

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Development of an Elderly Health Promotion Model Through Community Participation in Mueang District, Buri Ram Province

ถาวรีย แสงงาม¹ ปันณทัต บณขุนทด^{*2} ณรงค์กร ชัยวงศ์¹ นิชาภัทร มณีพันธ์¹ เพ็ญพิศ นุกุลสวัสดิ์³

Thawaree Saengngam¹ Punnatthut Bonkhunthod^{*2} Narongkorn Chaiwong¹

Nichaphat Maneepun¹ Penpis Nugoonsawat³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

¹Faculty of Nursing, Buriram rajabhat university, Buri Ram Province, Thailand, 31000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30000

²Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, 30000

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

³Faculty of nursing, Western university, Buri Ram campus, Buri Ram Province, Thailand, 31000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุโดยตารางของเครจซี่และมอร์แกนจำนวน 132 คน และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกลุ่มจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและการหาคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) เท่ากับ 0.93 แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า มีคะแนนการรับรู้สุขภาพ และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจของกลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชนต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D = 0.60) และการประเมินกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนคือ ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชนต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D = .60)

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study is a participatory action research aimed at developing a model for promoting the well-being of the elderly through community participation in a specific district of Mueang, Buri Ram Province. The sample was divided into two groups: 132 elderly individuals selected based on Krejcie and Morgan's table and 30 representatives from healthcare service networks selected through purposive sampling. The research

Corresponding Author *Email: punnatthut.b@nrru.ac.th

วันที่รับ (received) 23 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.พ. 2568

instruments used for data collection and their reliability coefficients included the WHO Quality of Life Questionnaire for the Elderly (WHOQOL-BREF-THAI) with a reliability of 0.93, a holistic elderly well-being assessment tool with a reliability of 0.95, and a satisfaction assessment tool with a reliability of 0.86. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis. The research findings indicated that after participating in the well-being promotion program, the elderly group showed an increase in perceived well-being and quality of life scores. Additionally, the satisfaction level of the community network partners regarding the development process of the elderly well-being promotion innovation through community participation was high, with an average score of 4.35 (S.D. = 0.60). The evaluation of the development process and the success factors in implementing the elderly well-being promotion model through community participation also showed a high level of satisfaction among community network partners, with an average score of 4.35 (S.D. = 0.60).

Keywords: Health promotion models, Elderly people, Participation of communities

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การพัฒนาเศรษฐกิจ และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ช่วยให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น รายงานขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2593 คาดว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 2 พันล้านคน¹ คิดเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่น ๆ ในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การสาธารณสุข และนโยบายสาธารณะ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยนำไปสู่ความต้องการที่เพิ่มขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพ ระบบบำนาญ และการให้บริการทางสังคม นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านแรงงาน เนื่องจากอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น อันอาจส่งผลกระทบต่ออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีอัตราการเกิดต่ำและกำลังเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนแรงงาน นอกเหนือจากผลกระทบทางเศรษฐกิจแล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรยังส่งผลต่อสังคมในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างวัย ระบบครอบครัว และรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้คนในสังคม การดูแลผู้สูงอายุจึงกลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขผ่านนโยบายที่มีประสิทธิภาพและการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน² ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุเร็วที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน โดยใน

พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด จึงถือว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) กล่าวคือ มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจากข้อมูลสถิติจำนวนประชากรจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งสิ้น 291,386 คน คิดเป็นร้อยละ 18.55 ของประชากรทั้งหมด¹ ซึ่งมีแนวโน้มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์เช่นกัน

ผลกระทบของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมากขึ้น จึงทำให้พบภาวะความผิดปกติทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) อาทิภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ความเสื่อมของร่างกายเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต² ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (Preventive geriatrics) จึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแผนนโยบายหลักของรัฐบาลด้านสุขภาพของประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี³ โดยแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการมุ่งเน้นการทำงานร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีการเตรียมความ

พร้อมของผู้สูงอายุอย่างมีทิศทาง สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) มีวิสัยทัศน์ที่ว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีมีหลักประกันมั่นคงเป็นพลังพัฒนาสังคม โดยประกอบไปด้วยแผนปฏิบัติการย่อย 4 แผน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ 2) การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม 3) การปฏิรูป และบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และ 4) การเพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย⁴

จากการศึกษาดัชนีพัฒนาผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.658 นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์มีคุณภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านสุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกัน และความมั่นคง⁵ และจากข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารตามใจชอบ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ไม่มีลูกหลานดูแล การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย รวมทั้งการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมายังไม่มีทิศทางปฏิบัติการปฏิบัติที่ชัดเจน การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวและความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติอันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

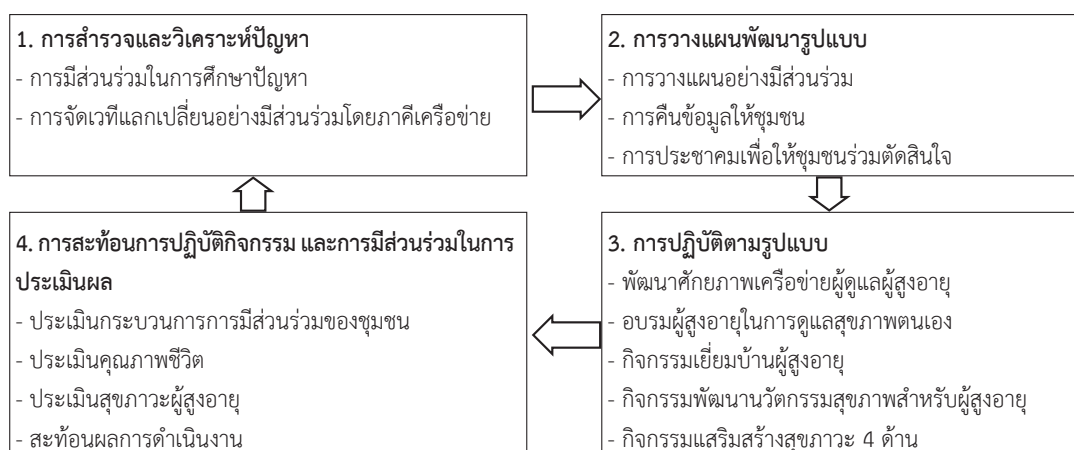
และการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม⁶ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วม และกำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ (Spiral)⁷ ประกอบด้วย 1) การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการศึกษาปัญหา และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วมโดยภาคีเครือข่าย 2) การวางแผนพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม การคืนข้อมูลให้ชุมชน และการประชุมเพื่อให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ 3) การปฏิบัติตามรูปแบบ ได้แก่ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ อบรบผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมเสริมสร้างสภาวะ 4 ด้าน และ 4. การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลได้แก่ ประเมินกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนประเมินคุณภาพชีวิต ประเมินสภาวะผู้สูงอายุ และสะท้อนผลการดำเนินงาน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 195 คน และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพจำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยตารางของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน และผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพจำนวน 30 คน

เกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกและการคัดออกคือ เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สามารถพูดคุยได้ตอบโต้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัยจำนวน 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทยประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ และคำถามตัวชี้วัดหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม ประเมินค่า (Rating scale)

3. แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และปรับปรุงแบบสอบถาม³ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาวะทางกาย ด้านสุขภาวะทางจิตใจ ด้านสุขภาวะ

ทางสังคม และด้านสุขภาวะทางปัญญา เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แปลผลดังนี้ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับต่ำที่สุด, คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับต่ำ, คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับปานกลาง, คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับมาก และคะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีความรู้สึกระดับมากที่สุด

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถามการบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) เท่ากับ 0.93 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2024-064 รับรองวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) หลักผล

ประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยการขออนุญาต
กลุ่มตัวอย่างก่อนทำวิจัย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล
(Principle of Respect of human dignity) โดยการให้กลุ่ม
ตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย
ไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและ 3) หลัก
ความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้
กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บ
รวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่ม
ตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่าง อย่างเป็นความลับ

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์
สุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
ในกระบวนการศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของ
ผู้สูงอายุมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. การศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเอกสาร แนวคิด
ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง ทฤษฎีความสูงอายุ ปัญหา
ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น
2. การศึกษาสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับสุขภาพของ
ผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม

1. การศึกษาเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัย และแนวคิด
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. การจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group
Discussion) ตามภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุได้แก่ เครือข่าย
บริการชุมชน/ท้องถิ่น เครือข่ายบริการสังคม และเครือข่าย
บริการสุขภาพ และการนำข้อมูลมาสร้างรูปแบบการส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุ
3. การวางแผนกิจกรรมจากผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด
เพื่อระบุปัญหา และวางแผนการจัดกิจกรรมการสร้างสุขภาพ
ผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนที่
กำหนดร่วมกัน

1. พัฒนาศักยภาพผู้นำดูแลสูงอายุในชุมชน
ให้เกิดทักษะการเยี่ยมบ้าน Care manager, Counselor,
Coordinator
2. การเยี่ยมบ้านโดยทีมโดยเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. การประเมินสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุ ภายหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมการประเมินผลและ
ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชน

1. การจัดสนทนากลุ่มประชุมกลุ่มภาคีเครือข่าย
โดยการสะท้อนคิดการปฏิบัติกิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
เกี่ยวกับแผนกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ และปัญหาอุปสรรคใน
การดำเนินการเป็นระยะจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อ
พิจารณาสิ่งที่ได้รับการดำเนินการกิจกรรมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
2. การประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงคุณภาพ (Qualitative Statistics)
ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม
จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม
3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจก่อน
และหลังการดำเนินการด้วยสถิติ Paired Samples t-test

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ชุมชน
สรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.20 อายุ
เฉลี่ยประมาณ 72.42 ปี (S.D. = 8.74) ส่วนใหญ่จบชั้นประถม
ศึกษา ร้อยละ 95.4 มีโรคประจำตัวกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(NCD) ร้อยละ 53.80 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ
85.40 ต้องพึ่งพาบางส่วน ร้อยละ 13.80 ไม่สามารถช่วยเหลือ
ตนเองได้ ร้อยละ 0.80 ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.90 ออกกำลังกาย
สม่ำเสมอทำเป็นบางครั้งตามโอกาส มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และ

ดื่มสุร่ายอยู่ ร้อยละ 24.60 และ 27.70 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 73.80 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.60 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นสมาชิกชมรมแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 74.60

การประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาวะของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาวะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาวะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับดี ร้อยละ 80.00 จำแนกรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 66.66 รองลงมาคุณภาพชีวิตระดับกลาง ร้อยละ 33.33 ด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 93.33 รองลงมาคุณภาพชีวิตระดับกลาง ร้อยละ 6.66 และด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 76.66 รองลงมาคุณภาพชีวิตระดับกลาง ร้อยละ 23.33 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะโดยรวมอยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D = 0.52) จำแนกรายด้านพบว่า สุขภาวะทางจิตใจและสุขภาวะทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.66, 4.52 ตามลำดับ) ส่วนสุขภาวะทางกาย และสุขภาวะทางปัญญา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.00, 4.21 ตามลำดับ)

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีกระบวนการดังนี้ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดร่วมกัน และขั้นที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3. ผลการประเมินกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนคือ ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D = .60) จำแนกรายข้อ พบว่า กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ และนวัตกรรมมีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.63, 4.60 ตามลำดับ) ส่วนข้ออื่นๆ อยู่ในระดับมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลงตามวัย สอดคล้องกับลักษณะตามกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) หรือ “big I’s” ได้แก่ Instability (การทรงตัวไม่ดี) Immobility (การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว) Incontinence (กลั้นปัสสาวะไม่อยู่) Intellectual impairment (ภาวะสมองเสื่อม) และ Inanition (ภาวะขาดสารอาหาร) ทั้งหมดเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งไม่จำเพาะที่จะบอกถึงความผิดปกติต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน⁸ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหการทรงตัว การมองเห็นที่ไม่ชัด ปวดข้อเข่า การมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับกลาง ร้อยละ 70.80 โดยเฉพาะด้านสุขภาพกาย มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 3.80 คุณภาพชีวิตระดับกลาง ร้อยละ 91.50 และคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 4.603 ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นความเสื่อมของอวัยวะในร่างกายก็เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการวิจัยในการประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะในภาพรวมอยู่ในระดับมาก จำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนน้อยสุดคือ สุขภาวะทางกาย รองลงมาคือ สุขภาวะทางปัญญา⁹ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยปี พ.ศ.2563 พบว่า ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด¹⁰

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดร่วมกันขั้นที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิดการกำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ (Spiral) มีกิจกรรมหลักประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ภายหลังดำเนินกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดจะมีการประเมินกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาวะผู้สูงอายุ รวมถึงสะท้อนผลการดำเนินงาน⁷ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การศึกษาปัญหา (2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วม (3) การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน (5) การประชุม (6) การดำเนินการตามแผน (7) การประเมินผล ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88)¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยการพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนและนวัตกรรมทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนานวัตกรรมทางสังคมเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ และ ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมและประเมินผล มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันจำนวน 5 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุแต่ละด้าน ครบ 4 ด้าน มีการนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นจากความต้องการของชุมชนมาใช้ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาวะ ผลการประเมินความพึงพอใจ ภายหลังการดำเนินกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D = 0.69) โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะ มีค่าคะแนนการรับรู้สุขภาวะของตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .051

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) จัดทำประชาคม โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา/ขีดจำกัด ความต้องการ/และศักยภาพของชุมชน รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การสังเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Web of Causation) โดยการวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุของปัญหานั้น ๆ เมื่อทราบสาเหตุของปัญหา จะนำไปสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อตอบสนองความต้องการต่อไป 2) การพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากปัญหาที่สำคัญอันดับแรก และพิจารณาถึงปัจจัยสาเหตุการเกิดปัญหาคืออะไร แล้วให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมคิดตัดสินใจในการเสนอรูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ 3) จัดอบรมเชิง

ปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยทักษะการเยี่ยมบ้าน การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการส่งเสริมสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจทางสังคม และทางปัญญา โดยประยุกต์ใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น 4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุร่วมกัน การกระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติตามกิจกรรมสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง 5) ประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้สูงอายุ¹² ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนได้ส่วนเสียในทุกกระบวนการ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ให้ผู้สูงอายุได้ร่วมคิดร่วมทำ และร่วมเรียนรู้¹ การดำเนินงานในแนวทางทฤษฎีกิจกรรม ในรูปแบบกิจกรรมทางสังคมจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุ¹³ สอดคล้องกับการวิจัยพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การเข้าร่วมงานบุญประเพณี การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญต่างๆ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สังคมให้การยอมรับและให้ความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹¹

3. ผลกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชนต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ซึ่งผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนกิจกรรม ดำเนินงานตามแผน สะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมและประเมินผลร่วมกัน⁷ จึงทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

การดำเนินกิจกรรมด้วยความมุ่งมั่น และเต็มใจ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยการพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน และขีดความสามารถในการพัฒนาความรู้ของผู้สูงอายุได้ เกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้¹⁴ ผู้สูงอายุได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และการประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และเกิดความพึงพอใจมากที่สุด¹⁵

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานคือ ผลจากการถอดบทเรียนหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นคือการที่ผู้นำชุมชนมีศักยภาพ และความเข้มแข็ง มีการใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีทุนทางสังคมที่ดีได้แก่คนในชุมชนมีความเข้มแข็ง มีความพร้อม มีความรักใคร่สามัคคีเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และมีการระดมทุนหาสิ่งที่มีอยู่ในพื้นที่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม การแต่งตั้งแกนนำ การทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งคนในชุมชนเข้าร่วมทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกติดตามให้กำลังใจ ประเมินผลงานดำเนินกิจกรรมร่วมกัน และบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการ และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การแสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางให้คนในชุมชนร่วมกันทำกิจกรรม ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน สอดคล้องกับการวิจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง การมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ¹⁶ และสอดคล้องกับการวิจัยปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาเครือข่ายชุมชนและกิจกรรมคือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกขั้นตอน และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคง และยั่งยืนต่อไป¹⁷

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

2. บูรณาการนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเข้ากับแผนพัฒนาชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรทำงานร่วมกับชุมชนตั้งแต่การประเมินปัญหา วางแผน และติดตามผล เพื่อให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้นำชุมชนให้สามารถเป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

1. พัฒนาแนวทางหรือโมเดลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

2. สนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านสื่อหรือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

References

1. Chaiwong N, Maneepun N, Burawong S, Sanggyam T, & Bonkhunthod P. Developing social innovations through community processes to promote well-being of the elderly in Klantha Subdistrict, Mueang District, Buri Ram Province. Regional health promotion center 9 journal 2024;18(3):957-73. (in Thai)

2. Department of medical services, Ministry of public Health. Guidelines for organizing health services for the elderly in health care facilities. Chonburi Province: Somdej Phra Sangkharat Yanasangwon Institute of Medicine for the Elderly, 2014. (in Thai)
3. Panthong J. Development of a model for promoting health of the elderly with the participation of the Ban Thai Samakkhitham community, Non Samran Subdistrict, Kaeng Sanam Nang District. Nakhon Ratchasima Province. Degree of master of public health (Public health) Mahasarakham university, 2020. (in Thai)
4. Department of Older Persons (DOP). Situation of the Thailand elderly in 2022. Bangkok: Amarinuit Corporations Public Company Limited, 2022. (in Thai)
5. National Statistical Office. Report on preliminary results of a survey of the elderly population in Thailand. Bangkok: National Statistical Office, 2019. (in Thai)
6. Cohen JM, & Uphoff NT. Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments, 1980.
7. Kemmis S. & Mc Taggart R. Participatory Action Research. In: Denzin, N. and Lincoln, Y. (Eds.), Handbook of Qualitative Research, 2000.
8. Institute of geriatric medicine, Department of medical services. Guidelines for caring for elderly people. 1st printing, Is Company August Co., Ltd. Institute of geriatric medicine, Department of medical services, Ministry of public Health, 2015. (in Thai)
9. Anuruang A. Perception, attitude and participation in development of elderly club activities. Ratburana District, Bangkok. Master of science in social welfare administration and policy faculty of social administration Thammasat University, 2017. (in Thai)
10. Department of mental health. Thailand has entered an aging society. Nonthaburi Province: Ministry of public Health, 2020. (in Thai)
11. Jangpho S. Development of a health care model for elderly by community participation, Ban pho Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Journal of health research and development Nakhon Ratchasima provincial public health Office 2021;7(2):165-83. (in Thai)
12. Reunthongdee U, & Jewpattanakul Y. Enhancing older adults' health promotion activities by using community-based participation. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2022; 23(1):274-82.(in Thai)
13. Srisupan P, Thammikabowon S, & Krisnachuta S. The elderly school and the capacity building of Isan local communities. Journal of graduate volunteer center 2017;14(1):133-62. (in Thai)
14. Sarakshetrin A, Ekkarat C, Jinkanapan C, & Sampawamana O. Competency development of community in caring for persons with hypertension: A case study in Surathani province. rama nurse journal 2015;21(1): 110-21. (in Thai)
15. Wayo W, Kadsanit K, Konyai J, Chanhua S, Phromboot R, & Zahuang V. The effects of health literacy enhancement program on health literacy and prevention behavior of hypertension among community-dwelling older adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;24(1):43-52. (in Thai)
16. Daharn T, & Duangrach J. Development of a health care model for elderly by community participation, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province. Academic journal of Mahasarakham Provincial public health office 2018;2(3):42-54. (in Thai)
17. Chusuton S, Hirunwatthanakul P, & Glangkarn S. Redevelopment of health promotion model among elderly through community participation in Bang Nok Khwaek sub-district Municipality, Bang Khonthi, Samut Songkram. Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University 2022;7(1):40-56. (in Thai)