



การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทของจังหวัดพะเยา

เกษแก้ว เสียงเพราะ* นิสารัตน์ อุตตะมะ* ประกาศิต ทอนช่วย* สายฝน ผุดผ่อง

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นทุกทวีปรวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะในชนบท การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกับชุมชน จังหวัดพะเยา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 32 คน ประกอบด้วย ตัวป้อน เป็นตัวแทนผู้สูงอายุในทุกหมู่บ้านและชุมชน กระบวนการเน้นการมีส่วนร่วม กลวิธีทางสุขภาพและผลผลิต รูปแบบการพัฒนาและศักยภาพของผู้สูงอายุและชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักและทุกกระบวนการเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีระดับคะแนนการรับรู้

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางและสูง กิจกรรมที่เน้นชุมชนเป็นฐานและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนส่งผลให้เกิดรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย การบริโภคอาหารพื้นบ้าน การออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามวัย และการจัดการความเครียด ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุมีจุดเด่นให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการสนับสนุนนำไปสู่ประโยชน์กับพื้นที่เพื่อการแก้ปัญหายั่งยืนและการพัฒนานวัตกรรม การดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, สร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม, การวิจัยแบบมีส่วนร่วม, ผู้สูงอายุ



บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2557 ทั่วโลก มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 750 ล้านคน โดยคาดว่าจะมีจำนวนของผู้สูงอายุเป็น 2,000 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050^{1, 2} สำหรับสถิติประเทศไทย พ.ศ. 2557³ พบว่า มีจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคน ร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด พบมีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 44.4 ตามลำดับ) ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์ และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปี ข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2577^{3, 4} ซึ่งแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุวัยกลางและปลายจะสูงเพิ่มขึ้น จังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดลำปาง ลำพูน แพร่ สมุทรสงคราม สิงห์บุรี ชัยนาท อุตรดิตถ์ พะเยา อ่างทอง และจังหวัดนครสวรรค์^{4, 5} จำแนกอัตราผู้สูงอายุรายภาคพบว่า ภาคเหนือมีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด (ร้อยละ 18.4) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 17.0) ภาคกลางและภาคใต้มีอัตราผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 13.5 และร้อยละ 13.2 ตามลำดับ) และกรุงเทพมหานครมีอัตราผู้สูงอายุต่ำสุด ร้อยละ 11.0^{5, 6} การมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไป คืออัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาที่พบมากที่สุดมักเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ด้อยโอกาส เจ็บป่วยเรื้อรัง ว่างงาน ถูกทอดทิ้ง ประสบภัยพิบัติ หรือมีติดสารเสพติด ปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัญหาด้านสังคม ปัญหาด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพ ปัญหาด้านยารักษาโรค และขาดการสนับสนุน

จากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น^{7, 8}

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือก็มีลักษณะเช่นเดียวกันกับสถานการณ์ของประเทศ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจสังคมของประเทศ จากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs)^{5, 6} เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่า โรคที่เป็นปัญหาของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคเรื้อรัง (Chronic Illness) ซึ่งมีลักษณะที่ไม่แตกต่างไปจากประเทศที่เจริญแล้วโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ อัมพฤกษ์ หลอดเลือดสมองตีบ โรคมะเร็ง และโรคซึมเศร้า เป็นต้น จากการวิเคราะห์สถานภาพอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนจังหวัดพะเยา^{7, 8} เพิ่มขึ้นจาก 61.7 ปีในปี พ.ศ. 2539 มาเป็น 72.9 ปี ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้สัดส่วนวัยพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น เห็นได้จากสัดส่วนผู้สูงอายุของประชาชน เพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 13.1 ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 อัตราพึ่งพิงของกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 18.64 เพิ่มเป็นร้อยละ 19.2 ปี พ.ศ. 2555 และจากข้อมูลการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุในสถานบริการจังหวัดพะเยาในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 30.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁹ จากการทบทวนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา พบว่า การดำเนินต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งมีบางพื้นที่ยังไม่ได้รับการเข้าถึง ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงมีปัญหาด้านการปรับตัวและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



ซึ่งควรให้ความสำคัญในการเข้าไปแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นเป้าหมายสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกวัย¹⁰ เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชีวิตทั้งหมดมากกว่าการเน้นแต่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ตัวคนทั้งหมดของร่างกาย ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณรวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้น แนวคิดดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรทุกวัยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อายุในวัยปลายจะประสบกับปัญหาสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ และพบว่ากลยุทธ์ที่ใช้สำหรับขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนเองได้ โดยกระบวนการทั้งหมดจะเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน¹¹ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของผู้สูงอายุและชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหา แกไขวางแผนและหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในชุมชนพื้นที่ชนบทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากรไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบและวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้สูงอายุและชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมใช้แนวคิด

เชิงระบบประกอบด้วย ตัวป้อน (Input) ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุในทุกหมู่บ้านและชุมชน ส่วนกระบวนการ (Process) เป็นขั้นตอนปฏิบัติที่เน้นการมีส่วนร่วมและกลวิธีทางสุขภาพและผลผลิต (Output) ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุและศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน จากจำนวน 12 หมู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการมีส่วนร่วมและประเมินผลการดำเนินกิจกรรม โดยการสนทนากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Key Informant) มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ผู้ที่มีบทบาทและทำหน้าที่รับผิดชอบผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 32 คน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (20 คน) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (12 คน) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ (2 คน) สมาชิกเทศบาลตำบล (1 คน) และประชาชน (3 คน) การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ (Inclusion Criteria) ประชากรที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา มีคุณสมบัติดังนี้ (1) พื้นที่มีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และ (2) มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 10 ปี (3) ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (4) สามารถอ่านออก เขียนได้ ตอบคำถามได้ด้วยตนเอง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ตำบลบ้านด้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์มาจากแนวคิด



ทฤษฎีใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่¹²⁻¹⁴ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย (1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ของผู้สูงอายุและชุมชน เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ ทราบแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหา คุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (2) การสนทนากลุ่มและการระดมสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของชุมชน และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงปริมาณได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพโรคประจำตัว บุคคลที่คอยช่วยเหลือในการดำเนิน และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล (2) แนวคำถามสัมภาษณ์ประยุกต์แบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ¹² จำนวน 20 ข้อ ให้เลือก 5 ช่วง (Rating Scale) ได้แก่ จริงทั้งหมด จริงส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก และไม่จริงทั้งหมด (3) ประยุกต์แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ^{13, 14} 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 32 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือทำโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน ข้อมูลเชิงปริมาณหาความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Consistency: IOC) เท่ากับ 0.84 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย ในพื้นที่ตำบลท่าจำปี จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค¹⁵ ส่วนที่ 2 (ข้อ 2 และ 3) พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และ 0.82 ตามลำดับสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ อุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตมีแบบมีส่วนร่วมและแบบบันทึกการถอดความจากการสัมภาษณ์ วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เป็นการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมทั้งมิติต่างๆ ทางด้านสังคม สุขภาพ และวัฒนธรรม มีการเชื่อมโยงของกลไกการขับเคลื่อนหรือเครือข่ายการทำงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพในพื้นที่ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรชุมชน และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสนับสนุน เพื่อนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติและพัฒนากิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนในระยะต่อไป ประกอบด้วย

1.1 จัดเวทีระดมสมองครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 1 วัน ในการจัดกิจกรรมระดมสมอง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. นักวิชาการสาธารณสุข สมาชิกเทศบาลตำบล และผู้ศึกษาวิจัย เพื่อสะท้อนคิดและสรุปทริเียนเกี่ยวกับบทบาท ภารกิจของชุมชน และกระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

1.2 วิเคราะห์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพของพื้นที่ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นนำเสนอปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมกับเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาดูโดยใช้หลักฐานเชิงวิชาการประจักษ์แก่



ที่ประชุมเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ กระบวนการลงมือ ปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบ องค์กรร่วมที่พัฒนาขึ้นตามความต้องการของผู้ดูแลและ ชุมชน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 เดือน มีขั้นตอนดังนี้

2.1 จัดกิจกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาแบบ การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์กรร่วมในชุมชน ได้แก่ การออก กำลังกาย การจัดการความเครียด การเลือกรับประทาน อาหารพื้นบ้าน การจัดการสุขภาพของตนเองต่อการ ป้องกันโรคเรื้อรัง และการจัดการเวลาว่างโดยการ ปลุกต้นไม้และผักสวนครัว ในระหว่างดำเนินกิจกรรม มีการสรุปเป็นระยะ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและหา แนวทางร่วมกันปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะติดตามประเมินผลและถอด บทเรียนใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์สำหรับการติดตาม ประเมินผล เพื่อการติดตามความสำเร็จหรือผลลัพธ์ ของการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยจัดเวที 1 วัน สรุปบทเรียน ผลการดำเนิน ความสำเร็จ ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชน

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย พะเยา (2/046/58) และได้รับอนุญาตจากชุมชนและ กลุ่มตัวอย่างให้เข้าไปทำการเก็บแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วม วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอม เข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มต้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทางสถิติใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์เวอร์ชัน 20 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัย พะเยา) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เป็นต้น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เริ่มจากถอดเทป ให้รหัสข้อมูล (Coding) โดยดึงข้อมูลที่เป็นกลุ่มคำ สิ่งเดียวกัน เหตุการณ์ที่สำคัญ โดยมีการใช้รหัสเป็นชื่อเดียวกัน และสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์การศึกษา

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างและประชากร ประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 50 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.0 และเพศชาย ร้อยละ 28.0 อายุ 66-70 ปี ร้อยละ 52.0 อายุ 71-75 ปี ร้อยละ 26.0 อายุ 60-65 ปี ร้อยละ 14.0 และอายุ 76-80 ปี ร้อยละ 8.0 การศึกษา ระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 66.0 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 มีรายได้ จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง ร้อยละ 40.0 ได้มาจากลูก ร้อยละ 34.0 จากสวัสดิการรัฐบาล ร้อยละ 24.0 และได้จากคู่สมรส มีเพียงร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพ พบว่า ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 รองลงมาระดับต่ำ ร้อยละ 32.0 และ ระดับดี ร้อยละ 26.0 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ พบว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะไปรับการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ร้อยละ 70.0 ไปรับบริการ สถานบริการใกล้บ้าน (รพ.สต.) ร้อยละ 18.0 และไป คลินิกเอกชนในเมือง ร้อยละ 12.0 ด้านภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.4 รองลงมา



โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.7 ตามด้วยโรคเก๊าท์และมี คือ ปัญหาเศรษฐกิจ พบว่า มีรายได้ไม่เพียงพอ อาการกล้ามเนื้อปวดล้าจากการทำงาน (ร้อยละ 17.1 ร้อยละ 68.0 เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 24.0 และ 5.8 ตามลำดับ) ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในปัจจุบัน และ 8.0 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

Table 1 Number and Percentage of Sample by Personal Characteristic (N = 50).

Variable	Number	Percentage (%)
Gender		
Male	14	28.0
Female	36	72.0
Age		
60-65	26	26.0
66-70	13	52.0
71-75	7	14.0
76-80	4	8.0
Education		
Lower than primary school	12	24.0
Primary school	33	66.0
Higher than primary school	5	10.0
Marital status		
Married	35	70.0
Single/Widow/Divorced/Separate	15	30.0
Income		
Sufficient	17	34.0
Insufficient	28	56.0
Sufficient with saving	5	10.0
Source of income		
Spouse	1	2.0
Son/grandson	17	34.0
Old age allowance	12	24.0
Own business	20	40.0
Health condition		
Poor	16	32.0
Fair	21	42.0
Good	13	26.0

**Table 1** Number and Percentage of Sample by Personal Characteristic (N = 50). (cont.)

Variable	Number	Percentage (%)
Health service		
Government hospital	35	70.0
Sub-district health promoting hospital	9	18.0
Private hospital or clinic	6	12.0
Health status		
Without chronic disease	15	30.0
With chronic disease	35	70.0
- Hypertension	18	51.4
- Diabetes	9	25.7
- Gout	6	17.2
- Work-related musculoskeletal disorders	2	5.7

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 52.0, 38.0) และมีคะแนนระดับต่ำเพียงร้อยละ 12.0 เท่านั้น ดังตารางที่ 2 เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในสังคมชนบทที่เกื้อกูล เข้าวัดฟังเทศน์ฟังธรรมจากพระ ยึดหลักศาสนาในการเปรียบเทียบกับชีวิต เกิด แก่ เจ็บ ตาย และพบว่า มีผู้สูงอายุบางรายที่ยังมีการรับรู้ต่อภาวะ

สุขภาพในระดับต่ำ เนื่องจากยังมีความเชื่อแบบดั้งเดิมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุหญิงอายุ 60 ปี กล่าว “ป้ออายุมากขึ้น ก้อมาคิดนึกเรื่องสุขภาพ เกยไปหาหมอเมื่อ (หมอคุณว) เป็นก็ดีกว่าจะมีเคราะห์ เป็นโรคเกี่ยวกับข้อหรือระวัง ปีกก็มาคิด บ้อสบายใจเลยไปห้อตุ้เจ้าหนดน้ำมนต์ดีวัดจะได้สะเดาะเคราะห์รับโชค”

Table 2 Number and Percentage of Sample by Health Perception and Self-Care Behavior (N = 50).

Self-care behavior	Pre-test N(%)	Post-test N(%)
Health perception		
High level (≥ 80 point)	10(20.0)	19(38.0)
Moderate level (61-79 point)	17(34.0)	26(52.0)
Low level (≤ 60 point)	23(46.0)	6(12.0)
Self-care behavior		
High level (≥ 76 point)	7(14.0)	21(42.0)
Moderate level (58-75 point)	32(64.0)	24(48.0)
Low level (≤ 57 point)	11(22.0)	5(10.0)



พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและ ระดับสูง (ร้อยละ 48.0, 42.0 ตามลำดับ) มีเพียง ร้อยละ 5.0 อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพสนทนากลุ่มจำแนกในแต่ละด้าน พบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้ที่ถูกต้อง เรื่องหลักโภชนาการกับโรคเรื้อรัง และกังวลเกี่ยวกับ ภาวะเศรษฐกิจในการเลือกซื้ออาหารมารับประทาน ส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารพื้นบ้าน เช่น ผู้สูง อายุหญิง อายุ 65 ปี เป็นต้น

“ชอบกินก๋ากิ้นเมืองบ้านเฮา (อาหารเหนือ) จาไปซื้อตามกาดก็แพง ก็เลยหากินง่ายตำหุ่มบ้าน อย่างแกงแค แกงอ่อม บางเตี้ยก้อก็คิดว่าเบาหวานมัน ดึงจะบ่อขึ้น”

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการปฏิบัติตน ในภาวะเจ็บป่วย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ การ ปฏิบัติตน ปัญหาของผู้สูงอายุ รวมทั้งภาวะเจ็บป่วย ที่ซับซ้อน พบว่า ผู้สูงอายุจะไปซื้อยามารับประทาน ด้วยตนเองก่อนไปพบแพทย์ ดังเช่น ผู้สูงอายุชาย อายุ 70 ปี กล่าวว่า “เวลาบ่สบาย ทุกเดี๋ยก็จาไป ซื้อยาที่ร้านตำหุ่มบ้านมากินก่อน ถ้าบ่ดีขึ้นก็จาไปหา หมอที่อนามัย” ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ต้องการให้ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาเยี่ยมบ้านเป็นรายสัปดาห์ หรือรายเดือนอย่างต่อเนื่อง และบริการตรวจร่างกาย ดังผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 ปี กล่าวว่า “อยากให้อหมอ มาเจาะเลือดตรวจเบาหวานก่อนดีจะไปหาหมอที่ โหงยา บ่ออันก็มาเยี่ยมมาแแล้วหากันอาทิตย์จะเตื่อ หรือเดือนละ เตื่อก็ยังดี จาได้มีแสมมีกำลังใจ”

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีเวลาออกกำลังกาย

ลูกหลานห่วงและกังวลกลัวเกิดอุบัติเหตุ ลูกหลาน ไม่อยากให้ผู้สูงอายุออกมาทำกิจกรรมนอกบ้าน เพราะเสี่ยงต่อการหกล้ม จึงต้องการสถานที่สาธารณะ สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถเดินทางถึงง่าย เช่น ไม่ต้อง ขึ้นรถมาไกล ไม่ต้องข้ามถนน หรือเดินไปไกล

“ไคไปร่วมกิจกรรม แต่ว่าลูกมันบ่ไคให้ออกไป ก้วบ่อจะตำว (ล้ม) จะซัปรดไปไหนไก่อ ๆ กีบไคให้อ ไปก้วจะมีอุบัติเหตุ” (ผู้สูงอายุชาย อายุ 63 ปี)

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการ ความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุยังมีความกังวล เครียด เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองที่เริ่มชราภาพลง บางครั้งคิดถึงความตายในอนาคตก็จะเริ่มกังวล และรู้สึกหดหู่ ไม่อยากพูดคุยกับใคร กลัวลูกหลาน จะเป็นห่วงและทุกข์กับตนเองหรือบางครั้งรู้สึกว่า ต้องเป็นภาระของครอบครัว

“ตะก่อนทำงานบู้จักกิดจักเหนื่อย ดิงวันนี ก่าเดียวก็อดละ บี้กมาเจ็บแข้งเจ็บขา เริ่มู้สึกว่าตัวเก่า เริ่มบ่เป็นไม้ไถ่ฝั่ จะเป็นภาระลูกหลานก้อ เยี่ยะอะหยัง กี้เริ่มอดเริ่มเหนื่อย” (ผู้สูงอายุหญิง อายุ 66 ปี)

พบว่าผู้สูงอายุต้องการส่งเสริมสุขภาพทางจิต ในชุมชนโดยทำบุญตักบาตร ฟังธรรมและสวดมนต์ ร่วมกันทุกวันพระ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและได้ พบปะพูดคุยกัน ดังคำกล่าว (ผู้สูงอายุหญิง อายุ 65 ปี)

“ไคให้อหมอมารจัดกิจกรรมให้อหมุคนเฒ่า หมั่นๆ จะได้บ่เครียด ไคให้อคนเฒ่าไปสวดมนต์ทุกวันศีล บ่ออันก็วันสำคัญทางศาสนา เวลาที่มีงานมืงานก็บ่อก บุญให้อคนเฒ่าออกมาใส่บาตรด้วยกันหมั่นๆ”

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ กระบวนการลงมือ ปฏิบัติกิจกรรมในชุมชน โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ โครงการ ออกกำลังกายโดยร่วสร้างสุขจากการใช้ วัฒนธรรมล้านนาโดยร่วย่อนยุครอบครัว การเดิน



บนแพ่งไซ้ ใช้อย่างยืดหยุ่นะเดินทรงตัว เป็นต้น สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมอาหารริมรั้วครัวกันได้ เน้นเรื่องอาหารพื้นบ้านลดหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

การจัดการกับความเครียดโดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลง การใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว การดื่มน้ำร้อนทุกวันพระและวันสำคัญทางศาสนา การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว และการจัดการเวลาว่างโดยการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ เน้นการปลูกต้นกระเพราและปลูกกล้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจเมื่อเห็นการเจริญเติบโตของต้นไม้ รวมทั้งได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ต่อการดูแล นอกจากนี้ยังได้มีการฝึกการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการให้คำปรึกษาขณะที่มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเฉพาะราย

ระยะที่ 3 ระยะติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน เป็นการติดตามความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคืนให้กับผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลอาจจะมีความแตกต่างในบางหมู่บ้าน เช่น ข้อมูลภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งการรับฟังวิพากษ์ข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะถึงปัญหาความต้องการ และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกันต่อไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง มีดังนี้

3.1 สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งสะท้อนกลับข้อมูลให้ชุมชน

3.2 จัดเวทีระดมสมอง พบว่า การพัฒนา

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้ดำเนินร่วมกับชุมชน ส่วนมากเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี และปัญหาที่เกิดขึ้นจริงของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตัวเอง ร่วมทำกิจกรรมด้วยความเต็มใจ และให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมออกกำลังกายโดยร่วสร้างความสุขจากการใช้วัฒนธรรมล้านนาโดยร่วย่อนยุครอบวง การเดินบนแพ่งไซ้ ผู้สูงอายุกล่าวว่า “มันต้องมาช่วยกัน มันเป็นงานใหม่ ดื้อยากทำด้วยตัวเก่านี้จะได้เอาไปใช้ต่อบ้าน” นอกจากนั้นจากการติดตาม โดยใช้กิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า รู้สึกชื่นชมและมีกำลังใจที่เห็นทีมวิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปเยี่ยม

และพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผน การคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจดำเนินกิจกรรมส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นศักยภาพของตนเอง และสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในระยะต่อไป ได้แก่ (1) การสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ เช่น การเชิญผู้สูงอายุเป็นวิทยากร ถ่ายทอด สอนภูมิปัญญาหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จัดกิจกรรมมีส่วนร่วมในงานบุญ ได้แก่ ตักบาตรไหว้พระทำบุญทุกวันพระและวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา (2) การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและเยี่ยมเยียน พูดคุย ให้กำลังใจ อาจจะเน้นผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า หรือผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง และ (3) ส่งเสริมรายได้หรืออบรมอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของผู้สูงอายุ และชุมชน โดยใช้แนวคิดเชิงระบบประกอบด้วย ตัวป้อน (Input) ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข กระบวนการ (Process) โดยใช้กลวิธีทางสุขภาพเป็นขั้นตอนปฏิบัติที่เน้น การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนนั้น ๆ และผลผลิต (Output) รูปแบบการพัฒนาสุขภาพ ที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ และศักยภาพของชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งกระบวนการวิจัยได้ดำเนินการแบบมีส่วนร่วม โดยผ่านการร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ลงมือ ปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผลร่วมกันของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. บุคลากรสาธารณสุข และเครือข่ายของรัฐ มีการจัด เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ในชุมชนทำให้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประสบความสำเร็จและมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับ การศึกษาของดวงฤดี ลาคุษะและคณะ และวิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ^{13, 16} ที่พบว่า รูปแบบการมี ส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชนและศูนย์บริการ สาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาได้ โดยกระบวนการวิจัยแบบ PAR ได้สร้างความตระหนัก ถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างแท้จริง กระบวนการเรียนรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอ ความคิดการอภิปรายกลุ่ม ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนของแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ

นิลนบล วินิจสรและคณะ¹⁷ ที่พบว่า การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยมีส่วนร่วม กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการสนับสนุนส่งผลให้ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ สะดวก มีประสิทธิภาพ และชุมชนมีส่วนร่วมอย่าง เข้มแข็ง

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุยึดหลักศาสนาในการเปรียบ เทียบ กับชีวิตการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ลักษณะของสังคม ชนบทเป็นแบบเกื้อกูลซึ่งกันและกันเกี่ยวข้องกับ ความต้องการขั้นพื้นฐานและความเป็นอยู่ทั่วไปที่พบได้ ในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับ Orem¹⁴ ที่กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่โดยพยายามปรับปรุง ดำรงการทำหน้าที่ของร่างกายโดยการป้องกัน ปรับให้ เหมาะสมและควบคุมภาวะผิดปกติ การดูแลสุขภาพ ของบุคคลถูกสร้างขึ้นมาจากการรับรู้ถึงสภาวะแวดล้อม ในขณะนั้น จากการสอนหรือแนะนำจากผู้อื่น และ จากประสบการณ์ของตนเองได้จากการลองผิดลองถูก การแสวงหาความรู้มาประกอบการใช้สติปัญญา พิจารณาและตัดสินใจกระทำเพื่อให้สอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงและปรับความสามารถในการดูแล ตนเองอย่างเหมาะสม

สำหรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจการดำเนิน กิจกรรมส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าและศักยภาพ ของตนเองจึงเป็นวิธีการที่จะช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุ เกิดความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและ ทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น การใช้กลยุทธ์ และกลวิธีทางสุขภาพต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาจากสถานการณ์จริง การระดมสมอง



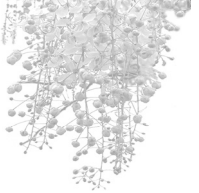
การอภิปรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน ลงมือปฏิบัติ การจัดเวที ระดมสมอง การสรุปและการถอดบทเรียน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ยังทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของและมีความสามารถที่จะกล้าตัดสินใจ แก้ไขปัญหาบนพื้นฐานของบริบท¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jianqian C. และคณะ¹⁹ พบว่า การจัดโปรแกรมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพเชิงบวกในระยะยาว และจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลสุขภาพ และการตัดสินใจเพื่อลดภาระทางค่ารักษาพยาบาล กระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย แสดงให้เห็นว่า เป็นกระบวนการที่ใช้อย่างเป็นระบบและมีการใช้เทคนิคที่หลากหลายของการวิจัย เช่น การสนับสนุนให้ชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและสร้างกลไกที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรม ทำให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ และทำให้เห็นปรากฏการณ์ของการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) เกิดการเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นำไปสู่การร่วมมือร่วมใจปฏิบัติกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เกิดการแก้ไขปัญหาของชุมชนแบบบูรณาการ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม จะทำให้งิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะสั้น และตรงกับช่วงฤดูการเก็บเกี่ยว ทำนาส่งผลให้ผู้สูงอายุ ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

เข้าร่วมกิจกรรมได้น้อย ดังนั้น ผลการประเมินการรับรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น จึงเป็นเพียงผลการวิจัยที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่จำกัดเท่านั้น ซึ่งไม่อาจจะนำไปเสนอผลการวิจัยในระยะยาวได้ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้ จึงควรวางแผนช่วงระยะเวลาไม่ให้เกิดกระทบกิจกรรมหลักของชุมชน และเพิ่มระยะเวลาการวิจัย เพื่อติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ปัจจัยแห่งความสำเร็จความยั่งยืนของโครงการและขยายผลการดำเนินกิจกรรม การดำเนินงานตามขั้นตอนกระบวนการวิจัย ต้องให้มีความสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและชุมชน รวมทั้งการประยุกต์กระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล (Care Giver) ผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชนบท

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนทุนโครงการงานวิจัย ในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้าและเทศบาลตำบลบ้านต้า ที่อนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในระหว่างลงพื้นที่ ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนร่วมที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและอำนวยความสะดวกในการศึกษานี้

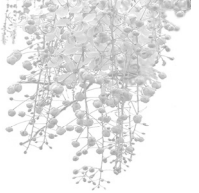


เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Global health and ageing. World health organization. Available at http://www.who.int/ageing/publications/global__health.pdf?ua=1, accessed May 10, 2016.
2. WHO. 50 Facts: Global health situation and trends 1955-2025. Available at http://www.who.int/whr/1998/media__centre/50facts/en/, accessed May 10, 2016.
3. Banlu S. Situation of Thai elderly 2015. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Bangkok. 2015.
4. Samrit S, Kanitta B. Synthesis of long-term care system for the elderly in Thailand. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Bangkok. 2010.
5. National Statistical Office. Statistics of ageing in Thailand. National Statistical Office and Office of the Prime Minister. Bangkok. 2011.
6. Office of the National Economic and Social Development Board. The expectation of the number Thai population in 2010-2014. Bangkok. 2012.
7. College of Public Health Science, Department of Health. Synthesis of situation information health promotion: elderly. Chulalongkorn University and Health Ministry of Public Health. Bangkok. 2011.
8. Siriphan Sasat. Long-term care for the elderly. Thai J Nurs Coun 2010; 25(3): 5-10.
9. Phayao Provincial Health Office. Annual elderly situation report 2014. Phayao province. 2015.
10. Walter S. Holistic health. American Holistic Health Association (AHHA). Available at <http://ahha.org/articles.asp?Id=85>, accessed February 20, 2017.
11. Thai Health Promotion Foundation. Health promotion fund act 2001. Available at <http://www.thaihealth.or.th/files/1.pdf>, accessed November 20, 2016
12. Brook R. H., Ware Jr, J. E., Davies-Avery A., Stewart A. L., Donald, C.A., Rogers, W.H., et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. Medical Care 1979; 17(7): 120-131.
13. Duangruedee L, Totsaporn K, Khanokporn S, Rojanee C. Development of leader's potential in holistic health promotion process of aging in the community. Thai J Nurs Coun 2011; 26 (special issue): 59-69.
14. Orem, D.E. Nursing concept of practice. 2nd ed. New York: McGraw-Hill book company. 1985.



15. Cronbach, Lee J. Essentials of psychological testing. New York: Harper and Row Publishers. 1970.
16. Virapun W, Kwanjai A, Siriphan S, Porntip M, Jinsita N. Improvement of healthcare services for dependent elders. Thai J Nurs Coun 2014; 29(3): 104-15.
17. Nilubon W, Prida T, Naraunart Y, Somkid P. The development of chronic care model for urban older adults by community participation: a case study of Bangkhayaeng community. J Nurs Educat 2015; 8 (3): 14-32.
18. Republic of Kenya and World Health Organization. Nairobi call to action. Nairobi. 2009.
19. Jianqian C, Mengmeng Z, Hui X, Qing Y, Lili J, Yunyun L, Long S, Pei L. The long-term effect of community-based health management on the elderly with type 2 diabetes by the Markov modeling. Arch Gerontol Geriat 2014; 59: 353–59.



Model Development of Community Participation in Holistic Health Promotion for the Elderly in a Rural Area, Phayao Province

Katekaw Seangpraw* Nisarut Auttama* Prakasit Tonchay* Saifon Pudpong*

ABSTRACT

The number of elderly has been increasing worldwide, including Thailand especially in rural areas. This participatory action research aimed to assess the development of a holistic health promotion model and the participation of the elderly in a rural community in Phayao Province. The study groups included 50 elderly and 32 people with stakeholders selected using purposive sampling. The input represented the elderly in all villages and communities. This was a process that emphasized participation and health strategies and the output were a developmental pattern and increased potential of the elderly in promoting holistic health. Quantitative and qualitative data were collected. Data analysis employed descriptive statistics and content analysis. The results showed that after implementation, the elderly

scores were at moderate and high levels regarding health perceptions and self-care behaviors. Community-based intervention and network engagement contributed to an integrated approach to health care that accessed health services and illness-related health care, rural folk eating behaviors, exercise by age-based culture, and stress management. Consequently, the holistic health promotion of the elderly became a prominent point in the community. The health network aided participation to support and benefit of solving problems sustainably, leading to the development of innovative health care continuity.

Keywords: model development, holistic health promotion, participatory action research, elderly