



การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ Using Community Participation to Improve Health Promoting Behaviors among Older Adults

อารี พุ่มประไพ^{1*} และ จรรยา เสี่ยงสนา²

Ari Pumprawai^{1*} and Janya Siengsanau²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี¹, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วมนี้ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ และ ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชน ในการดำเนินงาน 43 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60-80 ปี สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 50 คน จาก 5 หมู่บ้าน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบ สังเกตมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูง อายุ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test ผลการวิจัยพบว่า

1. ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมาก ($M=3.77$, $SD=0.84$) กิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพ คือ 1) การให้คำแนะนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยการตรวจเลือดเพิ่มจาก การได้รับสิทธิประกัน และการตรวจร่างกาย 3) การสร้างความอบอุ่นด้านจิตใจ 4) สุขภาพดีรอบด้าน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโครงการ ดีวก่อน เข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการดำเนินการวิจัยที่สอดคล้องกับ ความ ต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาคุณลักษณะของแกนนำ การทำความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องการ แสดงความสามารถ เป็นตัวอย่างแก่คนอื่น แนะนำผู้อื่นได้ จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความกระตือรือร้น ที่จะ แสวงหาความรู้ จดจำ นำไปใช้ในพื้นที่ยื่นได้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ(Corresponding email: tukky1147@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8700977)

Abstract

The purpose of this participatory action research was to study the community participation to improve the health behaviors of older adults. Samples were 43 formal and informal community leaders selected by purposive sampling, and 50 older adults aged 60–80 years, selected by random sampling from 5 villages. Data were collected using in-depth interview, focus groups, participatory and non-participatory observation, and the interview form regarding health promoting behavior developed by the Aging Thai Organization. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The research revealed as follows;

1. The mean score of community participation was at a high level ($M=3.77$, $SD=0.84$). Activities implemented for improving health promotion behavior were: a) providing health education, b) screening of health risk and physical examination, c) building rapport and promoting mental health care, and e) providing comprehensive healthy living.

2. The mean score of health promotion behavior of the older adults after the intervention was significantly higher than before intervention ($p < .05$)

The findings of this study suggest that using the Participatory Action Research with concern of the need of target group, improving community leaders' attribute, understanding human behavior and need of showing one's capacity as well as being a role model. These strategies can encourage participants to be enthusiastic about seeking and applying knowledge.

Keywords: Community Participation, Health Promoting Behavior, Older Adults

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น พบว่าในปัจจุบันจำนวนประชากรโลกทั้งหมด 6,973 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 542 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรโลกทั้งสิ้น 8,200 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,100 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2553 มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10.70 ของประชากรทั้งหมด มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 10 ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 1.30 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ซึ่งผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ มิได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงผลกระทบด้านประชากรเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ได้แก่ผลกระทบด้านสุขภาพสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ผลกระทบด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุเกิดจากสภาพที่เสื่อมถอยลง เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมอย่างต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้นเช่นการเคลื่อนไหวที่ช้าลง กระดูกบางหักง่ายการมองเห็นไม่ชัดเจน มีโรคประจำตัว มีอัตราการเป็นโรคร้ายแรงและมีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มวัยอื่น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังในอดีต โรคเรื้อรังที่สำคัญได้แก่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรง คือโรคไตวาย ตาบอด



โรคหัวใจ หรือเสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้พยากรณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ใน พ.ศ.2565 จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มถึง 3.62 เท่า เนื่องจากในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา คนไทยมีอายุยืนขึ้น ปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ จึงมีความเสี่ยงจากปัญหาการเสื่อมของอวัยวะ โรคภัยไข้เจ็บ ทั้งโรคเรื้อรัง โรคประจำตัว ทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณไปกับค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก ในอนาคตหากผู้สูงอายุมีสุขภาพดีในสัดส่วนที่สูงขึ้น อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายลดลง ค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปีก็มีแนวโน้มลดลง ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น หากรัฐบาลยังไม่มียุทธศาสตร์ป้องกัน ก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ยังไม่มีอาการแสดงของโรค โดยการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ถาวร สกุลพานิชย์, 2554)

ชุมชนตำบลทุ่งเตา อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีพื้นที่ 69 ตารางกิโลเมตร ลักษณะเป็นสวนผลไม้ และสวนยางพารา แบ่งเป็น 5 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 4,210 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง บุคลากรประจำแห่งละ 3 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 624 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 ของประชากร สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ติดสังคม จำนวน 558 คน ติดบ้าน จำนวน 46 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 20 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งเตา, 2557) จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีจำนวนค่อนข้างมาก เกิดจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่เหมาะสม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554) จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่าปัญหาอันดับ 1 คือ การเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.80 เบาหวาน ร้อยละ 2.60 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ อันดับ 2 คือ ผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยยังมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องพฤติกรรมบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และด้านจิตใจ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งเตา, 2557)

พ.ศ.2557 องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเตา มีแผนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแผนปฏิบัติการตามนโยบายของรัฐบาล โดยร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังตามที่ยื่นทะเบียนไว้ จำนวน 120 คน เช่น 1) ลานออกกำลังกาย จัดหาอุปกรณ์ให้ เช่น ไม้พลอง ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรม 20 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 2) จัดคลินิกเบาหวาน ความดัน ทุกวันพฤหัสบดี ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมหมุนเวียนตามกำหนดนัด จำนวน 120 คน (ตามจำนวนผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ยื่นทะเบียนไว้) 3) เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้บริการด้านกาย จิต สังคม กลุ่มติดเตียง 20 คน 4) จัดอบรม อสมช. ด้านเบาหวาน/ความดัน เพื่อเป็นแกนนำในการดำเนินการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในระดับครอบครัว และหมู่บ้านมี อสมช. ผ่านการอบรม 9 คน 5) จัดอบรมให้สุศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ประชาชนที่มีความเสี่ยง 2 ครั้ง 6) จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุชุมชน แผ่นพับ อสม. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ความดัน วันเสาร์-วันอาทิตย์ ทางวิทยุชุมชน เวลา 17.00 - 18.00 น. สำหรับผู้สูงอายุไม่เจ็บป่วย 504 คน 1) ได้จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี 165 คน จากจำนวน 504 คน คิดเป็นร้อยละ 32.73 2) ประชุมประจำเดือนเพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ออกกำลังกาย

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ทำน้ำสมุนไพร เดือนละ 1 ครั้ง มาร่วมกิจกรรมครั้งละ 50 คน คิดเป็นร้อยละ 9.923) ตรวจสอบสภาพอนามัยช่องปาก ปีละครั้ง มาร่วมกิจกรรม 50 คน คิดเป็นร้อยละ 9.92/4) ประกวดการออกกำลังกายแบบไม่พลอง 1 ครั้ง มาร่วมกิจกรรม 45 คน คิดเป็นร้อยละ 8.92/5) แข่งขันกีฬาพื้นบ้าน 1 ครั้ง มาร่วมกิจกรรม 38 คน คิดเป็นร้อยละ 7.53 พบว่า การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จ มีผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมจำนวนน้อย เหตุผลที่มีผู้มาร่วมออกกำลังกายน้อย คือ เลี้ยงหลานหรือดูแลบ้าน ประกอบอาชีพ ไม่ทราบว่าจะมาเข้าร่วมเพราะเหตุใด เพราะรู้สึกว่าการออกกำลังกายไม่ได้เจ็บป่วย ขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรค หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสม โดยที่ผู้สูงอายุต้องรับรู้ที่จะดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากองค์กรชุมชนในด้าน การให้ความรู้ การรวมกลุ่มจัดกิจกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอนาคต ลดลง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สมมติฐานวิจัย

ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโครงการภายหลังการทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดย อคิน รพีพัฒน์ (2527) มีการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) ร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา 3) ร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา 4) ร่วมดำเนินการตามแผน 5) ร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยพฤติกรรมกรบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2550)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2558 - กันยายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้สูงอายุ ในชุมชนจำนวน 624 คน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และประชาชน ที่อาศัยในตำบลทุ่งเตา 3,496 คน รวม 4,120 คนสำหรับ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ



1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนที่กำหนดได้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จาก 5 หมู่บ้าน จำนวน 50 คน โดยกลุ่มนี้วัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อน และหลังการดำเนินงาน อื่น ๆ คือผลที่เกิดจากกิจกรรม

2) แกนนำบุคคลที่ร่วมกิจกรรมประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและดำเนินการแก้ไขปัญหา คือ ตัวแทนสมาชิกของครอบครัวผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 2 คน รวม 10 คน ตัวแทนผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 2 คน รวม 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน 5 คน นายกและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 2 คน ประธานกลุ่มเกษตรกร 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านละ 1 คน รวม 5 คน เจ้าอาวาสวัดทุ่งเตา 1 รูป เจ้าอาวาสวัดทุ่งโนนไไร่ 1 รูป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและเจ้าหน้าที่ 4 คน ผู้นำไม่เป็นทางการ (แม่ค้าขายอาหาร 2 คน) รวมจำนวน 43 คนโดยกลุ่มนี้วัดแต่การมีส่วนร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้สังเกตการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การร่วมประชุม แสดงความคิดเห็น การร่วมสังเกตการดำเนินงานที่วางแผนไว้ การร่วมสังเกตประเมินผล

2. แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม คือการสังเกตวิถีชีวิต กิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน เช่น การพบปะ พูดคุยตอนเช้าทุกวันของเพศชาย ตามร้านขายน้ำชา กาแฟ แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ตลาด ร้านค้า การดูแลตนเองของประชาชน การออกกำลังกาย ประเภทของอาหารที่จำหน่ายในตลาด การหารายได้ การรวมกลุ่มฝึกซ้อมนกเขาให้มีการร้องเพลงตามมาตรฐาน การแข่งขันเลี้ยงนกเขา

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับสัมภาษณ์ (กลุ่มแกนนำ) เกี่ยวกับความคิดเห็นของการมีส่วนร่วม โดยคำถามหลัก คือ “หากผู้สูงอายุอยู่คนเดียว และ อสม. บอกว่าต้องทำอะไรก็ไม่ใช่จะทำอย่างไร” คำถามรอง “กรณีแบบนี้ พอจะช่วยเหลืออะไรบ้างไหม หรือใครที่พอจะช่วยเหลือได้”

สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ (กลุ่มตัวอย่าง) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การช่วยเหลือที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ คำถามหลัก “คุณยาย ทราบไหมว่าเป็นโรคอะไร” โดยคำถามรอง “อาการเป็นอย่างไร รักษาที่ไหน กินยาอย่างไร หมอบอกให้ทำอะไรบ้าง แล้วทำได้หรือเปล่า ต้องการความช่วยเหลืออย่างไร”

4. แบบสนทนากลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มย่อย นำข้อมูลมาสรุปโดยคำถามหลัก คือ “เมื่อเราวิเคราะห์ปัญหาแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุ ไม่มีความรู้ในด้านการรับประทานอาหาร การใช้พลังงานของร่างกาย และการทำให้สบาย (เลือกถามทีละอย่าง) เราจะทำอย่างไรกัน มีคนตอบแตกต่างกัน” คำถามรองคือ “ลองคิดกันดูว่าอะไรจะได้ผลดีที่สุด ตอบหลากหลาย ใช้วิธีใดเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย เวลา”

5. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม ใช้สำหรับการบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะทำการวิจัย หรือรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอนของการวิจัย เช่น สภาพลานกีฬาในหมู่บ้านการเดินทางมาร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ บรรยากาศการประชุม บรรยากาศการทำกิจกรรม จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม

6. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชนจำนวน 5 ด้าน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า 5 ระดับ 1- 5 จาก 1 หมายถึง มีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย จนถึง 5 หมายถึง มีส่วนร่วมทุกครั้ง กำหนดเกณฑ์และการแบ่งระดับ การมีส่วนร่วม เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1997)

คะแนนเฉลี่ย 3.61 – 5.00 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.31 – 3.60 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.30 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อย

7. แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภค 15 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 12 ข้อ พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด 9 ข้อ รวม 36 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า 5 ระดับ 1 - 5 จาก 1 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเพียงเล็กน้อยจนถึง 5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมทุกครั้ง การกำหนดคะแนนเฉลี่ยและ ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1997)

คะแนนเฉลี่ย 3.61 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.31 – 3.60 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.30 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความเที่ยงตรง

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนพิจารณาความถูกต้องความตรงเชิงเนื้อหา ภาษา และความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Congruence) ได้ค่า IOC = .67-1.00 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือมาตรฐาน

การหาค่าความเชื่อมั่น

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นำไปให้ผู้สูงอายุในตำบลใกล้เคียง คือ ตำบลควนสุบรรณ มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างประเภทละ 30 คน ตอบแบบสอบถาม แล้วนำมาคำนวณหาค่า Alpha Conbrach Coefficient ได้ค่าเท่ากับ .80 และ .86 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะเตรียมการวิจัย 4 สัปดาห์ ระยะดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ ระยะติดตามผล 36 สัปดาห์ รวม 50 สัปดาห์ ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2558 - กันยายน พ.ศ.2559 ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย 4 สัปดาห์ โดยสร้างความคุ้นเคยกับชุมชน และผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องภายในพื้นที่ เช่น ร่วมงานประเพณีต่าง ๆ งานบวช งานศพ งานแต่งงาน ศึกษาข้อมูลชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน และรายงานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิถีชีวิตของชุมชน ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี เศรษฐกิจ การศึกษา ทรัพยากรในชุมชน ประสานงานกับกลุ่มต่าง ๆ เชิญเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการประชุมกลุ่ม และการให้ความรู้



2. ระยะดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ผู้วิจัย และแกนนำที่ได้รับมอบหมาย ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จากเวชระเบียนผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในแฟ้มประวัติครอบครัว ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภาวะสุขภาพของตนเองตามที่รับรู้ เช่น ค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลในโลหิต หรือผลการตรวจอื่น ๆ ที่ตนเองได้รวบรวมไว้ ในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนการรวบรวมข้อมูลสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเชิงลึก ในรายที่มีผลการตรวจผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นอันตราย วิเคราะห์ข้อมูล ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยให้คำแนะนำความรู้ด้านความรุนแรง และอันตรายของภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้กลุ่มสามารถวิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา โดยจัดประชุมแกนนำ เพื่อร่วมประชุมวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา ทั้งนี้ผู้วิจัยและแกนนำที่ได้รับมอบหมาย นำข้อมูลที่รวบรวมได้ในขั้นตอนที่ 1 เสนอต่อที่ประชุมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุ นำไปสู่แนวทางการแก้ไข สำหรับก่อนการสรุปสาเหตุของปัญหา ผู้วิจัยได้สอบถามความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน ได้แนะนำสาเหตุของการเจ็บป่วย เกิดจาก ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ส่วนปัญหา สังคม และเศรษฐกิจ แกนนำสามารถวิเคราะห์สาเหตุได้ นอกจากนี้แกนนำได้สนทนากลุ่ม ระดมความคิดเห็นต่อสาเหตุของการเจ็บป่วย สถานการณ์การเจ็บป่วย ความรุนแรง ที่ปรากฏในอดีต ปัจจุบัน และพยากรณ์สถานการณ์ในอนาคต ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นในเรื่อง ปัญหาของผู้สูงอายุและสาเหตุ

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา โดยแกนนำ ได้สนทนากลุ่ม ระดมความคิดเห็นในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาของกลุ่ม ด้านงบประมาณ บุคลากร ระยะเวลา

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน โดยแกนนำได้มอบหมายความรับผิดชอบ แก่ผู้ร่วมดำเนินการ ให้ดำเนินงานตามแผนที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ โดยแกนนำได้มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบประเมินผล มีการดำเนินงานเป็นระยะ นำเสนอปัญหาเพื่อหาทางแก้ไขทุกสัปดาห์ ในระหว่างการทำงานตามแผน ประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและบันทึกผลการสังเกตแต่ละกิจกรรมที่ดำเนินการ ประเมินผลครั้งสุดท้าย คือ การประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของแกนนำชุมชน ประเมินผลติดตามความต่อเนื่องหลังจากการดำเนินการตามแผนเสร็จสิ้น ติดตามประเมินผลทุก 1 เดือน ต่อไปอีก 36 สัปดาห์ (9 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

2. วิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของแกนนำชุมชนด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ อัตราภาคขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรม ได้ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ขณะดำเนินการวิจัย โดยการตรวจสอบสามเส้า ด้านแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ แหล่งบุคคล ข้อมูลที่เหมือนกันหรือ ซ้ำ ๆ กัน เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และมีการตรวจสอบข้อมูลระหว่างการทำกิจกรรมทุกครั้ง นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ตามกรอบแนวคิด เพื่อใช้ในการตีความและสังเคราะห์ผลที่ได้จากการวิจัย (สุรางค์ จันทวานิช, 2551)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ก่อนการดำเนินการวิจัยได้รับการอนุมัติแล้ว เลขที่ SRU. 2558 015

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

ลักษณะเป็นชุมชนเกษตรกรรมปลูก เงาะ ทุเรียน กะทอนแบบธรรมชาติ ไม่มีการใช้สารเคมี ทำให้ผลผลิตที่ได้ไม่มาก สัมพันธภาพในชุมชน จากการสัมภาษณ์ เป็นเครือญาติกัน ส่วนใหญ่แต่งงานกับบุคคลภายในตำบลเดียวกัน นามสกุลคล้ายคลึงกัน ข้อมูลจาก รพ.สต. ไม่พบข้อมูลโรคทางกรรมพันธุ์ที่ปรากฏชัดเจน ผู้นำชุมชน เป็นเครือญาติกับสมาชิกในชุมชน ไม่มีปัญหาทางการเมือง มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเล็กน้อย แต่แก้ไขได้เอง บุตรหลาน ออกไปทำงานนอกพื้นที่ ในพื้นที่มีรายได้เฉพาะฤดูผลไม้ จึงมีผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.00 จำนวนอายุน้อยที่สุดคือ 75-80 ปี และ 80 ปีขึ้นไป จำนวนประเภทยละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 เพศชาย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เพศหญิงร้อยละ 35.00 คิดเป็นร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 รายได้เฉลี่ย 2,450 บาท สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 สถานภาพหม้าย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ มีความต้องการเพื่อน เหงา รายได้น้อย อยากมีอาชีพเสริม ทัศนคติต่อสุขภาพ ต้องการเป็นตัวอย่างแก่ชุมชนอื่น ในด้านการดูแลตนเอง ไม่อยากเจ็บป่วยเป็นภาระแก่บุตรหลาน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ผู้วิจัยและแกนนำที่ได้รับมอบหมาย ได้ให้ผู้สูงอายุประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมฯ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยการอ่านให้ผู้สูงอายุฟัง และตอบ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับปานกลาง = 2.80 ได้รับการตรวจเลือดตามแผนการรักษาเดือนละครั้ง หรือ ปีละครั้ง จำนวน 28 คน มีอาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 16 คน ความดันโลหิตสูง 12 คน ผู้สูงอายุที่เหลือ 22 คน ต้องการทราบผลเลือดของตนเองว่าปกติ หรือ ผิดปกติอย่างไร หากไปขอรับการตรวจที่โรงพยาบาลก็จะไม่ได้รับการตรวจ เพราะไม่มีอาการเจ็บป่วยโดย อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์



ได้ประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนักและการตรวจร่างกายตามระบบ พบอาการปวดเมื่อยบริเวณหลัง ข้อเข่า ข้อเท้า ผู้สูงอายุคิดว่าเป็นอาการเสื่อมตามปกติ มีความเครียด บุตร หลาน จะกลับมาเวลาเย็น ไม่ได้ให้ความใกล้ชิด สำหรับผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง = 2.8 2) ผู้สูงอายุได้รับการตรวจเลือดเป็นประจำ เพื่อติดตามอาการโรคเบาหวาน 16 คน โรคความดันโลหิตสูง 12 คน ไม่ได้รับการตรวจ 22 คน 3) ต้องการเพื่อนพูดคุย ปกป้อง ปรึกษา ปรับทุกข์

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา

ประชุมแกนนำ เพื่อร่วมประชุมวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณา ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2.8 แกนนำวิเคราะห์สาเหตุจากความคุ้นเคยกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ สรุปว่าสาเหตุเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ขาดความรู้เรื่องสาเหตุของโรคเจ็บป่วยโรคต่าง ๆ ความรุนแรงของโรค ทำให้ขาดความสนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง

2. ได้รับการตรวจเลือดเฉพาะการติดตามอาการโรคที่เจ็บป่วย ส่วนอีกจำนวนหนึ่งไม่เคยได้รับการตรวจเลย วิเคราะห์จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สาเหตุจากปัจจัยเสริม สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล จะครอบคลุมด้านการรักษามากกว่าด้านการส่งเสริมป้องกัน การเจาะเลือดต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีอายุเกิน 35 ปี ครอบคลุมการตรวจคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การตรวจเลือดชนิดอื่นต้องชำระเงินเอง หรือเมื่อเจ็บป่วยมีอาการต้องได้รับการรักษาไม่เสียค่าใช้จ่าย หากต้องการตรวจเลือดไปตรวจที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร ห่างไกลจากพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคัดกรองการพบแพทย์ จะส่งเข้าพบแพทย์เฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ดังนั้น เมื่อไปโรงพยาบาลจึงไม่ได้รับการตรวจเลือด (การตรวจร่างกายประจำปีไม่ควรได้รับการตรวจตามอายุ เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย)

3. ต้องการเพื่อนพูดคุย ปกป้อง ปรึกษา ปรับทุกข์ สาเหตุ ปัจจัยส่วนบุคคลครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรหลานไปทำงานนอกพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา โดยแกนนำได้ระดมความคิดในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ต้องการเป็นแบบอย่างที่สามารถแนะนำผู้อื่นได้ แต่ขาดการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง คิดว่าเป็นอาการเสื่อมตามวัย แกนนำและทีมผู้วิจัยได้วางแผนในการให้ความรู้ที่สามารถเข้าใจง่าย นำไปใช้ได้ ประสานงานการตรวจสุขภาพที่ไม่เคยได้รับการตรวจ เพื่อที่จะได้มีความรู้และตระหนักในการดูแลตนเอง รวมทั้งวางแผนจัดกิจกรรมต่อเนื่อง 6 กิจกรรม จนสิ้นสุดระยะเวลาการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน แกนนำได้สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันวางแผนการดำเนินงานและ มอบหมายงาน ดังนี้

4. การให้คำแนะนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2.8 คณะผู้วิจัยและแกนนำ ได้ประเมินคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ดังนั้น ควรให้ความรู้ที่สามารถจะนำไปใช้ในการดูแลตนเองและครอบครัวได้ โดยดัดแปลงเนื้อหาวิชาการ ให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย เอกสารประกอบการสอนมีขนาดใหญ่

พร้อมทั้งได้นำสื่ออุปกรณ์ โมเดลกายวิภาคศาสตร์ที่จำลองเสมือนจริง อุปกรณ์ ชั่งตวง วัด ปริมาณต่าง ๆ ที่ใช้ในครัวเรือน ไปใช้ในการสาธิตประกอบการให้ความรู้ ผู้มาร่วมรับฟัง ได้แก่ผู้สูงอายุ ญาติที่พาผู้สูงอายุมา อสม. ครั้งละ 30 – 40 คน หัวข้อในการสอน เรื่องอาหาร ได้แก่ ปริมาณแคลอรีที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวัน ชนิดของอาหารที่มีแคลอรีสูง การสะสมของพลังงานจากการรับประทาน โรคที่เกิดจากการรับประทานอาหาร เช่น เบาหวาน ไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคไต โรคหัวใจ

ด้านการออกกำลังกาย แนะนำเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สาธิตการออกกำลังกายด้วยยางยืด โยคะ การทดสอบประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย โดยสอนการจับชีพจรของตนเอง ภายหลังการออกกำลังกาย

ด้านจิตใจ แนะนำการทำใจให้ยอมรับความเปลี่ยนแปลงของสังคม การปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลาน และเพื่อนบ้าน การฝึกสมอง เพราะจะมีปัญหาเรื่องการหลงลืม ส่วนการทำสมาธิ และการปฏิบัติธรรม ผู้สูงอายุ ได้มีการดำเนินการอยู่เป็นประจำแล้ว

ภายหลังการให้ความรู้ กลุ่มต้องการนำความรู้ไปใช้และเผยแพร่ เสนอให้มีการจัดประกวดในกลุ่มย่อย แต่ละหมู่บ้าน ด้านการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับการรับประทานเองภายในครอบครัว เพื่อการใส่บาตร และ เพื่อการจำหน่าย

สมาชิกของแต่ละหมู่บ้าน ได้วางแผนกำหนดการประกวดอาหาร การออกกำลังกาย และการฝึกสมอง ภายในแต่ละหมู่บ้าน โดยเชิญผู้วิจัยและคณะฯ ร่วมเป็นกรรมการตัดสิน

5. การตรวจเลือดเพิ่มจากที่ได้รับการตรวจตามเกณฑ์ที่กำหนด และการตรวจร่างกายผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ด้วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจเลือดเพื่อทราบระดับน้ำตาลเดือนละครั้ง เมื่อมาตรวจตามนัด ส่วนผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ตรวจเลือดเพื่อทราบระดับไขมันทุก 3 เดือน หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ ส่วนผลการตรวจ อย่างอื่นไม่เคยได้รับการตรวจ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บป่วย ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจเลือดเพื่อทราบระดับ น้ำตาล และวัดความดันโลหิต ปีละครั้ง ผู้สูงอายุมีความประสงค์ที่จะรับรู้ว่าคุณมีความผิดปกติอย่างไรหรือไม่ เพื่อที่จะได้ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ผู้วิจัยและแกนนำในชุมชน จึงมีการร่วมวางแผนการตรวจเลือดและตรวจ ร่างกาย ดังนี้

5.1 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แพทย์ พยาบาล รพ.บ้านนาสาร ขอรับความอนุเคราะห์การตรวจไขมัน การตรวจเอ็นไซม์จากตับ และความเข้มข้นของเลือด เพิ่มเติมจากการได้รับเดิม (เฉพาะเบาหวานและความดัน โลหิต) ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

5.2 การมอบหมายหน้าที่ สถานีอนามัยจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ โดยประสานงานกับ รพ.บ้านนาสาร อสม. เตรียมอาหารว่างเพื่อรับประทานหลังจากเจาะเลือดและลงทะเบียน อบต.จัดรถรับส่ง ผู้สูงอายุที่เดินทางด้วยตนเองไม่ได้ ผู้วิจัยและคณะอาจารย์ดำเนินการเจาะเลือด เจ้าหน้าที่นำส่งรพ.บ้านนาสาร นักวิจัยและทีมตรวจร่างกายตามระบบ เมื่อทราบผลการตรวจเลือด แจ้งผลการตรวจเลือด และให้คำแนะนำ กรณีพบความผิดปกติ ส่งต่อไปพบแพทย์ มีผู้สมัครใจเจาะเลือด 50 คน ซึ่งผลการตรวจเลือด พบความผิดปกติ ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ (Cholesterol) 220-230 mg/dL 10 คน Triglyceride เกือบสูง 150-199 mg/dL 6 คน (ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูง) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 126 - 150 mg/dL 7 คน (ไม่มีประวัติโรคเบาหวาน) ผลเลือดประเภทอื่น SGOT, SGPT, Hb, Hct ไม่พบความผิดปกติ สำหรับผลการตรวจร่างกายโดยคณะผู้วิจัย



พบความดันโลหิต 150/90 mmHg 8 คน ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน 2 30.00-39.99 3 คน พบอาการปวดเมื่อย บริเวณหลัง ไหล่ แขน ขา แต่ไม่มีอาการรุนแรง ทั้งนี้ได้มีการอธิบายผลการตรวจเลือด และแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ สำหรับคนที่ปกติ ให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตนเองได้ปฏิบัติเป็นประจำ เพื่อไม่ให้มีอาการเปลี่ยนแปลง

6. กิจกรรมสร้างเสริมความอบอุ่นด้านจิตใจ

จากการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุต้องการเพื่อนพูดคุย ปกษา ปรับทุกข์ ทีมผู้วิจัยและแกนนำแนะนำจับคู่บัดดี้ โดยมีกิจกรรมตามหาบัดดี้ คือการดูแลเอาใจใส่บุคคลในกลุ่มได้แจ้งรายชื่อว่าเป็นคู่บัดดี้ของตน โดยที่ยังไม่เปิดเผยตัวตน เมื่อครบระยะเวลาของการวิจัย ได้เปิดเผยคู่บัดดี้ ได้สอบถามกิจกรรมการดูแลเอาใจใส่ที่ได้รับจากบัดดี้ว่าควรจะดำเนินการต่อไปหรือไม่ ผู้สูงอายุต้องการให้มีบัดดี้ต่อไป

7. กิจกรรมที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันของแกนนำ เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยแกนนำของชุมชน ภายหลังได้ร่วมคิด ร่วมดำเนินการแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ โครงการสุขภาพครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ส่งผลให้สุขภาพดี มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) ด้านอาหาร มีการประกวดอาหารเพื่อสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่า ส่วนประกอบคืออะไร จำนวนเท่าใด และจะเกิดประโยชน์อะไรแก่ร่างกาย เมื่อขณะภายในหมู่บ้านแล้ว จะนำมาประกวดรอบสุดท้ายร่วมกันทุกหมู่บ้านอีกครั้ง ดำเนินการทุก 3 เดือน 2) ด้านออกกำลังกายมาร่วมกันออกกำลังกายประกอบเพลงไทยสากล สามารถอธิบายได้ว่าการออกกำลังกายประกอบเพลงที่ชอบ และคิดว่ามีประโยชน์ เช่น การยกไหล่ ยกแขนค้างไว้ การยกขา การหมุนตัว ที่สำคัญ คือ ความสนุกสนาน ไม่ได้ถูกบังคับ ทำให้เกิดความสุข ดำเนินการสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 1 ชั่วโมง 3) ด้านการฝึกความจำ ด้วยการ เล่นไพ่ เป็นการ เล่นไพ่ที่ไม่มีการพนัน วัตถุประสงค์เพื่อการแข่งขันการนับคะแนน น้อยที่สุด เป็นผู้ชนะ แสดงถึงการมีเขว่น ไหวพริบ ประโยชน์คือฝึกการคิด นับจำนวนมากน้อย เปรียบเทียบ และฝึกสมาธิในการเล่น วิธีการเล่น ผู้เล่น 5 คน แจกไพ่ จำนวน คนละ 5 ใบ ไม่มีเจ้ามือ คนที่แจกไพ่ จะเป็นคนที่ทิ้งไพ่ก่อนสมาชิก จะดูว่า ไพ่ที่ทิ้งมาคืออะไร คนที่มีไพ่ในมือ ที่มีแต้มมากกว่าไพ่ที่ถูกทิ้ง จะทิ้งไพ่ของตนลง และเก็บไพ่ที่ถูกทิ้งขึ้นมา ถ้ามีแต้มน้อยกว่าไพ่ที่ถูกทิ้ง จะจั่วไพ่ในกองขึ้นมา ถ้าได้แต้มมากกว่าในมือก็ทิ้งลงไปอีก ถ้าน้อยกว่าเก็บไว้ เลือกไพ่ที่มีแต้มมากที่สุดไป จนกว่าจะไม่มีไพ่ในกอง หรือจนกว่าที่แต่ละคนจะคิดว่าตนเองมีแต้มน้อยที่สุด จะตะแคง (หมายความว่าจบเกม) กลุ่มจะกำหนดฝึกกัน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 4) การหารายได้จากความรู้ที่ได้รับเรื่องอาหาร จัดทำอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับใส่บาตร และจำหน่ายภายในชุมชน 5) ด้านจิตใจ สร้างความภาคภูมิใจในตนเอง สอนนักเรียนระดับมัธยมต้น ด้านศิลปะประดิษฐ์ การปักเลื่อมชุดมโนราห์ การถนอมอาหาร เช่น การทำกะทอนอบแห้ง 6) การเล่นเกม (เป็นเกมที่ไม่มีการแข่งขัน) ด้วยเครื่องเล่น ใช้ชุดธรรมดา เน้นเรื่องการแต่งกลอนสด และการร้องให้เข้ากับเนื้อเรื่อง)

ขั้นตอน 5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ

แกนนำชุมชนร่วมกับผู้วิจัย ประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสังเกตพฤติกรรม การบริโภคที่บ้าน ไม่พบปัญหาในการดำเนินงาน อุปสรรคที่พบคือ ต้องนำหลานมาร่วมกิจกรรม เนื่องจากไม่มีคนดูแล แต่ผู้สูงอายุอยากมาเข้าร่วมกิจกรรม ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ คือ ความไว้วางใจเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความเป็นเครือญาติของกลุ่ม มีความปรารถนาดีต่อกัน ห่วงใยกัน

สำหรับผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในเชิงปริมาณพบดังนี้

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน (แกนนำ)

การมีส่วนร่วม	M	SD	ระดับ
1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	3.42	1.15	ปานกลาง
2. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา	3.60	0.76	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา	3.70	0.82	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน	4.50	0.72	มาก
5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.65	0.62	มาก
รวม	3.77	0.84	มาก

ตาราง 1 ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 3.77$, $SD = 0.84$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน ($M = 4.50$, $SD = 0.72$) การมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลางคือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ($M = 3.42$, $SD = 1.15$)

4. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
การบริโภคอาหาร	3.50	0.62	4.50	0.57	10.88	.05*
การออกกำลังกาย	1.50	0.79	2.00	0.84	7.82	.05*
การผ่อนคลายความเครียด	3.50	0.15	4.00	0.52	6.45	.05*
รวม	2.80	0.52	3.50	0.64		

* $p < .05$

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพหลังเข้าร่วมโครงการ ค่าเฉลี่ยภาพรวม ($M = 3.50$, $SD = 0.64$) โดยด้านการบริโภคอาหาร มีค่าสูงสุด ($M = 4.50$, $SD = 0.57$) ด้านการออกกำลังกายมีค่าน้อยที่สุด ($M = 2.00$, $SD = 0.84$)



อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=3.77$, $SD=0.84$) อธิบายได้ว่าผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของชุมชน สมาชิกในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเครือญาติ ทำให้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และเห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุ จึงมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกิจกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนะ สมัครการ และสุพัตรา คำสอน (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกับกิจกรรมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน คือ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว จากเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.444$, $r=0.500$) การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เนื่องจากแกนนำในชุมชน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการเจ็บป่วย จึงมีส่วนร่วมน้อยในการค้นหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่จะนำเสนอได้ในด้านสังคม เศรษฐกิจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชญาณี ไมเนอร์ (2552) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ผู้สูงอายุมีการรับรู้สุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับเจ็บป่วยสูงจะมีส่วนร่วมน้อย ในทำนองเดียวกันเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้สุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับเจ็บป่วยน้อยหรือมีสุขภาพดีจะมีส่วนร่วมมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนามากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมเพื่อชุมชน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทุกด้านในระดับปานกลาง ($M=3.50$, $SD=0.64$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ปัญหาของผู้สูงอายุที่พบจากข้อมูลส่วนบุคคล คือ 1) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ปวดเมื่อย ตามข้อและกระดูก 3) เหนื่อย เครียด 4) รายได้ไม่เพียงพอ โครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) การให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2) การตรวจเลือดและตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติ 3) การจับคู่บัดดี้ 4) การจัดโครงการสุขภาพดีรอบด้าน จำนวน 6 กิจกรรม คือ 1) พฤติกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 1.1) อาหารเพื่อสุขภาพ ยาใบไม้ สามารถอธิบายได้ว่ามีผลต่อร่างกายอย่างไร 1.2) ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สามารถคิดทำออกกำลังกายทุกส่วนของร่างกายด้วยเพลงไทยสากล 1.3) การบริหารสมองป้องกันภาวะสมองเสื่อม ด้วยการ เล่นไพ่ 2) การสร้างรายได้ 2 กิจกรรม 2.1) การปักเลื่อมคริสตัลบนชุดมโนราห์ 2.2) การถนอมผลไม้ในพื้นที่ เช่น กะท้อนอบแห้ง 3) ด้านจิตใจการสร้างภาคภูมิใจในตนเอง 1 เรื่อง ได้แก่ การสอนศิลปะประเพณีทอ (ลิเกปา) ในโรงเรียนประถมศึกษา

จากการดำเนินการวิจัย คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เนื่องจากในการให้ความรู้ ได้ใช้สื่อการสอนที่ชัดเจน เช่น หุ่นจำลองของอวัยวะต่าง ๆ แสดงให้เห็นความผิดปกติ และการได้รับทราบผลการตรวจเลือดของตนเองอยู่ในระดับใด ทักษะคิดของผู้สูงอายุในชุมชนจากการสัมภาษณ์ มีความต้องการที่จะมีพฤติกรรมและกิจกรรม ที่เป็นตัวอย่างแก่ชุมชนอื่น ทำให้มีความสนใจ กระตือรือร้นในการเรียนรู้ คะแนนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คือ การออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 2.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรเพ็ญ ภัทรเดช (2559) ศึกษาเรื่องอำนาจในการทำนายการ

รับรู้ประโยชน์และคุณค่าการออกกำลังกาย ต่อทัศนคติการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา พบว่า การรับรู้ประโยชน์และคุณค่าของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ $r=.505$ และสามารถทำนายได้ร้อยละ 25.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้บุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายตามหลักวิทยาศาสตร์การกีฬา ตลอดจนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นรินทร์ หมั่นแสน และสุชาดา ไกรพิบูลย์ (2557) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่บ้านทุ่งหลุก อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 47 คน พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับดี ปัญหาของผู้สูงอายุ 1) ด้านสุขภาพ 1.1) ร่างกาย มีโรคประจำตัวไม่แข็งแรง 1.2) จิตใจ เหงาและเครียด 2) ด้านการประกอบอาชีพ 3) ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ 3.1) มีสุขภาพดี ไม่มีโรค มีสถานที่ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมร่วมกัน 3.2) ต้องการความเอาใจใส่จากครอบครัว และหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพ 3.3) ต้องการมีรายได้เสริม มีอาชีพ มีตลาดรองรับ 4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 4.1) การตรวจสุขภาพประจำปีจะช่วยให้ทราบปัญหาสุขภาพ และแนวทางป้องกันโรคได้ 4.2) การได้รับการดูแลจากครอบครัว การมีกิจกรรมร่วมกับชุมชนช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น โครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) ธรรมบำบัด ฝึกวิปัสสนากรรมฐาน 2) สถานีออกกำลังกาย (รำไม้พลอง และรำมวยจีน) 3) กิจกรรมเสริมรายได้ สุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้น กิจกรรมต่าง ๆ ยังคงอยู่ แม้ว่าสิ้นสุดโครงการวิจัย สอดคล้องกับ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา (2549) ได้ดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านปราง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี” ได้มีการสำรวจถึงสภาพปัญหาในเบื้องต้น โดยการพูดคุยและพัฒนาโจทย์วิจัยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วมซึ่งการลงพูดคุยในแต่ละครั้ง ได้มีการเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตัวแทนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอำเภอยะรังตัวแทนอสม.ตัวแทนอบต.ปรางตัวแทนสำนักงานเทศบาลอำเภอยะรังตัวแทนคณะกรรมการมัสยิดตัวแทนกลุ่มผู้ชราในชุมชน ตัวแทนเยาวชน ฯลฯ รวมจำนวน 25 คน โดยที่นอกเหนือจากการพูดคุยเพื่อสอบถามสภาพปัญหาในเบื้องต้นแล้ว ยังได้มีการชี้แจงถึงแนวทางในการนำกระบวนการวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยกระบวนการพัฒนาโจทย์วิจัยเป็นไปอย่างเรียบง่าย ซึ่งในช่วงแรกเป็นการแนะนำตัวสำหรับผู้ที่ยังไม่เคยเข้าร่วมประชุม หลังจากนั้นเป็นการสอบถาม ถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยที่สภาพปัญหาต่าง ๆ สามารถแบ่งได้ตามประเภทต่าง ๆ ดังนี้ ปัญหาด้านสุขภาพกาย 1) โรคความดันโลหิตสูง 2) โรคข้อเสื่อม 3) โรคดวงตาฝ้าฟาง 4) เบื่ออาหาร ทานข้าวไม่ลง 5) นอนไม่หลับ ปัญหาด้านสุขภาพจิต 1) รู้สึกเหงาว่าเหว เนื่องจากลูกหลานแยกครอบครัว และบางส่วนไปทำงานต่างประเทศ (มาเลเซีย) และในตัวเมือง 2) มีความกังวลว่าเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยจะไม่มีผู้ดูแลปัญหาด้านเศรษฐกิจ/ปากท้อง/รายได้ขาดรายได้เสริม ซึ่งบางครั้งเงินที่ลูกหลานส่งไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ซึ่งลูกหลานบางคนให้เงินนาน ๆ ครั้ง ปัญหาอื่น ๆ (จากการนำเสนอของอิหม่ามประจำมัสยิดปราง) ได้แก่เรื่องซารีกัตสำหรับผู้เสียชีวิต (กองทุนสวัสดิการเพื่อผู้เสียชีวิตและครอบครัว) สิ่งในกลุ่มต้องการและมีแนวทางในการพัฒนาส่งเสริม โดยการใช้กระบวนการวิจัยในการสร้างการเรียนรู้ช่วยเหลือและสนับสนุน ได้แก่ การรวมตัวช่วยเหลือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในการรับยา หรือรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล รวมกลุ่มเพื่อผลิตอาหารจำหน่ายเพิ่มรายได้ ให้คำแนะนำการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย



การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการดำเนินการวิจัยที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาคุณลักษณะของแกนนำ การทำความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องการแสดงความสามารถ เป็นตัวอย่างแก่คนอื่น แนะนำผู้อื่นได้ จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความกระตือรือร้น ที่จะแสวงหาความรู้จดจำ นำไปใช้ กลวิธีดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ เป็นวิทยากรในการจัดประชุมสาธิตให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ได้รับทราบผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง
3. ควรถ่ายทอดให้ผู้สูงอายุในตำบลอื่นผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
4. ควรสนับสนุนให้ทำอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อจัดเลี้ยงในงานพิธีต่าง ๆ ของชุมชน และการผลิตเพื่อจำหน่ายในตลาด
5. ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุนำความรู้เหล่านั้นไปใช้ให้เหมาะสมกับตนเองในด้านอื่น ๆ เช่น การป้องกันโรคเรื้อรังชนิดอื่น
6. การร่วมกิจกรรม ควรให้ความสำคัญและยอมรับในศักยภาพของทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ประเมินประสิทธิผลและความคงอยู่ของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เดิม
2. ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่แต่ละภูมิภาค เนื่องจากมีบริบทแตกต่างกัน
3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายการอ้างอิง

- จรรยา ภัทรเดช. (2559). อำนาจในการทำนายนการรับรู้ประโยชน์และคุณค่าการออกกำลังกายต่อทัศนคติการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(1): 158-173.
- ชนะ สมักรการ และสุพัตรา คำสอน. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. เอกสารประกอบรายงานการประชุม นเรศวรวิจัยครั้งที่ 12 พ.ศ. 2557: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ, 758-769.
- ชญาณี ไมเนอร์. (2552). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, (1)1: 92 - 101
- ถาวร สกุลพานิชย์. (2554). รายงานการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 57 จาก <https://www.nationalhealth.or.th/node/561>



- นรินทร์ หมั่นแสน และสุชาดา ไกรพิบูลย์. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่บ้านทุ่งหลุก อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลสาร*. (41)1: 1-12.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). *การเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับบริบทของสังคมผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 58 จาก <http://www.thaigri.org/>.
- มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา. (2549). *รายงานการวิจัยกระบวนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านปรางอ.ยะรัง จ.ปัตตานี*. สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 58 จาก <http://www.nrct.go.th>.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งเตา. (2557). *รายงานประจำปี 2557 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งเตา*. (เอกสารอัดสำเนา).
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2550). *การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 57 จาก <http://www.agingthai.dms.moph.go.th>
- สุรางค์ จันทวานิช. (2551). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554*. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์.
- อคิน ระพีพัฒน์. (2527). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภารการพิมพ์.
- Best, J. W. (1997). *Research in Education*. 3rded. New York: Prentice Hall.