

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ AIC: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านแต อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง

สุจินดา สุขรุ่ง*, อารยา ปรานประวิตร**, อารี พุ่มประไทย์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR : Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แกนนำชุมชน จำนวน 14 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน คือ Paired T-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.09 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 ($p < 0.05$) และกิจกรรมที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน 3 อันดับ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) กิจกรรมการนัดแผนโบราณสมุนไพร และ 3) กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพ กระบวนการ AIC.

* สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

** สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

*** สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

**COMMUNITY PARTICIPATION FOR HEALTH PROMOTION
OF THE ELDERLY WITH AIC TECHNIQUE IN ROMMANEE
SUB – DISTRICT, KAPONG DISTRICT, PHANGNGA PROVINCE**

Sujinda Sukrung , Araya Pranpravit** , Ari Pumprawi****

ABSTRACT

This participatory action research with AIC technique aimed 1) to study the community participation on the health promotion behavior of the elderly. 2) to compare mean score of health promotion behavior. The respond participant consisted of 14 leaders in the community and 30 elderly. The tools in the study were 1) the interview guide for the focus group. and the questionnaire of health promotion behavior. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The results revealed that, mean score of the health promotion behavior after the intervention was higher than the one before the intervention with statistically significance at .05. However the activities which most selected by community were 1) education regarding health promotion 2) Thai tradecraft herb and message and 3) Health promotion behaviors activities for elderly.

Key words: Elderly , health promotion , PAR : Participatory Action.

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อปี พ.ศ.2553–2557 ที่ผ่านมามีประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย มีราว 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด อีก 20 ปีข้างหน้า ใน พ.ศ.2577 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 19 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557)¹ และจาก ข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน คาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ซึ่งหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ได้ร่วมกันดำเนินงานเพื่อ คัดกรอง ส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุ (มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)²

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วง การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดย สมบูรณ์ (Aged Society) โดยจากข้อมูลของ United Nations World Population Ageing พบว่า หลังจากปี 2552 ประชากรที่อยู่ในวัย ฟังฟังได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ จะมีจำนวน มากกว่าประชากรในวัยแรงงาน และในปี 2560 จะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ ประชากรเด็กจะมีจำนวนน้อยกว่าผู้สูงอายุ

สถานการณ์นี้เป็นผลมาจากการลดภาวะ เจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว และการลดลงอย่างต่อเนื่องของระดับการตายของประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของ ไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)² อีกทั้งใน สังคมไทยนั้นมีสาเหตุหลักเนื่องมาจากการ ลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากร ผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบ เศรษฐกิจ ผลกระทบด้านสังคมคือการพึ่งพิง สมาชิกในครอบครัวที่สูงขึ้น อันเนื่องมาจาก ภาวะถดถอยทางกายภาพของผู้สูงอายุ ซึ่ง ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของ ประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (สุชาติดา ทวีสิทธิ์ และ สวริย์ บุญยमानนท์, 2553)³

จากผลจากบันทึกการตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนับแต่ ปี 2558 พบว่า การเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาใน เรื่องการปวดเมื่อยตามร่างกาย สายตาพร่า มัว เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และยังมี ผู้สูงอายุบางส่วนถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง คนในครอบครัวต้องไปทำงาน ไม่ได้รับ การเอาใจใส่จากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุเหงา ว่าเหวไม่ ร่าเริง และไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน เวลาว่างจากการประกอบอาชีพมี

การรวมกลุ่มทำกิจกรรมแต่ยังขาดความยั่งยืนของกิจกรรม จากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้หน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น ครอบครัว ชุมชน ฯลฯ รัฐบาลไทยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจึงได้กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ตามนโยบายเมืองไทยสุขภาพดี โดยเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งใจและกาย ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ก็มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพฯ มีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องของผู้สูงอายุ เพื่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เพราะสุขภาพร่างกายของคนวัยสูงอายุนั้น มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้ง่าย ซึ่งจะสอดคล้องกับแผนการพัฒนาระดับชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ที่เน้นลักษณะของการมองคนเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติจากหลายหน่วยงานและกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละด้านอย่างชัดเจน และผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)⁴ ดังนั้น การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา รวมถึงการไม่เจ็บป่วยหรือ

ปราศจากโรคและยังรวมถึงการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ของร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ดำเนินการแบบแยกส่วน และขาดการมีส่วนร่วม โดยการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข การดูแลในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทยที่ทำหน้าที่จัดสวัสดิการ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553)⁵ การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงานพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการ โดยที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน ซึ่งมีความคิดเห็นและความรับผิดชอบร่วมกันต่อการดำเนินการพัฒนาไปในทิศทางที่ต้องการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ สำหรับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่า การทำกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ที่เรียกว่า เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) เป็นวิธีการสำคัญที่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายเป็นวิธีการที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ร่วมกันสรรค์สร้าง เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการที่ชัดเจน จนกลุ่มสามารถ

กลั่นกรองความคิดที่มีอยู่ทั้งหมดออกมาเป็นประเด็นความเห็นพ้องต้องกันที่นำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พานทอง ผุดพ่อง, วิริติ ปานศิลา, ดนัย ชีวันดา 2554)⁶ ที่ผ่านมารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบันแต่ยังมีปัญหาทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบันแต่พบว่าการดูแลสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการดำเนินงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน อีกทั้งบุคลากรมีน้อย และยังขาดทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ ขาดการประสานการมีส่วนร่วมและการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นระบบ

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเริ่มจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 จนต่อเนื่องถึงฉบับที่ 10 ได้นำแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล มุ่งหวังที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางบวก พัฒนาศักยภาพมีระดับสุขภาพที่ดีขึ้น ในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุนอกจากผู้สูงอายุต้องดูแลสุขภาพของตนเองแล้วแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) อันได้แก่ครอบครัวชุมชน หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูการรักษาสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ สังคม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนนั้นเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้นำทุกอย่าง ซึ่งไม่ใช่การกำหนดภายนอกแล้วให้ชุมชนเข้าร่วมแต่เป็นเรื่องที่ชุมชนคิดเอง โดยแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา 2) ร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผน 3) ร่วมในการแก้ปัญหา 4) ร่วมในการดำเนินงานตามแผน และ 5) ร่วมในการประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ และอาจกล่าวได้ว่าเป็นการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของชุมชนในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมจัดทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นและเป็นการปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ (กณิกนันต์ หยกสกุล, 2551)⁷

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบันแต่อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน มุ่งมั่นสนับสนุนนโยบายของรัฐบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยในปี 2560 ได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเพื่อให้ประชาชนได้มีทางเลือกในรักษามากขึ้น

แบบครบวงจร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ และเพื่อความสะดวกในการเข้าถึงของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ AIC : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง โดยการนำทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนมาจัดทำเป็นรูปแบบ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสนับสนุนชักจูงให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เป็นแนวทางปฏิบัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมของชุมชนที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงในอนาคต และชุมชนอื่นๆ ยังสามารถนำรูปแบบการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์ในชุมชนของตน ต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ AIC : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ AIC : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลปันแต ประชานชุมชนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลปันแต หมู่ที่ 8 –12 ตำบลปันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง กลุ่มศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มที่ 1 แกนนำ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลปันแต ประชานชุมชนกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลปันแต ที่มีความสมัครใจและให้ความร่วมมือเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่สามารถแสดงความคิดเห็นมีความรู้ความเข้าใจและเคยเข้าร่วมกิจกรรมการระดมความคิดเห็นด้านสุขภาพและงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง

(Purposive) ได้กลุ่มศึกษา จำนวน 14 คน ดังนี้

1. ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน
2. สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลปันแต จำนวน 2 คน
3. ประธานชุมชนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน
4. กลุ่มแม่บ้าน จำนวน 2 คน
5. กลุ่มเยาวชน จำนวน 2 คน
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน
7. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สมัครใจแล้วได้รับการคัดเลือกในแต่ละหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 6 คน จำนวน 5 หมู่บ้าน รวม 30 คน

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. จากแบบสอบถามที่พัฒนาจากเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในชุมชน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)⁹ ประกอบด้วย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (Best, 1981)¹⁰

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบกับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแพรงหา อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (1990)⁸ (Cronbach'alpha coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 ขึ้นไป ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา = 0.95

1.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงมาจัดพิมพ์และนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเก็บข้อมูล เพื่อศึกษาสภาพปัญหา แนวทางในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมใช้การระดมความคิด แสดงความเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย

1. ความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุ

2. กลยุทธ์และหลักการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลตนเองในผู้สูงอายุในชุมชน

3. ศักยภาพและความสามารถของชุมชนในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. วิธีปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (%)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ผลกระบวนกร AIC เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) เพื่อสรุปและนำไปเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับประเด็นที่ศึกษา

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการ

ทำกิจกรรม โดยใช้สถิติทดสอบค่า paired T-test

ผลการศึกษา (Results)

1) จากผลของการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล บันต๊ะ จำนวน 2 คน ประธานชุมชนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน กลุ่มแม่บ้าน จำนวน 2 คน กลุ่มเยาวชน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีสถานภาพสมรส จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001 บาทขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ซึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 78.57 และแกนนำส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ตามลำดับ

2) ผลของการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุ 50-59 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 และมีโรคประจำตัว จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ

3) โครงการที่ได้จากการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

โครงการที่ดำเนินการเสร็จแล้ว จำนวน 3 โครงการ ได้แก่

1) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก 5 อ. (อาหาร อารมณ์ อากาศ ออกกำลังกาย และอุจจาระ) และการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม หลังเข้าร่วมโครงการพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีขึ้น เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย มีการรวมกลุ่มเดินเป็น

ระยะทาง 2-3 กิโลเมตร ใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีการออกกำลังกายโดยการขยับเขยื้อน ขา หรือบิดหมุนร่างกาย สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 10-20 นาที ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์มากขึ้น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น มีการดูแลสุขภาพจิตโดยการนั่งสมาธิและปฏิบัติธรรมสม่ำเสมอ มีความรู้เจตคติ ทักษะและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ตลอดจนชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารการป้องกันโรคต่างๆ ทางหอกระจายข่าวทุกวันทั้ง 1 และ 15 ของทุกเดือน

ทั้งนี้ ยังปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำโครงการดังนี้ ผู้สูงอายุยังขาดความเข้าใจ และขาดความสนใจในกิจกรรมเพื่อสุขภาพ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดความอบอุ่น บุตรหลานไปทำงานอยู่บ้านคนเดียว ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัว อันประกอบด้วย ลูกหลาน ฯลฯ ควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน
2. ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก

ยกตัวอย่างเช่น เวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและดักข้าวให้

3. ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่

4. อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่างๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่างๆ ลูกหลาน ควรจัดเตรียมข้าวของต่างๆ ให้และจัดการรับส่งหรือเป็นเพื่อน

5. เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายหรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย

6. ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่ หรือต้องการไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจ และพาลูกหลานไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อเกิดความรู้สึกอบอุ่น

7. ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียน หรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตร มาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงา พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

8. ให้ความสำคัญเห็นคุณค่า และเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชิ่พังคำสั่งสอนและข้อแนะนำจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของ

ไทย เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น

9. ให้อภัยในความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้น ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย

10. ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาล ยามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนัก เรื่อง

2) การจัดตั้งกลุ่มสุขภาพ เช่น นวดแผนโบราณสมุนไพร หรือกลุ่มอื่นๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพ หลังเสร็จสิ้นโครงการ พบว่าผู้เข้าร่วม มีความรู้ในการนวดเพื่อผ่อนคลาย มีความรู้ในการทำลูกประคบสมุนไพร และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง และผู้อื่นได้ นอกจากนี้ มีสมาชิกในกลุ่มนวดแผนโบราณด้วยสมุนไพร กำลังขยายผลเพื่อผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อส่งจำหน่าย เป็นการสร้างรายได้แก่สมาชิกด้วย อีกทั้ง สมาชิกในกลุ่มยังมีความเข้มแข็ง และมีการรวมกลุ่มฟื้นฟูความรู้ และซักถามปัญหาต่างๆ ของสมาชิกเพื่อร่วมกันแก้ไข โดยกำหนดเป็นทุกวันที่ 5 ของเดือน

3) โครงการส่งเสริมผู้สูงวัยใส่ใจรักสุขภาพ พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ผู้สูงอายุมีโอกาสแสดงความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ตนเอง ครอบครัว และ

ชุมชน ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

จากผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วม กิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมี ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.09 และหลังเข้า ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 ($p = 0.00$) จำแนกรายด้านได้ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อ ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยก่อนเข้า ร่วมกิจกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่าน ไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความ ผิดปกติอย่างน้อยปีละครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.96 อยู่ใน ระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม มี ค่าเฉลี่ย 4.25 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.00$) รองลงมา คือ ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.85 อยู่ในระดับปานกลาง และ หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.16 อยู่ใน ระดับมาก ($p = 0.00$) และ ท่านปรึกษาผู้อื่น เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ

ของท่าน มีค่าเฉลี่ย 2.74 อยู่ในระดับปาน กลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.13 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.00$)

2. ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมข้อที่มี ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว รำมวยจีน รำไม้พลอง ค่าเฉลี่ย 2.98 อยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วม กิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.36 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.03$) รองลงมา คือ ท่านออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 – 30 นาที มีค่าเฉลี่ย 2.94 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วม กิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.33 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.03$) และท่านออกแรงในการทำกิจกรรม อื่นๆ เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ก่อนการเข้า ร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 3.11 อยู่ในระดับปาน กลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.15 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.03$)

3. ด้านโภชนาการ พบว่าก่อนและ หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม ด้านโภชนาการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยก่อนเข้า ร่วมกิจกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่าน รับประทานอาหารผัก ผลไม้ ค่าเฉลี่ย 3.23 อยู่ใน ระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม มี ค่าเฉลี่ย 4.16 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.00$)

รองลงมา คือ ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว มีค่าเฉลี่ย 3.30 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.14 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.04$) และท่านดื่มเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เช่น นม น้ำเต้าหู้ หรือน้ำสมุนไพร มีค่าเฉลี่ย 3.20 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.04 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.00$)

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 3.35 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.15 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.01$) รองลงมา คือ ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่นเมื่อต้องการ ค่าเฉลี่ย 3.43 อยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.14 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.00$) และท่านพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 3.34 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.11 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.19$)

5. ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านเตรียมพร้อมที่จะพบความเปลี่ยนแปลงในอนาคต ค่าเฉลี่ย 3.23 อยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.19 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.00$) รองลงมา คือ ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 3.06 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.14 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.01$) และท่านดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้ ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 3.19 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.13 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.01$)

6. ด้านการจัดการความเครียด พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ ค่าเฉลี่ย 2.98 อยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.16 อยู่ในระดับมาก และ ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.04 อยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.16 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.00$) รองลงมา คือ ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการทำงานอดิเรกหรือ

การออกกำลังกาย ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.95 อยู่ในระดับปานกลาง และ หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.13 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.04$) และท่านพยายาม ค้นหาสาเหตุของความไม่สบายใจและแก้ไขที่สาเหตุ ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.84 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.11 อยู่ในระดับมาก ($p = 0.00$)

วิจารณ์ (Discussion)

จากผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p = 0.00$) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าชุมชนเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขเองเป็นผู้ที่ คำนึงถึงพื้นที่ทำงานด้านนี้เป็นประจำ มีความรู้เกี่ยวกับการทำงาน และเข้าใจพื้นที่ ปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างดี โดยมีการจัดทำโครงการให้ความรู้กิจกรรมการป้องกันโรคต่างๆ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ครบหลัก 5 หมู่ มีแกนนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดตั้ง

กลุ่มสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม มีสุขภาพดีและรู้จัก การเข้าสังคมมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ AIC มีผลทำให้ชุมชนมีความรับรู้การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมสะท้อนมุมมองของชุมชนเห็นปัญหาของชุมชนและสร้างความตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพทั้งต่อครอบครัวและชุมชนเกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และร่วมรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในสิ่งที่เห็นว่าที่มีคุณค่า เป็นประโยชน์และความจำเป็นของชุมชนที่สนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จินตณัฏฐา พงษ์ดี (2558)¹¹ ศึกษาเรื่อง ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการวัดปัญหาสุขภาพในมุมมองของผู้สูงอายุ ซึ่ง พบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพในระดับมาก และสอดคล้องกับการวิจัยของ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2558)¹² ศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วม

ของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนเข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแนวคิดการสร้างพลังอำนาจและแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชน พัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และจากผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปานชีวา ณหนองคาย (2551)¹³ ศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า หลังการ

เข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผู้สูงอายุมีสุขภาพโดยรวม และรายด้านทั้ง 7 ด้าน ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชันญะวีร์ จิตวัฒนานนท์ (2552)¹⁴ ศึกษา เรื่อง การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC: กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อมอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ AIC ส่งผลให้กลุ่มสามารถร่วมกันวางแผนได้โดยการสะท้อนภาพในอดีตและปัจจุบัน เกิดความต้องการที่จะแก้ไขและพัฒนา กำหนดวิสัยทัศน์สุขภาพของตำบลได้ กลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา/พัฒนาสุขภาพของตำบล ตัดสินใจร่วมกันในการจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการและสามารถกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมที่จะปฏิบัติโดยเขียนรายละเอียดในแผนปฏิบัติการได้ ซึ่งการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) เป็นวิธีที่เหมาะสมทำให้มีการรวมกลุ่มจากหลายฝ่าย ได้ร่วมสะท้อนมุมมองของชุมชนเห็นปัญหาของชุมชนและสร้างความตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพทั้งต่อครอบครัวและชุมชนเกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นวิธีการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ ศรีบุญญา นพวิบูลย์ (2556)¹⁵ ศึกษา เรื่อง การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านคูคเหนือ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านคูคเหนือ หลังร่วมทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจกภัย (2558)¹² ศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 18.6

ข้อยุติ (Conclusions)

หลังจากผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ AIC : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของอาหารที่บริโภคที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ผู้สูงอายุมีการพูดคุย เกิดการผ่อนคลาย ได้ร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม ไม่เกิดอาการเครียด และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุขตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร

สาธารณสุขในชุมชน และประชาชนในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัย เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ AIC : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า ยังมีผู้สูงอายุยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ หรือหาสิ่งใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน มีความเครียด และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ขาดความสนใจในกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

1. ในการจัดกิจกรรมใดๆ ควรคำนึงถึงปัจจัยและสภาพแวดล้อมของชุมชน รวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ของผู้สูงอายุแต่ละคน ด้วย หากผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่เพียงพอควรมีการสนทนาชี้แจงแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีรายได้เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการใช้ชีวิตอย่างปกติสุขต่อไป
2. ผู้สูงอายุบางคนยังมีวิถีดูแลสุขภาพตนเองหรือจัดการความเครียดของตนเองไม่ถูกต้อง ดังนั้นในการจัดกิจกรรมควรเน้นการ

เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะ เพื่อนๆ และมีห้องเรียน ห้องสนทนา การ จัดกิจกรรมอบรมจริยธรรม เนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่าการจัดกิจกรรมทางสังคมที่มุ่งเน้นไปในทางการบริหารจัดการใจให้กับผู้สูงอายุ จะเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้

3. จากผลการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ยังมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนไม่เข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้น ควรส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยการให้บุตรหลานหรือคนใกล้ชิดกระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้กระบวนการด้านสุขภาพ ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ พาผู้สูงอายุไปออกกำลังกาย หรือทำงานอดิเรกตามความถนัด เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณค่า

การศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยแบบเจาะจงเพื่อหาแนวทางพัฒนาเฉพาะด้าน เช่น ด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสภาพแวดล้อม หรือด้านครอบครัวสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาที่เจาะลึกยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนาการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

3. การสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ เพื่อสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน รวมถึงเป็นการกระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างครอบคลุมต่อไป

สถานะองค์ความรู้

จากผลการวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ เป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา เป็นการแสดงถึงศักยภาพของประชาชน และการเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเป้าหมายในการพัฒนาเกิดการวางแผน และตัดสินใจร่วมกัน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบให้กับครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า ตลอดจนเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.อารยา ปราณประวีตร และ ผศ.ดร.อารี พุ่มประไวยุทธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ด้วยความเอาใจ

ใส่อย่างดียิ่ง คุณค่าและคุณประโยชน์ จาก การศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Institute for Population and Social Research (IPSR) Mahidol University. Situation of Thai Elderly 2013. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2013. [in Thai].
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai Elderly 2012. Bangkok: Amon Printing; 2012. [in Thai].
3. Suchada Tawesit , Svalai Bunyamanon. Value of the Elderly from the Eyes of Thai Society. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2012. [in Thai].
4. Ministry of Social Development and Human Security. Participate needs in the development of society the elderly Case study of General Purpose Elderly in the community Bangkok. Bangkok: Promotion and Elderly Car; 2007. [in Thai].
5. Health Insurance System Research Office. Civil Servant Medical Benefit Scheme: the need for reform. [Online] 2012 [Cited 2018 March 14]. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/?na> me=knowledge&file=read knowledg e&id=12.
6. Pantong Pudpong, Virat Pansila, Dnai Teewanda. Community Participation develop model for health promotion in elderly at Ban Gudjok, Num Khum Yai Subdistrict, Muang Yasothon District, Yasothon Province. Mahasarakham Hospital journal 2555; 9(2): 44-45. [in Thai].
7. Kaniknan Yoksakul. Participation of the elderly in creating health activities. [Master of Education, Health Promotion]. Chiang Mai: Graduate school Chiang Mai University; 2008. [in Thai].
8. Cronbach, Lee. J. Essentials of Psychology Testing. 5th ed. New York : Harper Collins Publishers Inc; 1996.
9. Pender,N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Nor walk: Appleton & Lange; 1996.
10. Best, J. W. Research in education (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall; 1981.
11. Jinnicha Pongdee, Piyathida Kuhirunyaratn. Problems and health needs of the elderly in the area of responsibility of the Muang baeng Tambon Health Promotion Hospita,

- Nong ya phung Sub-district, Wang sa phung District, Loei Province. Community Health Development Quarterly Khon Kean University 2558; 3(4): 561-576. [in Thai].
12. Paiboon Pongsaengpan, Yuvadee Rodjarkpai. Community Participation on Elderly Health Promotion in Eastern Thailand. The Public Health Journal of Burapha University 2014; 9(2): 13-19. [in Thai].
13. Pancheewa N Nongkhai. Development a participatory learning model for adjusting health behaviors of the elderly in Changwat Udon Thani. Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University 2009; 28(3): 80-95. [in Thai].
14. Chanatawie Thitawattananon. Improving community participation in health promotion program planning through AIC process : A Case study in Tambon Nong Phai Lom Mueang Nakhon Rathcasima. Maharat NaKhon Ratchasima Hospital Medical Bulletin 2011; 34(2): 1-6. [in Thai].
15. Sarinya Nopwiboon. Development of community participation in the elderly health promotion of Ban Kook Nhua, Si Satchanalai District, Sukhothai Province. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013. [in Thai].