การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ณัฐปภัสญ์ นวลสีทอง สม.บริหาร, อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์ พย.ม., อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ พย.ม., อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ฐาติมา เพชรน้อย ปร.ด., อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดำเนินการวิจัยเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีขอบเขตเนื้อหาที่เป็นประเด็นในการศึกษา 7 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การจัดการกับความเครียด การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และ Paired t-test

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า 1) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง 2) กิจกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่เหมาะสม และ 3) ปัญหาผู้สูงอายุไม่ตระหนักเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ จากการสำรวจ และวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 315 คน ภายหลังการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรม ($\bar{X}$=3.92, S.D.=0.48) สูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ($\bar{X}$=3.90, S.D.=0.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 รูปแบบ คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยพัฒนากิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ การสาธิต และการให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามดูแลและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเครือข่ายในชุมชนโดยตั้งแกนนำผู้สูงอายุเพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุเกิดความตระหนักต่อการรักษาสุขภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Developing a Participatory Learning Model for Adjusting Health Behaviors of the Elderly

Natpapat Nualsithong M.P.H., Lecturer Department of Community Health, Faculty of Nursing, Chaiyaphum RajabhatUniversity
Thamol Sawatsing M.N.S., Lecturer Department of Community Health, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
Aoitip Buajan M.N.S., Lecturer Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
Thatima Petnui PhD., Lecturer, Faculty of Nursing, Rajthanee University Ubon Ratchathan

Abstract

The purposes of this research and development study were 1) to analyze health status and health behaviors of the elderly, 2) to develop participatory learning model for changing the elderly health behaviors, and 3) to compare the health behaviors of the elderly, before and after participating participatory learning model for changing the elderly health behaviors. The study conducted between May-August, 2018. Qualitative data collection was using in-depth interviews, focus group discussion, and Appreciation Influence Control (AIC) technique**.** Quantitative data collection was using health behaviors questionnaire which consists of 7 dimension including eating behaviors, physical activity, health responsibility, stress management, spiritual growth, interpersonal relationship, and environment. Quantitative data analysis using percentage, means, standard deviation and paired t-test.

In qualitative study, the results found that 1) Eating behavior in the elderly, most of them eat food cooked by themselves. 2) Exercise activities in the elderly are not appropriate and 3) the elderly were not aware of chronic non-communicable diseases and health education is rarely recognized.

In quantitative study, 315 elderly in Na siao Sub-district, Muang District Chaiyaphom, Thailand were surveyed, the result found that after participated in participatory learning model for changing the elderly health behaviors, the mean scores of health behaviors ($\bar{X}$=3.92, S.D.=0.48) was higher than before ($\bar{X}$=3.90, S.D.=0.50) with statistical significance at 0.05.

In this study, the model participatory learning model for changing the elderly health behaviors consisted of 3 activities included 1) education, demonstration, and providing information to raise awareness of health behaviors, 2) home visiting to monitor and evaluate elderly health behaviors and 3) community network of the elderly for raising health behaviors awareness.

Keywords: Model development, health behavior, elderly

บทนำ

ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ ปัจจุบันประเทศไทยถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 10.42 ล้านคน และจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด[1] และแนวโน้มอัตราการเกิดหรือภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นแนวโน้มเส้นตรงในระยะยาวอีก 50 ปีข้างหน้า อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายจะเพิ่มเป็น 75 ปี ส่วนผู้หญิงจะเพิ่มเป็น 80 ปี การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญโดยเน้นตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เน้นระบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการคัดกรองด้านสุขภาพ[2] จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,127,423 คน เป็นอันดับที่ 16 ของประเทศ และเป็นอันดับ 9 ของภูมิภาคและพบว่ามีแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากสถิติประชากรผู้สูงอายุใน พ.ศ.2544 พบว่ามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 134,925 คน และใน พ.ศ.2559 จำนวน 174,335 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งจังหวัด จึงต้องเตรียมความพร้อมประชากรผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ จากการสำรวจข้อมูลทางด้านสุขภาพของประชากรตำบลนาเสียว อ.เมือง จ.ชัยภูมิ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุและมีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ในปี 2559 ตำบลนาเสียวมีจำนวนผู้สูงอายุ 1,780 คน เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว ดังนี้ เบาหวาน 206 คน ความดันโลหิตสูง 294 คน หลอดเลือดสมอง 61 คน มะเร็ง 1 คน[3] จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และนำไปปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 315 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีทราบขนาดของประชากรของ Daniel (1987)[4] โดยวิธีการสนทนากลุ่ม และการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การจัดการกับความเครียด การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อม

นิยามศัพท์

รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง รูปแบบที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงความรู้และนำไปสู่ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ผู้สูงอายุ หมายถึง คนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งมีอยู่ 7 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การจัดการกับความเครียด การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อม[5-6]

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 1,780 คน2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีทราบขนาดของประชากรของ Daniel (1987)[4] จำนวน 315 คน ได้มาโดยวิธีใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายในการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อทราบสภาพพฤติกรรม และแนวทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ รวม 10 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุชาย 5 คน และผู้สูงอายุหญิง 5 คน

2. กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อทราบปัญหาการทำงานรวม 6 คน ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 2 และกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน

3. กลุ่มเป้าหมายในการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และนำไปปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน จำนวน 3 กลุ่ม รวม 14 คน ประกอบด้วย

3.1 กลุ่มหัวหน้างาน 2 คน

3.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว 4 คน

3.3 กลุ่มผู้สูงอายุ 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 2 ประเภท สอดคล้อง กับระเบียบวิธีวิจัยในเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ สภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ คือเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร มีโรคประจำตัวหรือไม่ การรับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 7 ด้านได้ปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ[7] แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ค่า IOC สูงกว่า 0.61-0.70 ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติสม่ำเสมอ บ่อยครั้ง ปานกลาง นานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพและการรับรู้ของผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อทราบสภาพปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ รวมทั้งข้อเสนอแนะถึงแนวทางแก้ไขปัญหามีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus group) ได้กำหนดประเด็นหรือข้อคำถามให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับสภาพพฤติกรรมสุขภาพ

การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) เพื่อหาแนวทางการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนดแล้ว ได้นำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์และนำมาลงรหัสตามที่กำหนดไว้เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์ จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการใช้สถิติ t-test (dependent or paired t-test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ α=0.05

การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์แล้ว จะใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) แล้วนำไปเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปของการเขียนเชิงพรรณนาถอดบทเรียน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม

ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมของการวิจัยโดยเคร่งครัดสำหรับผู้ร่วมวิจัยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการ ระเบียบวิธีวิจัย และประโยชน์ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ และลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งสามารถขอถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา และการรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุลของผู้ร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 81.6) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 58.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54.6) รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 81.0) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 48.3) รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน (ร้อยละ 41.9) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.1) กลุ่มที่มีโรคประจำตัวได้แก่ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 54.3) รองลงมาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)(ร้อยละ 39.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (N=315)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
1.1 ชาย	58 (18.4)
1.2 หญิง	257 (81.6)
2. อายุ	
2.1 60 - 69 ปี	185 (58.7)
2.2 70 - 79 ปี	113 (35.9)
2.3 80 ปีขึ้นไป	17 (5.4)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (N=315) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
3. สถานภาพสมรส	
3.1 คู่	172 (54.6)
3.2 โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	143 (45.4)
4. รายได้ โดยเฉลี่ยต่อเดือน	
4.1 ไม่มีรายได้	-
4.2 ต่ำกว่า 3,000บาท	255 (81.0)
4.3 3,000บาทขึ้นไป	60 (19.0)
5. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ	
5.1 อยู่คนเดียว	23 (7.3)
5.2 คู่สมรส	152 (48.3)
5.3 บุตร/หลาน	132 (41.9)
5.4 ญาติ / พี่-น้อง	8 (2.5)
6. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	
6.1 ไม่มี	161 (51.1)
6.2 มี	154 (48.9)
7. การรับการรักษา	
7.1 โรงพยาบาล	171 (54.3)
7.2 รพ.สต.	124 (39.4)
7.3 คลินิก	20 (6.3)

2. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม พบว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และเป็นรายด้าน 7 ด้าน อยู่ในระดับมาก และมี 2 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง คือด้านการออกกำลังกาย และด้านความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X}$=4.45, S.D.=0.59) และด้านที่ต่ำที่สุดคือ ด้านความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ($\bar{X}$=3.24, S.D.=0.76) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (N=315)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{X}$ (S.D.)
1. การรับประทานอาหาร	4.06 (0.63)	4.08 (0.61)
2. การออกกำลังกาย	3.41 (0.95)	3.44 (0.93)
3. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	3.95 (1.05)	3.97 (1.01)
4. การจัดการกับความเครียด	3.95 (1.05)	3.97 (1.01)
5. ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง	3.24 (0.76)	3.24 (0.75)
6. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.45 (0.59)	4.45 (0.59)
7. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.28 (0.66)	4.31 (0.64)
รวม	3.90 (0.50)	3.92 (0.48)

3. รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ มีกิจกรรมดังนี้

3.1 การอบรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้โดยได้เชิญผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี สุขภาพแข็งแรงมาเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นตัวอย่างแก่กลุ่มโดยจัดกิจกรรมวันที่ 24-25 พฤษภาคม 2561 สถานที่ ณ ศาลาวัดบ้านนาสีนวล และวันที่ 7-8 มิถุนายน 2561 ณ ศาลาวัดบ้านไทรงาม ต.นาเสียว จ.ชัยภูมิ กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ 315 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม และแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อเข้ากลุ่มเป็นฐานในการฝึกอบรม

แผนการฝึกอบรมที่ 1 การชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

แผนการฝึกอบรมที่ 2 สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

แผนการฝึกอบรมที่ 3 อาหารสร้างสุขภาพ

แผนการฝึกอบรมที่ 4 ออกกำลังกายวันนี้ชีวีมีสุข

แผนการฝึกอบรมที่ 5 การจัดการความเครียด

แผนการฝึกอบรมที่ 6 ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม

3.2 จัดทำภาพพลิก แผ่นพับสื่อการเรียนรู้หรือเอกสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ท่าในการออกกำลังกาย เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ไว้สำหรับแจกผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ใช้เป็นคู่มือและแนวทางปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และที่สำคัญต้องเป็นสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

3.3 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2561 โดยทีมนักวิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดตารางการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 6-8 คน เพื่อติดตามดูแลและประเมินพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีปัญหา และผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ

3.4 สร้างเครือข่ายในชุมชน หลังจากทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยตั้งแกนนำผู้สูงอายุรักสุขภาพ และกลุ่มสมาชิกจำนวน 30 คน เพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุเกิดความตระหนักต่อการรักษาสุขภาพ และสามารถนำเอารูปแบบที่ค้นพบไปใช้ในการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรม จัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีการติดตามเครือข่ายผ่านผู้นำชุมชน พบว่ายังมีการรวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกายสัปดาห์ 1 ครั้ง

4. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ และหลังการจัดรูปแบบ พบว่า ก่อนการจัดรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยรวม 3.90 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50 และภายหลังการจัดรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้น 3.92 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 ซึ่งภายหลังการจัดรูปแบบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (N=315)

หัวข้อ	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{X}$ (S.D.)	ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง	95% CI of mean difference	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ	3.90 (0.50)	3.92 (0.48)	0.02	0.01, 0.02	< 0.001

ผลการสนทนากลุ่ม

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง แต่ทานเค็มและใส่ผงปรุงรส ด้านการออกกำลังกายที่ปฏิบัติประจำได้แก่ การเดิน ออกกำลังกายด้วยยางยืด ดูแลต้นไม้ แต่การออกกำลังกายไม่ได้มีการเตรียมร่างกายก่อน ด้านการจัดการความเครียดปฏิบัติเพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล ได้แก่ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ นอนพักผ่อน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ฝึกสมาธิ ระบายเล่าให้ลูกๆฟัง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองเมื่อรู้สึกเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลตนเอง ได้แก่ การซื้อยากินเอง ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการสัมภาษณ์เจาะลึก

การดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะถึงแนวทางแก้ไขปัญหา ด้านการบริหารจัดการบุคคล บุคลากรทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมแก่การทำงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบรวมทั้งมีจิตใจรักในการให้บริการเพื่อให้การทำงานนั้นเกิดประสิทธิผลสูงสุด ด้านการบริหารจัดการทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว ได้เน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และญาติในกระบวนการดำเนินงานทั้งในสถานบริการ และใน

ชุมชนโดยมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และญาติ เพื่อพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุที่แข็งแรง ด้านปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นสถานที่ไม่เพียงพอ ห้องประชุมที่จะจัดกิจกรรมต่างๆ มีขนาดเล็กและเป็นอาคารไม้ยกพื้นสูง อีกปัญหาที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุไม่ตระหนักเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา การให้สุขศึกษาจำไม่ได้ เพราะสูงอายุมีอาการหลงลืม และด้านแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการพูดคุยกับผู้สูงอายุต้องเสริมกิจกรรมให้สุขศึกษา จัดกลุ่มผู้สูงอายุที่คล้ายกันร่วมรับฟัง และชี้แจงพูดคุยเจาะลึกเป็นรายบุคคลกรณีที่ประเมินแล้วมีโอกาสที่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพไม่ดี ตลอดจนในรายที่ไม่ตระหนักต้องแจกแผ่นพับให้ความรู้และติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อพบและขอความร่วมมือจากผู้ดูแล หรือ สมาชิกในครอบครัว และที่สำคัญควรจัดให้มีกิจกรรมคลายเครียดหรือกิจกรรมงานอดิเรกเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การเล่นเกมส์สนุกๆ การร้องเพลง การเล่นทายปัญหาชิงรางวัล สอนงานหัตถกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ง่าย

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 7 ด้านดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง และในขณะเดียวกันการเรียนรู้ที่ดีนั้นจะต้องมีกระบวนการ ซึ่งกระบวนการดำเนินการในปัจจุบันนั้นนิยมใช้กันแพร่หลายได้แก่ กระบวน AIC เพื่อระดมความคิดสร้างสรรค์เสริมสร้างพลังของคน และสนับสนุนให้เป็นไปได้เมื่อแต่ละคนตั้งใจจะทำ (Empower, Enabling) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุรูปแบบนี้ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน[8] ที่กล่าวถึง กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมว่า การเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือกลุ่มบุคคล องค์กร ในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมใช้ประโยชน์ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสูงที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ค่าเฉลี่ย 4.45) รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในด้านนี้ คือ ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้ (ค่าเฉลี่ย 4.60) สอดคล้องกับ[9] การศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน พบว่า สังคมไทยภาคอีสานเป็นสังคมที่มีวัฒนธรรมการดูแลกันแบบเครือญาติ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากสังคม

การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชน อยู่ที่การนำไปปฏิบัติเพราะส่วนใหญ่จะทราบดีว่าอะไรควรทาน หรืออะไรควรหลีกเลี่ยง อีกทั้งปัญหาเศรษฐกิจและครอบครัวก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเลือกรับประทาน ด้านการออกกำลังกายผู้สูงอายุให้ความร่วมมือทำกิจกรรมการออกกำลังกายดีมากเมื่อมีเจ้าหน้าที่พาทำ แต่เมื่อกลับไปบ้านผู้สูงอายุก็จะไม่ใส่ใจออกกำลังกายอย่างจริงจัง จึงขาดความต่อเนื่องและไม่บังเกิดผลเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำเอารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

2. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ/เอกชน เพื่อเป็นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกช่วงวัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุตำบลนาเสียว และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการทำวิจัยวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติบอกอะไร ผู้สูงวัยปัจจุบัน; 2561.

2. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ.เรื่องการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ: ระหว่างวันที่ 22 - 23 มกราคม 2552 กรุงเทพมหานคร;2552.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.ระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม (Health Data Center) [homepage on the Internet] สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2559 ; 2559.

4. Daniel,V.W. Biostatistic: A foundation for analysis in the health sciences. 4th ed. New York:John Wiley & Sons;1987.

5. Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 3nd ed. California: Appleton and Lange;1996.

6. ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ:ศุภวนิชการพิมพ์;2532.

7. ปานชีวา ณ หนองคาย.การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.

8. ชัยณรงค์ สระชัยปัญญา และคณะ.รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาบ้านวังไหตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. เลย:สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเลย;2545.

9. ชนิตา สุ่มมาตย์.การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม;มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.

รับต้นฉบับ: 8 พฤษภาคม 2562, ได้รับบทความปรับปรุง: 22 สิงหาคม 2562, รับลงตีพิมพ์: 23 กันยายน 2562