

**การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านถ่อน
อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร**
**Development of a Health Promotion Participative Program for Elderly
Ban Thon sub district, Sawang Daen Din district, Sakon Nakhon Province**

สุรพล สายคำภา*

Suraphon Saykumpa

Corresponding author : E-mail : suraphonsaykumpa@gmail.com

(Received: March 29,2021 ; Revised : April 7, 2021 ; Accepted : April 28, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนา และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research: PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 100 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.82, 0.72 และ 0.86 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) 2) การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน(Action Planning) 3) ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรมตาม โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม (Taking action) และ 4) การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ (Completing evaluation) และหลังการใช้โปรแกรมมา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, < .001, < .001, < .001, < .001$ และ $< .001$) ตามลำดับ ทั้งโดยรวม และเป็นรายด้านทุกด้าน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปดำเนินไปใช้

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ; ผู้สูงอายุ ; การมีส่วนร่วม

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่องดาว

ABSTRACT

Objectives : To develop and study of effective on a health promotion participative program for elderly, Ban Thon sub district, Sawang Daen Din district, Sakon Nakhon Province

Study design : Participation Action Research: PAR

Materials and methods : 100 of elderlies the samples who were qualified according to inclusion criteria, which were obtained by simple random sampling method. Data were collected by using the interview form with the reliability were 0.82, 0.72 and 0.86, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and paired t-test.

Main findings : A Health promotion participative program for elderly were consisted of 4 steps : 1) problem Identifying and diagnosing) 2) mission, outcomes and action planning 3) community representatives and participants have participated in the activities of the participatory elderly health promotion program (Taking action), and 4) completing evaluation. After intervention program, it was found that the elderly had a statistically significant increase in the mean scores of knowledge, attitudes and practices regarding self-care behaviors ($p < .001$, $< .001$, $< .001$), $< .001$, $< .001$ and $< .001$) respectively, both overall and on all aspects.

Conclusion and recommendations : The results of this research suggest that participatory elderly health promotion programs increase knowledge, attitudes and practices regarding self-care behaviors, so the relevant departments should apply this program.

Keywords : Health Promotion Program ; Participation ; Elderly

บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศไทยถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปีพ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 10.42 ล้านคน และจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้จากข้อมูลการสำรวจการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 ยังพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยที่

ทำงานมีสัดส่วนอยู่ร้อยละ 36.3 หรือคิดเป็นแรงงานสูงอายุจำนวน 3.78 ล้านคน¹ เช่นเดียวกับจากการพยากรณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าใน ปี พ.ศ. 2563 ผู้ชายและผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเป็น 72.2 และ 76.5 ปี ตามลำดับ¹ ซึ่งความแตกต่างของอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดระหว่างผู้ชายกับผู้หญิงนี้ เป็นผลมาจากการเสียชีวิตของประชากรวัยรุ่น (อายุ 14-19 ปี) และวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี) ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะประชากรชายจากโรคเอดส์และอุบัติเหตุมากกว่าประชากรหญิง จากการที่ประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง ขณะที่วัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรวัยเด็กลดลง แต่อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 14.3 และร้อยละ 16.6 ในปี พ.ศ. 2543 และ 2550 ตามลำดับโดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.6 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งส่งผลให้

ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น สำหรับสภาพทางสังคมโดยเฉพาะด้านการพักอาศัยพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายที่มีคนสามรุ่น คือ ผู้สูงอายุ ลูก และหลาน และอีกหนึ่งในสามอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีคนสองรุ่นซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเองกับบุตรที่สมรสหรือบุตรที่มีครอบครัวแล้ว ดังนั้น ในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย และหากอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันก็มักจะเป็นครอบครัวที่มีบ้านของลูกหลานอยู่ใกล้กัน จากการศึกษางานวันดี โภคะกุล พ.ศ. 2548 ที่ศึกษาในผู้สูงอายุภาพรวมของประเทศไทย พบว่าประมาณร้อยละ 36.0 ของผู้สูงอายุมีบุตรหลานที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันมาเยี่ยมทุกสัปดาห์และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.0) มีบุตรหลานมาเยี่ยมทุกปี อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่โดยลำพังเพียงคนเดียวในปัจจุบันถึงร้อยละ 4.0 และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น²

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะพฤติกรรมภายในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนั้นต้องประกอบด้วยสำนึกความรับผิดชอบต่อสุขภาพและพฤติกรรมภายนอกนั้น ผู้สูงอายุจะต้องมีการพัฒนาทางด้านร่างกาย อาทิเช่น มีการเคลื่อนไหวออกแรง ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเพื่อการบริหารร่างกาย การพัฒนาทางด้านจิตใจ การจัดการกับความเครียดซึ่งการพัฒนาต่างๆ เหล่านี้ยังพบว่าเป็นปัญหาในผู้สูงอายุอยู่มาก³ และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ด้านสุขภาพทางร่างกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ รัฐบาลจะต้องเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการช่วยเหลือด้านสวัสดิการอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่มีสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเสื่อมถอยลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับ¹ ทำให้มีความสามารถในการกิจกรรมต่างๆ ของชีวิตประจำวันด้วยตนเองลดลง ประกอบกับขาดรายได้ทำให้

การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองเป็นเรื่องยากมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับผู้สูงอายุ⁴ จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ ทำให้มีภาวะเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า มีประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ.2563 จำนวน 8,686 คน จำแนกเป็นชายจำนวน 4,327 คน หญิง 4,359 คน จำนวนหมู่บ้าน 10 หมู่บ้าน ปัญหาด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุในพื้นที่มีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในระดับประเทศแต่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพที่มากกว่า กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 85.9 ของประชากรผู้สูงอายุตำบลบ้านถ่อน มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองและปัญหาการดำรงชีพ คิดเป็น ร้อยละ 63.9 โรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นบางโรคสามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกข้อและกล้ามเนื้อซึ่งพบเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ค่อนข้างสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ สำหรับโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุตำบลบ้านถ่อน ได้แก่ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังงานวิจัยของศิริณี ศรีหามาศ, วชิร อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหามาศ และทิพวรรณ ทับซ้าย⁵ พบว่า 1) สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนพบผู้สูงอายุร้อยละ 66 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุร้อยละ 10.16 โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 1.88 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงร้อยละ 2.29 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.99 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน พบความชุกประมาณร้อยละ 28.36 ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติและมีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 9.26 2) สถานการณ์ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ร้อยละ 45.0

รองมา คือ ภาระยาเกือบร้อยละ 20.0 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุโดยร้อยละ 64.0 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและร้อยละ 11.0 มีความพิการ รวมทั้งพบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.0 และพบว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการดูแล 3) ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและความไม่เข้าใจและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวเป็นอุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระยะเปลี่ยนผ่าน

นอกจากนั้นยังพบโรคเกี่ยวกับโรคหัวใจ และระดับของไขมันในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีสุขภาพทางร่างกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็นปกติสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดภาระการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุลงซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยเหตุผลข้างต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาค้นหาตัวแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามการสาธารณสุขแนวใหม่โดยเฉพาะพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการสร้างเสริมศักยภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ครอบคลุมการมีส่วนร่วม 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ⁷ นอกจากนี้ยังได้ผสมผสานแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่เป็นแบบแผน

การดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านความตระหนักในเรื่องอาหาร ด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านความไวต่อสิ่งแวดล้อม⁸ ผลจากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม⁹ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ มีร่างกายที่แข็งแรง สมวัย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดปัญหาโรคแทรกซ้อนในผู้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีสุขภาพจิตดีซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมซึ่งครอบคลุมผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ทุกคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตตำบลบ้านถ่อน

ประชากรศึกษา การวิจัยครั้งนี้ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุคนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน 10 หมู่บ้าน ในตำบลบ้านถ่อน มาแล้วอย่างน้อย 2 ปี และมีทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 874 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 100 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วยแผนการสอน สุขศึกษา ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1.1 แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

1.2 ทำการสอนผู้สูงอายุ โดยอธิบายให้ทราบถึงเรื่องที่จะสอนโดยภาพรวมก่อนแล้วอธิบายเนื้อหาโดยเน้นอย่างละเอียด การสอนผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มโดยสอน 1 เรื่องต่อสัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) ในการสอนแต่ละครั้งจะใช้เวลา 2 ชั่วโมง วิธีการสอนโดยการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วีดิทัศน์ สไลด์ เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต

1.3 ทบทวนเนื้อหาการสอนในแต่ละครั้งและสัปดาห์ การออกกำลังกาย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต ลักษณะคำถาม 2 ตัวเลือก ตอบคำถามว่าถูกหรือผิด จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต เป็นคำถามให้เลือกตอบตามความคิดเห็นเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยสร้างคำถามเชิงบวกและเชิงลบให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ 1 ข้อ จำนวน 15 ข้อ และตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต เป็นคำถามเลือกตอบตามความเป็นจริง มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยสร้างคำถามเชิงบวกและเชิงลบให้ผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

3. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต 2) จัดทำแผนการสอนโดยมีวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์การสอน และการประเมินผลการสอน 3) นำแผนการสอน อุปกรณ์การสอน และแบบสัมภาษณ์ เสนอประธานและกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโทเพื่อพิจารณาเนื้อหา จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน พิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา 4) ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญและหาคำดัชนีความสอดคล้อง พบว่า ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80-1.00 ซึ่ง มากกว่า 0.50 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ นำเสนอต่อที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้ 5) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแล้ว ไปทดลอง (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน และ 6) ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปใช้จริงและเกณฑ์การให้คะแนน

4. การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้ที่มีค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR -20 (Kuder Richardson Formula 20) แบบสัมภาษณ์ความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อของแบบสัมภาษณ์เจตคติและการปฏิบัติ ที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ให้มาหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบักแบบสัมภาษณ์เจตคติได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.62 และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) เป็นขั้นที่นักวิจัยศึกษาทำความเข้าใจในบริบทและสถานการณ์จริงของชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเข้าสู่ชุมชนดังนี้

1. เข้าพบผู้นำชุมชน ประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประธานชมรมผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย เข้าพบผู้นำในวันประชุมของผู้นำชุมชนที่มีผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลถ่อนเข้าร่วมประชุมด้วย เพื่อขอ

อนุญาตเข้าศึกษาวิจัยในพื้นที่ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถพบและ
แจ้งเกี่ยวกับโครงการวิจัย

2. เข้าสู่ชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน แนะนำ
ตัวและพบปะกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ
รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานหรือญาติ
บุคคลในชุมชนเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

3. ศึกษาสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ
เตรียมประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพ เพื่อตรวจ
ประเมินสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัย
ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ หาข้อมูลการดำเนินชีวิต บทบาท
หน้าที่ทางสังคม การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ
ตนเองและอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อทราบข้อมูลถึง
การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุปัญหาทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ
สังคม และข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นฐาน
ข้อมูลในการนำไปพิจารณากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ
และแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน

4. แสวงหากลุ่มประชากรผู้สูงอายุร่วมโครงการวิจัย
วางแผนดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านทางผู้นำ
หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ทำประชาคมหมู่บ้านโดย
การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรส่วนท้องถิ่น
ผู้นำหมู่บ้าน เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมาย
การดำเนินงาน (Action Planning) โดยผู้วิจัยสร้าง
แรงสนับสนุนจากประชาชนให้คณะผู้แทนของชุมชน ร่วม
กันพิจารณาปัญหา กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วางแผน
การดำเนินงาน และร่วมกันลงมือปฏิบัติ จนกระทั่งผลักดัน
ให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน คือ โครงการส่งเสริม
สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ใช้วิธีการศึกษาดังนี้

1. การสนทนากลุ่มเฉพาะโดยมีการจัดสนทนากลุ่ม
ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุรวม 2 กลุ่ม จำนวน 100 คน แบ่ง
เป็นกลุ่มผู้สูงอายุชาย และหญิง การดำเนินการสนทนากลุ่ม
โดยค้นหาข้อมูล แนวความคิด และสิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่ม
ตัวอย่างหรือผู้ร่วมวิจัยได้ปฏิบัติอยู่เป็นประจำในชีวิตของ
ผู้สูงอายุ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนในการสร้าง

เสริมสุขภาพ

2.การสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิง
ลึกญาติที่ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน ผู้นำหมู่บ้าน 10 คน เกี่ยว
กับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ
สุขภาพ ขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนที่มีส่วนเชื่อมโยง
ต่อภาวะสุขภาพและจิตใจสัมภาษณ์คนในชุมชนที่มีบ้าน
ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เพื่อค้นหาข้อมูลในการดูแล
ผู้สูงอายุและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันขณะอยู่
ที่บ้านรวมทั้งพฤติกรรมของผู้สูงอายุรวบรวมข้อมูลมา
วิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลสนับสนุนและเป็นการตรวจสอบข้อมูล
แบบสามเส้า (Data Triangulation)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วม
ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
แบบมีส่วนร่วม (Taking action) ได้ดำเนินการสร้างเสริม
สุขภาพตามตัวแบบที่วางเอาไว้ ดังนี้

1. ตรวจสอบประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจาก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ
โรงพยาบาลรวมถึงการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติเพื่อรับ
ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงการ
ให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น โดยเน้นการตรวจระดับ
น้ำตาลในกระแสเลือดการวัดความดันโลหิต สัญญาณชีพ
วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก เพื่อเป็นการประเมินภาวะสุขภาพ
และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็น
ปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรค
เรื้อรังที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ โรคหัวใจ
และหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน โรคตับ โรคไต อัมพาต
โรคปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ
อันดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคมะเร็ง

2. ดำเนินงานตามโครงการตามตัวแบบที่ได้วางกรอบ
เอาไว้ในโครงการร่วม เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม
ดูแลตนเอง จำนวน 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง
ร่วมกับสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก
การสนทนากลุ่ม และการระดมสมองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ติดตาม และประเมินกิจกรรมโครงการค้นหา
ปัญหาและอุปสรรคนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงเพื่อพัฒนา

ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดำเนินตามวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่องพร้อมบันทึกปัญหาอุปสรรคที่ค้นพบเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ (Completing evaluation) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล และผู้แทนของชุมชนได้ร่วมกันติดตามประเมินผล ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การจัดงานผู้สูงอายุ สุขภาพดีของชุมชน และนำผลการประเมินทั้งหมดมาประชุมร่วมกันโดยผ่านเวทีประชาคม เพื่อค้นหาแนวทางพัฒนาระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีระบบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลลักษณะทางประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจทัศนคติ และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักวิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติการหาค่าความแตกต่างและข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งความรู้ความเข้าใจทัศนคติ และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรมฯ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัย

ผู้สูงอายุ ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือและการปฏิบัติต่างๆจากบุตรหลานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุใน ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุทั้งหมด 100 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (54.0%) อายุเฉลี่ย 66 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (38.0%) สถานภาพสมรสคู่ (47.0%) สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันอยู่กับคู่สมรส (38.0%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (28.0%) และเกษตรกร/ทำสวน (28.0%) รายได้ของครอบครัวประมาณ 17,743.00 บาทต่อเดือน และรายได้พอกินพอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ (47.0%)

2. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ดำเนินงาน 4 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) 2) การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน (Action Planning) 3) ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม (Taking action) และ 4) การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ (Completing evaluation)

3. หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม โดยรวมและเป็นรายด้าน จำนวน 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, < .001, < .001, < .001, < .001$ และ $< .001$) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.91(1.60, 2.21); 1.30(1.09, 1.50); 1.44 (1.22, 1.65); 0.95 (0.73, 1.16) และ 0.89 (0.67, 1.10) คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference(95%CI)	p
		ก่อน	หลัง		
การรับประทานอาหาร	100	3.41(1.31)	5.32(0.67)	1.91(1.60, 2.21)	<.001
การออกกำลังกาย	100	2.23(0.94)	3.53(0.63)	1.30(1.09, 1.50)	<.001
การพักผ่อนนอนหลับ	100	2.09(0.98)	3.53(0.59)	1.44(1.22, 1.65)	<.001
อุบัติเหตุ	100	1.65(0.85)	2.60(0.85)	0.95(0.73, 1.16)	<.001
สุขภาพจิต	100	1.71(0.95)	2.60(0.56)	0.89(0.67, 1.10)	<.001
โดยรวม	100	11.09(3.03)	17.60(1.22)	6.51(5.90, 7.11)	<.001

หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ และ <.001) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.28 ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อน (1.14, 1.43) ; 1.28 (1.14, 1.39) ; 1.12 (0.98, 1.24) ; 1.22 การใช้โปรแกรม โดยรวมและเป็นรายด้าน จำนวน 5 ด้าน อย่าง (1.10, 1.35) ; 1.26 (1.11, 1.39) และ 1.23 (1.15, 1.31) มีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001, <.001, <.001, <.001, <.001) คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม และเป็นรายด้าน

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference(95%CI)	p
		ก่อน	หลัง		
การรับประทานอาหาร	100	1.53(0.66)	2.82(0.26)	1.28(1.14, 1.43)	<.001
การออกกำลังกาย	100	1.55(0.52)	2.82(0.29)	1.28(1.14, 1.39)	<.001
การพักผ่อนนอนหลับ	100	1.68(0.65)	2.80(0.28)	1.12(0.98, 1.24)	<.001
อุบัติเหตุ	100	1.58(0.56)	2.81(0.27)	1.22(1.10, 1.35)	<.001
สุขภาพจิต	100	1.56(0.59)	2.81(0.30)	1.26(1.11, 1.39)	<.001
โดยรวม	100	1.58(0.39)	2.81(0.13)	1.23(1.15, 1.31)	<.001

หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อนการใช้โปรแกรม โดยรวมและเป็นรายด้าน จำนวน 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001, <.001, <.001, <.001, <.001) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.45(1.34, 1.57) ; 0.12(0.05, 0.18) ; 1.29(1.15, 1.42) ; 1.14(1.04, 1.24) 1.24(1.09, 1.39) และ 1.05(0.97, 1.12) คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม และเป็นรายด้าน

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference(95%CI)	p
		ก่อน	หลัง		
รับประทานอาหาร	100	1.19(0.56)	2.95(0.12)	1.45(1.34, 1.57)	<.001
การออกกำลังกาย	100	2.81(0.27)	2.92 (0.27)	0.12(0.05, 0.18)	<.001
การพักผ่อนนอนหลับ	100	1.58(0.56)	2.88(0.25)	1.29(1.15, 1.42)	<.001
อุบัติเหตุ	100	1.63(0.50)	2.77(0.28)	1.14(1.04, 1.24)	<.001
สุขภาพจิต	100	1.59(0.66)	2.84(0.28)	1.24(1.09, 1.39)	<.001
โดยรวม	100	1.82(0.44)	2.87(0.12)	1.05(0.97, 1.12)	<.001

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านถ่อน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) 2) การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน(Action Planning) 3) ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม (Taking action) และ 4) การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ (Completing evaluation) พบผลเช่นเดียวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กระบวนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ 2) การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ 3) การวางแผนการดำเนินงาน 4) การปฏิบัติการ และ 5) การติดตามและประเมินผล มีผลทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ปัญหาในระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ รวมทั้งท้องถิ่นและชุมชนรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้รับรู้ถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่สามารถนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำไปสู่การจัดทำแผนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมี 4 ยุทธศาสตร์หลัก และจากการศึกษาระบบบริการสุขภาพการดูแลสุขภาพทั้งในหน่วยบริการและชุมชนพบว่า มีการตรวจคัดกรองโรค การตรวจประเมินภาวะ

พึ่งพิงในผู้สูงอายุ ระบบการส่งต่อไปหน่วยบริการ การดูแลที่บ้าน มีการอบรมให้ความรู้กับแกนนำชุมชน มีทีมหมอครอบครัวในการดำเนินงานแต่ละพื้นที่¹⁰ และสอดคล้องกับรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม เทศบาลเมืองปากช่องประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมการ โดย (1) การประสานพื้นที่ การคัดเลือกชุมชน การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) จัดทำโครงการและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน (3) จัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชายหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป (4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการวิจัย โดยเทคนิคและเครื่องมือ A-I-C และการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดย (1) การสร้างความรู้ (Appreciation : A) ได้แก่ การคืนข้อมูลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชนและกำหนดทิศทางพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) ได้แก่ การร่วมออกแบบรูปแบบ หรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดลำดับความสำคัญกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ประเภท (3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ได้แก่ การนำกิจกรรมการมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุในชุมชน และการรวบรวมผลจากการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในชุมชน ขั้นตอนที่ 3 (1) การพัฒนาการนำเสนอผลการมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุจากการปฏิบัติจริงในชุมชน (2) พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (3) การติดตามประเมินผลจากการพัฒนา และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ

งาน และ (4) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหา¹¹ และสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดมหาสารคาม ที่ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล¹²

นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ทั้งโดยรวมและเป็นรายด้าน ทุกด้าน ในทำนองเดียวกับการศึกษาการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนการอบรม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 71.11 และระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 66.66¹³ เช่นเดียวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลหัวโตน อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ภายหลังการดำเนินการบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้บทบาทหน้าที่ และความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนดำเนินการ ส่วนในแกนนำผู้สูงอายุ หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการ¹⁴ ; หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางและสูง กิจกรรมที่เน้นชุมชนเป็นฐานและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนส่งผลให้เกิดรูปแบบการพัฒนา ที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย การบริโภคอาหารพื้นบ้าน การออกกำลังกายย้อนยุคตามวัย และ

การจัดการความเครียด¹⁵ และการวิจัย ครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐมพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่ และสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹⁶ ; กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹⁷ ; คะแนนเฉลี่ยของด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนา¹² ; กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์บริบทของหมู่บ้านและร่วมกันเสนอกิจกรรมการออกกำลังกาย ดังนี้ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 6 วัน โดยมีระยะเวลาในการออกกำลังกาย 30 – 45 นาที และออกกำลังกายด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรมได้แก่ (1) กิจกรรมการออกกำลังกายโดยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (2) กิจกรรมออกกำลังกายโดยใช้ตารางเก้าช่อง และ (3) กิจกรรมการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด ทั้งนี้แต่ละกิจกรรมสามารถจัดสลับกันไปได้ตามความเหมาะสม¹⁸

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งเสริมประชาชนหรือผู้แทนของชุมชน (Village stakeholders) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านถ่อน ทั้ง 10 หมู่บ้าน ซึ่งบุคคลดังกล่าวเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ได้แก่ ปัญหาผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับภาวะสมองเสื่อมที่พบถึงร้อยละ 3.0-5.0 โดยการผ่านเวทีประชาคม ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยสร้างแรงสนับสนุนจากประชาชน ให้คณะผู้แทนของชุมชน ร่วมกันพิจารณาปัญหา กำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ วางแผนการดำเนินงาน และร่วมกันลงมือปฏิบัติ จนกระทั่งผลักดันให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน คือ โครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ขั้นตอนที่ 3 ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วม ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม จำนวน 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล และผู้แทนของชุมชนได้ร่วมกันติดตามประเมินผล ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การจัดงานผู้สูงอายุสุขภาพดีของชุมชน และนำผลการประเมินทั้งหมดมาประชุมร่วมกันโดยผ่านเวทีประชาคม เพื่อค้นหาแนวทางพัฒนาระบบการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีระบบต่อไป

จากผลการวิจัยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมครั้งนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุและสุขภาพจิตดีขึ้น ดังนั้นหน่วยงานทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล การนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดำเนินการควรเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว หรือสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ 1) การดำเนินงานตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมนั้นควรมีแผนงาน/โครงการเชิงบูรณาการร่วมกันหลายๆ หน่วยงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะหน่วยงานในระดับพื้นที่ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นแกนหลักและประสานความร่วมมือกับหน่วยภาคีทั้งภายในและภายนอกต่อการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับพื้นที่ 2) ควรมีการพัฒนากระบวนการและฐานข้อมูลที่สามารถนำไปวิเคราะห์ วางแผนเชิงพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม และใช้ได้จริง และ 3) ควรมีทีมทำงานที่มี

ทุกภาคส่วนเข้ามาดูแลร่วมกันในการติดตามและประเมินผลจะก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดินที่อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในระหว่างลงพื้นที่ และขอขอบคุณผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนร่วมที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจนทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562. นครปฐม : บริษัทพรินเตอร์ จำกัด ; 2563.
2. วันดี โกะกุล. มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2548.
3. วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ ; 2553.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2562. อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ; 2563.
6. ศิราณี ศรีหาคาศ, วชิร อมรโรจน์วรุดิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหามู, ทิพวรรณ ทับซ้าย. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564 ; 15 (36) : 44-62.

7. Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University; 1981.
8. Walker S.N. Health Promoting Lifestyle Older Adult : Comparisons with Young and Middleage Adults, Correlation and Pattern. Journal of Advanced Nursing 1988 ; 11 : 76-90.
9. Resnick, B., Palmer, M. N., Jenkin, L. S., & Spellbring, A. M. Path analysis of efficacy expectations and exercise behaviors in older adults. Journal of Advanced Nursing 2000 ; 31 : 1309-15.
10. จิราภรณ์ อุ่นเสียม. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11.วารสารวิชาการแพทย์ 2559 ; 30 : 261-8.
11. สมลัญ วรรณกิจไพศาล. การพัฒนาการจัดรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมเทศบาลเมืองปากช่อง. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2562 ; 3 : 92-104.
12. ทิพย์ภา ดาหาร, เจตสรียา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561 ; 2 : 42-54.
13. อนงค์ หาญสกุล, ศรีไพร ปอสิงห์. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการมีส่วนร่วมต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารคณะพลศึกษา. (ฉบับพิเศษ) 2555 ; 15 : 189-200
14. พัทธวรรณ จันทร์เพชร, จุฬารณณ์ โสตะ. การพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 2555 ; 12 : 48-60.
15. เกษแก้ว เสียงเพราะ, นิศรัตน์ อุตตะมะ, ประกาศิต ทอนช่วย, สายฝน ผุดผ่อง. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทของจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561 ; 48 : 113-126.
16. รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560 ; 12 : 17-29.
17. อัมมร บุญช่วย. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558 ; 3 : 231-244.
18. พยงค์ ขุนสะอาด, เกวลี เครือจักร. กระบวนการมีส่วนร่วมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ บ้านฮ้องแอ ตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28 (ฉบับเพิ่มเติม 2) : 16-21.