

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

Community health promotion model for aged society at Muang District in Chaiyaphum Province

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน และอนัญญา ลาอุณ

Suwimolrat Robrujen and Ananya lalun

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตทางสุขภาพของผู้สูงอายุ สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จำนวน 414 คน และผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 15 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามวิถีชีวิตทางสุขภาพ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน และแนวการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า 1) วิถีชีวิตทางสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง 2) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยง การสร้างเครือข่าย และการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน และ 3) ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.73$, $SD = 0.58$)

คำสำคัญ: รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ, ชุมชน, ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Corresponding author E-mail: suwimolrat.1967@gmail.com

วันที่รับบทความ: 22 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไขบทความ: 22 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ: 2 ตุลาคม 2565

Abstract

This action research aimed to study the health lifestyle of the elderly, to develop a community health promotion model for aged society at Muang District in Chaiyaphum Province, and to assess satisfaction of the elderly on community health promotive participation. The samples were 414 elderlies at Mueang District in Chaiyaphum Province, and fifteen key informants including care givers, village health volunteers and public health staffs. The research instruments were the health lifestyle questionnaire, a satisfaction questionnaire on community health promotive participation, and a focus group discussion guideline. Data were analyzed using descriptive statistics. The results were as follows. 1) All six components of health lifestyle including health responsibility, activity of daily living and exercise, food consumption, stress management, interpersonal relation, and spiritual development were at the moderate level. 2) The developed health promotion model for aged society consisted of community involvement, the provision of health promotion services, health risk screening, network building, and promotion of exercise in community. 3) The overall satisfaction of the elderlies on the community health promotive participation were at the highest level ($M = 4.73$, $SD = 0.58$).

Keywords: Health Promotion Model, Community, Elderly

ความสำคัญของปัญหา

สังคมผู้สูงอายุ หมายถึง สังคมที่มีประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น ดูได้จากอัตราส่วนร้อยละของประชากรที่ใช้ทางสถิติ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรของประเทศ และคาดการณ์ว่าในปี 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ซึ่งมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากร (กระทรวงสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2556) ประชากรสูงอายุในทุกภูมิภาคมีจำนวนเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2563 - 2573 ในพ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,500 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 16 ของประชากรโลก (United Nation, 2020) เป้าหมายของความสำเร็ คือการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุในการพึ่งตนเอง พร้อม

กับการมีชีวิตยืนยาว ผู้สูงอายุจะยังมีความแข็งแรงและรับรู้ชีวิตมีคุณค่า เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้แนวโน้มของภาวะความเจ็บป่วยของประชากรที่จะเกิดขึ้นเพราะผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนอายุน้อย ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยมากขึ้น โรคของผู้สูงอายุมักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว เช่น โรคเบาหวาน โรคความจำเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเกี่ยวกับกระดูกและฟัน โรคเหล่านี้ต้องการการรักษาต่อเนื่อง จึงเป็นการเพิ่มภาระในการดูแลรักษาให้กับสังคมไทยในอนาคต (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

จังหวัดชัยภูมิ มีประชากรจำนวน 1,127,423 คน เป็นอันดับที่ 16 ของประเทศ และเป็นอันดับ 9 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุ

เพิ่มมากขึ้น ในปี 2559 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 174,335 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรผู้สูงอายุในจังหวัด จึงมีความจำเป็นในการเตรียมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุและมีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ในปี 2559 อำเภอเมือง มีผู้สูงอายุ 11,782 คน เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้ เบาหวาน 1,146 คน (9.72%) ความดันโลหิตสูง 1,281 คน (10.87%) หลอดเลือดสมอง 67 คน (0.56%) มะเร็ง 3 คน (0.02%) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2564)

การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิพบว่าชุมชนยังไม่มีรูปแบบในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีเพียงการประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในบางตำบลเท่านั้น และการศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุองค์รวมเชิงพุทธบูรณาการในอำเภอเมือง ยังจำเป็นต้องมีการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ต้องร่วมมือกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่วางไว้สำหรับในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ ยังไม่มีรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจน บางตำบลมีการดำเนินการแต่ไม่มีความต่อเนื่อง ขาดการบูรณาการ ปัจจุบันการพัฒนาท้องถิ่นเป็นบทบาทหนึ่งของอาจารย์ในมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ให้สำเร็จและมีความต่อเนื่องยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาวิถีชีวิตทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

3. ประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1992) ซึ่งพัฒนาต่อเนื่องกันเป็นวงจร 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนด 3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน และ 4) การสะท้อน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ตามหนังสือเลขที่ HE 64-1-008/2564 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยหรือออกจากโครงการวิจัยได้ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ยินดีย่อมเข้าร่วมงานวิจัยได้ลงนามในใบยินยอม

การดำเนินการวิจัย ทำในช่วงเดือน สิงหาคม 2564 ถึง มกราคม 2565

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ดำเนินการในช่วง สิงหาคม - กันยายน 2564 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ร่วมวางแผนเกี่ยวกับแนวความคิดเห็นต่อวิถีชีวิตทางสุขภาพ สถานการณ์ทางสุขภาพ และแนวทางการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ณ ศาลากลางบ้านพลึง หมู่ที่ 10 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนด ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ.2564 ประกอบด้วยการดำเนินงานในระยะที่ 1 การศึกษาวิถีชีวิตทางสุขภาพของผู้สูงอายุและการสร้างรูปแบบการสร้าง

เสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ และระยะที่ 2 การปฏิบัติการ

ระยะที่ 1 การศึกษาวิถีชีวิตทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ

1.1 การศึกษาวิถีชีวิตทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่อ่านออกเขียนได้อาศัยในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2564 จำนวน 19 ตำบล 227 หมู่บ้าน มีจำนวน 27,784 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยสุ่มชุมชนแบบง่ายในแต่ละตำบลจนกว่าจะได้จำนวนผู้สูงอายุตามที่กำหนดไว้ในตำบลนั้น ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan (1970)

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ที่อยู่อาศัยอยู่กับใคร การรับการรักษา การเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 วิถีชีวิตทางสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาจากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) มีจำนวน 52 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 3) การบริโภคอาหาร 4) การจัดการความเครียด 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 6) การพัฒนาจิตวิญญาณ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นกิจวัตร ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย กำหนดคะแนน 4-1 ตามลำดับ แปลผลระดับโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย

(Best, 1981) ดังนี้ ดีมาก 3.41 - 4.00 ดี 2.81 - 3.40 ปานกลาง 2.21 - 2.80 ไม่ดี 1.61 - 2.20 และไม่ดีอย่างยิ่ง 1.00 - 1.60

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.90 และนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลแก้งคร้อ จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (1996) ได้เท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามวิถีชีวิตทางสุขภาพให้ผู้สูงอายุ จำนวน 384 คน ตอบด้วยตนเองและรับกลับจากผู้สูงอายุทันทีหลังตอบแบบสอบถามเสร็จ ให้เวลาตอบเวลา 15 นาที ณ ศาลากลางบ้านพลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา

1.2 การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การสนทนากลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ แกนนำการขับเคลื่อนซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทและรับผิดชอบผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจงโดยพักอาศัยในชุมชนปัจจุบันนานกว่า 1 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ และเข้าร่วมกิจกรรมการประชุมกลุ่มตลอดการวิจัย

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสนทนากลุ่ม เนื้อหาเกี่ยวกับแนวความคิดเห็นต่อสภาพวิถีชีวิตทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และแนวทางการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) และจากการวางแผน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 15 คน ใช้กระบวนการของการสร้างความเข้าใจ การสร้างแนวทางปฏิบัติ และการควบคุมไปสู่การกระทำ (Appreciation - Influence - Control [A-I-C])

(สินธุ์ สโรบล, 2552; จิตติ มงคลชัย อรัญญา, 2540; ปาริชาติ วลัยเสถียร, 2543) ซึ่งเป็นกระบวนการประชุมที่เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ประเด็นดำเนินการกระบวนการกลุ่ม ผสมผสานกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ในเรื่องรายได้ การไม่มีผู้ดูแลบุตรหลานไปทำงานต่างจังหวัด และอยู่บ้านคนเดียว การสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ผู้นำกลุ่มคือผู้วิจัยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที พร้อมบันทึกเสียง และจดบันทึกการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาจากการถอดเทป สรุปความต้องการและรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการ นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุไปใช้

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สื่อสารเข้าใจ สามารถอ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ ยินดีสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่ในตำบล พื้นที่เป้าหมายในเขตอำเภอเมือง อย่างน้อย 1 ปี ใน 19 ตำบล เขตอำเภอเมือง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มโดยใช้การจับสลาก สุ่มได้ บ้านพลังหมู่ที่ 10 ตำบลนาฝาย เป็นพื้นที่เป้าหมาย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ บ้านพลัง หมู่ที่ 10 ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มและจดบันทึกประเด็นตามแนวทางการสนทนาและสังเกตการปฏิบัติในการสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยตรวจสอบข้อมูลจากการสอบถาม สังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชน และตรวจ

สอบความถูกต้องของข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ 2) กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 3) การบริโภคอาหารจำนวน 3 ข้อ 4) การจัดการความเครียดจำนวน 3 ข้อ 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 3 ข้อ 6) การพัฒนาจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด กำหนดคะแนน 5-1 ตามลำดับ แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Best, 1981) ดังนี้ มากที่สุด 4.51-5.00 มาก 3.51-4.50 ปานกลาง 2.51-3.50 น้อย 1.51-2.50 และน้อยที่สุด 1.00-1.50

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุไปใช้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน ใช้เวลา 30 นาที ณ ศาลากลางบ้านพลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.30 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 69.00 ปี (SD = 6.18) ร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.70 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 3,200 บาทต่อเดือน ซึ่งร้อยละ 10 ระบุว่าเพียงพอ ร้อยละ 70.00 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 50.00 รับการรักษาที่โรงพยาบาล และร้อยละ 36.70 มีโรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง

2. **ผลการศึกษาวิถีชีวิตทางสุขภาพของผู้สูง**

อายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตทางสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.52$,

$SD = 0.43$) และในรายด้านทั้ง 6 อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของวิถีชีวิตทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ($n = 384$)

วิถีชีวิตทางสุขภาพ	M	SD	ระดับ
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.61	0.31	ปานกลาง
2. ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	2.45	0.43	ปานกลาง
3. ด้านการบริโภคอาหาร	2.60	0.38	ปานกลาง
4. ด้านจัดการกับความเครียด	2.49	0.51	ปานกลาง
5. ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	2.49	0.51	ปานกลาง
6. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	2.51	0.49	ปานกลาง
โดยรวม	2.52	0.43	ปานกลาง

3. ผลการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ คณะผู้วิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาสร้างได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยง และ 3) การสร้างเครือข่ายและการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน

4. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.73$, $SD = 0.58$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตทางสุขภาพโดยรวม และในรายด้านทั้ง 6 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังต้องการการส่งเสริม สนับสนุนให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับเป้าหมายที่ระบุไว้ใน (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.), 2565) ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนด้วยตนเอง และมีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2545 - 2564) (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564, 2560) ยุทธศาสตร์ที่ 2

ว่าด้วยการส่งเสริมผู้สูงอายุ ระบุมาตรการหลักที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และในการศึกษาเชิงคุณภาพของการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนทั้งที่มีบทบาทเป็นแกนนำ อาทิ กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มจิตอาสาต่างๆ และผู้สูงอายุทั่วไปที่มีอายุต่ำกว่า 69 ปี เป็นกลุ่มยังมีศักยภาพในการดูแลตนเองในชุมชนได้ดีซึ่งสอดคล้องกับศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล, พิไลพร สุขเจริญ, และสมจิตร พยอมยงค์, (2560) ที่พบว่าวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนทั้งที่มีบทบาทเป็นแกนนำ เช่น กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มจิตอาสาต่างๆ และผู้สูงอายุทั่วไปที่เป็นกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้านยังมีศักยภาพในการดูแลตนเองในชุมชน

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุนี้ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และเทคนิค A-I-C วิเคราะห์สถานการณ์และค้นหาแนวปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทางร่างกาย จิตใจ และปัญญาโดยการให้ความรู้ที่มีแบบแผนในเรื่องการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เสริมสร้างคุณค่าของผู้สูงอายุด้วยการพัฒนาจิตวิญญาณ อาทิ การสวดมนต์นั่งสมาธิ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุนี้แสดงให้เห็นความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สามารถตอบสนองแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ว่าด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้และมีระบบสุขภาพเชิงรุกที่

มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล และคณะ (2560) ที่พบว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย การเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ คัดกรองความเสี่ยง และการจัดการความรู้ในชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และยังสอดคล้องกับบัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์, และอัจฉรา จินวงษ์ (2559) ที่พบว่าภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. หลังจากการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้รับความรู้ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน สอดคล้องกับคณิศนันท์ สงภักดี, นฤมล สนิสุพรรณ, และวิภา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2562) ที่ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุให้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ ควรสร้างเสริมวิถีชีวิตทางสุขภาพให้ครบทั้ง 6 ด้าน
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่กึ่งเขตเมืองและในเขตเมือง เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). *งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564. (2560). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะนันทน์ สงภักดี, นฤมล สีนุพรรณ, และวีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบ้านไชยสอ ตำบลไชยสอ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารมนุษยสังคมศาสตร์ (มมส.)*, 17(2), 160-176.
- จิตติ มงคลชัยอรัญญา.(2540). *การศึกษาชุมชนเพื่อการพัฒนา*. เอกสารอัดสำเนา ประกอบการสอน ภาควิชาการพัฒนาสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์, และอัจฉรา จินวงษ์. (2559). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(2), 57-70.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร. (2543). *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทย 2561*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, พิไลพร สุขเจริญ, และสมจิตร พยอมยงค์. (2560). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัย มสส สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(2), 153-173.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). (2565). (ร่าง) *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570)*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2564). *ระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม*. สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2564, จาก <https://cpho.moph.go.th>
- สินธุ์ สโรบล. (2552). *วิธีวิทยาวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาชุมชน: บทสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อท้องถิ่นในประเทศไทยและประสบการณ์จากต่างประเทศ*. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1992). *The action research planner* (3rd ed). Geelong: Deakin University Press.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed). New Jersey: Pearson Education.
- United Nations. (2020). *World population ageing 2020*. New York: Author.