์		3 วัน 15 ชม.				
6. การทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน สาขาการดูแลผู้สูงอายุ	กระทรวงแรงงาน	ม. 3 ขึ้นไป และ อายุ 18 ปีขึ้นไป	การทดสอบทางด้าน ความรู้ เจตคติ ทักษะ				

บริษัทจำหน่าย / ตัวแทนจำหน่ายเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในสถานดูแลผู้สูงอายุทั่วไปที่รับดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้นั้นนับว่าไม่มีความจำเป็นในการใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนมากนัก อย่างไรก็ตามเครื่องมือทางการแพทย์พื้นฐานทั่วไปยังมีความจำเป็นในการใช้งานประจำวัน เช่น เครื่องวัดความดัน อุปกรณ์ในการช่วยพยุงตัว หรือรถเข็น เป็นต้น ซึ่งในท้องตลาดนับว่ามีให้เลือกในหลายระดับราคา และสามารถหาซื้อได้จากบริษัทจำหน่าย/ตัวแทนจำหน่ายเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ เช่น

1. ศูนย์เครื่องมือแพทย์ทั่วไทย
2. บริษัท ไทยลิฟท์อินดัสตรีส์ จำกัด (มหาชน)
3. สมาคมผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ไทย
4. นพรัตน์เวชภัณฑ์
5. บริษัท เอ็ม อี เมดิเทค จำกัด
6. บริษัท ยูนิเวอร์แซล ควอลิตี้ จำกัด
7. บริษัท บางจากครุภัณฑ์การแพทย์ จำกัด
8. บริษัท อาณาจักรธันยาการค้ารุ่งเรือง จำกัด
9. หสน.จินดาไอสธ
10. บริษัท ไทเทวัญ กรุป จำกัด

#### หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ครอบคลุมการให้องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุให้กับผู้ประกอบการและบุคคลทั่วไป

- กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ดูแลสถานพยาบาลเอกชนที่ประกอบการในเชิงธุรกิจให้มีมาตรฐานและให้บริการแก่ผู้บริโภคอย่างยุติธรรม และเน้นบทบาทที่จะเอื้อให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมกับภาครัฐในการให้บริการสาธารณสุขแก่กลุ่มประชาชนที่ช่วยเหลือตนเองได้ทางเศรษฐกิจ

#### โรงพยาบาล

โรงพยาบาลถือว่าเป็นทั้งธุรกิจต้นน้ำและปลายน้ำ อธิบายได้ดังนี้

- โรงพยาบาลเป็นธุรกิจต้นน้ำ เพราะนับว่าเป็นผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพพื้นฐานในขณะที่ผู้สูงอายุเข้าอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการตรวจสอบสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นประจำ เช่น เดือนละ 1 ครั้ง ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงและช่วยเหลือตัวเองได้ หรือในกรณีที่มิเหตุฉุกเฉินที่ต้องนำผู้สูงอายุเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เป็นต้น ในมุมมองของความน่าเชื่อถือของการให้บริการและความปลอดภัยเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน สถานดูแลผู้สูงอายุต้องมีการสร้างความสัมพันธ์ในลักษณะคู่ค้าทางธุรกิจ (Business Partner) กับโรงพยาบาลที่อยู่บริเวณใกล้เคียงทั้งทางด้านบุคลากรหรือแพทย์ที่เข้ามาดูแลเป็นประจำ ด้านข้อมูลผู้สูงอายุและการจัดการธุรกรรมด้านการเงิน



- โรงพยาบาลเป็นธุรกิจปลายน้ำ ในกรณีที่มีความเจ็บป่วยขั้นรุนแรงและต้องเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงถือเป็นธุรกิจปลายน้ำที่ทางสถานดูแลผู้สูงอายุต้องให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพ ทางด้านจิตใจ ข้อมูลของครอบครัวและการติดต่อญาติ

## 2. สถานะตลาดและแนวโน้มการแข่งขัน

### 2.1 ความสามารถในการแข่งขัน

ความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจประเภทนี้ในสภาพธุรกิจปัจจุบัน สรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

- บุคลากร ด้วยวัฒนธรรมและลักษณะเฉพาะของคนไทยถือว่าเป็นศักยภาพหลัก เพราะมีอัธยาศัยดี เป็นมิตรและมีความสุภาพ อ่อนน้อม

- ภูมิอากาศและสภาพแวดล้อม ภูมิอากาศในประเทศไทยถือว่าเหมาะสมเพราะมีอากาศดี อบอุ่น มีแสงแดดตลอดทั้งปี และในหลายส่วนของประเทศมีความน่าอยู่ สวยงาม มีแหล่งที่อยู่และพักผ่อนที่ใกล้ชิดกับธรรมชาติเป็นจำนวนมาก

- วัฒนธรรม ด้วยวัฒนธรรมและลักษณะเฉพาะของคนไทยที่ให้ความเคารพต่อผู้ใหญ่และมีประเพณีที่ดีงาม จึงเป็นศักยภาพหลักของผู้ประกอบการไทย

- อาหาร ประเทศไทยมีอาหารและผลไม้อุดมสมบูรณ์ มีรับประทานได้ทุกพื้นที่และทุกฤดูกาล และยังเป็นแหล่งสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอีกด้วย

- ระบบการจัดการ การจัดการภายในองค์กรและการให้บริการอย่างเป็นระบบถือว่าเป็นจุดสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพของการบริการ

## 3. องค์ประกอบหลักในการประกอบธุรกิจ

องค์ประกอบหลักในการจัดตั้งธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย

- สถานที่ตั้ง - ที่ดิน ผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมอยู่ในชุมชนใกล้บ้านและเดินทางสะดวก ควรมีสถานที่ตั้งแถบชานเมือง มีสภาพแวดล้อมดีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับ วัด โบสถ์ ห้องสมุด โรงละคร บริการด้านสุขภาพ มูลค่าการลงทุนในสถานที่ตั้งจึงมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับทำเลที่ตั้งและพื้นที่

- การก่อสร้าง การออกแบบและการตกแต่งภายใน การก่อสร้างสถานที่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุต้องมีการออกแบบให้เหมาะสมกับกายภาพของผู้สูงอายุและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย พร้อมทั้งพื้นที่ภายในและภายนอกอาคารเพื่อใช้ในกิจกรรมต่างๆ ควรมีการออกแบบให้มีบรรยากาศคล้ายบ้านพักอาศัยที่อบอุ่น ซึ่งอาจเป็นบ้านเดี่ยว บ้านกลุ่มหรืออาคารสูงไม่เกิน 5 ชั้น ควรออกแบบให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกครบครัน เช่น สวนสุขภาพ ห้องสมุด ห้องพระ ห้องออกกำลังกาย ห้องดนตรี ห้องหัตถกรรม สระว่ายน้ำ และพื้นที่เล่นกีฬาในร่ม เป็นต้น การออกแบบและการก่อสร้างที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ควรคำนึงความต้องการของบุคคลและมืองค์ประกอบสำคัญซึ่งประกอบด้วย

1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกาย การออกแบบต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ไม่ควรมีพื้นที่ต่างระดับหรือบันได และไม่ควรจะมีธรณีประตู พื้นไม้ลิ้น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น พื้นไม่ควรจะมีพรมผืนเล็กๆ หรือพื้นที่ลื่นพรมที่หนานุ่มจะจำกัดการเคลื่อนที่ทั้งคนและล้อเข็น

2) สุขภาพอนามัย มีระบบสาธารณสุขปโภคและสาธารณสุขูปการที่ดี มีการจัดระบบการ  
รักษาความสะอาด การถ่ายเทของอากาศที่ดี และแสงธรรมชาติสามารถเข้าถึงได้

3) สุขภาพจิต มีพื้นที่ทำกิจกรรมสันทนาการทั้งภายในและภายนอกอาคารเพื่อ  
ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

4) การดูแลรักษา สถานดูแลผู้สูงอายุควรจะออกแบบให้ดูแลรักษาง่ายเท่าที่จะ  
เป็นไปได้

5) ความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะเวลาพักผ่อน ให้มีที่พักเพียงพอแยกเป็นสัดส่วนโดย  
คำนึงถึงการเป็นส่วนตัวเป็นสำคัญ

6) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ควรมีพื้นที่ที่จะให้แต่ละบุคคล และครอบครัวได้  
พบปะและทำกิจกรรมร่วมกันภายในที่อยู่อาศัย และความร่วมมือกันระหว่างเพื่อนบ้าน

จากผลการสำรวจและการวิเคราะห์สรีระและข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุไทย สถาน  
ดูแลผู้สูงอายุควรมีการออกแบบพื้นที่และวัสดุต่างๆ ที่ใช้ ดังนี้



ตารางที่ 13 องค์ประกอบหลักในการก่อสร้างสถานดูแลผู้สูงอายุ

องค์ประกอบหลัก	การออกแบบพื้นที่และการใช้วัสดุต่างๆ
อาคาร	สถานที่ดูแลผู้สูงอายุควรมีชั้นเดียวหรือเป็นอาคารโดยมีลิฟต์ ไม่ควรจะมีพื้นต่างระดับหรือบันได และไม่ควรมีธรณีประตู เพราะสิ่งเหล่านี้มีแนวโน้มจะสกัดกั้นการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ
พื้นที่ภายในอาคาร	ต้องคำนึงถึงความสะดวกสบาย ควรจัดให้มีห้องรับประทานอาหาร ห้องสมุด ห้องพักผ่อน ห้องอ่านหนังสือ ห้องรับแขก ห้องออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัด ห้องตรวจสุขภาพอย่างเป็นทางการเป็นสัดส่วน พื้นที่ทำกิจกรรมร่วมกัน ห้องนอนควรมีพื้นที่อย่างน้อย 10-12 ตารางเมตรต่อคน ไม่รวมห้องน้ำและ 16-20 ตารางเมตรสำหรับห้องพักรวม (2 คน) และให้มีการเคลื่อนที่ของรถเข็นได้สะดวก เป็นต้น นอกจากนี้มีการจัดห้องครัวและห้องซักล้างอย่างเป็นทางการเป็นสัดส่วน
ประตูและลูกบิดประตู	สถานดูแลผู้สูงอายุควรจะใช้ประตูที่มีขนาดความกว้างเป็นพิเศษ เพื่อให้ล้อเข็นผ่านได้โดยปราศจากสิ่งกีดขวาง ประตูเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ใช้รถเข็นเคลื่อนที่ได้สะดวก และไม่เกิดการเสียดสีระหว่างมือกับประตูเวลาเข็นล้อ อุปกรณ์ประตูควรมีมือจับเปิดประตู
องค์ประกอบหลัก	การออกแบบพื้นที่และการใช้วัสดุต่างๆ
	และกลอนประตู มากกว่าลูกบิด เป็นไปได้ยากที่จะเปิดลูกบิดด้วยมือที่อ่อนแอ และประตูควรจะสามารถผลักเปิดได้ง่าย
ความชันของทางลาด	ความชันของทางลาด ควรมีอัตราส่วนที่เหมาะสมกับการใช้รถเข็น 1: 12
พื้นผิว	พื้นผิวจะต้องไม่ลื่น สามารถเดินหรือเข็นรถเข็นได้สะดวก
รั้วบ้าน	รั้วบ้านควรมีความสูงระดับหน้าอก แบบรั้วกึ่งทึบกึ่งโปร่ง
เก้าอี้สนาม	เก้าอี้สนามแบบชุดเก้าอี้ไม้ มีพนักพิง มีโต๊ะวางของตรงกลางและสามารถนั่งได้หลายคน
สวิตช์ไฟ	ระดับของสวิตช์ควรอยู่ที่ระดับ 120 เซนติเมตรจากพื้น สวิตช์ไฟฟ้าไม่ควรสูงเกินไปเพื่อให้ผู้สูงอายุกดได้สะดวกโดยไม่ต้องเอื้อม
ปลั๊กไฟฟ้า	ส่วนระดับของปลั๊กไฟฟ้าควรอยู่ที่ระดับ 90 เซนติเมตรจากพื้น ระดับปลั๊กไฟฟ้าต้องไม่ต่ำเกินไปเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุต้องก้มลงไปมาก
ก๊อกน้ำ	ก๊อกน้ำควรใช้ก๊อกน้ำแบบบิดไปด้านข้าง
โถส้วม	โถส้วมควรเป็นชนิดนั่งราบ สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 400 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 500 มิลลิเมตร
ราวจับ	ราวจับที่ใช้ในพื้นที่ทั่วไปควรเป็นสแตนเลส เส้นผ่านศูนย์กลาง 4.5 เซนติเมตร ความสูงจากพื้นถึงระดับบนสุดของราวจับมีความสูง 80 เซนติเมตร ราวจับด้านที่อยู่ติดผนังให้มีระยะห่างจากผนังไม่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร
ป้าย	การใช้สีสำหรับป้ายต่างๆ ควรใช้สีน้ำเงินบนพื้นสีขาว เป็นซึ่งตัวอักษรที่ผู้สูงอายุมองเห็นชัดที่สุด

- อุปกรณ์และเครื่องมือ การเลือกใช้อุปกรณ์ขึ้นอยู่กับนโยบายของสถานดูแลผู้สูงอายุ เช่น วัสดุและผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองเท่านั้น และ/หรือวัสดุผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา อุปกรณ์และเครื่องมือที่เลือกใช้จึงมีความแตกต่างกันตามความจำเป็น โดยส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ตัวอย่างเช่น

ตารางที่ 14 อุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญในสถานดูแลผู้สูงอายุ

อุปกรณ์	ตัวอย่างรูปภาพ	ราคา
เตียง		20,000 – 60,000 บาท ขึ้นอยู่กับขนาดและฟังก์ชันต่างๆ ทั้งนี้สามารถใช้เตียงแบบปกติหากผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ราคาประมาณ 2,000 – 3,000 บาท
โต๊ะคร่อมเตียง		2,500 – 5,000 บาท
รถเข็น		5,000 – 50,000* บาท *ในกรณีเป็นรถเข็นไฟฟ้า



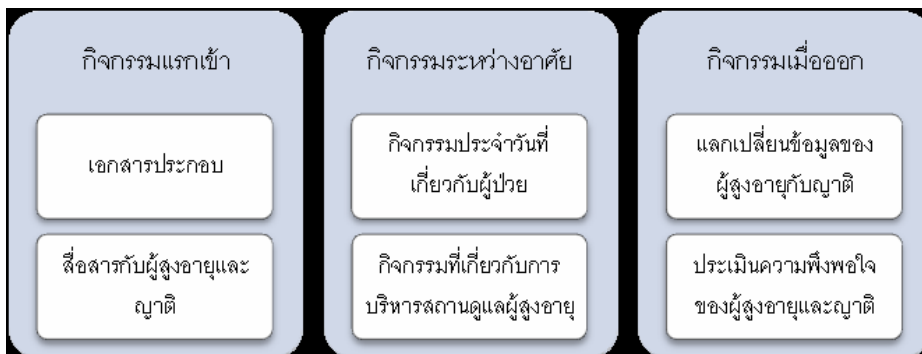
อุปกรณ์	ตัวอย่างรูปภาพ	ราคา
ชุดให้ ออกซิเจน		5,000 – 20,000 บาท
เครื่องพ่น ยา		2,200 – 5,000 บาท
เครื่องดูด เสมหะ		2,900 – 8,000 บาท
เครื่องวัด ความดัน โลหิต		ประมาณ 2,500 บาท
เก้าอี้ นั่ง ถ่าย		2,500 – 4,500 บาท

- บุคลากร บุคลากรภายในสถานดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดตั้งและดำเนิน  
ธุรกิจประเภทนี้ ซึ่งมีองค์ประกอบหลักดังนี้  
ตารางที่ 15 บุคลากรหลักภายในสถานดูแลผู้สูงอายุ

ตำแหน่ง	หน้าที่ / คำอธิบาย	อัตราค่าตอบแทน
พยาบาล	ในกรณีที่เป็นสถานพยาบาล จำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ ทั้งนี้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแล เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในทีมการดูแล เมื่อผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุก็จะรายงานให้แก่พยาบาลในทีมรับทราบ และให้ความช่วยเหลือแก่ปัญหาต่อไป สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1:15 ถึง 1:25	18,000 – 23,000 บาทต่อเดือน
ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลที่มีจำนวนมากที่สุดในสถานดูแลผู้สูงอายุ เป็นบุคลากรที่สำคัญซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การให้อาหารทั้งการป้อนอาหารการให้อาหารทางสายยาง การช่วยพยุงเดิน การพลิกตะแคงตัว การดูแลเสมหะ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น ผู้ช่วยดูแลส่วนใหญ่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ สัดส่วนของผู้ช่วยดูแลต่อจำนวนผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1:3 ถึง 1:5	6,000 – 8,000 บาทต่อเดือน และค่าตอบแทนจากการทำงานล่วงเวลา 200 บาทต่อการทำงาน 8 ชั่วโมง
นักกายภาพบำบัด	นักกายภาพบำบัด เป็นบุคลากรที่ช่วยดูแลในเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพเป็นหลัก นักกายภาพบำบัดจะรวมประชุมปรึกษากับบุคลากรในทีมดูแลเพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย โดยในสถานดูแลผู้สูงอายุประจำวัน บางแห่งมีห้องสำหรับทำกายภาพบำบัดมีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมอย่างไรก็ตามสถานดูแล	10,000 – 15,000 บาท ต่อ เดือน และค่าตอบแทนจากการทำงานล่วงเวลา ค่าตอบแทน 200 บาท
ตำแหน่ง	หน้าที่ / คำอธิบาย	อัตราค่าตอบแทน
	ผู้สูงอายุขนาดเล็กส่วนมากไม่มีนักกายภาพบำบัดอยู่ประจำ	ต่อการทำงาน 8 ชั่วโมง
นักอาชีวบำบัด	นักอาชีวบำบัดเป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้มีการฝึกใช้กล้ามเนื้อเล็ก เช่น การใช้กล้ามเนื้อมือ การฝึกการกลืน และการฝึกสมอง ในสถานดูแลผู้สูงอายุประจำวันขนาดใหญ่จะประกอบด้วยนักอาชีวบำบัด 1 คน ในขณะที่สถานดูแลผู้สูงอายุขนาดเล็กส่วนมากไม่มีนักอาชีวบำบัดอยู่ประจำ	8,000 – 12,000 บาทต่อเดือน
นักโภชนาการ	นักโภชนาการเป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละราย อาหารเฉพาะโรค และอาหารผสมสำหรับให้ทางสายยาง อย่างไรก็ตามสถานดูแลผู้สูงอายุประจำ วันส่วนใหญ่ไม่มีนักโภชนาการประจำ แต่จะเป็นการจัดอาหารตามที่แพทย์หรือญาติแนะนำ	8,000 – 12,000 บาทต่อเดือน
พนักงานธุรการ	ดูแลงานธุรการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานดูแลผู้สูงอายุ	8,000 บาทต่อเดือน
แม่บ้านทำความสะอาด	ดูแลความสะอาดและซักผ้า	6,000 บาทต่อเดือน
แม่ครัว	ทำอาหารและเครื่องดื่ม	8,000 บาทต่อเดือน

#### 4. กระบวนการดำเนินงาน

ภาพรวมกระบวนการดำเนินงานในสถานดูแลผู้สูงอายุและรายละเอียดมี ดังนี้  
ภาพที่ 37 ภาพรวมกระบวนการดำเนินงานในสถานดูแลผู้สูงอายุ



##### กิจกรรมแรกเข้า

- เอกสารประกอบที่จำเป็นเมื่อแรกเข้ารับบริการ ประกอบด้วย
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สนับสนุนหรือญาติ
  - สำเนาบัตรประชาชนของผู้สนับสนุนหรือญาติ
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สูงอายุ
  - สำเนาบัตรประชาชนของผู้สูงอายุ
  - ประวัติการรักษา ยา และ/หรือบัตรนัดของแพทย์
- สื่อสารกับผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าใจกระบวนการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างวันอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรทั้งนี้ต้องมีการลงนามยินยอมนำส่งแพทย์หรือโรงพยาบาลใกล้เคียงหากมีเหตุฉุกเฉินขึ้นกับผู้ป่วย

##### กิจกรรมระหว่างอาศัย

- กิจกรรมประจำวันเกี่ยวกับผู้ป่วย ประกอบด้วย
  - รับประทานอาหารเช้า
  - ออกกำลังกายหรือกิจกรรมกายภาพบำบัดตามความเหมาะสม
  - รับประทานอาหารว่าง
  - กิจกรรมสันทนาการที่สนใจ
  - รับประทานอาหารกลางวัน
  - พักผ่อน
  - กิจกรรมสันทนาการที่สนใจ
  - รับประทานอาหารว่าง
  - ออกกำลังกายหรือกิจกรรมกายภาพบำบัดตามความเหมาะสม
  - ประเมินสมรรถภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ
  - รับประทานอาหารเย็น
  - พักผ่อน

- กิจกรรมที่เกี่ยวกับการบริหารสถานดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
    - ทำความสะอาดดูแลรักษาสถานที่
    - โภชนาการและการประกอบอาหาร
    - ซักรีด
    - ประเมินสมรรถภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ
    - ตรวจสอบและบำรุงรักษาสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก
- ให้อยู่ใน สภาพดี
- ประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ
  - ประชุมทีมผู้ให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้สูงอายุ

### กิจกรรมเมื่อออก

- การแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้สูงอายุกับญาติ โดยการสื่อสารให้ทราบทางวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ระหว่างที่ผู้สูงอายุพักอาศัย เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา สุขภาพโดยทั่วไป การเข้าสังคมและการร่วมกิจกรรมต่างๆ
- ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในด้านต่างๆ ดังนี้
  - สิ่งแวดล้อมและสถานที่
  - ความปลอดภัย
  - เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก
  - บุคลากร
  - กิจกรรมสันทนาการ

## 5. ข้อมูลทางการเงิน

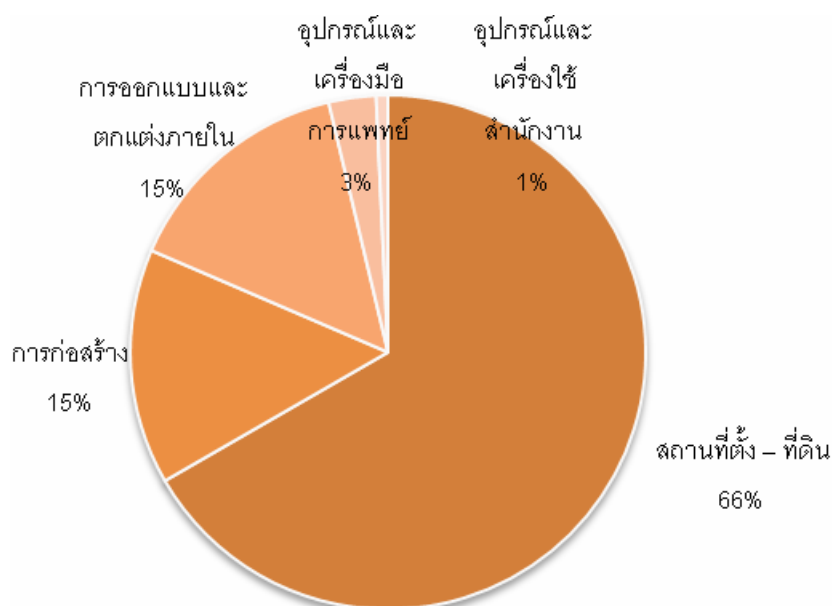
### 5.1 โครงสร้างการลงทุน

องค์ประกอบหลักในการลงทุนเริ่มต้น (Initial Investment) ประกอบด้วย

ตารางที่ 16 องค์ประกอบหลักในการลงทุนเริ่มต้น

องค์ประกอบ	ประมาณการลงทุน	หมายเหตุ
สถานที่ตั้ง - ที่ดิน	45,000 บาทต่อ ตร.ว.	ประมาณการจากที่ดินชานเมือง กรุงเทพฯและเขตปริมณฑล ราคาขึ้นอยู่กับทำเลที่ตั้ง
การก่อสร้าง	750,000 -1,000,000 บาท ต่อพื้นที่ 100 ตร.ว.	เป็นอาคารชั้นเดียว
การออกแบบและตกแต่งภายใน	8,000 – 15,000 บาท ต่อ ตร.ม.	ขึ้นอยู่กับวัสดุที่ใช้และพื้นที่ใช้สอย
อุปกรณ์และเครื่องมือการแพทย์	100,000 – 200,000 บาท	ขึ้นอยู่กับจำนวนและประเภทของเครื่องมือ
อุปกรณ์และเครื่องใช้สำนักงาน	30,000 บาท	ตัวอย่างเช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ โทรศัพท์ โทรสาร

สัดส่วนขององค์ประกอบหลักในการลงทุนเริ่มต้นควรมีโครงสร้างดังนี้



ภาพที่ 38 สัดส่วนขององค์ประกอบหลักในการลงทุนเริ่มต้น

## 5.2 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน

องค์ประกอบหลักของค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (Operating Expenses) ประกอบด้วย ค่าจ้างบุคลากรและพนักงาน ค่าใช้จ่ายจากการบริการ และค่าใช้จ่ายจากการบริหาร มีการประมาณการเบื้องต้นและแบ่งเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมได้ดังนี้

ตารางที่ 17 ค่าจ้างบุคลากรและพนักงาน

รายการ	ประมาณเงินเดือนต่อคน	จำนวนคน	จำนวนเงินประมาณการต่อเดือน (บาท)
ผู้บริหาร	40,000	1	40,000
พยาบาล*	18,000	1	18,000
ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ	6,000	3	24,000
นักกายภาพบำบัด*	10,000	1	10,000
นักอาชีพบำบัด*	8,000	1	8,000
นักโภชนาการ*	8,000	1	8,000
พนักงานธุรการ	8,000	1	8,000
แม่บ้านทำความสะอาด	6,000	1	6,000
แม่ครัว	8,000	1	8,000

\*ในกรณีที่เป็นสถานพยาบาล



ตารางที่ 18 ค่าใช้จ่ายจากการบริการ

รายการ	จำนวนเงินประมาณการต่อเดือน (บาท)
ค่าอาหาร	30,000
ค่าจัดกิจกรรมนันทนาการ	15,000

ตารางที่ 19 ค่าใช้จ่ายจากการบริหาร

รายการ	จำนวนเงินประมาณการต่อเดือน (บาท)
วัสดุสิ้นเปลือง	5,000
ค่าไฟฟ้า	3,000
ค่าน้ำประปา	2,000
ค่าโทรศัพท์	1,000
อุปกรณ์สำนักงาน	2,000
ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด	2,000

สัดส่วนค่าใช้จ่ายรายเดือน โดยทั่วไปสรุปได้ ดังนี้  
 ตารางที่ 20 สัดส่วนค่าใช้จ่ายรายเดือน

ค่าใช้จ่ายรายเดือน	สัดส่วน
ค่าจ้างบุคลากรและพนักงาน	60%
ค่าใช้จ่ายจากการบริการ	30%
ค่าใช้จ่ายจากการบริหาร	10%

### 5.3 ประมาณการรายได้

การประมาณการรายได้ขึ้นอยู่กับจำนวนคนที่เข้ารับบริการในแต่ละเดือน และสรุปเป็น  
 โครงสร้างรายได้ ดังนี้

ตารางที่ 21 อัตราค่าบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
เงินค้ำประกันผู้สูงอายุ เมื่อเข้าพัก	10,000 – 20,000 บาท หรือเทียบเท่ากับอัตรา ค่าบริการประจำเดือน 1 เดือน	เงินจำนวนนี้คืนให้เมื่อผู้สูงอายุออกจากสถานดูแล ผู้สูงอายุไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น
อัตราค่าบริการ ประจำเดือน	15,000 – 20,000 บาท ต่อคนต่อเดือน	อัตรานี้รวมค่าอาหาร 3 มื้อ ค่ากิจกรรมนันทนาการ ค่าบำรุงไม่รวมค่ายาหรือ
รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
		อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ และค่าใช้จ่ายส่วนตัว เช่น ผ้าอ้อม แป้ง สบู่ ฯลฯ ค่ายา และค่า รักษาพยาบาล
อัตราค่าบริการ ประจำวัน	700 – 900 บาทต่อคน ต่อวัน	อัตรานี้รวมค่าอาหาร 3 มื้อ ค่ากิจกรรมนันทนาการ ค่าบำรุงไม่รวมค่ายาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ และค่าใช้จ่ายส่วนตัว เช่น ผ้าอ้อม แป้ง สบู่ ฯลฯ ค่า ยา และค่ารักษาพยาบาล

## 6. บทศึกษาเชิงกลยุทธ์แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ

ตารางที่ 22 แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจแนวทางการพัฒนาธุรกิจสู่ความเป็นเลิศสามารถสรุปได้ดังนี้

องค์ประกอบ	ปัจจัย	แนวทางในการพัฒนา
1. กลยุทธ์การบริการ – ลูกค้า	การสื่อสารถึงกลยุทธ์ของสถานประกอบการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรมีการจัดระบบการเชื่อมขมสถานที่ โดยมีการจัดตารางเข้าชมสถานที่ก่อนเข้ารับบริการ</li> <li>- มีการสื่อสาร บอกกล่าว นำเสนอกิจกรรมต่างๆ ที่บ่งบอกถึงกลยุทธ์ที่แตกต่างผ่านทาง เว็บไซต์ แผ่นพับ และการอบรมพนักงาน ในขั้นตอนต่างๆ</li> </ul>
	การวัดความพึงพอใจของลูกค้า	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการวัดความต้องการและความพึงพอใจของลูกค้าอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</li> </ul>
2. กลยุทธ์การบริการ – พนักงาน	การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพนักงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพนักงานในการมุ่งสู่เป้าหมายหลักของกิจการ</li> <li>- ส่งเสริมการร่วมแก้ไขปัญหโดยกำหนดให้มีการประชุมเป็นประจำทุกเดือนเพื่อทบทวนกรอบการ</li> </ul>
องค์ประกอบ	ปัจจัย	แนวทางในการพัฒนา
	แผนการพัฒนาบุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม</li> <li>- มีการจัดส่งอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>- มีการกำหนดสายงานหรือความก้าวหน้าของงานที่ชัดเจน</li> </ul>
3. กลยุทธ์การบริการ – ระบบการดำเนินงาน	การพัฒนาการบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการออกแบบและการพัฒนาการบริการและกิจกรรมใหม่ๆ</li> <li>- มีการเปิดกว้างสู่ชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul>
	การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสมต่อสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางกายภาพที่แตกต่างกัน</li> </ul>
	ระบบเอกสาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการใช้เอกสารเพื่อสนับสนุนกระบวนการคุณภาพและทำอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ</li> </ul>
4. ระบบการดำเนินงาน – ลูกค้า	การเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญของสถานประกอบการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้มีการเข้าเยี่ยมชมสถานที่</li> <li>- จัดทำเว็บไซต์</li> <li>- มีการสอบถามทางโทรศัพท์</li> </ul>
	สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สภาพแวดล้อมภายในสถานดูแลผู้สูงอายุเหมาะสมกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ</li> <li>- มีอากาศถ่ายเทสะดวก</li> <li>- มีพื้นที่กลางแจ้ง</li> <li>- มีแสงสว่างเพียงพอ</li> <li>- ขนาดห้องนอนและห้องน้ำ ที่เหมาะสม</li> <li>- การปลูกสร้างและออกแบบสถานที่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ</li> </ul>
องค์ประกอบ	ปัจจัย	แนวทางในการพัฒนา
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น ราวจับเดินทางลาดขั้นที่เหมาะสม พื้นผิวห้องน้ำที่ไม่ลื่น เป็นต้น</li> </ul>

	การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นของลูกค้า	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระเบียบการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุและญาติเมื่อแรกรับ</li> <li>- ระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย</li> <li>- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินระบุไว้อย่างชัดเจน</li> </ul>
	การตรวจสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระเบียบการตรวจสุขภาพเมื่อแรกเข้า และมีการตรวจสุขภาพด้วยแพทย์สม่ำเสมอ</li> </ul>
	การรับคำร้องเรียน/คำร้องทุกข์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกระบวนการรับคำร้องเรียน/คำร้องทุกข์จากผู้สูงอายุและญาติ</li> <li>- ระบบการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ</li> <li>- การบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาด อุบัติการณ์</li> <li>- การบันทึกคำร้องเรียน</li> </ul>
	การมีส่วนร่วมของลูกค้า	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ</li> </ul>
	กิจกรรมลูกค้าสัมพันธ์	มีรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมลูกค้าสัมพันธ์หรือส่งข่าวสาร (Newsletter) อย่างสม่ำเสมอ
5. ระบบการดำเนินงาน – พนักงาน	การตรวจสอบประวัติบุคลากรและทักษะต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการตรวจสอบประวัติบุคลากร</li> <li>- มีการประเมินทักษะในการทำงานในหน้าที่ต่างๆ</li> </ul>
	การพัฒนาคุณภาพบุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกิจกรรมทบทวนและพัฒนาคุณภาพบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการโดยมีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul>
องค์ประกอบ	ปัจจัย	แนวทางในการพัฒนา
	การดำเนินการทางวินัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการระบุนการดำเนินการทางวินัยหากกระทำ ผิดเป็นลายลักษณ์อักษร</li> </ul>
	การออกแบบระบบการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการออกแบบระบบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และเครื่องมือในการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้สูงอายุในกรณีจำเป็น</li> </ul>
	การบันทึกข้อมูลสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาด อุบัติการณ์ คำร้องเรียน</li> <li>- มีการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ</li> </ul>
	อัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุอยู่ประมาณ 1:12 และ</li> <li>- อัตราส่วนระหว่างผู้ช่วยดูแลและผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 1:4</li> </ul>
6.ลูกค้า – พนักงาน	เจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ที่ดี มีความสุภาพ อ่อนโยน และมารยาทดี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่ทุกคนมีการติดป้ายชื่อ</li> <li>- มีกิจกรรมที่สนับสนุนให้มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้สูงอายุ</li> </ul>
	การมอบหมายเจ้าหน้าที่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่เพื่อดูแลผู้สูงอายุทุกคนอย่างทั่วถึง</li> </ul>

## 6.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยสำคัญในการประกอบธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จสามารถสรุปได้ดังนี้

- **กลยุทธ์ทางธุรกิจ** ในธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์กลยุทธ์ที่สามารถเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันได้ดังนี้

- **กลยุทธ์ด้านคุณภาพ** เป็นสิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใดเพราะความน่าเชื่อถือในการให้บริการ และการดูแลผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจของบุตรหลานและผู้สูงอายุเอง และ

- **กลยุทธ์ในการสร้างความแตกต่าง** เพื่อเป็นการสร้างความแตกต่างและจุดเด่นในการให้บริการได้โดยการออกแบบการบริการเสริมจากการบริการหลัก เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ กล้องวงจรปิด เพื่อบุตรหลานสามารถเฝ้าดูได้จากที่ทำงาน และการดูแลให้ผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม (Niche Market) เช่น ให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้แต่ต้องการมีสังคมในกลุ่มคนวัยเดียวกันและมีความสนใจใกล้เคียงกัน โดยการจัดกิจกรรมสนทนาการอย่างต่อเนื่องร่วมกับชุมชนในสิ่งที่กลุ่มผู้สูงอายุสนใจ ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่สนใจธรรมะหรือการปฏิบัติธรรม กลุ่มผู้สูงอายุที่สนใจศิลปะและดนตรี กลุ่มผู้สูงอายุที่สนใจกิจกรรมบริการสังคม เป็นต้น

- **ทำเลที่ตั้ง** ผู้สูงอายุและญาติส่วนใหญ่ต้องการให้สถานดูแลผู้สูงอายุอยู่ใกล้บ้าน ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการมาเยี่ยม นอกจากนี้ควรอยู่ใกล้บริเวณชุมชน เช่น วัด สวนสาธารณะ ห้องสมุด เพื่อส่งเสริมให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน ควรอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ไม่ควรอยู่ใกล้กับกับแหล่ง

มลภาวะทั้งทางด้านอากาศ การมองเห็น กลิ่นและการได้ยิน และไม่ควรรอยู่ใกล้กับย่านอุตสาหกรรมต่างๆ

- **สภาพแวดล้อมภายในและสภาพทางกายภาพของสถานดูแลผู้สูงอายุ** สภาพแวดล้อมภายในควรมีความเหมาะสมกับการพักผ่อนอย่างเป็นส่วนตัว มีพื้นที่ทำกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกอาคาร มีความปลอดภัยทางด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย มีพื้นที่เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพื้นที่ที่จะให้แต่ละ

บุคคลและครอบครัวได้พบปะ และทำกิจกรรมร่วมกันภายในที่อยู่อาศัย

- **จำนวนและทักษะบุคลากร** จำนวนของพยาบาลและผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุต้องมีความเหมาะสม ขึ้นอยู่กับสถานะและข้อจำกัดทางร่างกายของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปมีอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้สูงอายุ 1:15 ถึง 1: 25 และอัตราส่วนของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุ 1: 3 ในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยตัวเองได้

- **ระบบการบริหารจัดการ** การจัดการภายในองค์กรและการให้บริการอย่างเป็นระบบถือว่าเป็นจุดสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพของการบริการ เช่น มีระบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และควรมีกลไกในการบริหารและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากทั้งทางบุคลากรภายใน ผู้สูงอายุและญาติ

- **ค่าบริการ** ค่าบริการไม่จำเป็นต้องเป็นค่าบริการต่ำเสมอไป เพราะลูกค้าจะพิจารณาความเหมาะสมจากคุณภาพในการบริการ การดูแลเอาใจใส่ และความน่าเชื่อถือมากกว่า

## 7. แนวทางการจัดทำมาตรฐาน

รายการประเมินนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่ดำเนินธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองในด้านต่างๆ และเพื่อเป็นแนวทางการจัดทำมาตรฐานเพื่อการดำเนินงานต่อไป

### 1) ด้านสิ่งแวดล้อมและสถานที่

มีอากาศถ่ายเทสะดวก

มีพื้นที่กลางแจ้ง

- มีแสงสว่างเพียงพอ
- ขนาดห้องนอนและห้องน้ำที่เหมาะสม
- มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ
- มีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุ  
การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้
- มีพื้นที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน

## 2) ด้านความปลอดภัย

- อาคารมีการออกแบบให้เหมาะสมกับสรีระและข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุ
- มีแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
- มีวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาด หรืออุบัติการณ์
- สภาพทางกายภาพภายในสถานดูแลผู้สูงอายุมีความเหมาะสม เช่น มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ ราวจับเดิน ทางลาดชันที่พื้นผิวห้องน้ำที่ไม่ลื่น

เหมาะสม

## 3) ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก

- มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการให้บริการ
- มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุที่จำเป็นพร้อมที่จะใช้ในการให้บริการตลอดเวลา
- มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือและระบบตรวจสอบ เพื่อเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ให้บริการ

ได้

และ

## 4) ด้านบุคลากร

- มีการตรวจสอบประวัติบุคลากร
- มีการจัดหาพนักงานที่มีทักษะและคุณสมบัติเหมาะสม
- อัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุไม่เกิน 1:25
- อัตราส่วนระหว่างผู้ช่วยดูแลและผู้สูงอายุไม่เกิน 1:3
- มีการฝึกอบรมบุคลากรและกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ
- มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพนักงานในการพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพการให้บริการ
- มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร
- มีการทบทวนคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งสม่ำเสมอ
- มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล

สม่ำเสมอ

และ

- 5) ด้านการสื่อสารกับผู้สูงอายุและญาติ
- ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการรับบริการ
  - มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ
  - ผู้สูงอายุแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการบำบัดรักษาเป็นระยะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 6) ด้านกิจกรรมสันทนาการ
- มีกิจกรรมการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลและพึ่งพาตนเอง อยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม
- 7) ด้านการบริหารจัดการ
- มีกระบวนการรับคำร้องเรียน/คำร้องทุกข์จากผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่
  - มีกระบวนการดำเนินการทางวินัยหากมีผู้กระทำผิด
  - มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาประสิทธิภาพ
  - มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
  - มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ความต้องการและความผู้สูงอายุ หรือบุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  - มีการระบุนขั้นตอนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
  - มีการรักษาความลับของผู้สูงอายุ

## 2.21 มาตรฐานงานบริการด้านการนวดไทยในระดับสถานีนอนามัย / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มาตรฐานงานบริการด้านการนวดไทยในระดับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดบริการ มีรายละเอียดของมาตรฐานแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม มาตรฐานด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ของการให้บริการด้านการนวดไทย ในระดับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกี่ยวข้องกับเรื่อง ที่พักคอยผู้รับบริการห้องตรวจโรค ห้องนวด ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ตู้สำหรับเก็บของหรือระบบรับฝากของใช้ส่วนตัวของผู้รับบริการ และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ / ผู้สูงอายุ

### 1.1 ที่พักคอยผู้รับบริการ

ที่พักคอยผู้รับบริการนวดไทยมีเพียงพอตามจำนวนผู้รับบริการ

## 1.2 ห้องตรวจโรค มีมาตรฐาน ดังนี้

1.2.1 มีเตียงตรวจโรค ที่นอน ผ้าปูที่นอน หมอนพร้อมปลอกหมอน ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการที่สะอาด

1.2.2 มีโต๊ะตรวจโรคพร้อมเก้าอี้

1.2.3 มีอ่างล้างมือ หรือในกรณีที่ไม่มีอ่างล้างมือ สามารถใช้น้ำยาสำหรับทำความสะอาดมือเช็ดมือแทนการล้างมือได้

1.2.4 มีเครื่องมือเครื่องใช้ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ เครื่องฟังตรวจ (Stethoscope) เครื่องวัดความดันโลหิต ไม้เคาะเข่า ไม้กดลิ้น ไฟฉาย เป็นต้น **หมายเหตุ :** ถ้าไม่มีห้องตรวจโรคเฉพาะการแพทย์แผนไทย สามารถดำเนินการได้  
ดังนี้

(1) ใช้ห้องตรวจโรคของการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นห้องตรวจโรคของการแพทย์ แผนไทยได้โดยมีมาตรฐานเช่นเดียวกับข้อ ๑.๒.๑ - ๑.๒.๔

(2) ถ้าหากมีการให้บริการเฉพาะการนวดแต่เพียงอย่างเดียว สามารถใช้ห้องนวด เดี่ยวเป็นห้องตรวจโรคได้ โดยมีมาตรฐานเช่นเดียวกับ ข้อ ๑.๒.๑-๑.๒.๔ และ เพิ่มมาตรฐานเกี่ยวกับการแบ่งพื้นที่ใช้สอยสำหรับการตรวจโรค และบริการนวดให้เป็นสัดส่วนที่ชัดเจน

## 1.3 ห้องนวด

ห้องนวดสามารถจัดทำเป็นห้องนวดเดี่ยว หรือห้องนวดรวม ตามความเหมาะสมของพื้นที่และจำนวนผู้รับบริการของสถานีนานามัย โดยมีมาตรฐานของห้องนวด ดังนี้

### 1.3.1 ห้องนวดเดี่ยว

ห้องนวดเดี่ยวมีเตียงนวด ๑ เตียง ผู้รับบริการสามารถเข้าไปใช้บริการนวดในห้องนวดเดี่ยวได้ครั้งละ ๑ คน ซึ่งห้องนวดเดี่ยวมีมาตรฐาน ดังนี้

1.3.1.1 มีขนาดพื้นที่ของห้องเหมาะสมกับการให้บริการนวด

1.3.1.2 ประตูมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๙๐ เมตร ด้านบนของบานประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล้อคประตู

1.3.1.3 เตียงนวดมีขนาดเบาะไม่น้อยกว่า ๑.๒๐x ๒.๐๐ เมตร ความสูงของเตียงมีความเหมาะสมกับการให้บริการนวด โดยไม่ก่อให้เกิดอันตราย ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการและมีระบบการจัดการความปลอดภัย ขณะขึ้น-ลง จากเตียง

1.3.1.4 เบาะที่นอนเป็นที่นอนแข็ง หุ้มด้วยวัสดุที่คงทน และมีผ้าปูที่นอนหมอนพร้อมปลอกหมอน ผ้าขาวเตียง ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการที่สะอาด

### 1.3.2 ห้องนวดรวม

ห้องนวดรวมมีเตียงนวดตั้งแต่ ๒ เตียงขึ้นไป ตามความเหมาะสมของพื้นที่ซึ่งเตียงนวดสามารถทำเป็นพื้นยกสูงได้ โดยมีมาตรฐานของห้องนวดรวม ดังนี้

1.3.2.1 มีขนาดพื้นที่ของห้องเหมาะสมตามจำนวนเตียง

1.3.2.2 ประตูมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๙๐ เมตร ด้านบนของบานประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตาและไม่มีอุปกรณ์ล้อคประตู แต่

ถ้าหากมีความจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ล๊อคประตูของห้องนวดรวม เพื่อความปลอดภัยของสิ่งของ เครื่องใช้ ต่างๆ ภายในห้องนวดหลังจากหมดเวลาการให้บริการนวดแล้ว ดังนั้นในขณะให้บริการนวดต้องไม่มีการล๊อคประตู

1.3.2.3 เติงนวดมีขนาดเบาไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๒.๐๐ เมตร ความสูงของเตียงหรือพื้นยกสูงมีความเหมาะสมกับการให้บริการนวด โดยไม่ก่อให้เกิดอันตราย ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการและมีระบบการจัดการความปลอดภัย ขณะขึ้น-ลง จากเตียง และมีที่ว่างระหว่างเตียงหรือที่ว่างระหว่างเบาะนวด (ในกรณียกพื้นสูง) ห่างกันไม่น้อยกว่า ๐.๘๐ เมตร

1.3.2.4 เบาะที่นอนเป็นที่นอนแข็ง หุ้มด้วยวัสดุที่คงทน และมีผ้าปูที่นอนหมอนพร้อมปกหมอน ผ้าขาวเตียง ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการที่สะอาด

1.3.2.5 มีม่านกันระหว่างเตียงให้เป็นสัดส่วน

**หมายเหตุ** ในระดับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีมาตรฐานข้อบังคับ เกี่ยวกับเตียงนวดทั้งห้องนวดเดี่ยวและห้องนวดรวม เหมือนในระดับโรงพยาบาล

#### 1.4 ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า

สถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการให้บริการนวด ต้องจัดให้มีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งมีมาตรฐาน ดังนี้

1.4.1 แยกห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าชาย - หญิง แต่ถ้าหากไม่สามารถแยกห้องชาย - หญิงได้ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการใช้ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าแก่ผู้รับบริการชาย - หญิงได้อย่างเหมาะสม

1.4.2 ขนาดห้องมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ

1.4.3 มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ

1.4.4 มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น

1.4.5 มีแสงสว่างเพียงพอ

1.4.6 มีเสื้อผ้าที่เหมาะสมและเพียงพอกับผู้รับบริการ

#### 1.5 ตู้สำหรับเก็บของหรือระบบรับฝากของใช้ส่วนตัวของผู้รับบริการ

สถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการให้บริการนวด ต้องจัดให้ตู้สำหรับเก็บของหรือระบบรับฝากของใช้ส่วนตัวของผู้รับบริการ ซึ่งมีมาตรฐาน ดังนี้

มีตู้เก็บของหรือระบบรับฝากของใช้ส่วนตัวของผู้รับบริการที่ใช้การได้ดี เพียงพอและปลอดภัย

1.6 มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ / ผู้สูงอายุ ตามความเหมาะสม

2. ด้านบุคลากร มาตรฐานด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนวดไทยของสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย หัวหน้างานการแพทย์แผนไทย ผู้ที่ทำหน้าที่ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา และผู้ให้บริการการนวดไทย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะไม่มีแพทย์แผนปัจจุบันมาทำหน้าที่ดังกล่าวแต่อย่างไรก็ตาม บางสถานีนอนามัยอาจมีแพทย์แผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลมาตรวจวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษารวมทั้งให้บริการด้านการนวดไทยแก่ผู้รับบริการได้มาตรฐานของบุคลากรในสถานีนอนามัยในแต่ละประเภทมีดังนี้

#### 2.1 หัวหน้างานการแพทย์แผนไทย



- ไม่น้อย
- 2.1.1 เป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร  
กว่า 1 ปี หรือ
- 2.1.2 เป็นผู้ผ่านการศึกษา / อบรมความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย หรือ
- 2.1.3 เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย / สาขาการแพทย์  
แผนไทย
- 2.2 ผู้ที่ทำหน้าที่ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค และสั่งการรักษา

1. เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

1.1 สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ

1.2 สาขาการแพทย์แผนไทย

1.2.1 ประเภทเวชกรรมไทย หรือ

1.2.2 ประเภทผดุงครรภ์ไทย (ทำการประกอบโรคศิลปะ

เฉพาะ สาขาประเภทของตน)

1.2.3 ประเภทการนวดไทย (ทำการประกอบโรคศิลปะ

เฉพาะ สาขาประเภทของตน) หรือ

2. เป็นบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผน  
ไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ  
หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 โดยต้องผ่านการอบรม  
หลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจาก  
คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยหรือคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย  
ประยุกต์ ที่สามารถทำการซักประวัติตรวจร่างกายวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษาได้

**หมายเหตุ**

บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย  
หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 จะทำหน้าที่ซัก  
ประวัติตรวจร่างกายวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษาให้กับผู้รับบริการนวดได้ ภายใต้ขอบเขตของการ  
ประกอบโรคศิลปะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545  
กำหนดไว้เท่านั้น และถึงแม้ว่าจะทำหน้าที่ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคและสั่งการรักษาให้กับ  
ผู้รับบริการได้ แต่ถ้าเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามระเบียบกระทรวง  
สาธารณสุข พ.ศ.2539 ก็จะไม่สามารถออกใบรับรองการรักษาให้กับผู้รับบริการ เพื่อนำไป  
ประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ (หนังสือกระทรวงการคลังที่  
ก.ค 0417 / ว7 ลงวันที่ 11 มกราคม 2548)

2.3 ผู้ให้บริการการนวดไทย ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ  
นวดไทยเพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และผู้ให้บริการนวดไทยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ  
ป้องกันโรค ดังนี้

2.3.1 ผู้ให้บริการนวดเพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ

1. เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

1.1 สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ

1.2 สาขาการแพทย์แผนไทย

1.2.1 ประเภทเวชกรรมไทย หรือ

1.2.2 ประเภทผดุงครรภ์ไทย (ทำการประกอบ  
โรคศิลปะเฉพาะสาขาประเภทของตน)

1.2.3 ประเภทการนวดไทย หรือ 2 เป็นบุคคลซึ่ง

ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของ กระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย หรือคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สามารถให้บริการนวด เพื่อการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพได้

1.3 เป็นนักเรียน นักศึกษา ทางด้านการแพทย์แผนไทย หรือทางด้าน การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรนวดไทยเป็นผู้ให้ การศึกษาหรือฝึกอบรม

2.3.2 ผู้ให้บริการการนวดไทยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. เป็นผู้ให้บริการนวด เพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพตาม มาตรฐาน ในระดับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ตามข้อ 2.3.1) หรือ

2. เป็นบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผน ไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในความควบคุม ของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 โดยต้องผ่านการอบรม หลักสูตร การแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข หรือ หลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผน ไทย หรือ คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ สามารถให้บริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ หรือ

3. เป็นบุคคลซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการนวดเพื่อสุขภาพ ที่ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจและประเมินผลมาตรฐานสถาปการ กอบการกลาง สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ หรือ

4. เป็นผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการนวดไทย เพื่อการส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค ซึ่งทำการฝึกหัดหรืออบรมในความ ควบคุมของผู้ประกอบโรค ศิลปะ ซึ่งเป็นผู้ให้การศึกษาหรือ ฝึกอบรม

**หมายเหตุ :** ในระดับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีมาตรฐานเกี่ยวกับการได้รับใบประกอบโรคศิลปะของแพทย์แผนไทย

3. ด้านการปฏิบัติงาน มาตรฐานด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการด้านการนวดไทย ในระดับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน และการกำหนดขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานมาตรฐาน ซึ่งมีมาตรฐานในแต่ละรายการ ดังนี้

3.1 มีการกำหนดขอบเขตบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนวดไทยที่ชัดเจน

3.2 มีการกำหนดขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติงานมาตรฐานของการนวดไทย (Standard Operating Procedure: SOP) ที่ชัดเจน ซึ่งครอบคลุมการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการบริหารความเสี่ยง พร้อมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

4. ด้านการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานด้านการควบคุมคุณภาพเกี่ยวกับการให้บริการด้านการนวดไทยในระดับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การทบทวนเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการรับบริการและการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ซึ่งมีมาตรฐานในแต่ละรายการ ดังนี้

4.1 มีการทบทวนเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการมารับบริการนวดไทย โดยมีแนวทาง การควบคุมคุณภาพ ดังนี้

4.1.1 มีแบบรายงานการทบทวนเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการรับบริการ

4.1.2 ดำเนินการทบทวนเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการมารับบริการ

4.1.3 ถ้าหากมีเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ให้รายงานผู้บังคับบัญชาภายใน 7 วัน

4.1.4 การรายงานจะต้องระบุมาตรการแก้ไขเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ บริการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

4.1.5 กรณีที่มีเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่ไม่ร้ายแรงให้รายงานเฉพาะหัวหน้างาน

4.1.6 กรณีที่มีเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง ต้องรายงานตามลำดับชั้น

4.2 มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการเกี่ยวกับการนวดไทย เช่น อัตราการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนความพึงพอใจของผู้รับ / ผู้ให้บริการ เป็นต้น

5. ด้านการจัดบริการ มาตรฐานการจัดบริการด้านการนวดไทยในระดับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

1. มีเวชระเบียนด้านการแพทย์แผนไทย

การให้บริการด้านการนวดไทย ต้องมีระบบเวชระเบียนของผู้รับบริการ ซึ่งมีมาตรฐานดังนี้

- 1.1 มีระบบเวชระเบียนที่ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์
- 1.2 มีการเก็บเวชระเบียนที่ปลอดภัย และรักษาความลับของผู้รับบริการได้

#### หมายเหตุ

ระบบเวชระเบียนด้านการแพทย์แผนไทย สามารถใช้ร่วมกับระบบเวชระเบียนด้านการแพทย์แผนปัจจุบันได้

#### 2. มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยอื่นๆ

##### 2.1 การส่งเสริมสุขภาพ

2.1.1 จัดให้มีการให้ความรู้ สาธิต สอน แสดงด้านการแพทย์แผนไทย เช่น เรื่องสมาธิ การสวดมนต์ การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนอาหารเพื่อสุขภาพ ผักพื้นบ้าน สมุนไพร เป็นต้น แก่กลุ่มเป้าหมาย ต่างๆ หรือมีการให้ความรู้ในรูปแบบอื่นๆ เช่น แผ่นพับ เสียงตาม สาย เป็นต้น อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

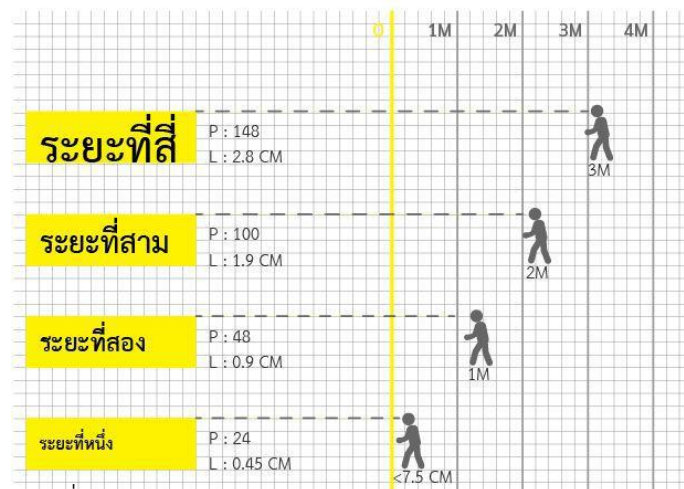
##### 2.2 การป้องกันโรค

2.2.1 การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน อย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง

3. มีการใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย และรหัสหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนวดไทย

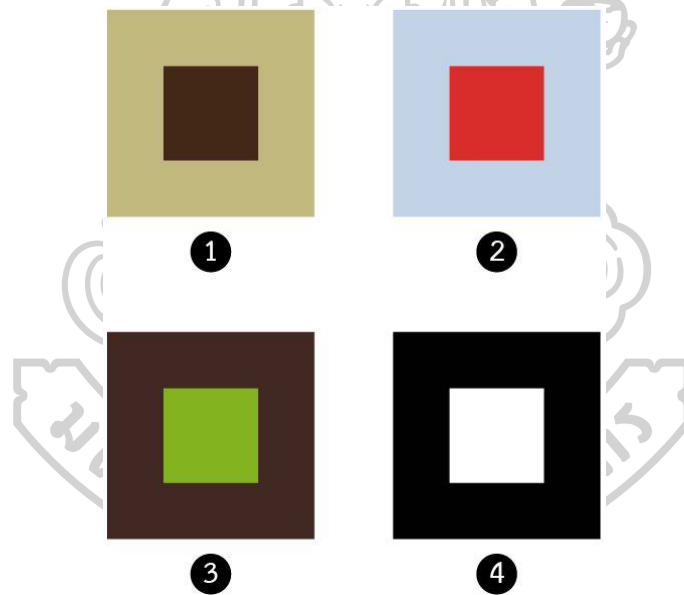
#### 2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดตัวอักษร วัสดุจัดแสดงกับระยะการมองเห็น

การติดตั้งป้ายนิเทศ ป้ายนิเทศที่จัดไว้สำหรับการสอนโดยตรงต้องอยู่หน้าชั้นเรียน สำหรับป้ายนิเทศที่ต้องการเน้นให้สะดุดตาผู้ชมอาจติดตั้งไว้หลังชั้นหรือทางเข้า-ออกที่สามารถมองเห็นง่าย ความสูงควรอยู่ในระดับสายตา มีแสงสว่างเพียงพอ ใช้สีที่เป็นกลาง เช่น สีขาว สีน้ำตาลอ่อน เพื่อให้ตัดกันกับภาพที่ติด (ชัยณรงค์ อริยะประเสริฐ และวีรยา เอี่ยมฉ่ำ, 2556)



ภาพที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดตัวอักษรกับระยะวัตถุจัดแสดง

ที่มา: Building and Construction, Universal Design guidelines



ภาพที่ 40 แสดงการใช้คู่สีที่ตัดกันอย่างน้อย 70%

## 2.หลักการใช้ตัวอักษร

ใช้แบบตัวพิมพ์ให้อ่านออกง่าย  
โดยเลี่ยงลักษณะตัวอักษรแคบ  
หนาหรือบางเกินไปและรูปแบบ  
ตัวอักษรและตัวเลขคล้ายกันมากๆ

- ✓ ตัวอักษรแบบไม่มีหัว
- ✓ ตัวอักษรแบบมีหัว
- ✗ ตัวอักษรแบบหัวตัด



ภาพที่ 41 หลักการใช้ตัวอักษรภาษาไทย

### 2.23 การพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทย

ความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจของสังคมเมืองในประเทศไทย ทำให้ประชากรมีการย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้ามาสู่สังคมเมืองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยในการดำรงชีวิตทางด้านอาชีพการงานทำมาหากิน ความเจริญทางด้านคมนาคม สาธารณูปโภค สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทำให้ประชากรในชนบทที่แต่เดิมมีอาชีพทางด้านเกษตรกรรม เริ่มมีการย้ายถิ่นฐานของชนบทที่เข้ามาอาศัยอยู่ในเมือง เนื่องจากการย้ายถิ่นฐานเพื่อเข้ามาทำงาน เมื่อจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความต้องการด้านที่อยู่อาศัยเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งมีไม่เพียงพอต่อปริมาณความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยในการอยู่อาศัยของคนในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอต่อความต้องการ จึงมีการพัฒนาโครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย ซึ่งต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายได้ อาชีพ รายได้ และอื่นๆ รัฐบาลจึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่อยู่อาศัยและการพัฒนาเมือง ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายที่อยู่อาศัยเข้าไปอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในทุกฉบับการเพิ่มจำนวนของประชากรที่เข้ามาอาศัยอยู่ในเมืองเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ในอดีต มีความแตกต่างกันของการพัฒนาเมืองในเขตพื้นที่เมืองกับพื้นที่ชนบท เมื่อความเจริญเข้ามาสู่เมืองทำให้ประชาชนย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้ามาสู่เมืองเพิ่มมากขึ้น เพื่อการประกอบอาชีพและการพัฒนาทางด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสาธารณสุข การคมนาคม และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมไปถึงโอกาสในการ

ทำงานและอาชีพต่างๆ ที่เอื้อต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในเมืองมากกว่าคนในชนบทเป็นอย่างมาก (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2554, น. 17)

จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ประสาทกุล, สุรียพร พันพิง, และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ (2550) พบว่า ประชากรไทยที่เข้ามาอาศัยอยู่ในเมืองส่วนใหญ่ยังคงมีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในชนบท จึงทำให้จำนวนสถิติของประชากรที่อยู่อาศัยในเมืองจากข้อมูลในทะเบียนราษฎร จึงมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนของประชากรที่อาศัยอยู่จริงในเขตเมืองอยู่จำนวนมาก

ปัญหาทางด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย ถือเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไขและพัฒนา รูปแบบที่อยู่อาศัยเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ดังจะเห็นได้จากการสำรวจของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (2558) ได้มีการสำรวจชุมชนผู้มีรายได้น้อยของเครือข่ายชุมชนเมืองในโครงการบ้านมั่นคงเมื่อปี พ.ศ.2550 พบว่า มีชุมชนผู้มีรายได้น้อย 6,344 ชุมชน 1,630,447 ครัวเรือน มีผู้เดือดร้อนเรื่องที่อยู่อาศัยจำนวน 728,639 ครัวเรือน ในพื้นที่ 840 เมือง 76 จังหวัด มีผู้เดือดร้อนเรื่องที่อยู่อาศัยคิดเป็นร้อยละ 44.69 ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาหลักที่ต้องเร่งแก้ไข ดังนั้นจึงมีการสนับสนุนโครงการบ้านมั่นคง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ดังจะเห็นได้ว่าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 จนถึงปีพ.ศ. 2558 ได้มีการอนุมัติโครงการบ้านมั่นคงเป็นจำนวน 73 จังหวัด 312 เมือง/เขต 933 โครงการ 1,817 ชุมชน 97,781 ครัวเรือน (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, 2558) เพื่อเป็นการบรรเทาปัญหาด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ทำมาอย่างต่อเนื่อง

2.23.1 รูปแบบการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยในปัจจุบัน มีโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย เพื่อนำมาแก้ปัญหาทางด้านที่อยู่อาศัยให้กับประชาชนที่เดือดร้อนเรื่องที่อยู่อาศัยใน 2 ลักษณะ คือ

2.23.1.1 โครงการบ้านเอื้ออาทรเป็นโครงการที่มอบหมายให้กับการเคหะแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนได้มีที่อยู่อาศัยที่ได้มาตรฐานเป็นของตนเอง มีความมั่นคงในการอยู่อาศัย โดยใช้ที่ดินของรัฐในการพัฒนา โดยมีรูปแบบโครงการ ใน 2 ลักษณะคือ

- ชุมชนบ้านเอื้ออาทรในเมือง ที่มีทำเลที่ตั้งอยู่ในชุมชนใจกลางเมือง หรือ ศูนย์กลางย่อยของเมือง ที่มีแหล่งงาน ย่านธุรกิจ จะเป็นอาคารชุดพักอาศัย สูง 5 ชั้น ที่เหมาะสำหรับครอบครัวขนาดเล็กที่เป็นครอบครัวใหม่หรือคนโสด ดังภาพที่ 2.1

- ชุมชนบ้านเอื้ออาทรชานเมือง เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ห่างจากศูนย์กลางเมือง และที่พักอาศัยแถบชานเมือง จะประกอบไปด้วยที่พักอาศัยหลายแบบ ได้แก่ บ้านเดี่ยว บ้านแถว บ้านแฝด และอาคารชุด เพื่อให้เหมาะสำหรับประชาชนที่มีครอบครัวขนาดกลางและขนาดใหญ่



ภาพที่ 42 โครงการบ้านเอื้ออาทรพุทธมณฑลสาย 7

โดยอาคารแนวราบจะใช้กับโครงการที่มีที่ตั้งบริเวณชานเมือง และในส่วนภูมิภาคเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่อาคารชุดพักอาศัยจะใช้กับชุมชนในเขตเมืองซึ่งที่ดินมีราคาสูงกว่า และเพื่อให้ในแต่ละชุมชนมีความน่าอยู่และมีองค์ประกอบที่สมบูรณ์ในตัวเอง จึงกำหนดให้มีศูนย์ชุมชน สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน สถานอนามัย ส่วนพณิชยกรรม ร้านค้า ตลาดสด โรงเรียนอนุบาล ลานจอดรถและอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับขนาด และความจำเป็นของแต่ละชุมชน

ตารางที่ 23 รูปแบบอาคารของที่พักอาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทร

รูปแบบอาคาร	ขนาดพื้นที่
<b>อาคารชุดพักอาศัย สูง 5 ชั้น</b> - ห้องเอนกประสงค์ - แบบ 1 ห้องนอน	24 ตารางเมตร 33 ตารางเมตร
<b>อาคารในแนวราบ</b> - บ้านเดี่ยว 2 ชั้น - บ้านแฝด 2 ชั้น - บ้านแถว 2 ชั้น	20-24 ตารางวา 20-24 ตารางวา 16-20 ตารางวา

หมายเหตุ จาก โครงการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ภาพรวม 3 ทศวรรษ การพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทย (น. 4-34), โดย คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, กรุงเทพฯ.

### 2.23.2 ชุมชนไทย (Communities in Thailand)

ลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ส่วนกลางของชุมชนไทยในสมัยก่อน จากลักษณะการอยู่อาศัยเรือนไทยภาคกลางในอดีต มีลักษณะเป็นเรือนยกพื้นใต้ถุนสูง ภายในเรือนไทยมีองค์ประกอบของเรือนเป็นสัดส่วน ได้แก่ เรือนนอน หอนก เรือนครัว ชานบ้าน เป็นต้น มีการจัดวางเรือนให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อม (ฤทัย ใจจงรัก, 2518) เรือนไทยเป็นลักษณะสถาปัตยกรรมที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตของคนไทยในอดีตหรือที่อยู่อาศัยของคนไทยในพื้นที่ชนบทต่างจังหวัด ในปัจจุบันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และการขยายตัวของเมืองทำให้รูปแบบเรือนไทยที่เหมาะสมต่อสภาพแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศมีจำนวนน้อยลง จากการเปลี่ยนแปลงในการอยู่อาศัย รูปแบบเรือนไทยมีเอกลักษณ์ที่ชัดเจนสองส่วน ได้แก่ ส่วนแรกเรือนไทยมีการยกใต้ถุนเรือนสูงเพื่อเป็นการรองรับต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้อยู่อาศัยเป็นพื้นที่ส่วนกลางของเรือน ใช้ในทางเกษตรกรรม เก็บข้าวที่เกี่ยวข้อง เลี้ยงสัตว์ พื้นที่เอนกประสงค์ ท่อผ้าและป้องกันน้ำท่วมในช่วงฤดูฝน ส่วนสุดท้ายเรือนไทยมีการเชื่อมต่อในส่วนต่าง ๆ ของแต่ละเรือน เช่น เรือนนอน เรือนครัว หอนก โดยจะมีชานบ้านเป็นพื้นที่ส่วนกลางในการตอบสนองต่อการใช้งานทำกิจกรรม



ร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร พักผ่อน พื้นที่ทำกิจกรรมตามประเพณีและเทศกาล เป็นต้น และจากพฤติกรรมที่อยู่อาศัยที่เปลี่ยนแปลงไปตามประเภทที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ทำให้ลักษณะการอยู่อาศัยนั้นมีความแตกต่างไปจากรูปแบบของเรือนไทยแบบดั้งเดิม แต่พฤติกรรมการใช้ชีวิต และความเป็นอยู่ของชุมชนไทยยังคงเหมือนเดิมที่มีการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับที่อยู่อาศัยแบบใหม่ ดังตารางที่ 23



ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบระหว่างลักษณะทางกายภาพ พื้นที่ส่วนกลางของเรือนไทยกับโครงการที่พักอาศัยของผู้มีรายได้น้อยในปัจจุบัน

ลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ส่วนกลาง	
เรือนไทย	โครงการที่พักอาศัยของผู้มีรายได้น้อย
 <p>ใต้ถุนบ้าน พื้นที่ลานเอนกประสงค์ในการทำกิจกรรม</p>	 <p>ศาลาที่ใช้การประชุม พื้นที่ในการประชุมระหว่างผู้นำชุมชน และผู้อยู่อาศัย</p>
ลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ส่วนกลาง	
เรือนไทย	โครงการที่พักอาศัยของผู้มีรายได้น้อย
 <p>ชานบ้าน พื้นที่เชื่อมต่อเรือนต่าง ๆ ในบ้าน สืบค้นจาก <a href="http://www.scgbuildingmaterials.com/th/getattachm ent/f412ff63-da5e-4ab7-9bd5-18d7c75c86c1/บ้าน แนวคิดใหม่ในเมือง-ตอนที่- 1-บ้านล้อมสวน. aspx?width=800">http://www.scgbuildingmaterials.com/th/getattachm ent/f412ff63-da5e-4ab7-9bd5-18d7c75c86c1/บ้าน แนวคิดใหม่ในเมือง-ตอนที่- 1-บ้านล้อมสวน. aspx?width=800</a></p>	 <p>ศาลาพักผ่อน พื้นที่พบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยน เสนอความ คิดเห็นภายในชุมชน</p>

### 2.23.3 ลักษณะประเภทพื้นที่ที่ใช้สอยภายในโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย

จากการสำรวจพื้นที่ภายในโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย ได้แก่ โครงการบ้านเอื้ออาทร โครงการบ้านมั่นคง เป็นต้น มีลักษณะของพื้นที่ที่ใช้สอยภายในโครงการโดยสามารถแบ่งตามประเภทของการใช้งานได้ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

#### 2.23.3.1 พื้นที่พักอาศัย (Living space)

พื้นที่ในส่วนที่พักอาศัยสำหรับผู้อยู่อาศัยภายในโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย เป็นพื้นที่ส่วนบุคคลมีกรรมสิทธิ์ในการครอบครองในการอยู่อาศัย พื้นที่ทำกิจกรรมที่มีความเป็นส่วนตัวสูง ประกอบด้วยพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่พักผ่อน พื้นที่ห้องนอน พื้นที่ห้องน้ำ พื้นที่ครัวและระเบียง เป็นต้น ขนาดที่พื้นที่พักอาศัยมีขนาดเพียงพอและมีความเหมาะสม สอดคล้องกับราคาที่มีรายได้น้อยสามารถจ่ายได้

### 2.23.3.2 พื้นที่ส่วนกลาง (Community space)

พื้นที่ในการอำนวยความสะดวกในการใช้งานและอยู่อาศัยร่วมกันของคนในชุมชน เป็นพื้นที่รองรับสำหรับการทำกิจกรรมตอบสนองความต้องการการใช้งานของผู้อาศัย สามารถใช้งานร่วมกันของคนในชุมชน เช่น พื้นที่ประชุมภายในชุมชน สวนสาธารณะ สนามเด็กเล่นสำนักงานนิติบุคคล พื้นที่เอนกประสงค์ โดยในการวิจัยนี้มีมุ่งเน้นการนำพื้นที่ส่วนกลางมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยให้เพียงพอต่อความต้องการโดยการใช้นพื้นที่ส่วนกลางร่วมกัน โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มาจากชุมชนที่รู้จักกันมาก่อนเพื่อสามารถตั้งกฎเกณฑ์ ข้อบังคับ ข้อกำหนดและข้อตกลงร่วมกันในการใช้งานร่วมกันเพื่อให้เกิดปัญหาตามมา

### 2.23.3.4 พื้นที่สาธารณะ (Public space)

พื้นที่สาธารณะประโยชน์โดยมีการยกที่ดินเป็นสาธารณะเพื่ออำนวยความสะดวกแก่คนในชุมชน ได้แก่ ระบบสาธารณูปโภค ระบบสาธารณูปการ ถนนสัญจร ระบบไฟฟ้าส่องสว่างทางเข้าและออกของโครงการ โดยอยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของหน่วยงานเทศบาลพื้นที่ต่างๆ เนื่องจากเป็นการโอนกรรมสิทธิ์เป็นสาธารณะประโยชน์

## 2.24 ความหมายและลักษณะของชุมชน

2.24.1 ความรู้สึกความเป็นชุมชน (Sense of community) บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในชุมชนที่อยู่อาศัยร่วมกัน โดยมีความสัมพันธ์กันของคนในชุมชนด้วยความเชื่อและความสนใจที่สอดคล้องกัน (McMillan & Chavis, 1986) มืองค์ประกอบของความ เป็นชุมชน 4 ส่วน คือ

(1) การเป็นสมาชิก (Membership) ความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ หรือ การมีความสัมพันธ์ในชุมชนนั้น การเป็นสมาชิกถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในกลุ่มจึงมีสิทธิและทำให้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของส่วนหนึ่งของชุมชน

(2) อิทธิพล (Influence) การมีอิทธิพลต่อกัน เป็นการสร้างความแตกต่างให้กับชุมชน

(3) การรวมเข้าด้วยกันและเติมเต็มความต้องการให้แก่กัน (Integration and fulfillment of needs) เป็นการเสริมแรงอย่างบูรณาการ และปฏิบัติตามความต้องการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิก

(4) การมีส่วนร่วมทางอารมณ์ ความมุ่งมั่น ความเชื่อในการเป็นสมาชิก ร่วมกัน (Shared emotional connection) ความรู้สึกของชุมชนเป็นความรู้สึกที่สมาชิกนั้นมีความสำคัญ และมีความเชื่อร่วมกันภายใต้ความต้องการของสมาชิก การแบ่งปันประวัติศาสตร์สถานที่ที่ใช้ร่วมกัน เวลา และประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

2.24.2 ความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) Easthope (2004, p. 131) ได้ให้ความหมายว่า บุคคลจะมีความรู้สึกในความเป็นสถานที่หรือสำนึกในถิ่นที่ ด้วยความรู้สึกในความเป็นเจ้าของด้วยความรู้สึกที่เชื่อมต่อไปยังสถานที่ โดยการมีส่วนร่วมทั้งในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกปลอดภัยและการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพที่ดี ความรู้สึกในความเป็นเจ้าของจะเกิดขึ้นผ่านองค์ประกอบของสถานที่ ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเชื่อมต่อกับสถานที่

2.24.3 ความรู้สึกความเป็นสถานที่ (Sense of place) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสถานที่ ที่รับรู้ถึงความรู้สึกจากลักษณะทางกายภาพของสถานที่ เช่น ขนาดพื้นที่ สี เสียง อุณหภูมิ ผิวสัมผัส เป็นต้นจากการนิยามของ Nairn (1965, p. 6) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกของความเป็นสถานที่ไว้ คือ “สถานที่แห่งใดแห่งหนึ่งหรือพื้นที่ ที่เมื่อเข้าไปในพื้นที่แล้วมีความสัมพันธ์ของคน และสภาพแวดล้อมหรือเป็นความรู้สึกของตนต่อสถานที่นั้น โดยเป็นสิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นมาจากกระบวนการทางจิตวิทยา” ในขณะที่ Harvey (1968, p. 423) ได้ให้ความหมายว่า “ความรู้สึกของบุคคลเมื่อได้เข้าไปใช้งานในพื้นที่สถาปัตยกรรม จากความรู้สึก ซึ่งเป็นความเกี่ยวข้องของคนและสถานที่” ประสบการณ์ ช่วงเวลาที่ผ่านไป และความทรงจำในสถานที่นั้น ทำให้ความรู้สึกของความเป็นสถานที่สามารถที่จะเชื่อมไปกับการคิดของบุคคล ให้มีความเป็นเจ้าของ มีความภูมิใจสภาพความเป็นอยู่ที่ดี จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกของความเป็นสถานที่ที่มีต่อชุมชน โดย Edward (1976, p. 65) ได้แบ่งความรู้สึกของความเป็นสถานที่ทางด้านจิตวิทยาเป็น 2 ประเภทคือ ความรู้สึกของความเป็นสถานที่ที่เกิดขึ้นแบบไม่รู้ตัว (Unselfconscious sense of place) เป็นการรับรู้จากประสบการณ์โดยตรงของมนุษย์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่นั้นจากการเข้าไปอยู่ในสถานที่ ซึ่งเมื่อกาลเวลาผ่านไปจะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันกับสภาพแวดล้อมรอบตัว ที่สร้างความสัมพันธ์ให้กับคนและสถานที่ไปโดยไม่รู้ตัว และ อีกประเภทหนึ่งคือ ความรู้สึกของความเป็นสถานที่ที่เกิดขึ้นแบบรู้ตัว (Self conscious sense of place) เป็นการรับรู้จากความผูกพันเป็นความสัมพันธ์ของคนและสถานที่ในแบบรูปธรรม เช่น การรับรู้ทางด้านรูปทรง หรือ รูปแบบ ที่ในแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการรับรู้ไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป

2.24.4 ความรู้สึกถึงละแวกบ้านเรือนในชุมชน (Neighborhood feeling) Chaskin, Brown, Ventkatesh, and Vidal (2001) อ้างถึงใน ผงจิต ไกรถาวรและ นพวรรณ เปียชื่อ (2556, น. 145) กล่าวว่า ความรู้สึกถึงละแวกบ้านเรือนเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงบริบทแวดล้อมทางกายภาพ คือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่โดยรอบรวมไปถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในบริเวณบ้านใกล้เคียงหรือละแวกบ้าน การเข้าถึงความปลอดภัย ความสะดวกในการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ถนน การสัญจร ความปลอดภัยจากอาชญากรรม เป็นต้น ถ้ามีความรู้สึกทางด้านสภาพแวดล้อมในละแวกบ้านเรือนในชุมชนที่ดี จะส่งผลทำให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเพิ่มมากขึ้นได้

## 2.25 ทฤษฎีการมีอาณาเขตครอบครอง

ขอบเขตและรูปแบบอาณาเขตครอบครองของมนุษย์ ตามที่ วิลลิสทรี ทรียงกูร, บุษกร เสฐฐวรกิจ, และ ศิวาพร กลิ่นมาลัย (2554, น. 144-146) ได้นำปัจจัยด้านเวลามาใช้ในการพิจารณาและเสนอปัจจัยด้านขอบเขตและรูปแบบในระดับความเป็นส่วนตัว ความสัมพันธ์กับอาณาเขตตามมิติเวลา และความเป็นเจ้าของ ได้แบ่งอาณาเขตครอบครองเป็น 4 ประเภท คือ

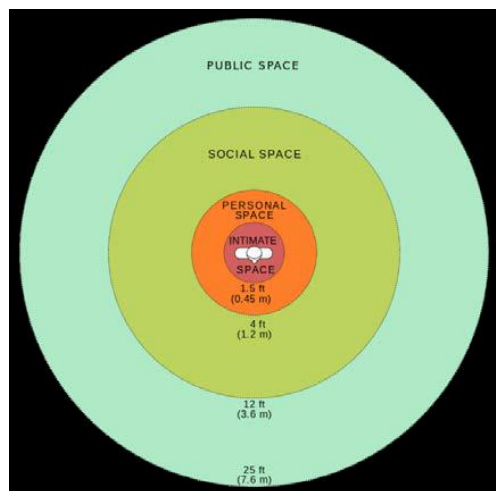
- (1) อาณาเขตส่วนบุคคล เป็นอาณาเขตที่ตัวบุคคลและพื้นที่เว้นว่างรอบบุคคล
- (2) อาณาเขตสังคมปฐมภูมิ เป็นอาณาเขตของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวัน มีการควบคุมการเข้าถึงจากบุคคลอื่น
- (3) อาณาเขตสังคมทุติยภูมิ เป็นอาณาเขตที่รองลงมาจากเวลาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ที่น้อยกว่าแบบปฐมภูมิ ได้แก่ สถานที่ที่ไปเป็นประจำ มีการควบคุมการเข้าถึงที่น้อยลง
- (4) อาณาเขตสาธารณะ เป็นอาณาเขตที่เป็นสาธารณะ ไม่มีการควบคุมการเข้าถึง เป็นพื้นที่สาธารณะทั่วไป

จากทฤษฎีพื้นที่ที่สามารถป้องกันการล่วงล้ำที่เป็นแนวความคิดของ เจน จากอบส์ (Jacobs, 1961) และจากทฤษฎีของออสก้า นิวแมน (Newman, 1972) ที่มีความกลัวจากการเกิดอาชญากรรมในที่อยู่อาศัย จากการล่วงล้ำอาณาเขตครอบครอง ที่นำมาซึ่งงานวิจัยที่ช่วยลดปัญหาอาชญากรรม และสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับผู้อยู่อาศัย และจากทฤษฎีดังกล่าว ในการออกแบบชุมชนที่มีบริเวณทางสัญจรถนนแบบปลายตัน (cul-de-sac plan) ที่ผู้อยู่อาศัยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีความสนิทสนมกัน ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น (วิลลิสท์ ทรายางกูร และ นิลุบล คล่องเวสสะ, 2542)

การมีอาณาเขตครอบครองกับการออกแบบและการจัดการสภาพแวดล้อมสิ่งที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับการมีอาณาเขตครอบครอง มีดังนี้

- (1) การจัดให้มีอาณาเขตสังคมปฐมภูมิ ในด้านความต้องการพื้นฐานของบุคคล
- (2) การจัดให้มีอาณาเขตครอบครองทุติยภูมิ
- (3) การออกแบบเพื่อให้ผู้ครอบครองแสดงเอกลักษณ์ส่วนบุคคล
- (4) ไม่มีการแสดงความเป็นเจ้าของในพื้นที่สาธารณะ
- (5) การติดป้ายชื่อ
- (6) การควบคุมอาณาเขตในระดับชุมชน
- (7) อาคารพักอาศัยแบบอาคารสูง มีการประยุกต์ใช้การป้องกันการล่วงล้ำ ด้วยการจัดห้องชุดโดยมีการวางห้องชุดโดยบริเวณรอบพื้นที่ว่างตรงกลาง เพื่อการช่วยกันดูแลกันเอง
- (8) การออกแบบตั้งแต่เริ่มต้น หรือการแก้ไขการออกแบบ
- (9) สภาพแวดล้อมที่มีการลำดับความสำคัญในการเป็นเขตสาธารณะ และเขตพื้นที่

ส่วนตัว



ภาพที่ 43 พื้นที่ส่วนบุคคลในระยะต่างๆ จาก The Hidden Dimension, by H. T. Edward, 1966, Anchor Books.

## 2.26 ประวัติและความหมายของโคเฮาส์ซิง

### 2.26.1 ความเป็นมาและความหมายของโคเฮาส์ซิง

โคเฮาส์ซิงเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศ เดนมาร์ก ในช่วงปี ค.ศ. 1970 และได้ขยายไปอย่างกว้างขวางในประเทศสวีเดนและฮอลแลนด์ คำว่า โคเฮาส์ซิง แปรมาจากภาษาเดนิส ที่มาจากคำว่า “bofaellskaber” ซึ่งมีความหมายว่า ชุมชนที่มีชีวิต (living communities) และถูกนำเข้ามาในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1988 โดยสถาปนิกสองท่านคือ แคทริน แมคคาแมนท์ (Kathryn McCamant) และ ชาร์ล ดูเร็ทท์ (Charles Durrett) ซึ่งมีความคุ้นเคยกับแนวความคิดของโคเฮาส์ซิงในขณะที่พวกเขาใช้ชีวิตและกำลังศึกษาทางด้านสถาปัตยกรรมที่ประเทศเดนมาร์ก และทำให้เกิดโครงการ Muir commons ในเมืองเดวิส แคลิฟอร์เนีย ที่เสร็จสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 1991 ซึ่งถือเป็นโครงการโคเฮาส์ซิงโครงการแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยรูปแบบของโคเฮาส์ซิงนั้น ผู้อยู่อาศัยในชุมชน จะเป็นเจ้าของบ้านของตนเอง (หรือการเช่า) และมีการแบ่งปันพื้นที่ในความเป็นเจ้าของของพื้นที่ที่เป็นของชุมชนและพื้นที่ส่วนรวมที่ใช้ร่วมกัน ซึ่งเป็นที่ที่ชุมชนใช้ในการทำกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในชุมชน การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมกันของคนในชุมชน ที่อยู่อาศัยมีส่วนร่วมในชุมชนที่เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

โคเฮาส์ซิง (Cohousing) เป็นคำย่อของคำว่า collaborative housing ซึ่งเป็นรูปแบบของความตั้งใจที่จะอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน คือ กลุ่มของคนที่มีเจตจำนงในการจัดตั้งโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างสรรค์ สร้าง และการใช้ชีวิตในชุมชน ที่ช่วยให้พวกเขามีชีวิตและปรับปรุงการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น คุณลักษณะตามคำนิยามของแมคคาแมนท์และดูเร็ทท์ (McCamant & Durrett, 2011) รวมถึงกระบวนการมีส่วนร่วม การออกแบบที่มีความตั้งใจในบริเวณบ้านใกล้เคียง สิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ร่วมกัน การจัดการของผู้อยู่อาศัยได้อย่างสมบูรณ์ การอยู่ร่วมกันกับการสนับสนุนในมนุษย์ให้มีปฏิสัมพันธ์กัน การตระหนักถึงความกังวลในด้านสิ่งแวดล้อม (George, 2006)

โคเฮาส์ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาทางสังคม ในช่วงหลังอุตสาหกรรมเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมและชุมชน การทำอาหาร ทำงานบ้านและดูแลเด็ก เป็นลักษณะบ้าน 2 ชั้น ติดกัน มีพื้นที่ส่วนกลางและจอดรถรอบนอก การออกแบบพื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะที่สามารถใช้ร่วมกันได้มาใช้ในการออกแบบ (Vestbro, 2008) McCamant & Durrett (2011) ได้นิยามกระบวนการพัฒนารูปแบบและลักษณะพื้นฐานของโคเฮาส์ซึ่ง 6 ประการดังต่อไปนี้

1. กระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory process)
2. การออกแบบด้วยคนในชุมชน (Intentional neighborhood design)
3. การมีพื้นที่ส่วนกลางร่วมกัน (Extensive common facilities)
4. การบริหารจัดการที่อยู่อาศัย (Complete resident management)
5. การมีความรับผิดชอบร่วมกันในการตัดสินใจ (Non-Hierarchical Structure )
6. การมีแหล่งรายได้ที่แยกออกจากกัน (Separate income Source)

โคเฮาส์ซึ่งนั้นเหมาะสำหรับผู้คนทุกวัย ตั้งแต่ ผู้สูงอายุ คนโสด ครอบครัว และผู้ที่ต้องการอนุรักษ์ และรักษาสิ่งแวดล้อม

#### 2.26.2 คุณลักษณะของโคเฮาส์ซึ่ง

ตามคุณลักษณะของโคเฮาส์ซึ่งจากการศึกษาของ McCamant and Durrett (1994, p. 38) ได้แบ่งประเภทของคุณลักษณะของโคเฮาส์ซึ่งดังต่อไปนี้

##### (1) แกนหลัก

ลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันในมื้ออาหาร การประชุมร่วมกัน ชุมชนมีการบริหารจัดการแบ่งเป็นกลุ่มขนาดเล็กโดยให้ความร่วมมือร่วมใจกัน

##### (2) การแบ่งปันพื้นที่ส่วนกลางร่วมกัน

ลักษณะที่เกี่ยวข้องร่วมกันของทรัพยากร การแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน การแบ่งปันกัน การเป็นผู้ให้และผู้รับ เช่น สิ่งของ การให้ของซึ่งกันและกันของคนในชุมชน เครื่องมือ พาหนะมีการแลกเปลี่ยน การบริจาคของ การบริการ ทักษะการแบ่งปัน การฝึกหัดระหว่างคนในชุมชน การเป็นพี่เลี้ยง การเลี้ยงดู ดูแลเด็ก จัดตั้งสหกรณ์ และที่จอดรถยนต์สำหรับใช้ร่วมกัน

##### (3) การสนับสนุน

การดูแลและสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ป่วย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บในชุมชนการสนับสนุนสำหรับครอบครัวใหม่ มีอาสาสมัครผู้ช่วยระหว่างคนในชุมชนที่ดูแลด้านการเงิน

##### (4) สัมพันธภาพและมิตรภาพ

ลักษณะกายภาพ จิตวิญญาณ สุขภาพด้านอารมณ์ การดูภาพยนตร์ เล่นเกมร่วมกัน กิจกรรมแสดงความสามารถ วรรณกรรม ศิลปะ ทำงานฝีมือ การรับประทานอาหารเย็นเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ร่วมกันและความสนใจพิเศษ

##### (5) วัฒนธรรม

การแสดงดนตรี ศิลปะ การจัดงานสังสรรค์ การเฉลิมฉลองตามงานวันหยุด การจัดงานภายในชุมชนตามประเพณี ธรรมเนียมและวัฒนธรรม การจัดงานเพื่อให้ได้กำไรสำหรับชุมชน

##### (6) ลักษณะการจัดการ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม

การมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลชุมชนชนด้วยการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม  
กิจกรรมประจำวันในการดูแล รักษาอาคารที่อยู่อาศัย ด้านการก่อสร้างสิ่งก่อสร้างภายในโครงการ

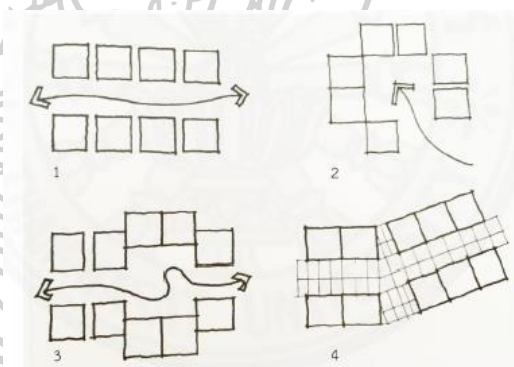
(7) ลักษณะการจัดการ สิ่งแวดล้อมธรรมชาติ

การมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติ เช่น การจัดสวน ฟาร์ม การเพาะปลูก  
และเลี้ยงสัตว์ กิจกรรมประจำวันในการดูแลและบำรุงรักษา หรือการจัดภูมิทัศน์โดยรอบในพื้นที่

2.6.3 รูปแบบการจัดวางผังของโคเฮาส์ซิ่ง

การจัดวางผังบริเวณสำหรับโคเฮาส์ซิ่ง ประเภทอาคารขนาดใหญ่ (low-rise) แบ่ง  
ออกเป็น 4 ประเภท ตามลักษณะการแบ่งของ (McCamant and Durrett, 1994, p. 175) ซึ่งการ  
เลือกรูปแบบการจัดวางตามเป้าหมาย ที่ตั้ง และบริบทแวดล้อม ตามภาพที่ 2.4 ดังนี้

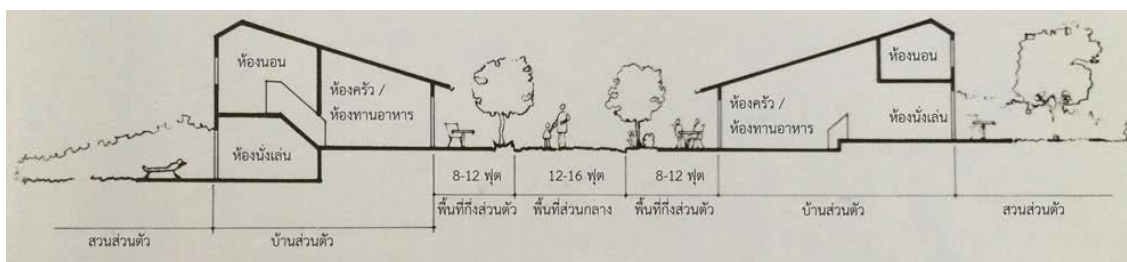
- (1) การจัดวางเรียงไปตามถนนทางเดินเท้า
- (2) การจัดวางให้มีลานหรือสนามหญ้า
- (3) การจัดวางแบบการรวมกันระหว่างถนนร่วมกับลานสนามหญ้า
- (4) อาคารเดี่ยว (ที่มีถนนและมีหลังคาแก้วคลุมอยู่)



ภาพที่ 44 ประเภทการวางผังบริเวณสำหรับโคเฮาส์ซิ่งที่แตกต่างกัน จาก Cohousing: A  
contemporary approach to housing ourselves (p. 175), by K. McCamant, C. Durrett,  
and E. Hertzman, 1994, Berkeley, California: Ten speed press.

การสร้างลำดับชั้นของพื้นที่จากที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว ระเบียงด้านหน้าซึ่งเป็น  
พื้นที่กึ่งส่วนตัว พื้นที่ที่ใช้ร่วมกัน ที่ให้ผู้อยู่อาศัยได้เลือกพื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะที่ต้องการได้  
และเป็นการทำพื้นที่ว่างให้มีความผ่อนคลาย ดังภาพที่ 27

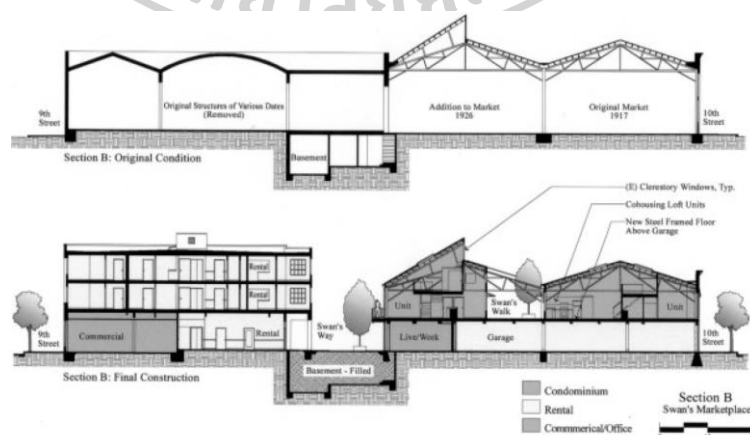




ภาพที่ 45 ลำดับชั้นของพื้นที่ที่อยู่อาศัย จาก Cohousing: A contemporary approach to housing ourselves (p. 179), by K. McCamant, C. Durrett, and E. Hertzman, 1994, Berkeley, California: Ten speed press. ดัดแปลง

## 2.27 กรณีศึกษาโครงการโคเฮาส์ซิงในต่างประเทศ

2.27.1 โครงการสวนส้มาร์เก็ต (Swan's market) เมืองโอ๊คแลนด์ แคลิฟอร์เนีย เป็นอาคารที่ถูกนำมาพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างซ่อมแซมใหม่ เพื่อให้เป็นโครงการอาคารที่มีการใช้งานแบบผสม (mixed-use) ซึ่งถือว่าเป็นอาคารที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์ ในย่านเมืองโอ๊คแลนด์ แคลิฟอร์เนีย เพื่อเป็นการรักษาอาคารที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ไว้ที่มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1917 อาคารนี้ถูกพัฒนาปรับปรุงขึ้นมาใหม่ และเสร็จสมบูรณ์เมื่อปี ค.ศ. 2000 มีการโคเฮาส์ซิงจำนวน 20 ยูนิต อีกทั้งภายในโครงการยังมีพื้นที่สำนักงานให้เช่าร้านค้าปลีก ร้านอาหาร พิพิธภัณฑ์ศิลปะสำหรับเด็ก โดยมีพื้นที่ส่วนรวมที่ใช้ร่วมกันคือ ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร ห้องเล่น ที่ถูกออกแบบไว้ในบริเวณด้านนอกที่ทำให้ผู้อยู่อาศัยในโครงการสามารถใช้พื้นที่ที่แบ่งปันในการใช้ร่วมกันได้ เป็นโครงการที่ทำให้อาคารกลับสู่สภาพเดิมของอาคารที่ยังคงอยู่เป็นการประหยัดทรัพยากร ซึ่งสามารถช่วยเหลือให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อยู่อาศัยและบริเวณใกล้เคียง โดยโครงการมีการพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์พื้นที่จากเดิมให้ได้ประโยชน์สูงสุด โดยมีการพัฒนาจากโครงสร้างเดิมที่ปรับเปลี่ยนเป็นอาคารที่มีพื้นที่พักอาศัยที่บริเวณด้านบนของอาคาร และด้านล่างเป็นร้านค้าปลีก พื้นที่ให้เช่า เป็นต้น ดังภาพที่ 31



ภาพที่ 46 ภาพตัดอาคารโครงการสวนส้มาร์เก็ต ก่อนการปรับปรุงและหลังการปรับปรุงให้เป็นอาคารที่มีการใช้งานแบบผสม จาก Placemaking for change: 2001 Rudy Brunder award for

urban excellence (p. 139), by R. Wener, E. Axelrod, J. Farbstein, R. Shibley, and P. Welch, 2001, Cambridge, MA: Bruner foundation.

2.7.2 โครงการโรงเลี้ยงสุสโพบ (Jystrup savvaerket) ประเทศเดนมาร์ก เป็นอาคารเดี่ยวขนาด 2 ชั้นที่จัดวางไว้ในบริเวณริมด้านนอกของถนนหลัก และอาคารเดี่ยวขนาด 1 ชั้นที่อยู่บริเวณด้านใน มีบริเวณชานพักส่วนตัวด้านนอก และชานพื้นในระดับพื้นดินเพื่อให้บ้านทุกหลังมีพื้นที่กลางแจ้ง การจัดวางผังอาคารเป็นรูปตัวแอล (L-shaped) ตัวอาคารมีการจัดวางไว้ 2 ข้างและมีถนนทางเดินเท้าที่มีหลังคาแก้วปกคลุมอยู่ตรงกลาง มีทั้งหมด 21 ยูนิต และมีขนาดพื้นที่ส่วนรวมที่ใช้ร่วมกัน 404 ตารางเมตร ตั้งอยู่ในเดนมาร์ก ผู้คนที่อยู่อาศัยมีวิถีชีวิตอยู่ 2 ลักษณะ คือ ช่วงฤดูร้อน และ ช่วงฤดูหนาว ในระหว่างช่วงฤดูหนาวที่ยาวนานนั้นทำให้ความเป็นชุมชนและความสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลงเป็นอย่างมาก เพราะในช่วงฤดูหนาวจะไม่สามารถนั่งบริเวณรอบนอกบ้านได้ และเมื่อออกจากบ้านก็ต้องสวมใส่รองเท้าบูทและเสื้อคลุมกันหนาว จากวิถีการใช้ชีวิตดังกล่าว ดังนั้นสถาปนิกจึงได้ออกแบบถนนทางเดินเท้าที่มีหลังคาแก้วปกคลุม เพื่อให้สามารถตอบสนองกับความ ต้องการดังกล่าวได้ จึงใช้การออกแบบให้มีผนังสีฟ้า มีถนนทางเดินเท้าที่มีหลังคาแก้วปกคลุมอยู่บริเวณตรงกลางทำให้ผู้อยู่อาศัยได้มีปฏิสัมพันธ์กันตลอดทั้งปี อาคารดังภาพที่ 32



ภาพที่ 47 ภาพอาคารของโครงการ Jystrup savvaerket ประเทศเดนมาร์ก จาก Cohousing: A contemporary approach to housing ourselves (pp. 74-77), by K. McCamant,

C. Durrett, and E. Hertzman, 1994, Berkeley, California: Ten speed press.

และมีบ้านพักอาศัยที่จัดเรียงตัวไปตามถนนทางเดินเท้าทั้งสองข้าง และยังเป็นส่วนที่สามารถใช้ขยายเป็นพื้นที่ว่างส่วนตัว และมีการออกแบบให้มีห้องโถงในบริเวณทางเข้าอาคารสำหรับเก็บเสื้อคลุม และรองเท้าบูท รวมถึงใช้เป็นพื้นที่เล่น สถานที่ชุมนุมหรือเป็นห้องนั่งเล่น โดยมีพื้นที่ส่วนรวมที่ใช้ร่วมกันแยกออกมาซึ่งจะอยู่ในตำแหน่งที่ปกอาคารที่ตั้งฉากกัน และสามารถมองเห็นได้จากปีกอาคารในแต่ละด้าน ดังภาพที่ 2.8 โดยบริเวณชั้นล่างจะมีเตาผิง พื้นที่นั่งที่สามารถมองออกไปเห็นระเบียงที่อยู่ด้านนอก และมีห้องครัวที่มีอุปกรณ์ครัวอย่างเพียงพอ รวมถึงพื้นที่รับประทานอาหาร มีห้องสำหรับดูแลเด็ก ๆ ห้องที่มาพบปะพูดคุยกัน สิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ร่วมกันอีกหลายอย่าง ได้แก่ ห้องทำงาน ห้องซักรีด และห้องเสริมอีก 2 ห้องที่ใช้เป็นห้องรับแขก ที่ถูกจัดไว้ตามแต่ละด้านของถนนที่ปกคลุมด้วยหลังคาแก้วทั้งสองด้าน และการมีระบบมี้อาหารค่าที่จะจัดให้มีมี้อาหารที่รับประทานร่วมกัน โดยมีผู้ใหญ่ประมาณ 5-6 คนที่มีหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการวางแผนและการจัดเตรียมมี้อาหารสำหรับสัปดาห์ด้วยกลุ่ม 7 กลุ่มที่หมุนเวียนกัน คนที่กลับบ้านมาก่อนก็จะทำอาหาร และคนอื่นๆ ที่กลับบ้านช้าก็จะช่วยกันทำความสะอาด ทุกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการเลือกมี้อาหารค่า โดย

ในกระบวนการวางแผน ผู้ริเริ่มโครงการให้มีพื้นที่ส่วนรวมที่มีขนาดใหญ่ และมีที่อยู่อาศัยส่วนบุคคลขนาดเล็ก จึงได้มีที่อยู่อาศัยแบบ 1 ห้องนอน 2 ห้องนอน และ 3 ห้องนอน ในขนาดพื้นที่ 63-97 ตารางเมตร มีพื้นที่ส่วนตัวที่ขยายออกไปยังถนนด้านนอก มีระเบียงนอกบ้านในทุกบ้าน ที่สามารถใช้พื้นที่ทั้งภายในและภายนอกบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 33 ภาพตัดและผังพื้นที่ 1 ของโครงการ

Jystrup savvaerket ประเทศเดนมาร์ก จาก

Cohousing: A contemporary approach to

housing ourselves (p. 76), by K. McCamant,

C. Durrett, and E. Hertzman, 1994, Berkeley,

California: Ten speed press. ดัดแปลง

2.27.3 โครงการคันทันโมริ (Kankanmori) เมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่นเป็นอาคารที่พักอาศัยประเภทอพาร์ทเมนต์ในชุมชนนิปปอริ อะซากาวา เมืองโตเกียว เป็นอาคารสูง 12 ชั้น โดยในอาคารนี้จะมีลักษณะของการโคเอฮัสซิ่งในชั้นที่ 2 และ 3 ของอาคาร รวมทั้งหมด 28 ยูนิต โดยจะมีการโคเอฮัสซิ่งในส่วนของพื้นที่ส่วนกลางที่ใช้ร่วมกัน และระเบียงบนหลังคา ส่วนบริเวณชั้นล่างจะเป็นร้านอาหาร สถานที่รับเลี้ยงเด็ก สถานพยาบาล โรงอาบน้ำ สำหรับผู้พักอาศัย และพื้นที่ใกล้เคียง

ในปัจจุบันภายในโครงการมีผู้พักอาศัยเป็นผู้ใหญ่จำนวน 34 คน และเด็กจำนวน 13 คน โดยมีช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 89 ปี ผู้อยู่อาศัยจะมีการผลัดเปลี่ยนช่วยกันประกอบอาหารโดยเลือกวันที่แต่ละคนจะประกอบอาหารเดือนละ 1 ครั้ง และมีการช่วยเตรียมอาหาร 1-2 คนขึ้นไปคันทันโมริเป็นห้องพักอาศัยแบบเช่าอยู่ โดยจะมีขนาดพื้นที่ที่พักอาศัยทั้งห้องแบบสตูดิโอ และแบบ 2 ห้องนอน ขนาด 25 ตารางเมตร จนถึง 61 ตารางเมตร ในแต่ละห้องพักอาศัยจะมีพื้นที่ครัวและห้องน้ำเหมือนกับห้องพักอาศัยทั่วไป ค่าเช่าจะแตกต่างกันโดยประมาณ 70,000-140,000 เยน หรือประมาณ 21,000-42,000 บาท และมีการเก็บค่าใช้จ่ายส่วนกลางสำหรับการใช้ประโยชน์ของพื้นที่ส่วนกลางที่ใช้ร่วมกัน สำหรับในส่วนพื้นที่พักผ่อนส่วนกลางที่ใช้ร่วมกันจะเป็นห้องรับแขก ห้องครัว ห้องเตรียมอาหารที่มีอุปกรณ์ทำครัว และห้องรับประทานอาหาร ซึ่งสามารถนั่งได้ถึง 40 ที่นั่ง มีพื้นที่ห้องนั่งเล่นขนาดเล็ก มีบริเวณรับประทานอาหารที่พื้นที่ระเบียงด้านนอก พื้นที่สนามเด็กเล่น ห้องอาบน้ำ ห้องซักรีด พื้นที่ทำงานไม้บริเวณด้านในและด้านนอก และระเบียงในการทำงานฝีมือ และบริเวณพื้นที่ระเบียงบนหลังคาจะเป็นระเบียงสวนดอกไม้ สวนผัก ผู้อยู่อาศัยจะมีการพบปะสังสรรค์หรือประชุมร่วมกันในแต่ละเดือน ผู้อยู่อาศัยทุกคนมีความตั้งใจที่จะสร้างกฎเกณฑ์ และการแก้ไขปัญหาาร่วมกันในสิ่งที่เกิดขึ้นในทุก ๆ วันในที่พักอาศัย โดยมีหลักการคือการจัดการด้วยตนเอง (self-management) และการดำเนินงานด้วยตนเอง (self-operation) ซึ่งทุกคนมีความเท่าเทียมกันในสังคมไม่ขึ้นกับว่าใครแก่กว่าหรือใครจะประกอบอาชีพอย่างไร ผู้อยู่อาศัยจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน


กลุ่มกิจกรรมของโครงการนี้มีมากกว่า 20 กลุ่มกิจกรรม เพื่อให้ชีวิตมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ กลุ่มกิจกรรมหนึ่งที่ได้รับคามนิยมคือ กลุ่มปลูกพืชสวนซึ่งเป็นการปลูกพืช ผัก ต้นไม้ ดอกไม้ และบำรุงรักษาด้วยระบบการทำปุ๋ย หมักปุ๋ย ห้องรับประทานอาหารเย็นของโครงการจะเป็นสถานที่ที่ให้ทุกคนสามารถใช้งานได้ในตลอดเวลา และในบางครั้งจะมีการใช้ห้องซึ่งมี

สัญญาณอินเทอร์เน็ตใช้เป็นห้องเรียน บางครั้งก็เป็นห้องถักเย็บสำหรับคุณแม่ที่จะมารวมกลุ่มกัน โดยกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น ดูภาพยนตร์กัน และจะมีการประชุมของสมาชิกภายในโครงการ สมาชิกแต่ละคนในโครงการจะมีการร่วมกับกลุ่มกิจกรรมอย่างน้อย 2 กิจกรรม โดยไม่ทำให้เกิดความยุ่งยากที่จะร่วมกิจกรรมอาสาสมัครของกลุ่มกิจกรรมจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในมื้ออาหาร และการอยู่อาศัยซึ่งเป็นลักษณะแกนหลักของการอยู่อาศัยร่วมกันแบบโคเฮาส์ซึ่ง แม้ว่าจะเป็นการอยู่อาศัยแบบร่วมกัน แต่จะมีการแยกครอบครัวในแต่ละครัวเรือนลักษณะเช่นเดียวกับอาคารชุดพักอาศัยทั่วไป

วิถีชีวิตภายในโครงการคันทันโมริ ทุกคนที่อาศัยภายในโครงการจะให้เห็นรอยยิ้มของทุกคนเมื่อถึงมื้ออาหาร ซึ่งผู้อยู่อาศัยได้จัดขึ้นเป็นบางครั้งต่อสัปดาห์ ผู้อยู่อาศัยไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในรับประทานอาหารร่วมกันในทุกครั้งของมื้ออาหารที่จะรับประทานร่วมกัน เพราะจะมีการลงทะเบียนสำหรับมื้ออาหารที่ผู้อยู่อาศัยต้องการ และสามารถที่จะรับอาหารในมือนั้นในภายหลังได้ เมื่อผู้อยู่อาศัยบางคนกลับถึงที่พักอาศัยช้า และจะมีการจัดตั้งกลุ่มต่าง ๆ สำหรับกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น กลุ่มมี้อรับประทานอาหารเช้า กลุ่มจัดทำสวน พื้นที่ที่ใช้ร่วมกันห้องนั่งเล่น และห้องรับประทานอาหาร ที่สามารถรองรับได้ 40 คน มีอุปกรณ์สำหรับทำครัว ห้องซักรีด สำนักงานที่มีคอมพิวเตอร์ และสวน โดยกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโครงการคันทันโมริมีดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 กิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการใช้พื้นที่ส่วนกลางร่วมกันของผู้อยู่อาศัยในโครงการคันทันโมริ

กิจกรรมที่เกิดขึ้น	ภาพพื้นที่ที่ใช้ร่วมกัน
ห้องรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นห้องใช้รับประทานอาหารเช้า จัดการประชุม และการพบกับกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละเดือนของผู้พักอาศัย	
ห้องครัวที่ใช้ร่วมกัน เป็นห้องประกอบอาหารที่ผู้พักอาศัยใช้	
สวน การทำสวนผักหรือสมุนไพรในสวน ผลผลิตที่ได้จากสวนจะนำมาใช้สำหรับการทำอาหารที่จะมารับประทานอาหารร่วมกันของผู้ที่พักอาศัยในอาคาร	

กิจกรรมที่เกิดขึ้น	ภาพพื้นที่ที่ใช้ร่วมกัน
<p>ระเบียงส่วนรวม</p> <p>มีการตกแต่งเป็นส่วนหย่อมขนาดเล็กที่ชันระเบียง ที่ทุกคนจะมาร่วมรับประทานอาหาร ดื่มชา หรือทำบาร์บีคิวร่วมกัน</p>	
<p>ห้องเด็กเล่น</p> <p>มีการจัดของเล่นเด็กและพ่อแม่จะช่วยดูแลของเล่น และพื้นที่ห้องรวมถึงของเล่นต่าง ๆ จะถูกจัดการด้วยกลุ่มของเด็กที่มีการจัดการและการซ่อมแซมหรือการจัดหาเพิ่มเติม</p>	
<p>ห้องซักรีด</p> <p>พื้นที่ใช้เครื่องซักผ้าและซักแห้งที่ใช้ร่วมกัน ภายในห้องจะไม่มีเครื่องอบแห้งที่จะให้มีการติดตั้งเครื่องซักผ้า เพื่อการใช้ประโยชน์พื้นที่ที่จำกัด</p>	
<p>ลานทำกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ</p> <p>สำหรับการทำ กิจกรรมสำหรับกลุ่มต่าง ๆ เช่น งานไม้</p>	
<p>ห้องรับแขก</p> <p>เป็นพื้นที่สำหรับผู้พักอาศัยได้พบปะครอบครัวและเพื่อนได้</p>	

หมายเหตุ จาก วิถีชีวิตภายในโครงการคันทันโมริ (13 เมษายน 2559) สืบค้นจาก <http://www.collectivehouse.co.jp/en/kankanmori.html>

ลักษณะของที่พักออาศัยแบบโคเฮาส์ซึ่งในแต่ละประเทศ จะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะที่ตั้ง รูปแบบของที่พักออาศัย ขนาดพื้นที่ ตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้อยู่อาศัยเป็นหลัก

รูปแบบการโคเฮาส์ซึ่งในกรณีศึกษาของต่างประเทศ จะเป็นโครงการที่พักออาศัยที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลหรือองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้นหรือจะเป็นโครงการให้เช่า โดยในประเทศแถบยุโรปและสหรัฐอเมริกา จะเป็นลักษณะของการโคเฮาส์ซึ่งเป็นรูปแบบบ้านในลักษณะที่เป็นบ้านเดี่ยว หรือเป็นการนำอาคารที่ไม่ได้ใช้งานเพื่อนำมาปรับปรุงใหม่ให้เกิดประโยชน์ และในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีราคาที่ดินที่สูง จึงนำรูปแบบการโคเฮาส์ซึ่งมาใช้ในการสร้างที่อยู่อาศัยในรูปแบบอพาร์ทเมนท์ อาคารขนาดใหญ่ อาคารสูง เป็นต้น

	โครงการโคเฮาส์ซึ่งในต่างประเทศ		
	โครงการสวนสมาร์เก็ต	โครงการโรงเลื่อยจูล์โพบ	โครงการคันทันโมริ
ที่ตั้ง	โอ๊คแลนด์ แคลิฟอร์เนีย	เดนมาร์ก	โตเกียว ประเทศญี่ปุ่น
รูปแบบ	โคเฮาส์ซึ่ง โคเฮาส์ซึ่งจากการนำอาคารที่สำคัญทางประวัติศาสตร์มาปรับปรุง	โคเฮาส์ซึ่งที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล	โคเฮาส์ซึ่งสำหรับเช่าพักออาศัย
สถาปนิก	Michael Pyatok and associates	Vandkunsten	Tetsuro Kai
ปีที่สร้าง	2000	1984	2003
ขนาดพื้นที่ที่ใช้ร่วมกัน	465 ตร.ม.	404 ตร.ม.	166 ตร.ม.
ขนาดพื้นที่พักออาศัย	70 - 111 ตร.ม.	63 - 97 ตร.ม.	25 - 61 ตร.ม.
จำนวนยูนิต	20 ยูนิต	21 ยูนิต	28 ยูนิต
ประเภทที่อยู่อาศัย	อาคารที่มีการใช้งานแบบผสม	บ้าน 1-2 ชั้น	อพาร์ทเมนท์
พื้นที่ส่วนกลางที่ใช้ร่วมกัน	ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร ห้องซักรีด พื้นที่พบปะสังสรรค์ ห้องรับแขก ห้องเด็กเล่น ห้องทำงาน ห้องออกกำลังกาย	ห้องนั่งเล่น ห้องซักรีด ห้องเด็กเล่น ห้องเลี้ยงเด็ก ห้องพบปะสังสรรค์ ห้องรับประทานอาหาร ห้องรับแขก 4 ห้อง	ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร ห้องรับแขก ห้องเด็กเล่น ห้องซักรีด ระเบียงบนหลังคาเป็นสวนดอกไม้ สวนผัก

กรณีศึกษาโครงการโคเฮาส์ซึ่งในต่างประเทศเป็นลักษณะโครงการแนวราบ 2 โครงการ ได้แก่โครงการสวนสมาร์เก็ต กับโครงการโรงเลื่อยจูล์โพบ เป็นลักษณะโครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ที่มีขนาดที่เหมาะสมต่อจำนวนผู้อยู่อาศัย 20-40 ครัวเรือน ขนาดการใช้สอยพื้นที่ส่วนกลางร่วมกันของคนในชุมชน กิจกรรมที่ทำร่วมกันเป็นการเอื้อต่อการบริหารจัดการภายในโครงการโดยดูจากกิจกรรม ประเภทการใช้งาน พื้นที่การใช้สอยเป็นข้อมูลเบื้องต้นพื้นฐานในการประยุกต์ใช้ให้เข้ากับพฤติกรรมของชุมชนไทย และในส่วนของโครงการคันทันโมริ เป็นลักษณะโครงการที่พักออาศัยแนวตั้ง จัดตั้งขึ้นจากภาครัฐบาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านที่อยู่อาศัยมีลักษณะที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ทำการศึกษ เพื่อนำมาปรับปรุงให้สามารถใช้ได้ กับโครงการที่พักออาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทย ดังตารางที่ 25

## 2.28 กรณีศึกษาโครงการที่พักอาศัยในรูปแบบโคเฮาส์ซิ่งในประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มมีการให้ความสนใจสำหรับที่อยู่อาศัย ในลักษณะพื้นที่ส่วนกลางร่วมกันด้วยรูปแบบโคเฮาส์ซิ่ง โดยอยู่ในความสนใจทั้งในส่วนของภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมีแนวความคิดเดียวกันในการอยู่อาศัยที่มีพื้นที่ส่วนกลางร่วมกัน เป็นลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้ปานกลางโดยลักษณะของโครงการที่พักอาศัยในลักษณะรูปแบบโคเฮาส์ซิ่งในประเทศไทย เริ่มนำแนวความคิดพื้นที่ส่วนกลางร่วมกันจากต่างประเทศเข้ามาใช้ในการพัฒนาที่อยู่อาศัย

2.8.1 โคเฮาส์ซิ่งในด้านบ้านส่วนตัว (Private Housing) โครงการบ้านเดียวกัน ภายใต้โครงการบ้านเดียวกัน ของสถาบันอาศรมศิลป์ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการจะเป็นการสร้างบ้านอยู่ภายในพื้นที่เดียวกัน และร่วมกันคิด เสนอการออกแบบตามความต้องการที่ต้องการ มีพื้นที่ส่วนกลางที่สามารถใช้ร่วมกันได้ รูปแบบนี้ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนมากจะเป็นกลุ่มระดับผู้มีฐานะปานกลางที่ต้องการรูปแบบบ้านพักอาศัยที่เป็นทางเลือกใหม่

การสร้างสังคมในการอยู่ร่วมกันแบบเอื้อเฟื้อและอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพา ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง 3 องค์การ คือ (1) สถาบันอาศรมศิลป์ที่ให้ความสนับสนุนในด้านวิชาการ (2) อาศรมสถาปนิกเพื่อชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่ให้ความร่วมมือด้านการออกแบบ และจัดกระบวนการกลุ่ม (3) บริษัท แพลนแอสเส็ท จำกัด เพื่อเป็นการเสนอทางเลือกในการพัฒนาที่อยู่อาศัยในอีกรูปแบบหนึ่ง ที่คำนึงถึงความสัมพันธ์ทางสังคมของเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกันที่อาศัยแนวความคิดของชุมชนแบบโคเฮาส์ซิ่ง และมีการพัฒนารูปแบบทางกายภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการอยู่อาศัยแบบเกื้อกูลพึ่งพอาศัยกัน เพื่อนบ้านที่พร้อมจะดูแลซึ่งกันและกันที่ก่อให้เกิดเป็นชุมชนขนาดเล็ก ในกลุ่มความสัมพันธ์ของกลุ่มเพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน หรือเป็นเพื่อนบ้านกัน

กระบวนการมีส่วนร่วมในการร่วมกันออกแบบโดยผู้อยู่อาศัย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในวิถีชีวิตของการอาศัยอยู่ร่วมกัน มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการมีพื้นที่ส่วนกลางมากขึ้น โดยมีโครงการนำร่อง คือ โครงการบ้านเดียวกัน โครงการบ้านเดียวกัน 2 และโครงการบ้านเดียวกัน ลาดพร้าว 29 เป็นต้น ซึ่งโครงการบ้านเดียวกัน ลาดพร้าว 29 เป็นรูปแบบที่พักอาศัยที่มีลักษณะเป็นบ้านผสมกับคอนโด เป็นทางเลือกใหม่ของการอยู่อาศัย ที่ผู้อยู่อาศัยที่ต้องการอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพอาศัยเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เหมือนกับชุมชนไทยในอดีต หรือในชนบทที่เคยเป็นมา ดังภาพที่ 34



ภาพที่ 48 โครงการบ้านเดียวกันมีที่ตั้งอยู่ในซอยลาดพร้าว 29 จาก โครงการบ้านเดียวกัน Coliving Cohousing. (9 เมษายน 2555). สืบค้นจาก <http://arsomsilp.ac.th/th/portfolio/โครงการบ้านเดียวกัน-co-living-co-housing/>

กลุ่มเป้าหมายของโครงการเป็นกลุ่มคนที่มีแนวคิดในการอยู่อาศัยร่วมกัน โดยในช่วงแรกผู้พัฒนาโครงการจะเป็นผู้ดูแล เช่น การนัดรับประทานอาหารร่วมกัน การเข้าค่ายเพื่อเป็นการรับฟังแนวความคิด และกฎกติกาข้อตกลงต่าง ๆ ในการอาศัยอยู่ร่วมกัน โดยที่ผู้อยู่อาศัยสามารถที่จะออกแบบห้องของตนเองได้ มีส่วนร่วมในการออกแบบพื้นที่ส่วนกลาง และการร่วมกันออกกฎการอยู่ร่วมกันโดยที่ทุกคนพอใจ และการช่วยกันดูแล

2.8.2 โคเฮาส์ซึ่งในด้านชุมชนอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ได้แก่ โครงการ พาสุข ที่ถนนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร โดยการเคหะแห่งชาติร่วมมือกับมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่จะใช้แนวความคิดรูปแบบชุมชนอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (ecovillage) ที่เน้นการพัฒนาโครงการด้วยการคำนึงถึงทางด้านสิ่งแวดล้อมและการประหยัดพลังงานเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการด้วย เพื่อให้มีการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนผู้มีรายได้น้อยถึงปานกลาง มีโครงการเริ่มต้นที่สร้างเสร็จในปี พ.ศ. 2556 จากการศึกษาของ Pattaranan Takkanon (2014) โดยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่า ประชาชนมีความต้องการโครงการที่พักอาศัยแบบบ้านเดี่ยวและทาวน์เฮ้าส์ถึงร้อยละ 86 โดยมีความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในด้านห้องสมุด ห้องสันทนาการ ห้องซักรีด พื้นที่สนามเด็กเล่น พื้นที่จัดสวน พื้นที่สนามกีฬา ร้านค้าชุมชน สระว่ายน้ำ และหน่วยงานดูแลเด็ก ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการออกแบบให้สอดคล้องตามที่ประชาชนต้องการ และคำนึงถึงในด้านสิ่งแวดล้อมในด้านการบำบัดน้ำเสีย พลังงานแสงอาทิตย์ การจัดการของเสียและการปลูกพืชผักสวนครัวบริเวณรั้วเป็นต้น



ภาพที่ 49 รูปแบบโครงการพาสุข จาก “Cohousing and development of rating tools for sustainable living in Thailand,” by PattarananTakkanon, World Sustainable Building 2014 (WSB 2014), October 28-30th 2014

2.8.3 โครงการบ้านโคเฮาส์ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุ (Senior cohousing) โดยการพัฒนาโครงการของนักธุรกิจในการพัฒนาที่ดินของ นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ ที่อำเภอเมวกเหล็ก จังหวัดนครราชสีมา ที่มีแนวความคิดในการรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยภายในพื้นที่เดียวกัน เป็นโครงการที่ต้องการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในลักษณะเป็นบ้านโคเฮาส์ซึ่ง โดยให้ผู้สูงอายุหรือผู้



ที่อยู่ในวัยเกษียณได้ซื้อที่ดินที่แบ่งขาย และนำมาสร้างบ้าน โดยเป็นรูปแบบบ้านที่ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาให้ได้ตรงตามที่ต้องการและมีลักษณะเป็นบ้านโคเฮาส์ซิ่ง

นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ ได้นำแนวความคิดของชาร์ล ดูร์เทอ ในการสร้างชุมชนโคเฮาส์ซิ่ง ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่รู้จักกันมาก่อนแล้วมาซื้อที่ดินแล้วออกแบบบ้านเอง และปลูกบ้านกันเองรวมกันเป็นชุมชนโคเฮาส์ซิ่ง เป็นบ้านเดี่ยวที่สร้างติดกันเพื่อให้เหลือพื้นที่ส่วนกลางที่จะใช้งานร่วมกันได้มากขึ้น โดยนำแนวคิดนี้มาทำหมู่บ้านหลังวัยเกษียณสำหรับผู้สูงอายุที่อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดนครราชสีมา และมีตลาดมวกเหล็กที่อยู่ใกล้กันเป็นชุมชนท้องถิ่น จึงซื้อที่ดิน 8 ไร่ เป็นพื้นที่บนเนินเขา โดยแบ่งที่ดินเป็นแปลงจำนวนทั้งหมด 12 ยูนิท โดยมีแผนผังของที่ดินดังภาพที่ 35 และสร้างรูปแบบชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุโดยเป็นกลุ่มคนที่ต้องการมีที่พักอาศัยในวัยเกษียณ ที่อยากจะอยู่ด้วยกัน มาทำความรู้จักกัน รวมตัวกันร่วมตกลงกันว่าจะร่วมสร้างชุมชนแบบโคเฮาส์ซิ่งแล้วมีการประชุมกันเพื่อจัดทำโครงการ วางแผน โดยที่แต่ละคนออกแบบบ้านของตัวเอง ออกแบบผังชุมชนร่วมกัน และทำการก่อสร้างชุมชนขึ้นมาที่มีชื่อว่า อัลไพน์ โคเฮาส์ซิ่ง แต่ไม่ได้จำกัดอายุของผู้ที่สนใจที่จะมาอยู่ด้วยกัน แต่มีเป้าหมายของชุมชนเพื่อคนสูงวัยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือเป็นการเตรียมตัวสำหรับในอนาคตในภายหน้า โดยรูปแบบบ้านจะเป็นไปตามความต้องการของผู้ที่จะมาอยู่อาศัยตามที่ผู้อยู่อาศัยพึงพอใจซึ่งอาจจะเป็นแบบบ้านเดี่ยว หรือดูเพล็กซ์ เป็นต้น



ภาพที่ 50 แผนผังที่ดินที่จะก่อสร้างอัลไพน์ โคเฮาส์ซิ่ง ที่ อ.มวกเหล็ก จ.นครราชสีมา จาก สันต์ ใจยอดศิลป์. (14 กุมภาพันธ์ 2557). Senior cohousing ข้อมูลสำหรับผู้จะซื้อ. สืบค้นจาก

<http://visitdrsant.blogspot.com/2014/07/senior-co-housing-2-3-4.html>

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบรูปแบบการโคเฮาส์ซิงของกรณีศึกษาโครงการในประเทศไทย

	โครงการโคเฮาส์ซิงในประเทศไทย		
	โครงการบ้านเดียวกัน ลาดพร้าว 29	โครงการพาสุข	โครงการอัลไพน์ โคเฮาส์ซิง
รูปแบบโคเฮาส์	ซิง โคเฮาส์ซิงในด้านบ้านส่วนตัว (Private housing)	โคเฮาส์ซิงในด้านชุมชน อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (Ecovillage)	โครงการบ้านโคเฮาส์ ซิงสำหรับผู้สูงอายุ (Senior cohousing)
ที่ตั้ง	ซอยลาดพร้าว 29 เขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร ถนนร่มเกล้า	เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร	อมวทเหล็ก จ.สระบุรี
ขนาดพื้นที่ที่พักอาศัย	เนื้อที่ 103 ตร.วา ห้องพักขนาด	30 – 60 ตร.ม. พื้นที่แบ่งเป็น 10 แปลง	พื้นที่ 8 ไร่ แบ่งเป็น 12 แปลง
จำนวนยูนิต	16 – 20 ยูนิต / 4 ยูนิตต่อชั้น	10 ยูนิต	12 ยูนิต
ประเภทที่อยู่อาศัย	บ้านผสมกับคอนโด อาคารสูง 6 ชั้น	บ้านเดี่ยวและ ทาวน์เฮาส์	บ้านเดี่ยวและดูเพล็กซ์

กรณีศึกษาโครงการโคเฮาส์ซิงในประเทศไทย ในปัจจุบันมีลักษณะประเภทของการดำเนินงาน 3 ประเภท ได้แก่ โคเฮาส์ซิงในด้านบ้านส่วนตัว ด้านชุมชนอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และด้านบ้านสำหรับผู้สูงอายุ โดยทั้ง 3 โครงการเป็นการนำแนวคิดพื้นที่ส่วนกลางร่วมกันของคนในชุมชนมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้อยู่อาศัยในแต่ละโครงการ ดังตารางที่ 27 แต่ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มี การนำหลักการนี้มาใช้กับผู้ที่มิใช่รายได้น้อยอย่างจริงจัง การศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ให้เข้ากับพฤติกรรม และกิจกรรมคนในชุมชนของไทย

ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามเกณฑ์ลักษณะที่สำคัญของรูปแบบการโคเฮาส์ซิง

กรณีศึกษา	ลักษณะที่สำคัญของรูปแบบการโคเฮาส์ซิง					
	กระบวนการมีส่วนร่วม	การออกแบบ ออกแบบ ด้วยคนใน ชุมชน	การมีพื้นที่ ส่วนกลาง ร่วมกัน	การบริหาร จัดการที่อยู่ อาศัย	การมีความ รับผิดชอบ ร่วมกันในการ ตัดสินใจ	การมีแหล่ง รายได้ที่แยก ออกจากกัน
บ้านเอื้ออาทร	✗	✗	✓	✓	✗	✓
บ้านมั่นคง	✓	✓	✗	✓	✓	✓
บ้านเดียวกัน	✓	✓	✓	✓	✓	✓
พาสุข	✓	✓	✓	✓	✓	✓
อัลไพน์ โคเฮาส์ซิง	✓	✓	✓	✓	✓	✓
สวนสวรรค์เกิด	✓	✓	✓	✓	✓	✓
โรงเลื่อยจูลีโพบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
คันคันโมริ	✓	✓	✓	✓	✓	✓

การนำทฤษฎีและหลักเกณฑ์ของลักษณะที่อยู่อาศัยรูปแบบพื้นที่ส่วนกลางร่วมกัน จากกรณีศึกษาในต่างประเทศโดยมีลักษณะที่สำคัญตามรูปแบบการโคเฮาส์ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการรักษาสิ่งแวดล้อม การอยู่อาศัยร่วมกันในระหว่างครอบครัวหรือเครือญาติที่รู้จักกัน ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น โดยกรณีศึกษาในต่างประเทศมีความสอดคล้องตามลักษณะสำคัญของโคเฮาส์ซึ่ง ส่วนกรณีศึกษาในประเทศไทยในปัจจุบันนั้นมีการนำลักษณะสำคัญมาใช้บางส่วน เช่น โครงการพาสซที่มุ่งเน้นการประหยัดพลังงาน รักษาสิ่งแวดล้อมอัลไพน์โคเฮาส์ซึ่งในการพัฒนาที่ดิน ที่อยู่อาศัยให้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ โครงการบ้านเดียวกันที่มุ่งเน้นการใช้พื้นที่ส่วนกลางร่วมกันระหว่างญาติ คนรู้จักกัน ของผู้มีรายได้น้อยปานกลางจากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การสำรวจ และเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ศึกษาจากโครงการบ้านเอื้ออาทรอาคารชุดพักอาศัย และโครงการบ้านมั่นคง จังหวัดนครปฐมเพื่อสำรวจเก็บข้อมูล ลักษณะทางกายภาพของที่อยู่อาศัย พฤติกรรม และกิจกรรมของผู้มีรายได้น้อย พบว่า โครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยนั้นมีความสอดคล้องเพียงบางประการ ตามลักษณะที่สำคัญของโคเฮาส์ซึ่ง และพบว่าโครงการที่พักอาศัยที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นมีลักษณะใกล้เคียงตามทฤษฎี และหลักเกณฑ์ของลักษณะที่อยู่อาศัยรูปแบบพื้นที่ส่วนกลางร่วมกันด้วยรูปแบบโคเฮาส์ซึ่ง ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงนำองค์ประกอบที่สำคัญตามลักษณะสำคัญของโคเฮาส์ซึ่งมาใช้ ดังตารางที่ 27 การศึกษาวิจัยครั้งนี้นำไปสู่แนวทางการประยุกต์ใช้เกณฑ์การใช้พื้นที่ส่วนกลางร่วมกันของชุมชนไทย เป็นการพัฒนาที่อยู่อาศัยในรูปแบบอาคารที่พักอาศัยแนวตั้งสำหรับผู้มีรายได้น้อย ที่มีการนำคุณลักษณะของการใช้พื้นที่ส่วนกลางร่วมกันแบบโคเฮาส์ซึ่ง เพื่อนำลักษณะบางส่วนมาประยุกต์ใช้กับโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย และการนำรูปแบบโคเฮาส์ซึ่งมาใช้นั้นสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ และให้สอดคล้องกับที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

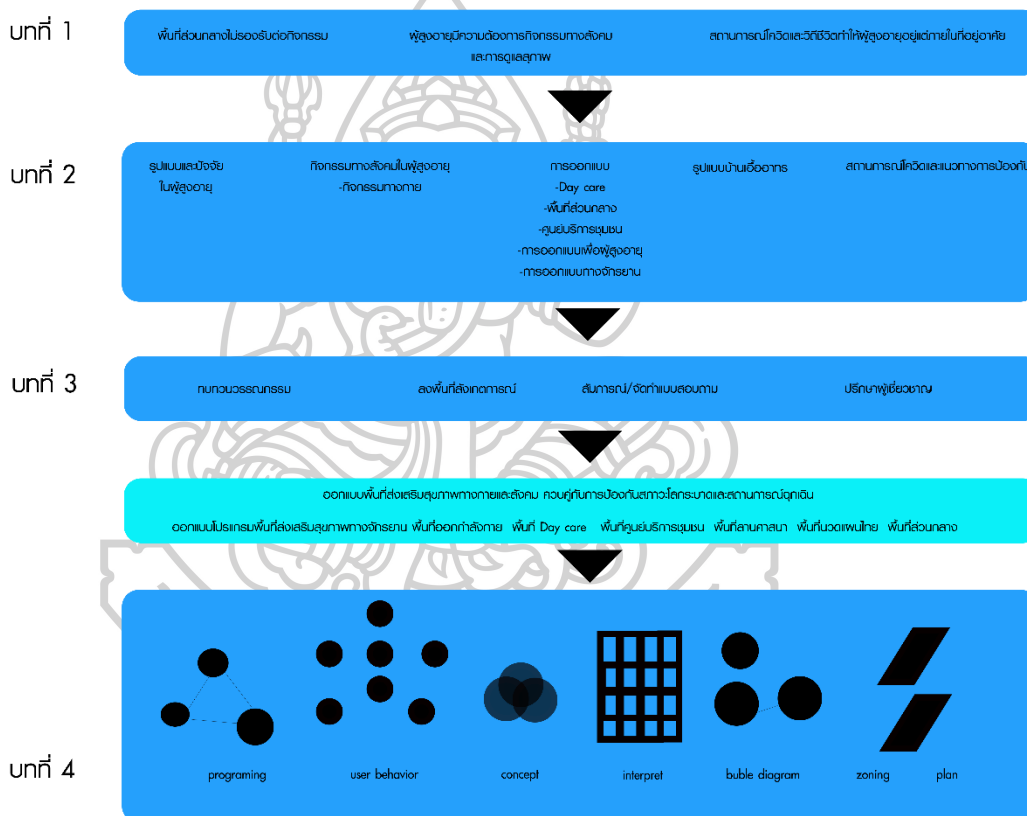


### บทที่ 3

#### ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง กิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบศูนย์นันทนาการและพื้นที่ส่วนกลาง กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาข้อมูลเอกสารปฐมภูมิ เช่น บทความ งานวิจัย ลงพื้นที่สังเกตการณ์สมภรณ์และจัดทำแบบสอบถามโดย มีรายละเอียดการรอบการศึกษา ดังนี้

#### 3.1 กรอบการศึกษา



ภาพที่ 51 กรอบการศึกษา

#### 3.2 การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 แบบ เพื่อนำไปสู่การออกแบบ ดังนี้

3.2.1 การเก็บข้อมูลแบบทุติยภูมิ ได้แก่ บทความ งานวิจัย กรณีศึกษา และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

3.2.2 การเก็บข้อมูลจากสถานที่จริงหรือกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร โดยกลุ่มผู้สูงอายุใช้วิธีการสุ่มตัวเลือก (Probabilistic Sampling) ใช้วิธีสัมภาษณ์สังเกตการณ์ และแบบสอบถาม จำนวน 10 ชุด เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่ในพื้นที่แหล่งชุมชน

ที่เป็นวัตถุประสงค์ในการศึกษา ในส่วนอาสาสมัครชุมชนเป็นการสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด เพื่อสอบถามแนวทางในการดูแลและความต้องการผู้สูงอายุในชุมชนวิเคราะห์สู่คอนเซ็ปในการออกแบบและการบูรณาการ

### 3.3 ประชากรกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่กรณีศึกษา

#### พื้นที่กรณีศึกษา

พื้นที่กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร เป็นรูปแบบที่อยู่อาศัยแนวตั้งมีอาคาร 134 อาคาร มีหน่วยที่อยู่อาศัย 5872 หน่วย แบ่งการบริหาร 6 กลุ่มนิติบุคคล พื้นที่

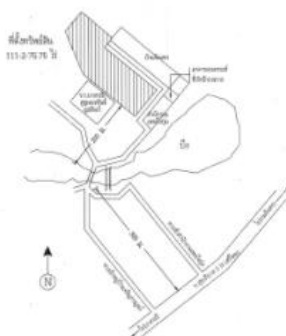
พื้นที่โครงการทั้งหมด 113-2-91 ไร่ ความหนาแน่นคิดเป็น 50 ครอบครัวยุ่

รายการ	จำนวนอาคาร	ประเภทห้องพักอาศัย / อาคาร			จำนวนห้องพักอาศัยรวม			พื้นที่		ร้อยละ	หมายเหตุ
		1 ห้องนอน (34 ตรม.)	สองนอน (54 ตรม.)	นิติบุคคล	1 ห้องนอน (34 ตรม.)	สองนอน (54 ตรม.)	นิติบุคคล	(ตรม.)	(ไร่)		
พื้นที่รวม											
พื้นที่รวม	134	40	4		5128	512		5304	33-1-70	28.87 %	
- อาคารแบบ PT	6	38	4	1	216	24	9	250	1-2-27	1.38 %	
		76	8		5326	536					
รวม	134				5326 + 536 = 5872 หน่วย		9	5802	35-0-3	30.78 %	
พื้นที่ขายไม่ได้											
1. ถนนพาณิชย์ 4 เลน	1198 ตร.							1228.63	22-3-72.81	20.74 %	
2. สวนสาธารณะ ช้าง	1							8100.4	38-2-04.85	34.04 %	
3. แปลงว่าง 20 ปีเศษ บ่อเลี้ยง	1							1005.94	3-0-04.23	2.78 %	
4. สวนสันทนาการ สานักกีฬา	1							2464.85	1-3-16.38	1.35 %	
5. ศูนย์ชุมชน	1							1888.35	1-0-44.59	1.02 %	
6. สวนพฤกษ	1							341.85	0-2-35.41	0.52 %	
7. พื้นที่ว่างสำหรับนิติบุคคล (บ.ร. ๑๒๒๗)	1							1428.30	0-3-03.84	0.72 %	
8. บึง	1										
9. บึงสาธารณะ	1										
10. พื้นที่ชุมชน											
11. แนวรั้วโครงการ											
รวม								12692.00	79-2-00	89.22 %	
รวมทั้งสิ้น								18106.00	113-2-91	100.00 %	

#### รายละเอียดพื้นที่โครงการ

#### บริบทรอบโครงการ

พื้นที่กรณีศึกษาอยู่ติดใกล้กับสำนักงานเขตบึงกุ่ม และสวนออกกำลังกายของสำนักงานเขต โรงเรียนสุขุมวิทพินธุ์ และ ตลาดเสรีไทย



แผนที่ตั้งโครงการ

### การเข้า-ออกโครงการ

ผู้สูงอายุที่ใช้พาหนะส่วนตัว คือ รถยนต์ และ มอเตอร์ไซด์ หากไม่มียานพาหนะส่วนตัวในพื้นที่ที่มีบริการรถสองแถวและวินมอเตอร์ไซด์รับจ้างในการเข้าออกเนื่องจากพื้นที่กรณีศึกษาเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่และอยู่ไกลจาก ซอยเสรีไทย การเข้า ออกจึงต้องใช้ยานพาหนะ ภายในโครงการส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะใช้จักรยานในการสัญจรภายในโครงการ

### พื้นที่สาธารณูปโภคและพื้นที่ส่วนกลาง

ภายในพื้นที่กรณีศึกษามีศูนย์บริการชุมชน 1 ที่ และมีพื้นที่ออกกำลังกาย 4 ที่ ภายในพื้นที่สำหรับกิจกรรมเชิงพาณิชย์สำหรับการทำตลาด

#### กิจกรรมทางสังคมภายในพื้นที่

มีการจัดกลุ่มทำกิจกรรมทางศาสนาช่วง เสาร์-อาทิตย์ และมีกลุ่มกิจกรรมสตรี และมีการรวมผู้สูงอายุทุกกิจกรรมวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ เป็นต้น และมีการรวมกลุ่มของผู้อาศัยขนาดเล็กตามวาระโอกาสโดยอาศัยพื้นที่ว่างของโครงการในการทำกิจกรรมเช่น ทำอาหารร่วมกัน และพบปะ มีการจัดตั้งอาสาสมัครชุมชนโดยสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในการลงพื้นที่ดูแลผู้สูงอายุและสาธารณสุขภายในพื้นที่การศึกษา

#### กลุ่มเป้าหมาย

##### 3.3.1 ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

- สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- อาศัยอยู่ในพื้นที่การศึกษา กรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม

##### 3.3.2 กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครชุมชน กรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม



ภาพที่ 52 กลุ่มอาสาสมัครชุมชน

### 3.3.3 ผู้เชี่ยวชาญด้านพื้นที่

3.3.3.1 รองผู้ว่าการการเคหะแห่งชาติ (นพดล ว่องเวียงจันทร์)

3.3.3.2 ผู้อำนวยการบริหารโครงการ1 ฝ่ายพัฒนาโครงการ1

## 3.4 เครื่องมือในการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาอุปสรรคและความต้องการ กิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การศึกษารวบรวมข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ จัดทำแบบสอบถาม และแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสังเกตการณ์บริบทพื้นที่
- 2) วิเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหา จากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ ร่วมกับการรวบรวมข้อมูล
- 3) นำแนวทางแก้ปัญหา จากพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายสร้างคอนเซปต์ดีไซน์ กำหนดแนวทางการบูรณาการ
- 4) ออกแบบโปรแกรมกิจกรรมวิเคราะห์ กำหนดงานดีไซน์ให้สอดคล้องกับแนวทางการบูรณาการ
- 5) ถอดความคอนเซปต์ดีไซน์ ทฤษฎีในการดีไซน์ถอดฟอร์มสายเส้นจากแรงบันดาลใจจากการลงพื้นที่ และกำหนดแนวทางวัสดุในการใช้ในพื้นที่
- 6) วิเคราะห์พื้นที่แนวทางการจัดการออกแบบพื้นที่การศึกษา และ สร้างทัศนียภาพจำลอง งานดีไซน์ในพื้นที่ปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบกับวัตถุประสงค์นำเสนอผลงาน

## 3.5 แบบสอบถาม

ในการจัดทำแบบสอบถาม มาจากการศึกษาข้อมูลปฐมภูมิเป็นข้อมูลเอกสาร และลงพื้นที่สังเกตการณ์สัมภาษณ์ โดยการใช้คำถามปลายเปิด (Open ended Question) ในการใช้พื้นที่ทำกิจกรรมทางสังคมและความต้องการผู้สูงอายุ ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการศึกษา เพื่อเปิดโอกาสในการตอบคำถามของกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่จริง ตามกรอบแนวคิดการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมารวมกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อตั้งคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ปรับปรุงแก้ไขร่วมกับผู้เชี่ยวชาญให้สอดคล้องการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์แบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงพรรณนา จากที่กล่าวข้างต้น เนื่องจากแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามในผู้สูงอายุ ประกอบกับมีเวลาจำกัดในการเก็บข้อมูล การตั้งคำถามจึงควรเป็นคำถามกระชับและง่ายต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ทำวิจัยต้องมีส่วนในช่วยในการอธิบายการตอบคำถาม และการอ่านคำถามให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุสายตาไม่ดีและต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ มีการเก็บข้อมูลโดยผู้สูงอายุและอาสาสมัครในชุมชน ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรวบรวมกลุ่มตัวอย่างและการตอบคำถาม

## 3.6 รายละเอียดในแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เพศ อาชีพ สถานะ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว การพบปะกับคนในชุมชน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้พื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน การทำกิจกรรมและอุปสรรค  
ในการใช้พื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชนการวิเคราะห์ข้อมูล

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) รูปแบบประชากรข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างแนวพบการพบปะทางสังคมและการดูแล  
สมาชิกภายในครอบครัว
- 2) อุปสรรคและความต้องการในกิจกรรมทางสังคม การใช้พื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการ  
ชุมชน





## บทที่ 4

### การวิเคราะห์ข้อมูล

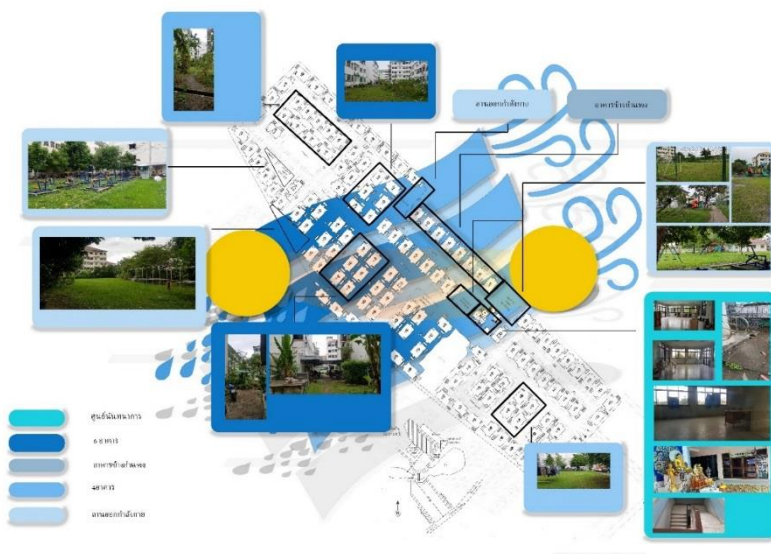
การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษากิจกรรมทางสังคมเพื่อการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชนกรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม สัมภาษณ์ สังเกตการณ์ นำมาสู่การวิเคราะห์ข้อมูลสู่กระบวนการออกแบบ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านพื้นที่ และด้านกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครชุมชน

#### 4.1 การวิเคราะห์พื้นที่

การสำรวจพื้นที่พบว่ายังมีพื้นที่ส่วนกลางที่ว่างยังไม่มีการใช้งานและถูกปล่อยร้าง ก่อให้เกิดอันตรายต่อการใช้งาน ผู้อยู่อาศัยต้องสร้างพื้นที่เพื่อการเข้ากิจกรรมทางสังคมเองในรูปแบบชุดโต๊ะเก้าอี้ บริเวณระหว่างอาคาร และทางเดินภายในอาคารในการใช้เป็นพื้นที่พบปะการทำกิจกรรมทางสังคม

ภายในพื้นที่กรณีศึกษามีศูนย์บริการชุมชนเพื่อรองรับกิจกรรมสันทนาการ และพื้นที่สวนสาธารณะ เพื่อการออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆ จากการสำรวจมีความทรุดโทรมไม่มีการประชาสัมพันธ์การใช้พื้นที่ต่อผู้อยู่อาศัยอย่างชัดเจน และ อุปกรณ์ชำรุดไม่สามารถใช้ออกกำลังกายได้

**ผู้วิจัยมีความเห็นว่า** เพื่อเทียบกับจำนวนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ส่วนกลางเพื่อการทำกิจกรรมทางสังคมยังไม่เพียงพอต่อผู้อยู่อาศัย ไม่รองรับต่อผู้สูงอายุ คนพิการ นอกจากนี้ยังขาดการรองรับสถานการณ์โรคระบาดจากการเกิดโรคระบาด Covid-19 หรือโรคระบาดอื่นๆ มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการเนื่องจากพื้นที่ส่วนกลางยังคงเป็นพื้นที่ของการเคหะแห่งชาติ แต่ผู้อยู่อาศัยสามารถบริหารจัดการได้ผ่านนิติบุคคล ผู้วิจัยพบว่าผู้อยู่อาศัยยังมีความพยายามสร้างพื้นที่สีเขียวภายในพื้นที่พักอาศัยโดยการปลูกต้นไม้



ภาพที่ 53 วิเคราะห์บริบท

#### 4.2 การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย

ในการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายผู้วิจัยวิเคราะห์จากการ สัมภาษณ์ สังเกตการณ์ จากการสุ่มกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน

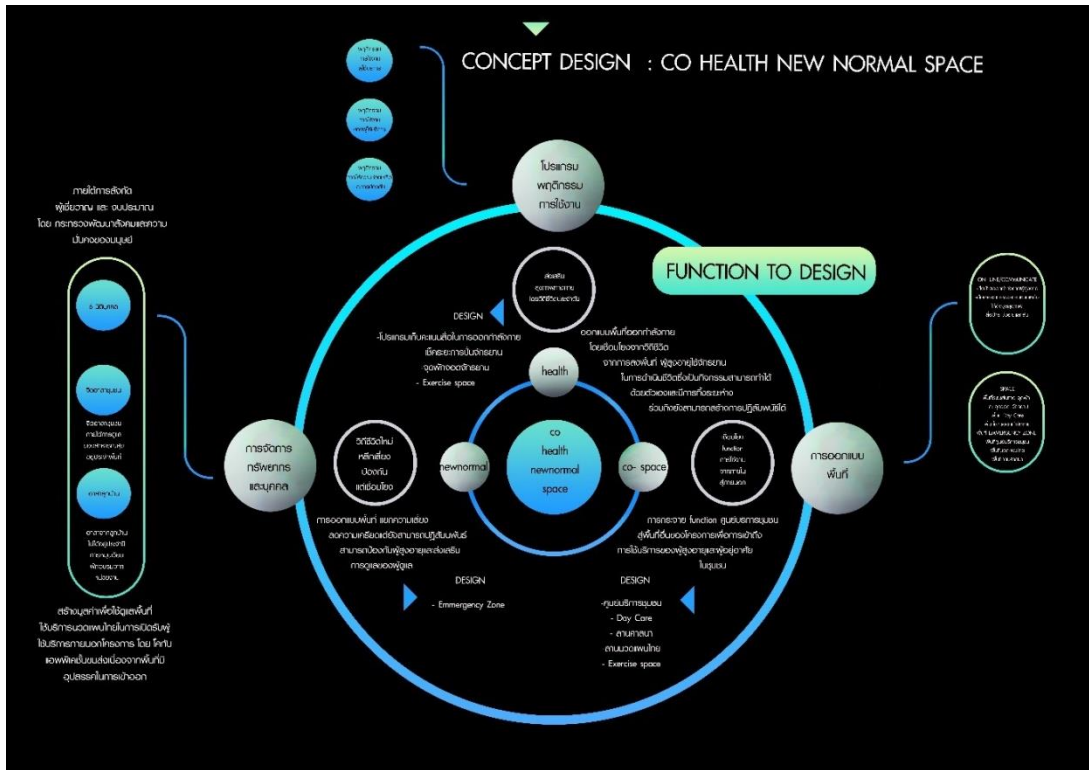
จากการสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ผู้สูงอายุอยู่กับสมาชิกครอบครัว 2-4 คน พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษาบ้านอ้ออาหารบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดัน มีความเป็นห่วงในสุขภาพ แต่ก็มีความต้องการกิจกรรมพบปะทางสังคม เนื่องจากกิจกรรมที่เป็นการรวมตัวของผู้สูงอายุนั้นน้อยเกินไป ทำให้ไม่มีโอกาสในการพบปะผู้สูงอายุด้วยกันมากนัก สืบเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้ผู้สูงอายุอยู่แต่ภายในที่อยู่อาศัย ด้านรายได้พบว่า ยังมีการทำงานในผู้สูงอายุเนื่องจากยังมีภาระต่างๆ หรือต้องการทำงานฆ่าเวลา รายได้จากรัฐและรายได้จากลูกหลาน ในด้านการใช้พื้นที่ส่วนกลางพบว่า ผู้สูงอายุมีความลำบากในการใช้พื้นที่ส่วนกลางเนื่องจากร่างกายไม่เหมือนเดิม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์อาสาสมัครชุมชนพบว่า ในด้านของชุมชนมีความต้องการส่งเสริมในการดูแลผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์พบว่า มีความต้องการให้มีหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมและสภาวะฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ

**จากที่กล่าวมาผู้วิจัยมีแนวความคิด** เพื่อนำมาสู่การออกแบบโดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์พื้นที่และสุขภาพทั้งด้านการออกกำลังกายและส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการรองรับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในรูปแบบ Co Health New Normal Space



ภาพที่ 54 การลงพื้นที่สังเกตการณ์

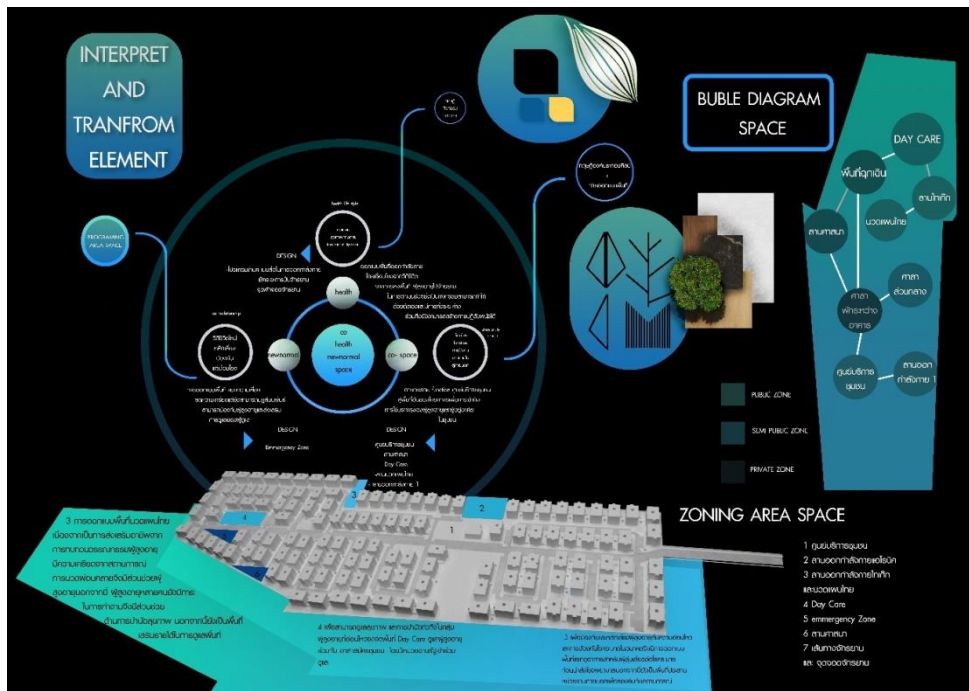
4.3 ผลงานการออกแบบ



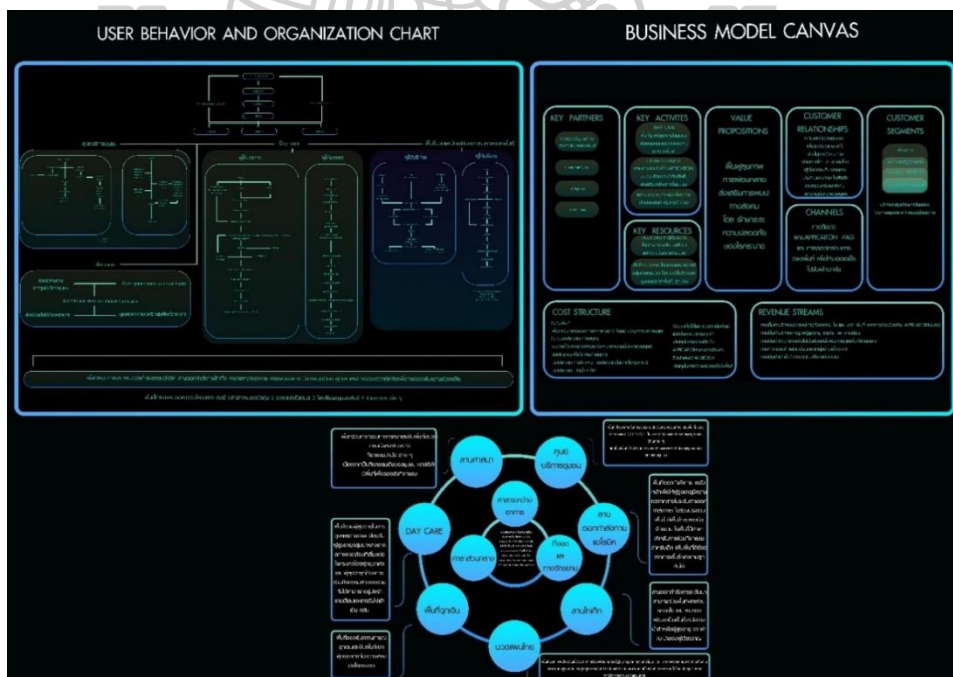
ภาพที่ 55 แนวความคิด โดย นางสาวพิมพ์ชนก นาประเสริฐ

การออกแบบควรเป็นการออกแบบที่ทำให้ชุมชนสามารถดูแลรักษาทรัพยากรในพื้นที่ได้ ผู้วิจัยจึง จัดสรรส่งเสริมอาชีพผ่านบริการนวดแผนไทย ทั้งรองรับการบริการกลุ่มเป้าหมายนอก โครงการ โดยการร่วมมือกับแอปพลิเคชันในการเข้าถึงพื้นที่พร้อมส่วนลดเป็นการยกระดับคุณภาพ ชีวิตส่งเสริมรายได้ในการดูแลพื้นที่ และ พื้นที่ดูแลผู้สูงอายุจากการจ้างงานกับบุคคลในพื้นที่ และ ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำรายได้จัดสรรบำรุงดูแลพื้นที่ที่ร่วมกับการเก็บค่าส่วนกลางจากนิติบุคคล โดยมีกลุ่ม อาสาสมัครชุมชนในการจัดการบริหารบุคคลภายใต้งบประมาณและผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รูปแบบการออกแบบพื้นที่เป็นรูปแบบที่เน้นบรรยากาศธรรมชาติ จากการใช้รูปแบบไม้และการใช้จัดต้นไม้ในพื้นที่ปลูกของคนในพื้นที่ จากความต้องการพื้นที่สีเขียว ของผู้อยู่อาศัย จัดบรรยากาศให้เหมือนอยู่กับบ้านเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกัน โดยกระจายฟังก์ชันของศูนย์บริการชุมชน สร้างพื้นที่ศาลาระหว่างอาคาร และศาลาส่วนกลางรองรับกิจกรรมการ พบปะ ปรับพื้นที่ระหว่างอาคารเป็นทางจักรยาน เพื่อเพิ่มทางจักรยานและสร้างความปลอดภัยในการ ชี เป็นการบูรณาการพื้นที่ส่วนกลางลดพื้นที่อันตรายภายในชุมชน ปรับพื้นที่ออกกำลังกายเป็นพื้นที่ ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ 1 Day care เพื่อเป็นที่รวมการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเบาะบาง โดยมีทั้งการเข้ามา อยู่รายวันแบบไปเช้า เย็นกลับ และอยู่ประจำรายได้ โดยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงและเป็น พื้นที่ทำกิจกรรมกายภาพ และกิจกรรมทางสังคม 2 พื้นที่ฉุกเฉิน เพื่อรองรับกับสถานการณ์และเป็น พื้นที่แยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 3 พื้นที่ไทเก๊ก เพื่อการออกกำลังกายระดับเบาของผู้สูงอายุ และเป็น พื้นที่เอนกประสงค์ในการเป็นศาลาพักผ่อนหย่อนใจ 4ลานออกกำลังกายแอโรบิค เป็นพื้นที่ออกกำลังกาย

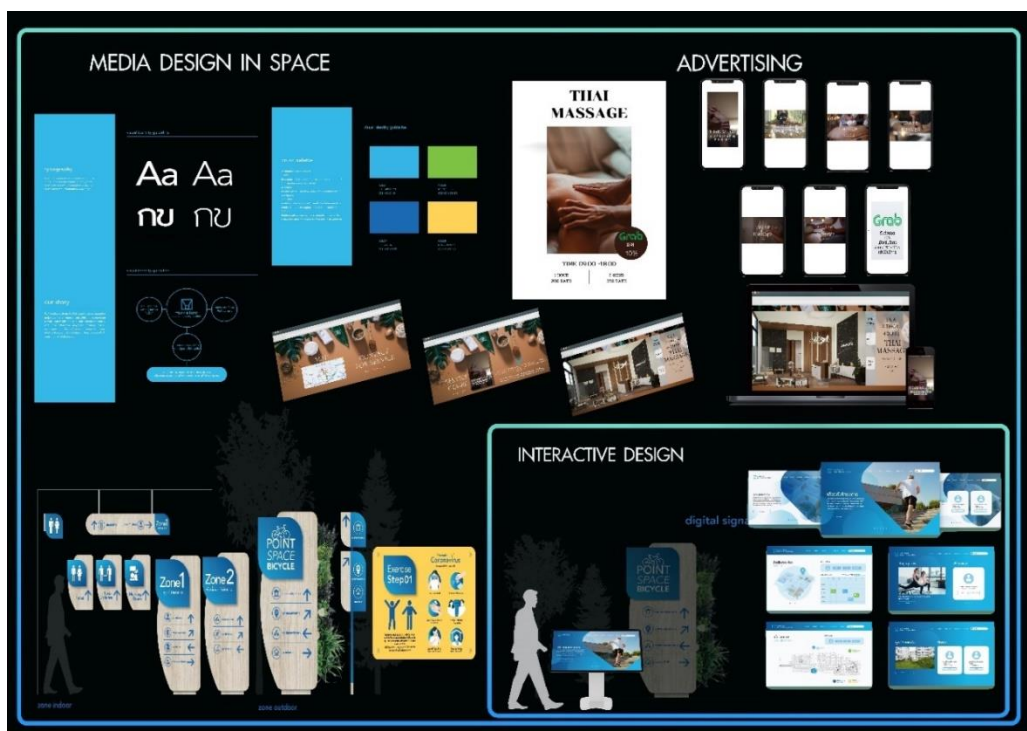
ภายนอก มีทางปั่นจักรยานทางลาดเพื่อใช้เป็นพื้นที่ปั่นจักรยานและเป็นพื้นที่เดินออกกำลังกาย รวมถึงเป็นพื้นที่ศาลาทำกิจกรรมร่วมกับเด็กเนสเซอร์ภายในชุมชน ส่วนเนสเซอร์ภายในชุมชนที่อยู่ภายในศูนย์บริการชุมชนปรับเลี่ยนอยู่ด้านหลังอาคาร เพื่อเพิ่มพื้นที่สนามเด็กเล่นให้กับเด็ก โดยภายในพื้นที่จะต้องมีการคัดกรองโรคก่อนการเข้าทำกิจกรรมทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ



ภาพที่ 56 Zoning และ bubble diagram



ภาพที่ 57 ผังการจัดการและรูปแบบการจัดการบริการเป้าหมายนอกโครงการ



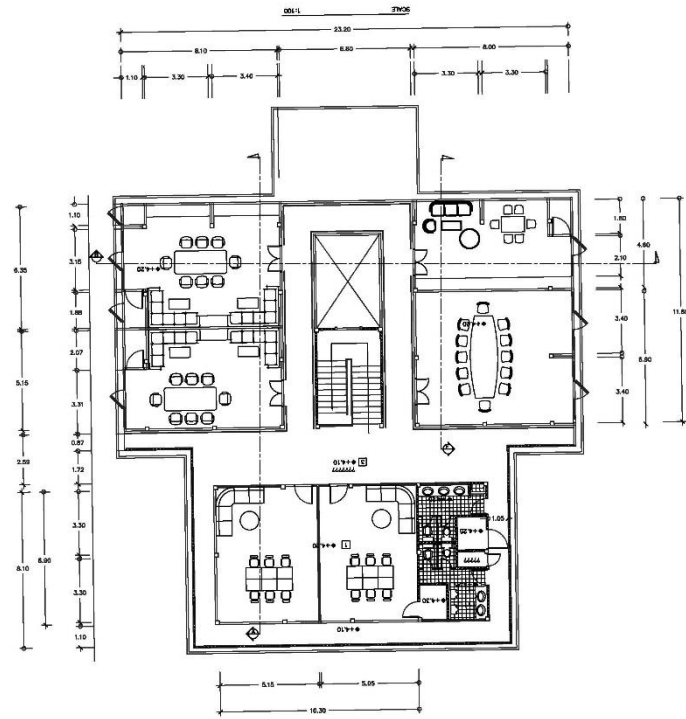
ภาพที่ 58 รูปแบบแอปพลิเคชันและเว็บไซต์ อินเทอร์เน็ต และป้ายภายในโครงการ

รูปแบบอินเทอร์เน็ตที่พึงประจําจุดแต่ละตึกภายในโครงการโดยเป็นจุดที่สามารถแจ้งสถานการณ์ฉุกเฉิน การลงจองคอสักกิจกรรมหรือการใช้ so space ในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงเป็นพื้นที่เก็บขยะการเดินทางภายในโครงการเพื่อนำแลกของรางวัลเป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้อยู่อาศัยเนื่องจากผู้อยู่อาศัยใช้จักรยานในการเดินทางภายในโครงการ

รูปแบบป้ายเน้นรูปแบบธรรมชาติให้เป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่สีเขียวโดยใช้ต้นไม้ในการตกแต่งใช้สีน้ำเงินที่ความเข้มสูงสามารถทำให้ผู้สูงอายุบอกรู้ชัดขึ้นในพื้นที่กลางแจ้งที่มีแสงสว่างมาก

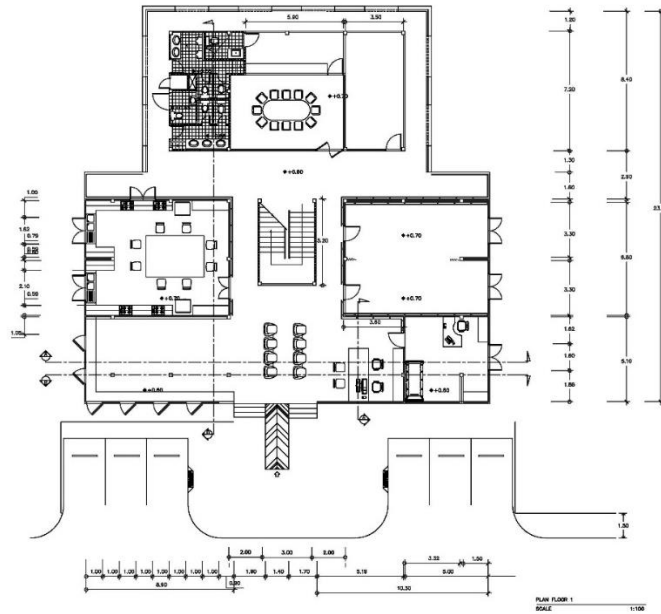
รูปแบบเว็บไซต์และคลิปวิดีโอใช้รูปแบบเรียบง่ายไม่ดูหยาบเกินไปและจัดส่วนลดร่วมกับแอปพลิเคชันเน้นการนำเสนอชัดเจนจากภาพการนำของผู้นําให้บริการ

ผังการบริหารภายในพื้นที่



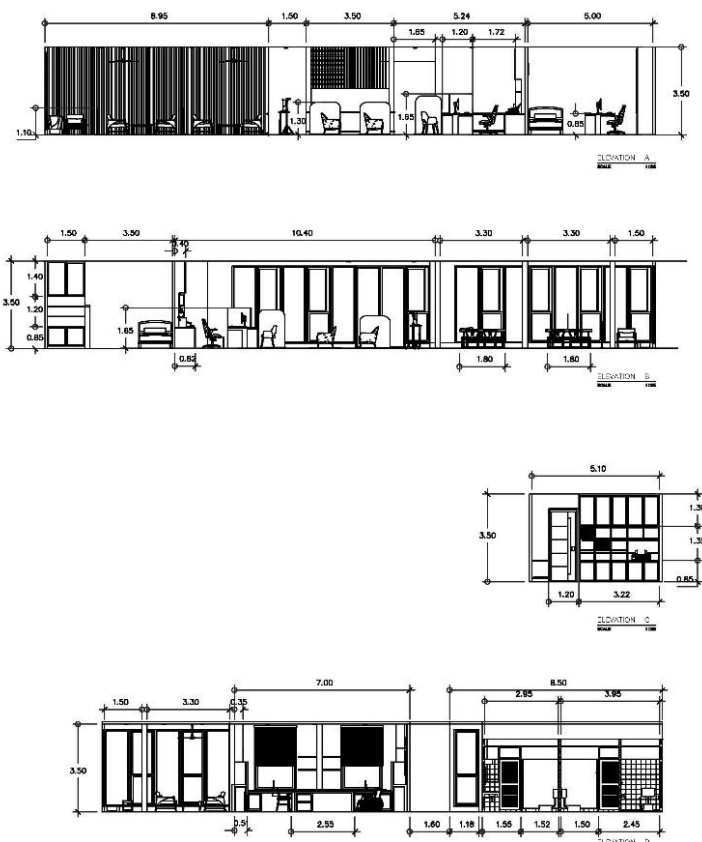
PLAN FLOOR 2  
SCALE 1:100

ภาพที่ 59 พื้นที่ชั้น 2



PLAN FLOOR 1  
SCALE 1:100

ภาพที่ 60 พื้นที่ชั้น 1



ภาพที่ 61 รูปตัดอาคาร

การออกแบบพื้นที่ศูนย์บริการชุมชนโดยปรับปรุง ชั้น 1 จะเป็นที่ผู้มีการ เข้า-ออก พื้นที่มากที่สุดเมื่อผู้ใช้บริการเข้าพื้นที่เพื่อทำกิจกรรมเฉพาะในพื้นที่ ฟังก์ชันพื้นที่มี ดังนี้ 1 เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ เพื่อติดต่อจองคิวและขอความช่วยเหลือ รวมถึงการเข้าใช้ห้องสันทนาการต่างๆ ห้องตรวจสุขภาพ 2 ห้องตรวจสุขภาพ เป็นพื้นที่ตรวจสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอกที่เข้ามาตรวจสุขภาพรายสัปดาห์สำหรับผู้สูงอายุ 3 โถงต้อนรับเป็นพื้นที่อยู่ด้านหน้าสุดของอาคาร ที่หน้าต่างสูงรอบเพื่ออากาศถ่ายเท เนื่องจากพื้นที่นี้มีการรวมตัวของผู้ใช้พื้นที่ในปริมาณมาก 4ห้องครัว พื้นที่ทำกิจกรรมทำอาหารโดยเป็นพื้นที่สำหรับการเรียนคอสอาหารและกิจกรรมอื่นๆที่จะหมุนเวียนในแต่ละเดือน 5ห้องสันทนาการ สำหรับกิจกรรมออกกำลังกายในร่ม เช่น โยคะ เป็นต้น ด้านหลังอาคารเป็นพื้นที่สำนักงานอาสาสมัครชุมชน บันไดขึ้นชั้น 2 ออกแบบให้โปร่งเพื่อให้เห็นผู้สูงอายุในการเดินขึ้นลง หากมีกรณีอุบัติเหตุเกิดขึ้นและเห็นการก้าวบันไดชัดเจนมากขึ้น ชั้น 2 เป็นพื้นที่ห้องสันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น การจำลองปิดประตูใช้การเปิดประตูด้วยแขนเพื่อลดการสัมผัส

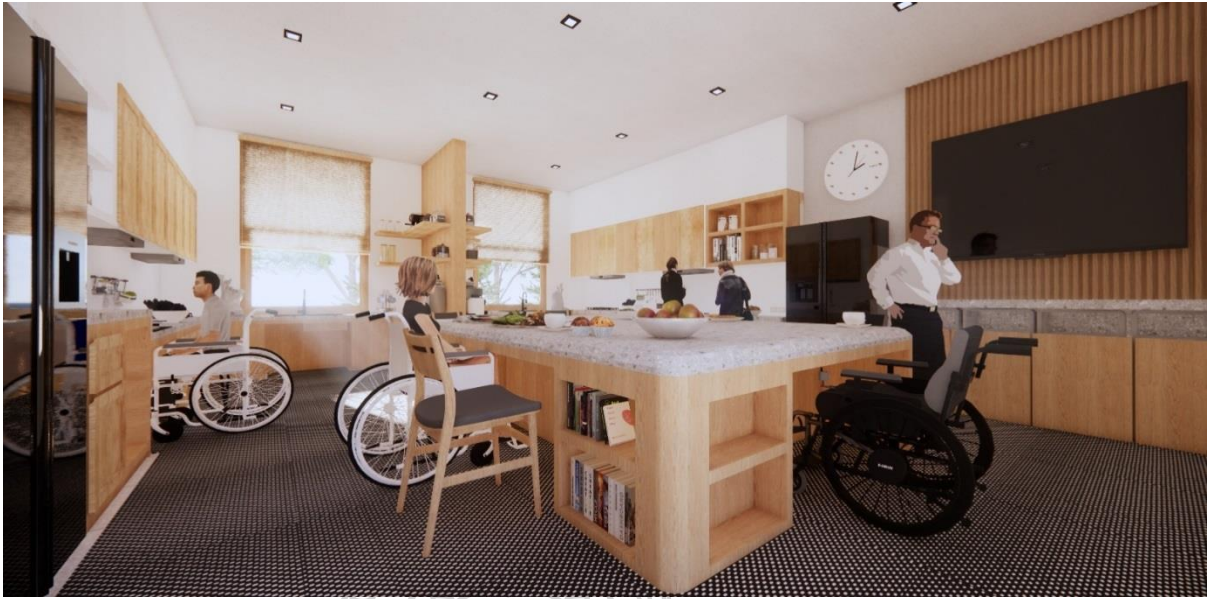


ภาพที่ 62 เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์



ภาพที่ 63 โถงพักผ่อน

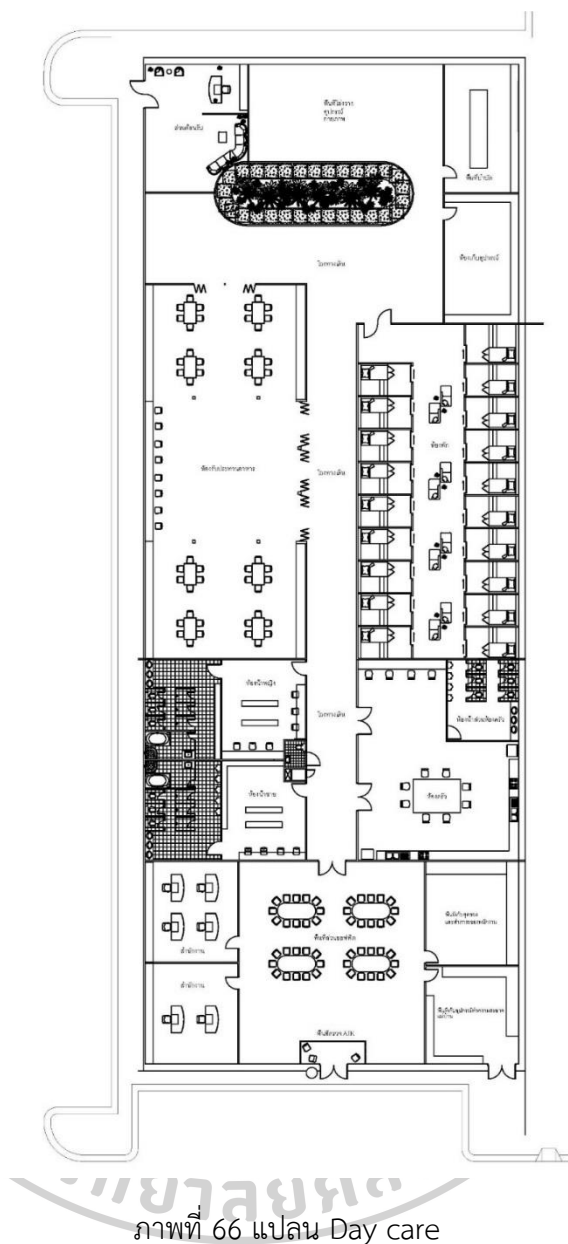




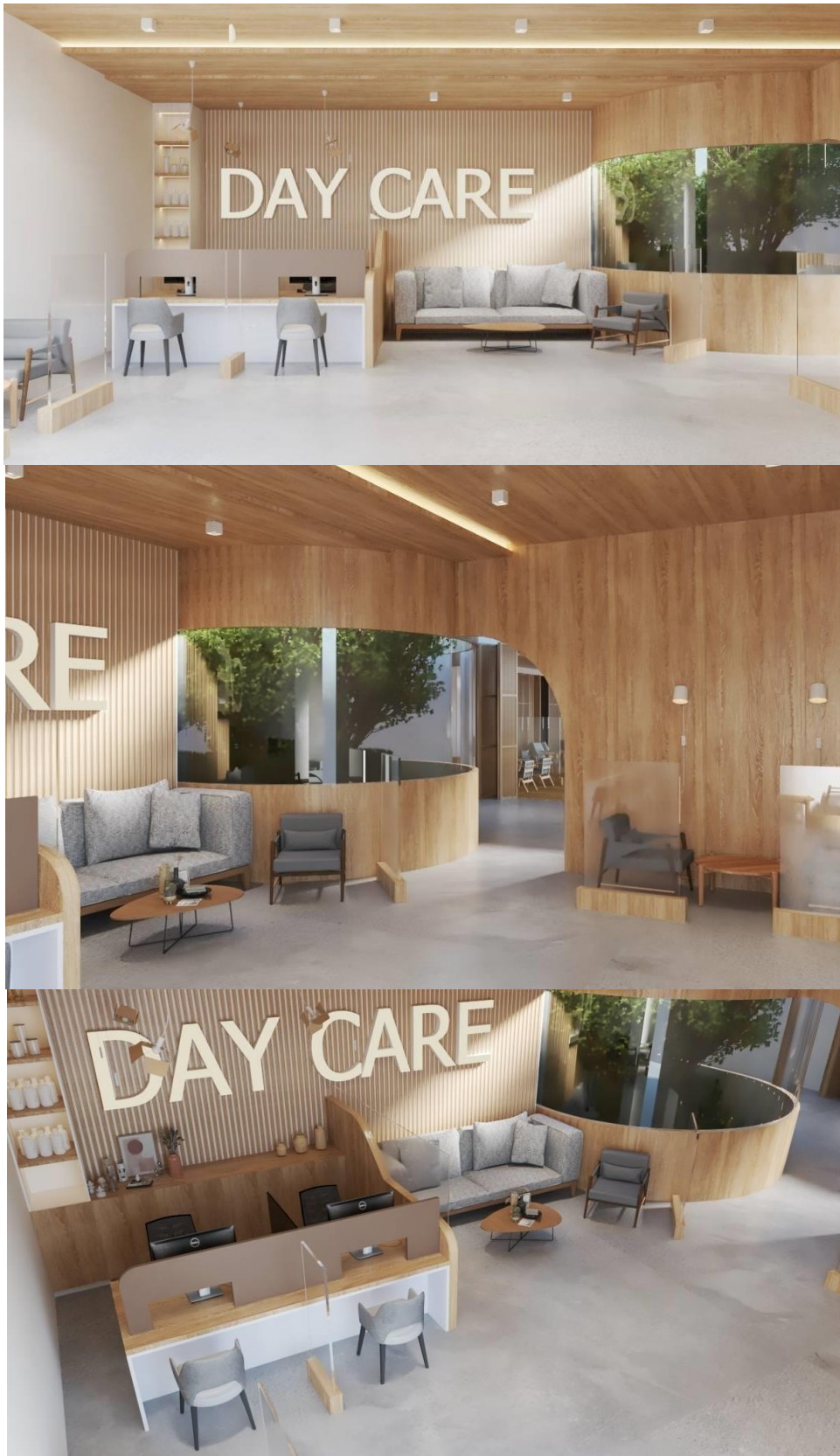
ภาพที่ 64 ห้องครัว



ภาพที่ 65 ห้องสนทนา



พื้นที่ Day care มีการออกแบบพื้นที่แยกชัดเจนแต่เพื่อไม่ให้ดูเป็นกรอบที่บดบังเกินไป จึงมีการใช้การกันพื้นที่โดยสวนและกระจกเพื่อทำให้บรรยากาศโปร่งโล่งโดยพื้นที่ที่สามารถให้บุคคลภายนอกเข้ามาร่วมกิจกรรมได้ คือ พื้นที่กายภาพและพื้นที่รับประทานอาหารซึ่งจะเป็นพื้นที่กิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่ ฉากกัน เป็นทั้งการกันพื้นที่แล้วเป็นที่ติดประกาศภายในพื้นที่สำหรับกิจกรรม ในส่วนพื้นที่ครัวเป็นพื้นที่เตรียมอาหารและยังมีพื้นที่ส่วนตัวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการใช้เวลาส่วนตัว และห้องพักจะเป็นพื้นที่ส่วนตัวสำหรับผู้เข้าพักประจำ ในส่วนพื้นที่สำนักงานจะอยู่ด้านหลังสุดของอาคาร



ภาพที่ 67 พื้นที่โถงต้อนรับ



ภาพที่ 68 พื้นที่กิจกรรมกายภาพบำบัด



ภาพที่ 69 พื้นที่รับประทานอาหารและทำกิจกรรมเป็นโถงที่เปิดให้เห็นภายนอกเพื่อให้เห็น  
บรรยากาศภายนอก



ภาพที่ 70 พื้นที่รับประทานอาหารและทำกิจกรรม มีพื้นที่ส่วนตัวและมีฉากกั้นระหว่างกัน



ภาพที่ 71 พื้นที่ห้องพัก มีมุมที่นั่งตรงทางเดินเพื่อเป็นที่พุดคุยของผู้สูงอายุ ห้องส่วนตัวมีพื้นที่เก็บสัมภาระใต้เตียงและมีสตู้นั่งสำหรับทำธุระส่วนตัว

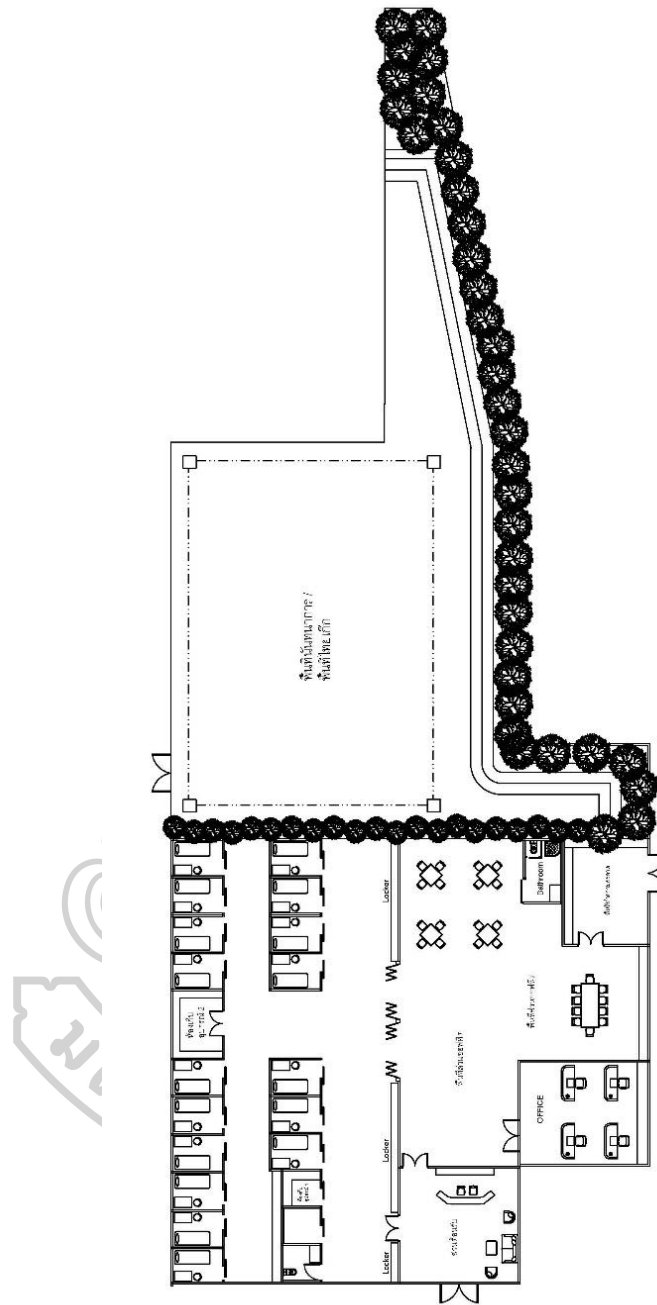


ภาพที่ 72 พื้นที่ครัวสำหรับเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุแต่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมด้วยได้



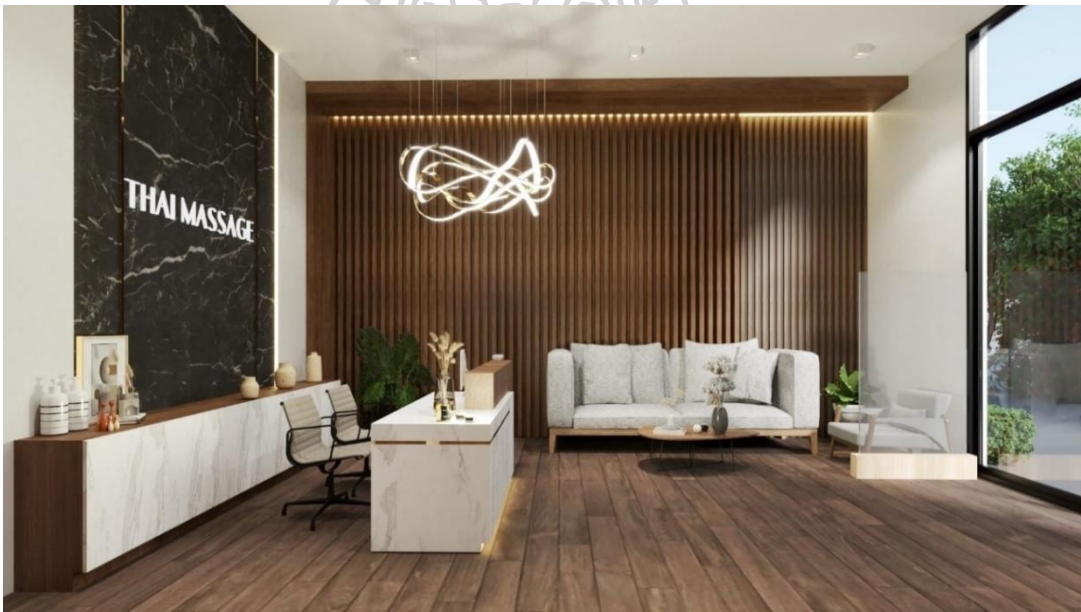


ภาพที่ 73 พื้นที่สำหรับพนักงาน

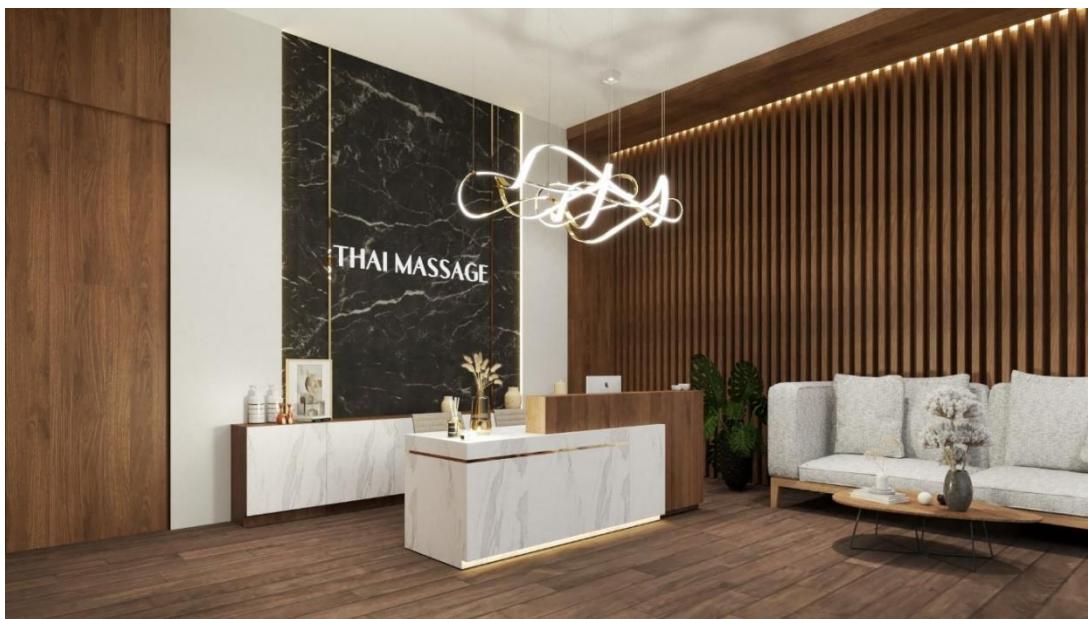


ภาพที่ 74 พื้นที่นัดหมายไทยและพื้นที่ลานไทเก๊ก

พื้นที่นัดหมายไทยเป็นพื้นที่นัดเมื่อเข้ามาถึงจะมีพื้นที่ต้อนรับเพื่อตรวจความเสี่ยงและเลือกคอสนัดเมื่อมีการตรวจเรียบร้อยผู้ใช้บริการจะเข้าไปเปลี่ยนชุดภายในห้องนัดเพื่อหลีกเลี่ยงการพบปะ พนักงานเข้าด้านหลังพื้นที่ทำความสะอาดและมีพื้นที่โถงเพื่อสำหรับปูเสื่อเรียนนวดแผนไทย



ภาพที่ 75 พื้นที่โถงต้อนรับ



ภาพที่ 76 พื้นที่ทางเดินเข้าสู่ห้องนวดมีล็อกเกอร์เก็บของอุปกรณ์และมีไฟสำหรับสัญลักษณ์ห้องว่ามีการใช้งานหรือไม่



ภาพที่ 77 ทางเดินและห้องนวดแผนไทย



ภาพที่ 78 พื้นที่สำหรับพนักงาน

พื้นที่ลานโถงเก็บ พื้นที่ออกกำลังกายระดับเบาออกแบบให้เป็นสวนหย่อมแนวตั้งระดับเป็นชั้นแบบเนินเขาเพิ่มความชุ่มชื้นด้วยบ่อน้ำแล้วน้ำตกในพื้นที่สามารถใช้เป็นศาลาพักผ่อนหย่อนใจและจัดงานได้



ภาพที่ 79 พื้นที่ลานไทเก๊ก



ภาพที่ 80 สามารถใช้เป็นพื้นที่พักผ่อนได้





ภาพที่ 81 พื้นที่ออกกำลังกายลานไทเก๊ก





ภาพที่ 82 ศาลาพักผ่อน



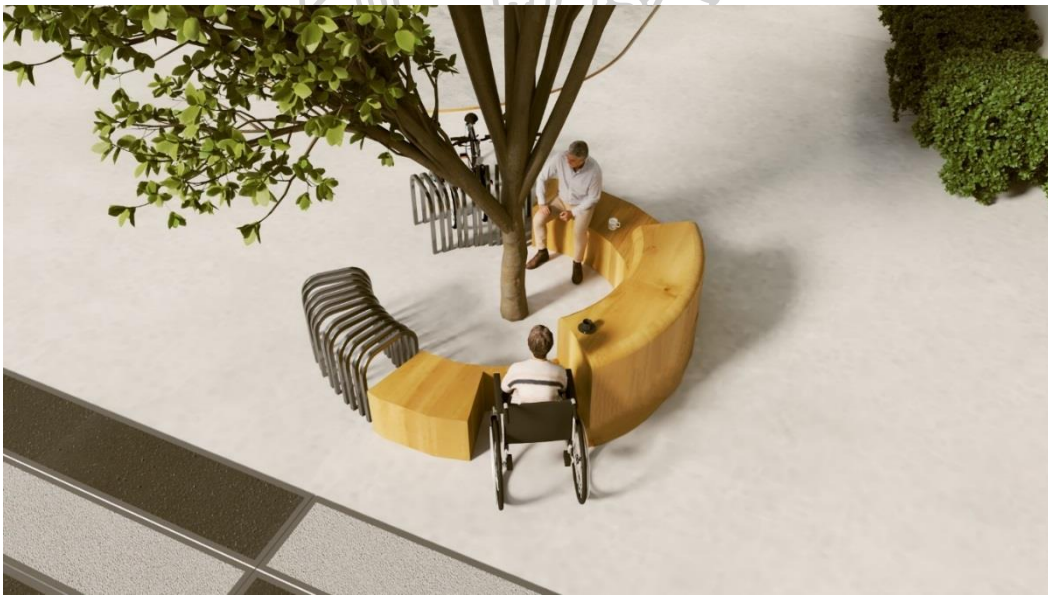
ภาพที่ 83 ลานศาสนา



ภาพที่ 84 ทางจักรยาน



ภาพที่ 85 ทางจักรยานมีจุดพักในแต่ละจุด



ภาพที่ 86 จุดพักสำหรับผู้พิการ



ภาพที่ 87 ทางจักรยานภายในโครงการมีเส้นบอกระยะห่าง



ภาพที่ 88 ศาลาระหว่างอาคาร

## บทที่ 5

### สรุปประเด็นการค้นคว้าวิจัย

#### 5.1 สรุปประเด็นการค้นคว้าวิจัย

ในการศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบศูนย์บริการชุมชน และพื้นที่ส่วนกลาง กรณีศึกษาโครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร มีการสรุปประเด็นการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษากิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และการออกแบบกิจกรรมทางสังคม กล่าวคือ ศึกษาข้อมูลเอกสารถึงรูปแบบกิจกรรมทางสังคมโดยมุ่งเจาะจงด้านกิจกรรมทางกายและสุขภาพ ปัจจัยผู้สูงอายุ และสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ส่งผลต่อแนววิถีชีวิตใหม่ หรือ new normal การลงพื้นที่ภาคสนาม ทั้งการสัมภาษณ์ และการสังเกตการณ์ นำมาสู่การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จากวิถีชีวิตที่ใช้จักรยานในการเดินทาง ภายในพื้นที่ มีการตั้งจออินเตอร์แล็คทีฟเก็บระยะทางการเดินทางภายในโครงการ การจองและตรวจสอบคอร์สสุขภาพและกิจกรรม รวมถึงการจองพื้นที่เพื่อการใช้ห้องสนทนาในการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยมีการจัดตั้งสหกรณ์ชุมชนเพื่อดูแลและหารายได้เพื่อบำรุงรักษาทรัพยากรจากการสร้างอาชีพให้คนภายในชุมชน อาทิเช่นการสอนนวดแผนไทย การดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการทรัพยากรที่สามารถนำมาสร้างมูลค่าเพิ่มได้จากทั้งในและนอกโครงการ อีกทั้งมีอาสาสมัครชุมชนในการบริหารจัดการพื้นที่ส่วนกลางภายในโครงการ

2. ศึกษาการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน กล่าวคือ จากการศึกษาข้อมูลเอกสาร และการวิจัยในการออกแบบพื้นที่ ได้มีการนำมาใช้ในรูปแบบ co space ซึ่งทำให้เกิดการรับผิดชอบร่วมกัน มีการบูรณาการกับการรองรับกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพด้วยแนววิถีชีวิตใหม่ หรือ new normal ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และเป็นการกระจายรูปแบบการใช้งานของศูนย์บริการชุมชน และนำไปพัฒนาพื้นที่ส่วนกลางอื่นๆ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาและสร้างความปลอดภัยให้กับพื้นที่ภายในโครงการ

จากการลงพื้นที่ภาคสนาม ผู้วิจัยจึงมีแนวความคิดในการออกแบบพื้นที่รวมผู้สูงอายุ คือ

- Day Care กล่าวคือ เป็นการรวมผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางในด้านร่างกาย เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และการฟื้นฟูร่างกาย เป็นพื้นที่ที่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมเพื่อการพบปะ และอื่นๆ

- พื้นที่นวดแผนไทย กล่าวคือ เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการผ่อนคลายให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุ มีความเครียดจากสภาวะของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และยังมีภาระในการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ

- พื้นที่ลานออกกำลังกายแอโรบิก และพื้นที่ลานออกกำลังกายไทเก๊ก กล่าวคือ เพื่อส่งเสริม การออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุ ในหลากหลายด้าน เช่น ด้านออกกำลังกายระดับหนัก ด้านการออกกำลังกายระดับเบา นอกจากนี้ยังสามารถเป็นพื้นที่เอนกประสงค์ในการทำกิจกรรมอื่นๆ ได้

- พื้นที่ดุ๊กฉิน กล่าวคือ เป็นพื้นที่รองรับสถานการณ์ดุ๊กฉินและเป็นพื้นที่ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เพื่อนำส่งผู้สูงอายุและผู้อยู่อาศัยภายในโครงการ ไปโรงพยาบาล

ได้อย่างทันท่วงที เป็นพื้นที่ที่มีรถฉุกเฉิน และเป็นพื้นที่สำหรับแยกผู้ที่มีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เพื่อลดอัตราของผู้ติดเชื้อ

- พื้นที่ลานศาสนา กล่าวคือ เป็นพื้นที่เพื่อใช้ในการประกอบกิจกรรมทางศาสนา และเป็นพื้นที่ทำกิจกรรมบำบัดสมาธิ

- พื้นที่ศาลาระหว่างอาคาร ศาลาส่วนกลาง กล่าวคือ เพื่อเป็นที่พักระหว่างการเดินทางภายในโครงการ และเป็นพื้นที่ที่สามารถทำกิจกรรมขนาดเล็ก ระหว่างผู้อยู่อาศัยภายในอาคาร

- ทางจักรยานที่มีการปรับปรุงให้มีระยะห่าง กล่าวคือ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แต่ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้ด้วยตนเองได้

- ศูนย์บริการชุมชน พื้นที่ส่วนกลาง กล่าวคือ รองรับกิจกรรมสนทนา และการตรวจสุขภาพ เป็นพื้นที่ศูนย์กลางสำหรับควบคุมดูแลพื้นที่อื่น โดยอาสาสมัครชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้พื้นที่ดังกล่าวมีการเว้นระยะห่าง การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ (ATK) และการใช้วัสดุที่ง่ายต่อการทำความสะอาด อีกทั้งมีการพัฒนาป้ายทางเดินพื้นที่ประกาศเพื่อเพิ่มความน่าสนใจและความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

3. พัฒนาแนวความคิดให้แก่ชุมชนในการพัฒนาที่อยู่อาศัย กล่าวคือ จากการศึกษาและออกแบบสามารถนำไปพัฒนาพื้นที่ส่วนกลางในแง่ของฟังก์ชันการใช้งานและโปรแกรม เพื่อเป็นการส่งเสริมการออกกำลังกาย พร้อมควบคู่ไปกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบพื้นที่ศูนย์บริการชุมชนและส่วนกลาง กรณีศึกษาโครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยพบว่า การออกแบบพื้นที่ส่วนกลางมีความขัดแย้งต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องหลีกเลี่ยงต่อการเข้าสังคม เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบาง การออกแบบ co space เชิงสุขภาพ จึงยังต้องมีการหลีกเลี่ยงพื้นที่ในขณะเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคม กล่าวคือ เมื่อมีการออกมาใช้พื้นที่จะต้องมีการกำหนดพื้นที่ที่จะทำกิจกรรมอย่างชัดเจน และพื้นที่ดังกล่าวต้องสามารถทำความสะอาดหลังการใช้งานได้ง่าย ต้องจำกัดรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ สภาพอากาศจะต้องมีการถ่ายเทไม่แออัด มีการจำกัดการเข้าถึงในกรณีพบความเสี่ยงในพื้นที่นั้นจากการคัดกรองก่อนการเข้าใช้สถานที่ ขณะเดียวกันการเผยแพร่สื่อเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นช่องทางออนไลน์หรือออฟไลน์ ควรเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุภายในชุมชน ข้อจำกัดต่างๆ

การกระจายฟังก์ชันของศูนย์บริการชุมชน พบว่าภายในพื้นที่ส่วนกลางบางที่ไม่ได้ถูกใช้งาน ซึ่งสามารถนำมาบริหารจัดการให้เกิดมูลค่าเพิ่มได้ เมื่อมีการนำฟังก์ชันจากศูนย์บริการชุมชนเข้าสู่พื้นที่พบว่าสามารถเพิ่มฟังก์ชันอื่นๆ ได้อีกมาก อาทิ Day care พื้นที่ฉุกเฉิน ศาลาระหว่างอาคาร ที่ใช้เพื่อรองรับกิจกรรมทางสังคมระหว่างผู้อยู่อาศัย เป็นต้น นำมาสู่การพัฒนาเส้นทางการเดินทางภายในโครงการให้มีความปลอดภัยและสะดวกมาสบายมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถทำให้พื้นที่สามารถพัฒนาเพื่อรองรับกิจกรรมพาณิชยกรรม อาทิ ขนาดแผนไทย และกิจกรรมเพื่อวัตถุประสงค์อื่นได้

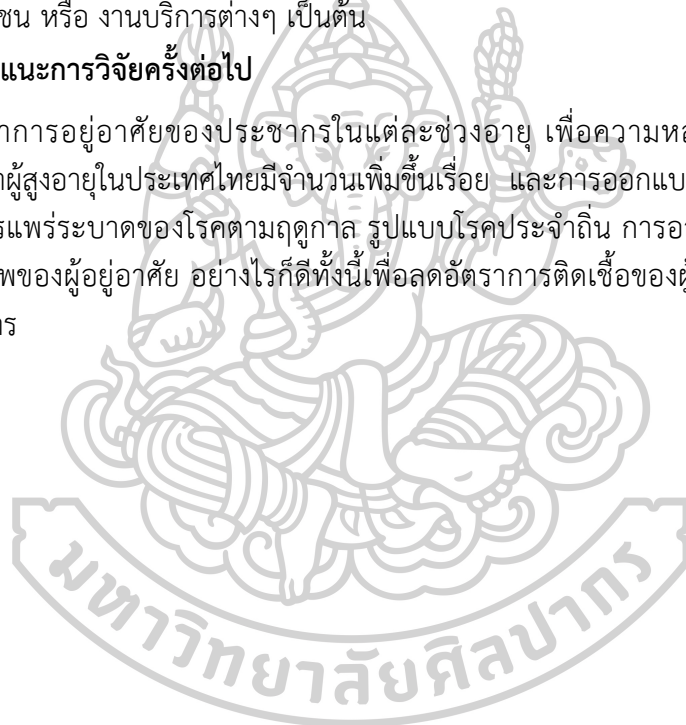


### 5.3 ข้อเสนอแนะ

ในรูปแบบของนโยบายการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางควรมีการปรึกษาหารือร่วมกันกับผู้อยู่อาศัยและเจ้าของพื้นที่คือ การเคหะแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับการทำกิจกรรมในวิถีชีวิตของผู้อยู่อาศัย การเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่มีการใช้กลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้ไม่สามารถสำรวจกลุ่มเป้าหมายได้ รูปแบบงบประมาณการลงทุนควรคำนึงถึงความเป็นจริง และอัตราผู้อยู่อาศัยภายในพื้นที่ อย่างไรก็ตามรูปแบบการออกแบบได้ศึกษาผ่านการออกแบบพื้นที่ภายในโครงการจึงได้ต้นแบบในการออกแบบพื้นที่โดยพื้นที่ลานออกกำลังกายแอโรบิค คือต้นแบบของเอกลักษณ์ของการออกแบบพื้นที่ เนื่องจากมีระยะในการวิจัยจำกัด ในแง่การจัดการพื้นที่ควรมีการจัดการที่สามารถรายได้จากวิถีชีวิต เพื่อนำมาสู่การดูแลพื้นที่ให้สามารถใช้งานได้โดยมีประสิทธิภาพโดยไม่ทำลายวิถีชีวิต หรือ พื้นที่ทำกิจกรรมเดิมแต่ส่งเสริมร่วมกันได้ อาทิการขายของในชุมชน หรือ งานบริการต่างๆ เป็นต้น

### 5.4 การเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาการอยู่อาศัยของประชากรในแต่ละช่วงอายุ เพื่อความหลากหลายของการวิจัย เนื่องจากอัตราผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย และการออกแบบพื้นที่ที่จะต้องสอดคล้องกับสภาวะการแพร่ระบาดของโรคตามฤดูกาล รูปแบบโรคประจำถิ่น การออกแบบเพื่อส่งเสริมการป้องกันสุขภาพของผู้อยู่อาศัย อย่างไรก็ตามทั้งนี้เพื่อลดอัตราการติดเชื้อของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุภายในโครงการ



## รายการอ้างอิง

AGEING IN ASIA AND THE PACIFIC. "(ม.ป.ป.). เข้าถึงได้จาก

[Www.Unescap.Org/Resources/Ageing-Asia-and-Pacific-Overview](http://Www.Unescap.Org/Resources/Ageing-Asia-and-Pacific-Overview):

[Https://Www.Unescap.Org/Resources/Ageing-Asia-and-Pacific-Overview.](https://Www.Unescap.Org/Resources/Ageing-Asia-and-Pacific-Overview)"

Marcel Ijzerman. " Life Lessons from 100-Year-Olds. เข้าถึงได้จาก [Www.Youtube.Com](http://Www.Youtube.Com):

[Https://Www.Youtube.Com.](https://Www.Youtube.Com)" (2016).

Paula Mance. "(2 พฤษภาคม 2562). Assisting Families with Ageing-Related Relationship

Issues. เข้าถึงได้จาก [Www.Aifs.Gov.Au](http://Www.Aifs.Gov.Au): [Http://Www.Aifs.Gov.Au.](http://Www.Aifs.Gov.Au)" (2562).

Pia Regina Kieninger and Isabelle Prochaska-Meyer. "65+ Being Old in Rural Japan. เข้าถึง

ได้จาก [Www.Youtube.Com](http://Www.Youtube.Com): [Https://Www.Youtube.Com.](https://Www.Youtube.Com)" (2016).

Robert Waldinger. "What Makes a Good Life? Lessons from the Longest Study on

Happiness. เข้าถึงได้จาก [Www.Ted.Com](http://Www.Ted.Com): [Https://Www.Ted.Com.](https://Www.Ted.Com)" (2016).

Sirintip. "(2 พฤษภาคม 2555). นิยามผู้สูงอายุแนะปรับใหม่เป็น 65 ปี. เข้าถึงได้จาก

[Www.Thaihealth.Or.Th](http://Www.Thaihealth.Or.Th): [Http://Www.Thaihealth.Or.Th.](http://Www.Thaihealth.Or.Th)" (2555).

[www.anmai.moph.go.th/soongwai](http://www.anmai.moph.go.th/soongwai). (ม.ป.ป.). "บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน. เข้าถึง

ได้จาก [Www.Anmai.Moph.Go.Th/Soongwai](http://Www.Anmai.Moph.Go.Th/Soongwai):

[Http://Www.Anmai.Moph.Go.Th/Soongwai.](http://Www.Anmai.Moph.Go.Th/Soongwai)"

[www.matichon.co.th/lifestyle/news\\_517489](http://www.matichon.co.th/lifestyle/news_517489). "(ม.ป.ป.). วิถีใหม่"ผู้สูงอายุ ยุค 4.0 ส่งความสุข

แบบ"ออนไลน์"เชื่อมสัมพันธ์ครอบครัว. เข้าถึงได้จาก

[Www.Matichon.Co.Th/Lifestyle/News\\_517489](http://Www.Matichon.Co.Th/Lifestyle/News_517489):

[Https://Www.Matichon.Co.Th/Lifestyle/News\\_517489.](https://Www.Matichon.Co.Th/Lifestyle/News_517489)"

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. "ขอความร่วมมือจัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา ฝ้าระวังและ

ป้องกันโรค ระบาดอำเภอและหมู่บ้าน กรณีผู้เดินทางกลับจากกรุงเทพฯและปริมณฑล. เข้าถึงได้

จาก

[Www.Ddc.Moph.Go.Th/Viralpneumonia/File/Im\\_Commands/Im\\_Commands05.Pd](http://Www.Ddc.Moph.Go.Th/Viralpneumonia/File/Im_Commands/Im_Commands05.Pdf)

f:

[Https://Ddc.Moph.Go.Th/Viralpneumonia/File/Im\\_Commands/Im\\_Commands05.](https://Ddc.Moph.Go.Th/Viralpneumonia/File/Im_Commands/Im_Commands05)

[Pdf.](https://Ddc.Moph.Go.Th/Viralpneumonia/File/Im_Commands/Im_Commands05)" (2563).

กาญจนา เทียนลาย และ วรณีย์ หุตะแพทย์. "สถานการณ์ การเลี้ยงดูหลานในครัวเรือนข้ามรุ่นของ

ประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก

Www.Ms.Ipsr.Mahidol.Ac.Th/Conferencexi/Article2558\_Detail.Php?Article\_Id=36:  
Http://Www.Ms.Ipsr.Mahidol.Ac.Th/Conferencexi/Article2558\_Detail.Php?Article\_  
Id=36." (ม.ป.ป).

"คำแนะนำ อสม. ในการติดตามสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (Self-Quarantine at Home) สำหรับผู้ที่  
เดินทางกลับมาจากประเทศที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย และพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค  
ต่อเนื่อง." (2563).

ปรีดา แต่อารักษ์ จันทนา เบญจทรัพย์ ขจีรัตน์ ปรีกเอโก สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร ทิพิชา โปษยานนท์  
กนกวรรณ รับพรดี วันเพ็ญ ทินนา. "แนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของ  
ชุมชน รวมพลังพลเมืองตื่นรู้สู้ภัยโควิด-19 ระลอก 3. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการ  
สุขภาพแห่งชาติ (สช.).". (2564).

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ สุวรรณภา. "พระพุทธศาสนากับวัฒนธรรมไทย. เข้าถึงได้จาก  
Www.Mcu.Ac.Th/Article/Detail/405: Https://Www.Mcu.Ac.Th/Article/Detail/405."  
(24 มิถุนายน 2559).

พระเทพรัตนสุธี พธ.ม. . "การดูแลบิดามารดาตามแนวพุทธศาสนา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์  
สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 66-67.". (2557).

พิมลพรรณ อิศรภักดี. "ลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนไปอย่างไรในกว่า 20 ปี ที่ผ่านมา.". (2560).

และ เจตพล แสงกล้า รศรินทร์ เกรย์ รุ่งทอง ครามานนท์. "ความสุขของผู้สูงอายุต่างวัย และต่าง  
วัฒนธรรม ความหลากหลายทางประชากรและสังคมในประเทศไทย. ". (2558).

วารสารณ์. "Www.Posttoday.Com. เข้าถึงได้จาก Wwww.Posttoday.Com/Life/Life/554102:  
Https://Wwww.Posttoday.Com/Life/Life/554102." (11 มิถุนายน 2561).

ศิริภาณี ศรีมหาภาค นพ.โกมาร จิ่งเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. "ผลกระทบและภาวะการดูแล  
ผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้วัฒนธรรมไทย.". (2556).

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. "ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุม  
โรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 (ฉบับที่ 4) ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137  
ตอนพิเศษ 58 ง. เข้าถึงได้จาก

Www.Ratchakittha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp:

Http://Wwww.Ratchakittha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp." (2558).

———. "พระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2558 (ฉบับที่ 19)

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 123 ตอนที่ 86 ก. เข้าถึงได้จาก

Wwww.Ratchakittha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp:

[Http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp](http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp)." (2558).

- . "พระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2558 (ฉบับที่ 20) ประกาศ  
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) ราชกิจจานุ  
เบกษา เล่ม 177 ตอนพิเศษ 48 ง. เข้าถึงได้จาก

[Www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp](http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp):

[Http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp](http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp)." (2558).

- . "พระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2558 (ฉบับที่ 21) ประกาศ  
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ  
พ.ศ.2558 (ฉบับที่ 3) เล่ม 137 ตอนพิเศษ 58 ง. เข้าถึงได้จาก

[Www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp](http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp):

[Http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp](http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp)." (2558).

- . "พระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2558 (ฉบับที่ 22). เข้าถึงได้  
จาก [Www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp](http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp):

[Http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp](http://www.Ratchakitcha.Soc.Go.Th/Rkj/Announce/Search.Jsp)." (2558).





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารผ่านการสอบจริยธรรมในการวิจัย

9/10/2563

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ



Certificate of Completion

National Research Council of Thailand (NRCT) and Forum for Ethical Review Committee in Thailand (FERCIT)

Certify that

**Pimchanok Napasert**

Has completed the ON-LINE RESEARCH ETHICS TRAINING

Course หลักสูตรหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย

Date approved  
(10/07/2563)

Date expired  
(10/07/2566)

*S. Songsivilai*

(Professor Dr.Sirinung Songsivilai)

Secretary-General

National Research Council of Thailand

dlms.nrct.go.th/dms/epc/certificatecompletion?id=4f11N1c=SkypeID=H@=

2/4

**ภาคผนวก ข**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (สัมภาษณ์)**

แบบสอบถาม กิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ

จุดประสงค์ การศึกษากิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุ ในที่อยู่อาศัยบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางสังคมและการใช้พื้นที่ส่วนกลางบริเวณที่อยู่อาศัย ในการออกแบบพื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน กรณีศึกษาบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

ช่วงที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ช่วงที่ 2 กิจกรรมประจำวัน

ช่วงที่ 3 การใช้พื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการชุมชน

ช่วงที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กรุณาใส่เครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง ตอบได้ข้อเดียวหรือมากกว่า 1 ข้อ

1. เพศ

ชาย      หญิง

2. อายุ

60-70ปี      70-80ปี      80ปีขึ้นไป

3. สถานะ

โสด      สมรส      หย่าร้าง/ม้าย

4. จำนวนสมาชิกครอบครัว(รวมตัวท่านด้วย)

อาศัยเพียงลำพัง      2-3 คน      4-5คน  
มากกว่า5คน

5. ระดับการศึกษา

ประถม      มัธยม      ปริญญาตรี      สูงกว่าปริญญาตรี

6. รายได้

3,000-6,000บาท      6,000-10,000บาท      10,000-15,000บาท

15,000ขึ้นไป      ไม่มีรายได้

7. อาชีพ

ค้าขาย      พนักงานบริษัท      พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. ท่านมีหน้าที่ดูแลสมาชิกครอบครัวหรือไม่  
 มี โปรดระบุ.....  ไม่มี
9. สมาชิกครอบครัวที่ท่านดูแลมีผู้พิการหรือไม่  
 มี  ไม่มี

ช่วงที่ 2 กิจกรรมประจำวัน กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตอบได้ข้อเดียวหรือมากกว่า 1 ข้อ

10. ช่วงเช้า 06.00-11.00 น.  
 ตักบาตร  ออกกำลังกาย  ส่งหลานไปโรงเรียน  ออกไปทำงาน  
 ดูแลสมาชิกครอบครัว  ทำงานบ้าน  เล่นโซเชียล มีเดีย  ดูโทรทัศน์  
 ทำงานอดิเรก  จัดอาสาชุมชน  กิจกรรมทางศาสนา  
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
11. ช่วงที่กลางวัน 12.00-16.00 น.  
 ตักบาตร  ออกกำลังกาย  ส่งหลานไปโรงเรียน  ออกไปทำงาน  
 ดูแลสมาชิกครอบครัว  ทำงานบ้าน  เล่นโซเชียล มีเดีย  ดูโทรทัศน์  
 ทำงานอดิเรก  จัดอาสาชุมชน  กิจกรรมทางศาสนา  
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
12. ช่วงเย็น 16.00-18.00 น.  
 ตักบาตร  ออกกำลังกาย  ส่งหลานไปโรงเรียน  ออกไปทำงาน  
 ดูแลสมาชิกครอบครัว  ทำงานบ้าน  เล่นโซเชียล มีเดีย  ดูโทรทัศน์  
 ทำงานอดิเรก  จัดอาสาชุมชน  กิจกรรมทางศาสนา  
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
13. ช่วงกลางคืน 19.00 น. ขึ้นไป  
 ตักบาตร  ออกกำลังกาย  ส่งหลานไปโรงเรียน  ออกไปทำงาน  
 ดูแลสมาชิกครอบครัว  ทำงานบ้าน  เล่นโซเชียล มีเดีย  ดูโทรทัศน์  
 ทำงานอดิเรก  จัดอาสาชุมชน  กิจกรรมทางศาสนา  
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ช่วงที่ 3 การใช้พื้นที่ส่วนกลางและศูนย์บริการ

14. ใน 1 สัปดาห์ ท่านได้พบปะ เพื่อนฝูง ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมชมรม กิจกรรมทางศาสนา  
 กิจกรรมอาสาชุมชน อื่น ๆ ในพื้นที่ส่วนกลาง หรือ ศูนย์บริการชุมชน กี่วันต่อสัปดาห์  
 ทุกวัน  2-3 วัน ต่อสัปดาห์  4-5 วัน ต่อสัปดาห์  
 ไม่เคยพบปะ หรือ ทำกิจกรรมใด ๆ ในพื้นที่ส่วนกลาง หรือ ศูนย์บริการชุมชนเลย



15. ท่านใช้พื้นที่ส่วนกลางบริเวณใดของย่านที่อยู่อาศัยมากที่สุด กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  
ตอบได้ข้อเดียวหรือมากกว่า 1 ข้อ

พื้นที่ส่วนกลาง	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
บริเวณส่วนกลางระหว่างตึก					
บริเวณทางเดินอาคาร					
บริเวณสาธารณะสำหรับ ออกกำลังกายและพบปะ สังสรรค์					
บริเวณตลาดหรือพื้นที่ จับจ่ายซื้อของ					
บริเวณศูนย์บริการชุมชน					

16. ขนาดที่ท่านใช้พื้นที่ส่วนกลาง มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่

มี  ไม่มี (หากไม่มีกรุณาข้ามไป ข้อที่ 18)

17. ท่านมีอุปสรรคอย่างไรในการใช้พื้นที่ส่วนกลาง หรือศูนย์บริการชุมชน กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  
ช่องว่าง ตอบได้ข้อเดียวหรือมากกว่า 1 ข้อ

พื้นที่ส่วนกลาง	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
บริเวณพื้นที่ไม่เพียงพอ					
บริเวณพื้นที่ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวก เช่น โต๊ะ เก้าอี้					
บริเวณพื้นที่ชำรุดทรุดโทรม พื้นที่ไม่เรียบเสมอก เช่น แดง หรือมีหญ้าขึ้นเกิดความรก ร้างและอันตราย					
บริเวณพื้นที่มีสิ่งของที่ไม่ได้ ใช้งานกีดขวาง					
ทางเดินแคบถูกยึดพื้นที่ใน การใช้งาน					
บริเวณพื้นที่ไม่มีความ ปลอดภัย					
บริเวณพื้นที่ไม่มีความ ปลอดภัย เป็นที่ลับตา ไม่มี					

ไฟฟ้าเข้าถึงเพื่อความปลอดภัย					
บริเวณพื้นที่ไม่สอดคล้องกับการทำกิจกรรม					
กิจกรรมในชุมชนยังไม่มีความน่าสนใจ					
มีความลำบากในการไปร่วมกิจกรรม					
อื่นๆ โปรดระบุ.....					

18. ท่านรู้สึกว่าเป็นที่ส่วนกลางเพียงพอต่อการใช้งานหรือไม่

- เพียงพอ  ไม่เพียงพอ เพราะเหตุใด.....

19. ท่านใช้บริเวณพื้นที่ส่วนกลาง หรือศูนย์บริการชุมชน ทำกิจกรรมอะไร กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตอบได้ข้อเดียวหรือมากกว่า 1 ข้อ (หากท่านไม่เคยบริเวณพื้นที่ส่วนกลาง หรือศูนย์บริการชุมชนในการทำกิจกรรม ข้ามไปข้อที่ 20)

พื้นที่ส่วนกลาง	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
กิจกรรมออกกำลังกาย					
พบปะสังสรรค์					
กิจกรรมทางศาสนา					
จิตอาสาชุมชน					
กิจกรรมชุมชน					
กิจกรรมชมรม					
งานอดิเรก					
ศึกษาหาความรู้					
ตรวจสอบสุขภาพ					
อื่นๆ โปรดระบุ.....					

20. ท่านต้องการกิจกรรมด้านใดเป็นพิเศษหรือไม่อะไร กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตอบได้ข้อเดียวหรือมากกว่า 1 ข้อ

- กิจกรรมออกกำลังกาย โปรดระบุ.....
- พบปะสังสรรค์ โปรดระบุ.....
- กิจกรรมทางศาสนา โปรดระบุ.....
- จิตอาสาชุมชน โปรดระบุ.....
- กิจกรรมชุมชน โปรดระบุ.....

- กิจกรรมชมรม โปรดระบุ.....
- งานอดิเรก โปรดระบุ.....
- ศึกษาหาความรู้ โปรดระบุ.....
- ตรวจสอบสุขภาพ โปรดระบุ.....
- อื่น ๆ โปรดระบุ.....

21. ท่านมีความสนใจด้านใดเป็นพิเศษหรือไม่  
 มี โปรดระบุ.....  ไม่มี ความสนใจด้านใดเป็นพิเศษ (หากไม่มีข้ามไปข้อที่ 23)
22. ท่านยังสามารถทำสิ่งที่ท่านสนใจได้ หรือไม่ จัดอยู่ในระดับใด  
 มากที่สุด  มาก  ปานกลาง  น้อย  น้อยที่สุด
23. ท่านมีความสนใจด้านอื่นๆและอยากเรียนเพิ่มเติมอีกหรือไม่  
 ไม่มี ความสนใจด้านอื่น  มีความสนใจด้านอื่นเพิ่มเติม โปรดระบุ.....
24. ช่วงที่ 4 ประเมินชิมเศร้า กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย มากกว่า 7 วัน	เป็นทุกวัน
เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
ไม่สบายใจ ชิมเศร้า ท้อแท้				
หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากเกินไป				
เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง				
เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป				
รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดเหนี่ยว				
สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ ต้องใช้ความตั้งใจ				
พูดซ้ำ ทาอะไรซ้ำๆลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถ อยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

## ภาคผนวก ค

## หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย



ที่ อว 8610 / 1225

คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ถนนหน้าพระลาน แขวงพระบรมมหาราชวัง  
เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

11 มีนาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิทยานิพนธ์  
เรียน นายนพดล ว่องเวียงจันทร์ (รองผู้ว่าการการเคหะแห่งชาติ)

ด้วย นางสาวพิมพ์ชนก นาประเสริฐ รหัสประจำตัว 61156308 นักศึกษาหลักสูตรศิลปมหาบัณฑิต สาขาวิชาศิลปะการออกแบบ คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การศึกษากิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบศูนย์บริการชุมชน และพื้นที่ส่วนกลาง กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ในการนี้ คณะมัณฑนศิลป์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ จากรองผู้ว่าการฯ ให้นักศึกษาเข้ารับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับวิทยานิพนธ์ เพื่อการปรับปรุงพัฒนาในผลงาน ณ การเคหะแห่งชาติสำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะมีการบันทึกวีดีโอ การสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์บุคคลในพื้นที่โครงการดังกล่าว ตามความเหมาะสม หรือเท่าที่สามารถเปิดเผยข้อมูลสำหรับงานวิจัยได้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นองค์ประกอบในการจัดทำวิทยานิพนธ์ และผลที่ได้จากการศึกษาดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างสูงสามารถเผยแพร่ในเชิงวิชาการต่อไป หมายเลขโทรศัพท์ของนักศึกษาผู้ขอข้อมูล โทร. 0867723040

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณาฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ธนาทร เจียรกุล)  
คณบดีคณะมัณฑนศิลป์

สำนักงานคณบดีคณะมัณฑนศิลป์  
โทร 034-275-030  
โทรสาร 034-270-412

ที่ อว 8610/ 4168



คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ถนนราชมรรคาใน ตำบลพระปฐมเจดีย์  
อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

1 ตุลาคม 2563

เรื่อง ขออนุญาตเข้าสำรวจพื้นที่ และเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้งานในพื้นที่ส่วนกลาง และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ในพื้นที่โครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม จังหวัดกรุงเทพมหานคร  
เรียน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (ออสส.) โครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ด้วย นางสาวพิมพ์ชนก นาประเสริฐ รหัสประจำตัว 61156308 นักศึกษาหลักสูตรศิลปมหาบัณฑิต สาขาวิชาศิลปะการออกแบบ คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การศึกษากิจกรรมทางสังคมเพื่อการออกแบบศูนย์บริการชุมชน และพื้นที่ส่วนกลาง และศูนย์บริการชุมชนกรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อส่งเสริมคุณค่าและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมทางสังคมในชุมชนที่อยู่อาศัย 2) เพื่อศึกษาการออกแบบพื้นที่ส่วนกลาง และศูนย์บริการชุมชน กรณีศึกษา บ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม จังหวัดกรุงเทพมหานคร 3) เพื่อเสนอแนวความคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

ในการนี้ คณะมัณฑนศิลป์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเข้าสำรวจพื้นที่ และเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้งานในพื้นที่ส่วนกลาง และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ในพื้นที่โครงการบ้านเอื้ออาทรบึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะมีการบันทึกวิดีโอ การสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ และบุคคลในพื้นที่โครงการดังกล่าวตามความเหมาะสม หรือเท่าที่สามารถเปิดเผยข้อมูลสำหรับงานวิจัยได้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นองค์ประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ และผลที่ได้จากการศึกษาดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างสูงสามารถเผยแพร่ในเชิงวิชาการต่อไป โดยขออนุญาตเข้าสำรวจพื้นที่ และเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 - 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563 หมายเลขโทรศัพท์ของนักศึกษาผู้ขอข้อมูล โทร. 0867723040

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

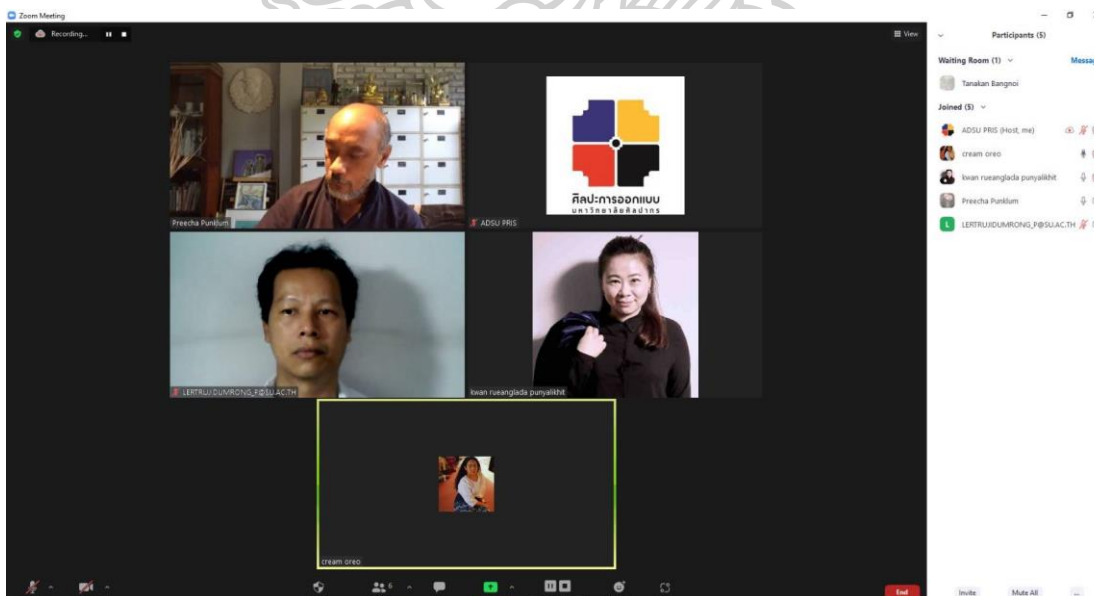
(อาจารย์ ดร.รณาทร์ เจียรกุล)  
คณบดีคณะมัณฑนศิลป์

สำนักงานคณบดีคณะมัณฑนศิลป์  
โทร 034-275-030  
โทรสาร 034-270-412

## ภาคผนวก ง

### การแสดงผลความคืบหน้าทางวิทยานิพนธ์

การนำเสนอผลงานวิทยานิพนธ์ M.F.A. In progress ณ ห้องพิพิธภัณฑศิลปากร คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร อาคารศิลป์ไพเราะศรี 3 มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ จังหวัดนครปฐม และการนำเสนอผ่านออนไลน์ทาง zoom



The image displays three sequential screenshots from a Zoom meeting, each showing a different slide from a presentation. The slides are related to the design and service of a Day Care facility.

- Slide 1 (Top):** A conceptual diagram titled "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly Care Service Project). It features a central image of a building and several surrounding text boxes. Key text includes: "โครงการบริการผู้สูงอายุ 40 ปี มีพื้นที่ 50 ไร่" (40-year elderly care project, 50 rai area), "บริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service), "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service project), "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service project), "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service project), "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service project), "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service project), "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service project), "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service project), "โครงการบริการผู้สูงอายุ" (Elderly care service project).
- Slide 2 (Middle):** A circular diagram titled "DAY CARE" with various service components. The components include: "สถานศึกษา" (Education center), "ศูนย์บริการชุมชน" (Community service center), "สถานออกกำลังกาย" (Exercise center), "ศูนย์การเรียนรู้" (Learning center), "ศูนย์บริการสุขภาพ" (Health service center), "ศูนย์บริการสังคม" (Social service center), "ศูนย์บริการอาชีพ" (Vocational training center), "ศูนย์บริการจิตวิทยา" (Psychology service center), "ศูนย์บริการกฎหมาย" (Legal service center), "ศูนย์บริการการเงิน" (Financial service center), "ศูนย์บริการการขนส่ง" (Transportation service center), "ศูนย์บริการการสื่อสาร" (Communication service center), "ศูนย์บริการการบันเทิง" (Entertainment service center), "ศูนย์บริการการกีฬา" (Sports service center), "ศูนย์บริการการพักผ่อน" (Leisure service center), "ศูนย์บริการการท่องเที่ยว" (Travel service center), "ศูนย์บริการการโรงแรม" (Hotel service center), "ศูนย์บริการการร้านอาหาร" (Restaurant service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่ม" (Beverage service center), "ศูนย์บริการการกาแฟ" (Coffee service center), "ศูนย์บริการการชา" (Tea service center), "ศูนย์บริการการผลไม้" (Fruit service center), "ศูนย์บริการการผัก" (Vegetable service center), "ศูนย์บริการการเนื้อสัตว์" (Meat service center), "ศูนย์บริการการปลา" (Fish service center), "ศูนย์บริการการไข่" (Egg service center), "ศูนย์บริการการนม" (Milk service center), "ศูนย์บริการการโยเกิร์ต" (Yogurt service center), "ศูนย์บริการการไอศกรีม" (Ice cream service center), "ศูนย์บริการการขนม" (Bakery service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มร้อน" (Hot beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มเย็น" (Cold beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์" (Alcohol service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์" (Non-alcoholic beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มสมุนไพร" (Herbal beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มสุขภาพ" (Health beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มพรีเมียม" (Premium beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มออร์แกนิก" (Organic beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มธรรมชาติ" (Natural beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มท้องถิ่น" (Local beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มนำเข้า" (Imported beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มส่งออก" (Export beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดภาษี" (Duty-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดแอลกอฮอล์" (Alcohol-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดคาเฟอีน" (Caffeine-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดน้ำตาล" (Sugar-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดไขมัน" (Fat-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดกลูเตน" (Gluten-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารพิษ" (Toxin-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดยาฆ่าเชื้อ" (Antibiotic-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารเคมี" (Chemical-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารพิษตกค้าง" (Residue-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารปนเปื้อน" (Contaminant-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารอันตราย" (Hazardous substance-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารก่อมะเร็ง" (Carcinogen-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารก่อภูมิแพ้" (Allergen-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารก่อโรค" (Disease-causing substance-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารก่อมะเร็ง" (Carcinogen-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารก่อภูมิแพ้" (Allergen-free beverage service center), "ศูนย์บริการการเครื่องดื่มปลอดสารก่อโรค" (Disease-causing substance-free beverage service center).
- Slide 3 (Bottom):** A detailed architectural and service plan titled "DAY CARE". It includes a floor plan on the left and two flowcharts on the right. The flowcharts are titled "USER BEHAVIOR USER" and "USER BEHAVIOR STAFF". The floor plan shows various rooms and areas. The flowcharts describe the movement and activities of users and staff throughout the day. The time slots are: "TIME USER 7.00-17.00" and "STAFF 6.00-19.00".

ภาคผนวก จ  
การเผยแพร่ผลงาน

การเผยแพร่ผลงาน ในงาน CODA : Cooperation Design Arts นิทรรศการ (Self Discover begin with yourself) เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2562 – 4 ธันวาคม 2563 ณ ห้องพิพิธภัณฑ์ศิลปากร คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร อาคารศิลป์ไพเราะศรี 3 มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ จังหวัดนครปฐม







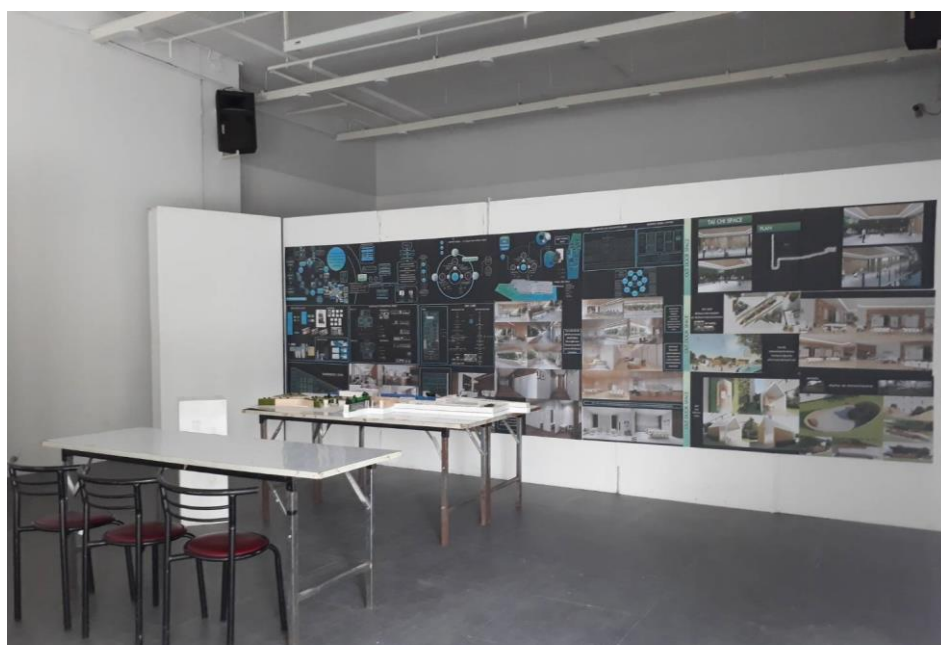


วิทยาลัยศิลป

## ภาคผนวก ฉ

## การนำเสนอผลงานวิทยานิพนธ์ (สอบจบ)

การนำเสนอผลงานวิทยานิพนธ์ (สอบจบ) เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 ณ ห้องพิพิธภัณฑสถานศิลป์ คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร อาคารศิลป์พระศรี 3 มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ จังหวัดนครปฐม





## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	พิมพ์ชนก นาประเสริฐ
วัน เดือน ปี เกิด	22 เมษายน 2537
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษา หลักสูตรศิลปกรรมศาสตรบัณฑิต คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สาขาวิชาการออกแบบภายใน มหาวิทยาลัยศรีปทุม ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาศิลปการออกแบบ คณะมัณฑนศิลป์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
ที่อยู่ปัจจุบัน	11 ซอยลาดพร้าว 101 แยก 50 ถนนลาดพร้าว แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร 10240

