



คอลัมน์ การสร้างเสริมสุขภาพ

ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ*

อรรณพ แผนคง** พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

สุนทรีย์ คำเพ็ง** กศ.ด. (การบริหารการศึกษา)

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 60 คน ที่อาศัยอยู่ ณ อำเภอตอนพุต จังหวัดสระบุรี ดำเนินการวิจัยร่วมกับนักวิจัยท้องถิ่นโดยการระดมความคิดเห็นจากชุมชน ร่วมค้นหาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้งสิ้น 3 กิจกรรม และประเมินโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยมุ่งเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก สิ่งที่สำคัญคือ การประสานงานและการสนับสนุนให้ผู้แทนของชุมชนมีส่วนร่วมตลอดโครงการ

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล

*งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประจำปี 2551

**อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท จ. สระบุรี E-mail: kag302000@yahoo.com

ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรของประเทศไทย มีแนวโน้มเข้าสู่สภาวะที่เรียกว่า ภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) ซึ่งภาครัฐกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2564) โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดจนครอบครัว ชุมชน สังคม และภาครัฐมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ด้วยภาวะที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมโทรมตามวัย ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุตามมา ปัญหาสุขภาพที่เกิดหากได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุก็จะเป็นปกติ แต่ถ้าวการดูแลนั้นไม่ดีเท่าที่ควรมักก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพตามมา ปัจจุบันปัญหาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นและควรตระหนักถึงความสำคัญนั้นคือ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสาเหตุนี้มาจากความสูงอายุ และโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงซึ่งพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 2-3 ของประชากรผู้สูงอายุ (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ, 2547) ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อบ้านต่อผู้สูงอายุ เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากระดับความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยการค้นหาแนวทางการป้องกันและชะลอการเกิด รวมถึงการสนับสนุนผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและอยู่กับผู้สูงอายุอย่างปกติสุข

ด้วยเหตุนี้ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงมีการปรับเปลี่ยนเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุก และเน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาลในปัจจุบัน การสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

ผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ อำเภอตอนพุท จังหวัดสระบุรี พบประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17 โดยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทั้ง 2 โรคนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่า มีภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ อำเภอตอนพุท คิดเป็นร้อยละ 15 จากประชากรสูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี, 2551) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงจัดทำโครงการ “การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน” โดยพิจารณาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว และชุมชน อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

การทบทวนวรรณกรรม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีผู้ให้ความหมายดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; Barry, 2001) ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในส่วนของการเลือกสมองมีผลต่อความบกพร่องในด้านสติปัญญา มีภาวะเสื่อมลงโดยเฉพาะในเรื่องความจำ เป็นความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจบกพร่อง ความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลงรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและการควบคุมอารมณ์ โดยที่ระดับความรู้สึктัวนั้นปกติ อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน อาการที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อม (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2547) ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ความเครียด (stress) ภาวะซึมเศร้า และฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) เป็นต้น

อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530) มีดังนี้

1. ระดับอ่อน หรือระดับที่ไม่รุนแรง (mild) ระยะเวลา 1-3 ปี จะมีอาการสูญเสียความทรงจำที่เห็นได้ชัดคือ การสูญเสียความทรงจำระยะสั้น มักมีคำถามซ้ำๆ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้

2. ระดับปานกลาง (moderate) ระยะเวลา 2-10 ปี ความจำระยะสั้นมีการเสื่อมเพิ่มมากขึ้น การดูแลตนเองเริ่มบกพร่อง จะพบความผิดปกติทางจิตและอาการแสดงทางด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ได้แก่ อาการตื่นเต้นวุ่นวาย (agitation) ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดในช่วงเย็น (sundown phenomenon) หลงทาง (wandering) พฤติกรรมการติดผู้ดูแล (shadowing) และพฤติกรรมต่อต้าน เป็นต้น

3. ระดับรุนแรงมาก (severe) ระยะ 3-12 ปี เป็นระยะสุดท้ายของโรค จะสูญเสียความจำจนไม่สามารถจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อตนเองไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้

ดังจะเห็นได้ว่าระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพกับผู้สูงอายุตามระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นรวมถึงเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อุบัติเหตุ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการนอนนานๆ การสำลัก ดังนั้นจึงควรหาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการสนับสนุนให้มีผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิด เป้าหมายหลักของการดูแล คือ การคงไว้ซึ่งสภาพความจำของสมองของผู้ป่วยไว้นานที่สุด และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2545) แต่ผลกระทบที่ผู้ดูแลนั้นได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย และมีการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยอย่างมากทางด้านจิตใจส่งผลกระทบทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ สำหรับทางด้านบวกเป็นการแสดงออกถึง

ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความกตัญญูทวนเวียนและเกิดความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกัน ทางด้านลบพบว่า เกิดความรู้สึกวิตกกังวลกับอาการของผู้สูงอายุ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจและรู้สึกคับข้องใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย รู้สึกอาย รู้สึกโกรธ สำหรับทางด้านสังคมและเศรษฐกิจมีผลต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษารวมถึงอาจมีผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวตามมาได้เช่นกัน (Thomas, 2002)

สำหรับแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดต่อไปได้เกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการต่อไปนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543)

1. มีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้รับการดูแล

2. ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น แสดงถึงความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือจากสังคม

3. ได้รับการบริการ ซึ่งการบริการที่ให้แก่ช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลชุมชน เป็นต้น

แนวทางการจัดการกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุนั้น สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยการค้นหาวิธีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสามารถสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง การสนับสนุนผู้ดูแล ครอบครัวให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม รวมถึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตามนิยามของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีความสอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ที่เน้นการฟื้นฟูสภาพกลับมาทำหน้าที่ได้สูงสุด หรือคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ทำหน้าที่ได้มากที่สุด โดยผู้สูงอายุจะสามารถสร้างเสริมสุขภาพได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับ ศักยภาพของบุคคลทัศนคติผู้สูงอายุ ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่

ครอบครัว ชุมชน รวมถึงพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ กลวิธีหนึ่งคือการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีระบบ จัดระบบบริการเยี่ยมบ้าน ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพกายและจิต การมีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือกันเอง

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจึงเป็นกระบวนการที่สามารถสร้างกระบวนการทัศนหรือความเชื่อของชุมชนในการสร้างสุขภาพ โดยการสร้างความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมแก้ปัญหา ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงบูรณาการระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสุขภาพ และภาคีหุ้นส่วนด้านสุขภาพอื่นๆ ภายใต้ความแตกต่างที่หลากหลายและบริบทของสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ตลอดจนการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ด้วยการค้นหาแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดกลยุทธ์การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินเป็นขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการดำเนินงาน (ประภาพร จินนิตยา, 2549)

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่จะประสบความสำเร็จได้นั้น ขึ้นอยู่กับกลวิธีการสร้างเสริมพลังอำนาจระดับชุมชน โดยการที่

สนับสนุนให้ชุมชนสามารถตัดสินใจวางแผนดูแลสุขภาพชุมชนด้วยชุมชนเอง โดยอาศัยกระบวนการความร่วมมือระหว่างภาคีหุ้นส่วน ได้แก่ สมาชิกชุมชนที่มีสุขภาพ และนักวิชาการ ร่วมกันดำเนินงานและรับผิดชอบในบทบาทของตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน และปรับปรุงสุขภาพในชุมชน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนจากการทำงาน ซึ่งกลไกของกระบวนการมีส่วนร่วมสามารถสนับสนุนให้ผู้เข้ามามีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกทางบวก และอุทิศแรงกายแรงใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถจนบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม อันแสดงออกถึงความพึงพอใจ (สุภาลักษณ์ ชัยอนันต์, 2551)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งผสมผสานกันระหว่างมิติการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อันมีรูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล ครอบครัว องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โดยการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ กำหนดแนวทางในการช่วยเหลือ สำหรับกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยจัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ มีการจัดกิจกรรมสนับสนุนความรู้และทางด้านการจิตสังคมสำหรับผู้ดูแล รวมถึงการฝึกทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในกลุ่มอาสาสมัครของชุมชน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะส่งเสริมให้ชุมชนนั้นเป็นชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถดูแลชุมชนได้ด้วยตนเองและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของคานากาวา และคณะ (Kanagana et al., 2006) พบว่าการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ควรมีการประเมินอาการสมองเสื่อม

ตั้งแต่เริ่มแรก มีการสร้างอาสาสมัคร มีกิจกรรมการดูแลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องแสดงถึงชุมชนมีความรู้สึกพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียวกลุ่มวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอตอนนพุด จังหวัดสระบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการวิจัยในครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอตอนนพุด จังหวัดสระบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงหรือเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และผ่านการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) โดยผลการคัดกรองค่าคะแนนมีระดับคะแนนสูงกว่า 23 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ค่าคะแนน

ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depressive Scale: TGDS) อยู่ในช่วงคะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล ที่มีคะแนนมากกว่า 12 คะแนน หมายถึง ผู้ที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นน้อย

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทย ได้ มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ในฐานะ สามเณร ภรรยา บุตร หลาน พี่น้อง ลูกสะใภ้ หรือ หลานสะใภ้

2.2 อาสาสมัครผู้ดูแล คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างจากประชากรตามคุณลักษณะที่กำหนดกลุ่มละ 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองแยกโรคผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่

2.1 แบบทดสอบสภาพทางสมองของไทย (TMSE) เป็นแบบทดสอบคัดกรองวินิจฉัย และติดตามประเมินผลในผู้ป่วยความจำเสื่อม สร้างโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2536) จำนวน 30 คะแนน โดยระดับคะแนนสูงกว่า 23 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการทดสอบหาระดับความเที่ยง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ได้เท่ากับ .92

2.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ที่พัฒนาโดย นิพนธ์ พงษ์วรจันทร์ (2537) มีคำถามจำนวน 30 ข้อ การคิดคะแนนโดยให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนนในข้อที่กำหนด ซึ่งการแปลผลมี 4 ระดับ คือ 0-12 = ปกติ 13-18 = มีอาการเศร้าเล็กน้อย 19-24 = มีอาการเศร้าปานกลาง และ 25-30 = มีอาการเศร้ารุนแรง ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการทดสอบหาระดับความเที่ยง ด้วยสูตร KR-20 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ได้เท่ากับ .90

2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล (the Modified Barthel Activities of Daily Living Index) ซึ่งใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ซึ่งการแปลผลมี 4 ระดับ คือ ระดับคะแนน 0-4 หมายถึง ต้องพึ่งพาจากบุคคลอื่นทั้งหมด ระดับคะแนน 5-8 หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นอย่างมาก ระดับคะแนน 9-11 หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นตั้งแต่ปานกลางถึงมาก และระดับคะแนน 12 ขึ้นไป หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นน้อย ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการทดสอบหาระดับความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ได้เท่ากับ .84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบประเมินของ ดุษณีย์ สุวรรณคง (2543) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและได้รับอนุญาตให้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ข้อคำถามเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ทั้งหมด

จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ 0-5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปรับปรุง 6-10 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ 11-15 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการทดสอบหาค่าความตรงภายในเท่ากับ .70 และมีระดับความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71

3.2 แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม เป็นแบบประเมินของ นันทิญา ทองชัย (2540) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจำนวน 35 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ คะแนน 0-35 หมายถึง ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คะแนน 36-70 หมายถึง ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมน้อย คะแนน 71-105 หมายถึง ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมปานกลาง คะแนน 106-140 หมายถึง ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมมาก คะแนน 141-175 หมายถึง ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมมากที่สุด ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการทดสอบหาค่าความตรงภายในเท่ากับ .72 และมีระดับความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยในคนโดยคณะกรรมการวิจัยของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 5 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูลแก่ ผู้ช่วยวิจัย พร้อมกับให้เอกสารโครงการวิจัยจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ณ อำเภอพระพุทธบาท จ. สระบุรี และนำมาหาความตรงภายในของเครื่องมือระหว่างผู้ช่วยวิจัยกับผู้วิจัย จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และแบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา การตอบแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธในการตอบคำถามที่ไม่ต้องการเปิดเผยหรือยกเลิกในการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลา

ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการด้านสุขภาพผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งเสริมประชาชน หรือ ผู้แทนของชุมชน (village stakeholders) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

**ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเทศบาล อำเภอตอนพุด ซึ่งบุคคลดังกล่าวเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพของชุมชน อันได้แก่ ปัญหาผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับภาวะสมองเสื่อมที่พบถึงร้อยละ 3-5 โดยการผ่านเวทีประชาคม

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยสร้างแรงบันดาลใจจากประชาชน ให้คณะผู้แทนของชุมชน ร่วมกันพิจารณาปัญหา กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วางแผนการดำเนินงาน และร่วมกันลงมือปฏิบัติ จนกระทั่งผลักดันให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนได้แก่ โครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และโครงการอบรมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ขั้นตอนที่ 3 ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งมีทั้งหมด 3 โครงการ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง 2) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที และโปรแกรมอบรมอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 5 วัน ๆ ละ 4 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำเก็บรวบรวมข้อมูล

กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และแบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล และผู้แทนของชุมชนได้ร่วมกันติดตามประเมินผล ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การจัดงานผู้สูงอายุสุขภาพดีของชุมชน และนำผลการประเมินทั้งหมดมาประชุมร่วมกันโดยผ่านเวทีประชาคม เพื่อค้นหาแนวทางพัฒนาระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีระบบต่อไป

ผลการวิจัย

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างระยะก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.95, df = 59, p < .001$) นอกจากนี้พบว่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 56.29, df = 59, p < .001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวแปร	N	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p
		M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	60	35	3.37	40	2.77	13.95	< .001
ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	60	105.62	13.29	124.40	15.47	56.29	< .001

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังแผนภูมิที่ 1 กล่าวคือ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น มีองค์ประกอบดังนี้ ผู้สูงอายุ (older person) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และชุมชน (community) ซึ่งหมายถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสนับสนุนโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่ง

โปรแกรมที่จัดกระทำประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (health-promoting behavior) กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (community participation) โดยกิจกรรมทั้งหมดนี้มีแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแกนกลางและการดำเนินงานที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน



แผนภูมิที่ 1 Community Participation to Care for Older Persons

ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพหลังการเข้าร่วม โปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมี ส่วนร่วม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้า ร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไป ตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ได้ใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนตลอด ระยะเวลาการดำเนินงาน ซึ่งผู้มีส่วนได้เสีย ประกอบ ด้วย โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการให้ความรู้และแนวทาง การสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ ติดตาม ประสานงานในพื้นที่ และองค์กรบริหารส่วน ท้องถิ่นมีหน้าที่สนับสนุนปัจจัยทางด้านกายภาพและ งบประมาณ โดยภาคีหุ้นส่วนทั้ง 3 ได้มีส่วนร่วมใน การค้นหาปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการ แก้ปัญหา

การดำเนินกิจกรรมและติดตามผลซึ่งผลที่ได้รับ มีดังนี้ 1) โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผลจากการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ และนำความรู้ที่ ได้ไปปฏิบัติ เกิดเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในและภายนอกกลุ่ม รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบกับภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์ อาสาสมัครสาธารณสุขคอยติดตาม และกระตุ้นเตือน การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 2) โปรแกรม กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาคีหุ้นส่วนตระหนักถึงความสำคัญและเห็นอก

เห็นใจกลุ่มผู้ดูแลดังกล่าว และมีแนวคิดว่าการกลุ่มผู้ดูแล ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างมีรูปแบบ นั่นคือ การเข้า ร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งกระบวนการกลุ่มสามารถ ช่วยให้ผู้ดูแลระบายความวิตกกังวล ได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ได้เห็นแบบอย่างที่ดีในการดูแล และ ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ผลจากการช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมนี้สามารถสร้างแกนนำผู้ดูแล ในการมีส่วน ร่วมดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและขยายเครือข่าย ในชุมชนได้ยั่งยืน 3) โปรแกรมอบรมอาสาสมัครผู้ดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นการสร้างแกนนำของชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน รวมถึงมีหน้าที่ ประสานงาน เผื่อระวังการเกิดภาวะสมองเสื่อมภายใน ชุมชนได้

จากการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (แผนภูมิที่ 1) มีประเด็น สำคัญคือ การมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง และยั่งยืน โดยกระบวนการ ยึดหลักตามนิยามการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) แนวทางในการสร้างเสริม สุขภาพคือ กลุ่มผู้สูงอายุเน้นให้ผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยตนเอง โดยชุมชนสนับสนุนและสร้างเสริมให้เกิด พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และชุมชน ควรจัดให้มีการเข้ากลุ่ม ช่วยเหลือตนเอง เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรฝึกทักษะ การประเมินผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่บ้าน เพื่อพัฒนาให้เป็นแกนนำในชุมชน ซึ่งกิจกรรม ได้ส่งผลให้ เกิดการร่วมแรงร่วมใจภายในชุมชน เกิด ความตระหนัก เห็นถึงความสำคัญ แสดงออกในรูป ของการให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง อันแสดงถึงความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ

อรรณพ แพนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง

ผลจากการที่ชุมชนมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดระบบการดูแลที่ร่วมกันของทุกฝ่าย และหลายสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์จึงส่งผลดีต่อผู้สูงอายุโดยตรง นั่นคือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม มีสุขภาพดี ดำรงชีวิตอยู่ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข อีกทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของเยวาลักษณ์ จิตตะโคตร และนันท์พันธ์ ชัยล้ำประเสริฐ (2547) เกี่ยวกับ ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกือบทุกด้านสูงกว่าก่อนการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่พบปัญหาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก นอกจากนี้ กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิจัยครั้งนี้ สิ่งสำคัญคือ การประสานงานที่มีประสิทธิภาพและการสนับสนุนให้ผู้แทนของชุมชนเกิดความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการ

เอกสารอ้างอิง

กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2530). Clinical epidemiology of cerebrovascular disease. ใน จเร ผลประเสริฐ, สุรัชย์ เคารพธรรม, และกัมมันต์ พันธุมจินดา (บก.), *Stroke: Cerebrovascular disease* (หน้า 3-34). กรุงเทพฯ: เฮียร์บุคพับลิชเชอร์.

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2536). Thai Mental State Examination. *สารศิริราช*, 45(6), 359- 374.

ดุชนี สุวรรณคง. (2543). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานไทยก่อนเดินทางต่างประเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทิยา ทองชัย. (2540). ผลการส่งเสริมบทบาทบิดาต่อการแสดงบทบาท และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2537). Thai Geriatric Depression Scale. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.

ประภาพร จินนัทยา. (2549). การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. ใน เพ็ญศรี ระเียบ และคณะ (บก.), *บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 3 การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

เยวาลักษณ์ จิตตะโคตร, และนันท์พันธ์ ชัยล้ำประเสริฐ. (2547). ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. Retrieved April 12, 2008, from: <http://www.advisor.anamai.Moph.go.th/conference/oral06.html>

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2547). สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: ป้องกันได้. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง ผู้สูงอายุ: ชุมทรัพย์ทางปัญญา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2545). การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม. Retrieved April 10, 2008, from <http://www.Geocities.com/Alzheimerasso>

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. *วารสารพุดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*, 1(4), 15-24.

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี. (2551). *สถิติประชากรผู้สูงอายุ*. Retrieved April 12, 2008, from <http://www.Sro.moph.go.th>

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

**ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). ภาวะทุพพลภาพในวัยสูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2544 *Prevention and Remedies of disability* (หน้า 138-161). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาลักษณ์ ชัยอนันต์. (2551). *ความพึงพอใจ*. Retrieved April 15, 2008, from <http://www.lib.kku.ac.th/fulltext>
- Barry, A. (2001). Nursing older people. *Nursing Practice*, 12(10), 17-19.
- Kanagawa, K., Amatsu, E., Sato, H., Hosokawa, J., Ito, M., & Matsudaira, Y. (2006). Community-based nursing care practice for the prevention of dementia in elderly residents in Japan. *Primary Health Care Research & Development*, 7, 314-317.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Thomas. (2002). *Impact on families*. Retrieved April 12, 2008, from <http://www.Burdencommunication.htm>

Effects of a Community-Based Health Promotion Program on Health-Promoting Behavior of Older Persons and Satisfaction with the Participation of Older Persons' Caregivers*

*Orawan Pankong** M.N.S. (Gerontological Nursing)*

*Soontharee khampeng** Ed.D. (Educational Administration)*

Abstract: The purpose of this study was to investigate the effect of a community-based health promotion program approach on the health promoting behavior and satisfaction with participation of older persons. The participants consisted of 60 pairs of older persons and their caregivers in Donput Community, Saraburi Province, Thailand. The participatory action research method, including community meeting for brainstorming, problem solving, project planning, and evaluation, was used to obtain the data. Data were collected using the Health-Promoting Behavior Questionnaire, and the Satisfaction with Participation Questionnaire before and after the program had begun. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The major results revealed that: 1) after the program finished, older persons had a significantly higher mean score of health-promoting behavior than before the program began; and 2) after the program finished, caregivers of older persons had a significantly higher mean score of satisfaction with participation than before the program began. The community-based health promotion program could be applied to promote health of older persons in other communities. The key is the process of community involvement, which encourages coordination and participation of the representatives of the community continually.

Keywords: Community-based health promotion program, Participation, Health-promoting behavior, Satisfaction, Older persons, Caregivers

*This research was funded by Thai Health Promotion Foundation in 2007.

**Lecturer, Boromarajonani Nursing College, Praputhabat, Saraburi Province, Email: kag302000@yahoo.com