



Developing Community Participation in Promoting the Health Care Behavior of the Elderly in Hot District Chiang Mai Province

Tongkum Baipho

Hod Hospital, Chiang Mai Province, Thailand

E-mail: goldengold2609@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-9464-9239>

Received 09/07/2024

Revised 15/07/2024

Accepted 30/07/2024

Abstract

Background and Aims: The research on community involvement in promoting health care behaviors among the elderly in Hod District, Chiang Mai Province, aimed to achieve the following objectives: 1) To study health care behaviors among the elderly in Hod District, Chiang Mai Province; 2) To develop a community-involved model for elderly health care in Hod District, Chiang Mai Province; and 3) To assess the effectiveness of the community-involved model for elderly health care in Hod District, Chiang Mai Province.

Methodology: The population used in the study consisted of elderly residents in Hod district, Chiang Mai province, totaling 8,101 individuals as of November 9, 2023. Due to the impractically large size of the population for comprehensive data collection, researchers employed social science research methodologies to sample the population. Using Taro Yamane's formula (1973: 886-887) with a 95% confidence level, a sample size of 382 individuals was determined to be appropriate. The sampling technique utilized was Multi-state Random Sampling. Key informants, who are stakeholders in elderly community health care, were selected purposively through Purposive Random Sampling. These informants included community leaders, health volunteers, local administrators, and village committee members, totaling 30 individuals (5 from each of 6 villages). Evaluation of the effectiveness of the caregiving model for all elderly in the community involved a sample of 180 individuals. This group comprised elderly individuals themselves, community leaders, relevant officials, and other stakeholders.

Results: The study found that (1) the elderly have a high level of knowledge and awareness regarding health promotion, particularly in understanding the benefits of health-promoting behaviors. However, they exhibit minimal awareness regarding the disadvantages of certain health-





promoting behaviors, such as smoking cessation, leading to socialization issues within peer groups. Additionally, the elderly show a high level of self-awareness regarding the causes of mosquito-borne diseases like dengue fever and Japanese encephalitis. Social support for the elderly was perceived to be highly effective, particularly in receiving necessary vaccination advice and knowledge about proper waste disposal. More than half of the elderly surveyed adhered to healthcare behavior principles. (2) The development of a community-involved model for elderly health care in Hod District, Chiang Mai Province, emphasizes community participation, including 1) Health promotion and disease prevention through community-based activities and knowledge dissemination; 2) Primary health care services within the community; 3) Comprehensive health care rehabilitation services; and 4) Policies aimed at promoting elderly health care behaviors. And (3) The effectiveness of the community-engaged elderly health care development model in Hod district, Chiang Mai province, showed strong performance across all evaluated categories. Category 1, which assesses the effectiveness in disseminating knowledge about health promotion, received a high score with an average of 4.11. Category 2, evaluating the effectiveness of the healthcare behavior promotion model, achieved an average score of 3.84. Category 3, focusing on the effectiveness of community-engaged initiatives in promoting healthcare behaviors among the elderly, scored an average of 3.83. Category 4, concerning appropriateness and consistency, achieved an average score of 3.75. Overall, the model demonstrated high suitability with an overall average score of 3.91.

Conclusion: The study discovered that although older adults are aware of health-promoting behaviors and strategies for preventing disease, they are less aware of the social costs associated with making some behavioral changes, such as quitting smoking. Furthermore, senior health care has advanced in the Hod District of Chiang Mai Province thanks to a community-based model. It received a high score in both behavior promotion and knowledge dissemination, totaling 3.91 for suitability.

Keywords: Developing Community Participation; Promoting the Health care Behavior; Elderly





การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

ทองคำ ใบโพธิ์

โรงพยาบาลฮอด, จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: การวิจัยเรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ 3) เพื่อประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย: ประชากรที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 8,101 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566) ประชากรในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 8,101 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566) แต่เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่เกินกว่าที่สามารถเก็บข้อมูลได้หมด จึงจำเป็นต้องทำการสุ่มตัวอย่างตามระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัย โดยใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแบบ Yamane (1973) ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 382 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบขั้นตอน (Multi-state Random Sampling) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ถือเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น คณะกรรมการหมู่บ้าน ใน 6 ตำบลๆ ละ 5 คนรวมเป็น 30 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) ประเมินประสิทธิภาพรูปแบบโดย ผู้มีส่วนได้เสียกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน ครอบครัว ผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 180 ราย

ผลการศึกษา (1) ผู้สูงอายุมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้สูงอายุมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุเห็นด้วยในระดับน้อยที่สุดในประเด็นการหยุดสูบบุหรี่ ทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมากที่สุดในการมีความตระหนักรู้ว่าลูกน้ำยุงลายเป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออก ใช้สวมกางเกง ส่วนด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ในประเด็นการได้รับคำแนะนำในการรับวัคซีนที่จำเป็นและความรู้ในการจัดตั้งขยะอันตราย ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (2) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประกอบไปด้วย 1) ระบบการเสริมสร้าง ฝ้าระวัง ป้องกันการเจ็บป่วยด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและองค์ความรู้โดยชุมชน 2) ระบบบริการปฐมภูมิในชุมชน

3) ระบบการฟื้นฟูดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ และ 4) นโยบายเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ในระดับมากในทุกหมวด โดยหมวดที่ 1 ประสิทธิภาพการสร้างความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.11) หมวดที่ 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.84) หมวดที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 3.83) หมวดที่ 4 ความเหมาะสมและความสอดคล้อง (ค่าเฉลี่ย 3.75) โดยภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยรวม 3.91)

สรุปผล: การศึกษาพบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุจะตระหนักถึงพฤติกรรมและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค แต่ก็ไม่ค่อยตระหนักถึงต้นทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ มีความก้าวหน้ามากขึ้นด้วยรูปแบบที่อิงชุมชน ได้รับคะแนนสูงทั้งด้านการส่งเสริมพฤติกรรมและการเผยแพร่องค์ความรู้ รวม 3.91 คะแนน ในด้านความเหมาะสม

คำสำคัญ : การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน; การสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

บทนำ

โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 12.3 ของประชากรโลก และภายในปี 2593 จำนวนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบร้อยละ 22 การสูงวัยเป็นชัยชนะของการพัฒนา ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้นเพราะโภชนาการที่ดีขึ้น สุขอนามัย การดูแลสุขภาพ การศึกษา และความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น (United Nations Population Funds, 2023) จากข้อมูลประชากรไทยของกรมการปกครองในเดือนตุลาคม 2566 พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวน 13,016,282 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2566) คิดเป็นร้อยละ 19.83 ของประชากรในประเทศทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันประเทศไทยก็เข้าสู่การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรศาสตร์ครั้งสำคัญ คือ มีอัตราการเจริญพันธุ์ต่ำและประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (United Nations Population Fund, 2023) การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging society) การเข้าสู่สังคมสูงวัยอาจส่งผลกระทบต่อประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจความสามารถในการแข่งขัน และผลิตภาพแรงงาน รวมถึงความต้องการงบประมาณเพื่อเป็นสวัสดิการรองรับวัยเกษียณ จากอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและภาระทางการคลังในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566)

ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก มีจำนวนผู้สูงอายุ 12.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.4 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2566) แม้ว่าคนไทยจะมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะต้องอยู่กับสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ยาวนานมากขึ้นจนกว่าจะสิ้นอายุขัย ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้คนส่วนใหญ่มีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์จนถึงเสียชีวิต และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความต้องการ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มมากกว่า 3 เท่าในอีก 30 ปีข้างหน้า จำเป็นต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออายุมากขึ้นลดภาวะพึ่งพิงในการดูแลผู้สูงอายุ (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ, 2566) จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้สูงอายุ จำนวน 379,837 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) คิดเป็นร้อยละ 23.39 ของประชากรสัญชาติไทยทั้งหมดใน จังหวัดเชียงใหม่ จึงถือได้ว่าจังหวัดเชียงใหม่ นั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

จากรายงานการประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565 พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.66 ติดบ้าน ร้อยละ 2.73 และติดเตียง ร้อยละ 0.62 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบ มักเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 15.55 โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.84 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.72 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 0.88 และภาวะหกล้ม ร้อยละ 3.12 ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มสูงถึง 2,018 คน หรือเฉลี่ยวันละ 6 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากถึง 1,046 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน และร้อยละ 50 ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาจากการหกล้มเสียชีวิตใน 1 ปี (กรมควบคุมโรค, เมษายน 2562) และจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ 5 ด้าน ในปี 2563 และ 8 ด้าน ในปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร้อยละ 37.8 และ ร้อยละ 30.8 ตามลำดับ (ศูนย์อนามัยที่ 4 กระทรวงอนามัย, 2566)

การสูงวัยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงในตนเองอย่างมาก ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง นับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย (อินทกานต์ กุลไวย และ สุวนีย์ เกียรติแก้ว (2552) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมตามวัยสูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม การมีสภาพแวดล้อมที่ดีปลอดภัย และเหมาะสมจึงเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al, 2002) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023: 62) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพเบื้องต้นเป็นกลไกสำคัญสำหรับความคุ้มครองสุขภาพสากล (Universal Health Coverage) นอกจากนี้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นเป็นรากฐานสำคัญของความเท่าเทียมและระบบสุขภาพที่แข็งแรง โดยเน้นการดำเนินการหลายภาคส่วนเพื่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับผู้คนและชุมชน

อำเภอฮอดเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดและที่มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขา ในปี 2562 อำเภอฮอดมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 7,068 คน และในปี 2566 มีประชากรผู้สูงอายุ 8,101 คน ในระยะเวลา 4 ปี มีการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14.61 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพทั้งด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย จากสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการระบบสุขภาพในอำเภอฮอดทั้งโรงพยาบาลฮอด รพ.สต.พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการ



เจ็บป่วยมากจากพฤติกรรมสุขภาพซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายภาวะสุขภาพและการเกิดโรค (วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม, 2564)

อย่างไรก็ตามนอกจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก็เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมในระยะที่ผ่านมาพบว่ามีงานวิจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น จำนวน 2,134 รายการ (สืบค้นจากฐานข้อมูล ThaiLIS Digital Collection วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566) ในจำนวนนี้มีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เพียง 213 รายการ ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็น งานวิจัยทำนายปัจจัยจำนวน 54 รายการ รองลงมาเป็นงานวิจัยด้านการประเมินผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพในมิติต่างๆ เช่น โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โปรแกรมฟื้นฟูพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการออกกำลังกาย โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นต้น จำนวน 31 รายการ งานวิจัยในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ครอบคลุมประเด็น การศึกษาพฤติกรรม การศึกษาวิถีชีวิต ศึกษาความต้องการ จำนวน 35 รายการ งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ 21 รายการ ด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 20 รายการ นอกจากนั้นเป็นงานวิจัยในรายละเอียดปลีกย่อยออกไป เช่น การศึกษาประสิทธิผล 8 รายการ ประสิทธิภาพ 2 รายการ ด้านการเปรียบเทียบ 2 รายการ การวิเคราะห์กลยุทธ์, ตัวชี้วัดประเด็นละ 1 รายการ

จากนโยบายสะท้อนให้เห็นถึงการให้การมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือหนึ่งในการขับเคลื่อนให้คนไทย ชุมชนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนด้านสุขภาพได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมเพียง 3 รายการ คือ 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรแลง ตำบลบุญธิ อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ (กานต์วี กอบสุข, 2554) 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (ศิริพรรณ บุตรศรี, 2558) 3) รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอยาง จังหวัดเชียงราย (สุกชชา พันเลิศพาณิชย์ และ ฤทธิชัย แกมมณ, 2559) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าไม่สามารถ Generalization ผลงานวิจัยเหล่านี้มาใช้ในอำเภอสอดได้ด้วยเหตุผล 3 ประการคือ 1) งานวิจัยเหล่านี้เป็นงานวิจัยที่ได้ทำการวิจัยในช่วงก่อนการเกิดการแพร่ระบาดของโควิด19 ซึ่งการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น ได้ส่งผลให้เงื่อนไขพฤติกรรมสุขภาพมีรายละเอียดที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม 2) งานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ได้ทำวิจัยมากกว่า 5 ปี อาจจะไม่ทันต่อเหตุการณ์ในปัจจุบัน และ 3) งานวิจัยเหล่านี้เป็นงานวิจัยเชิงพื้นที่ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีบริบทของพื้นที่แตกต่างกัน อีกทั้งโดยวิธีวิทยาการวิจัยแล้วไม่สามารถทำการอ้างอิงผลการศึกษาจากพื้นที่ที่ต่างกันไปได้ และจากช่องว่างของงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นซึ่งมีงานในรูปแบบนี้เพียง 3 งานเท่านั้น จึงส่งผลให้มีความจำเป็นที่จะต้องทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอสอด จังหวัดเชียงใหม่

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุยังเป็นตัวกำหนดต้นทุนทางสุขภาพของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้ สามารถกำหนดเงื่อนไขในคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ช่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง การกำหนดการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ จะทำให้ได้เครื่องมือ (Tools) ที่เหมาะสมในบริบทของอำเภอฮอด ซึ่งแนวทางในการพัฒนาระบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้คาดว่าจะสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถปรับใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ลดการสิ้นเปลืองงบประมาณได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

Kals & Cobbs (1966) ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงโดยการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรค หรือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่เกิดอาการที่ชัดเจน ด้วย Glanz et al (2008) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ 1) พฤติกรรมป้องกันโรค (preventive health behavior) 2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) 3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (sick-role behavior) สอดคล้องกับ Good (1959) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น ในทำนองเดียวกัน Gochman (1988) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นลักษณะของส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และด้านความรู้อื่นๆลักษณะบุคลิกภาพ รวมทั้งความรู้สึกและ

อารมณ์ ลักษณะนิสัย มีรูปแบบพฤติกรรมสังเกตได้ เป็นการกระทำและนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการปรับปรุงสุขภาพ ซึ่งนิยามดังกล่าวได้เน้นไปที่ปัจเจกบุคคล ซึ่งมีความหมายรวมทั้งการกระทำที่สังเกตได้และด้านจิตใจ ความรู้สึกซึ่งสามารถวัดและรายงานได้ในขณะที่ Pender (1987) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อให้มีความสุข (Well-being) และควมมีคุณค่าในตนเอง ส่วนสุขภาพ โสมประยูร (2525) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ว่าหมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ นอกจากนี้เนลิมพล ต้นสกุล (2543) ยังให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเป็นการจำแนกพฤติกรรมตามแนวคิดทางสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เนลิมพล ต้นสกุล, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข (2566) ระบุว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน /ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ ทำไร่/ทำสวน/ ทำนา/ออกกำลังกาย) สัปดาห์ละ 150 นาที/สัปดาห์
2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์)
3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า)
6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง)
7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8
8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531: 24-30) ได้กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นกระบวนการ การดำเนินงาน รวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยยึดหลักการว่าสมาชิกในชุมชนนั้น ๆ จะต้องร่วมมือกันวางแผนไปจนถึงลงมือปฏิบัติงานเพื่อสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนยังมี

ความหมายครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่เริ่มต้นของการวางแผนไปจนถึงลงมือปฏิบัติตามแผน และประเมินผล

ในทำนองเดียวกัน นรินทรชัย พัฒนพงศา (2533: 20) ได้ให้ความหมายของคำว่า การมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ คือ การให้ประชาชนเข้าเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการดำเนินการของกลุ่มตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์จากกลุ่ม
2. การที่จะให้ประชาชนมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่ความพยายามและความเป็นตัวเอง เข้าดำเนินการควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่าง ๆ

บัวเรศ ประโชโย และคณะ (2538) ใน ระเบียบวินัย (2542: 14) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของกลุ่มมีความสนใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน การเริ่มต้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากความต้องการภายนอก โดยที่ประชาชนมีศักยภาพพอที่จะเข้าร่วมในการดำเนินงาน มีความพร้อมที่จะเข้าร่วม มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมและอำนาจในการตัดสินใจ ภายนอกเป็นเพียงผู้คอยสนับสนุนและช่วยเหลือเท่านั้น สอดคล้องกับ ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527: 183-188) ได้ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วมหมายถึง การเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม (group situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม ส่วนยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526: 20) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมแตกต่างไปว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณา ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบถึงตัวเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภัทชา พันเลิศพาณิชย์ และ ฤทธิชัย แกมนาถ (2559) ได้ทำการวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยด้านสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย พบว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุมีการสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เข้ามาตรวจสุขภาพผู้สูงอายุและมีการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ นอกจากนั้นยังให้ความรู้เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ออกกำลังกายที่หลากหลาย ซึ่งบรรจุไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอน มีการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้มีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญต่อสุขภาพจิต สนับสนุนให้ร่วมกันทำกิจกรรมกัน เพื่อได้พบปะสังสรรค์กัน ถ้ามีความเครียดจะปฏิบัติคลายความเครียด ด้วยวิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนนักเรียนผู้สูงอายุ เข้าวัดฟังเทศน์ สนทนาธรรมกับพระหรือไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา 3.รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย 2) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยง 3) การจัดการความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย และ 4) การพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพลฒิพลัง

ศิริพรรณ บุตรศรี (2558) ทำวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้รูปแบบซึ่งมี 4 องค์ประกอบหลักคือ 1) ปัจจัยนำเข้า คือชุมชนมีความตระหนัก และต้องการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังการใช้ศักยภาพของชุมชนซึ่งมีทุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและภาคประชาชน และการมีนโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน 2) กระบวนการพัฒนาประกอบด้วยภาคีเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน 3) ผลผลิต เกิดแผนสุขภาพชุมชน นวัตกรรมชุมชนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ผลลัพธ์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงคือ ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจนเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ จากภายในบุคคลและมีพฤติกรรมตอบสนองจากการเรียนรู้ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ด้วยตนเอง การประเมินผลการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ได้รับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทุกขั้นตอนการวิจัย ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าผลสำเร็จของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ มาจากการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน การยกระดับจิตสำนึก การสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ในผู้สูงอายุจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคได้ด้วยตนเองและเกิดจิตสำนึกความเป็นเจ้าของ

กานต์วี กอบสุข (2554)รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรลงตำบลบุญชี อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ ผลวิจัยพบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรลง ตำบลบุญชี อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ ต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดผ่านกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเข้าวัดทำบุญฟังธรรม คนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุหลังดำเนินการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช (2562) ทำการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง ผลการวิจัยพบว่า มีผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 33 คน และได้ข้อค้นพบ 4 ประเด็นหลักสำคัญคือ 1) ปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1.1) ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคเกาต์ โรคมะเร็ง รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เช่น ต้อกระจก ขาดตามปลายมือปลายเท้า 1.2) ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โดดเดี่ยวทหดหู่ ซึมเศร้าและมีปัญหาสุขภาพจิต

และ 1.3) ผู้สูงอายุยากจน เจ็บป่วย ถูกทอดทิ้ง และถูกข่มขู่เงินเลี้ยงชีพ 2) การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ 2.1) จัดสรรงบประมาณในกิจกรรมของผู้สูงอายุ 2.2) จัดตั้งศูนย์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 2.3) ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3.1) ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ 3.2) ทบทวนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3.3) กำหนดนโยบายจ้างงานผู้สูงอายุและการขยายอายุเกษียณ 3.4) พัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม 3.5) เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ 3.6) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว 3.7) การจัดบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1) เตรียมพร้อมวัยแรงงานก่อนเข้าสู่วัยเกษียณ 2) การจัดระเบียบสังคม และ 3) การจัดสวนสุขภาพ หรือมุมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในสวนสาธารณะ

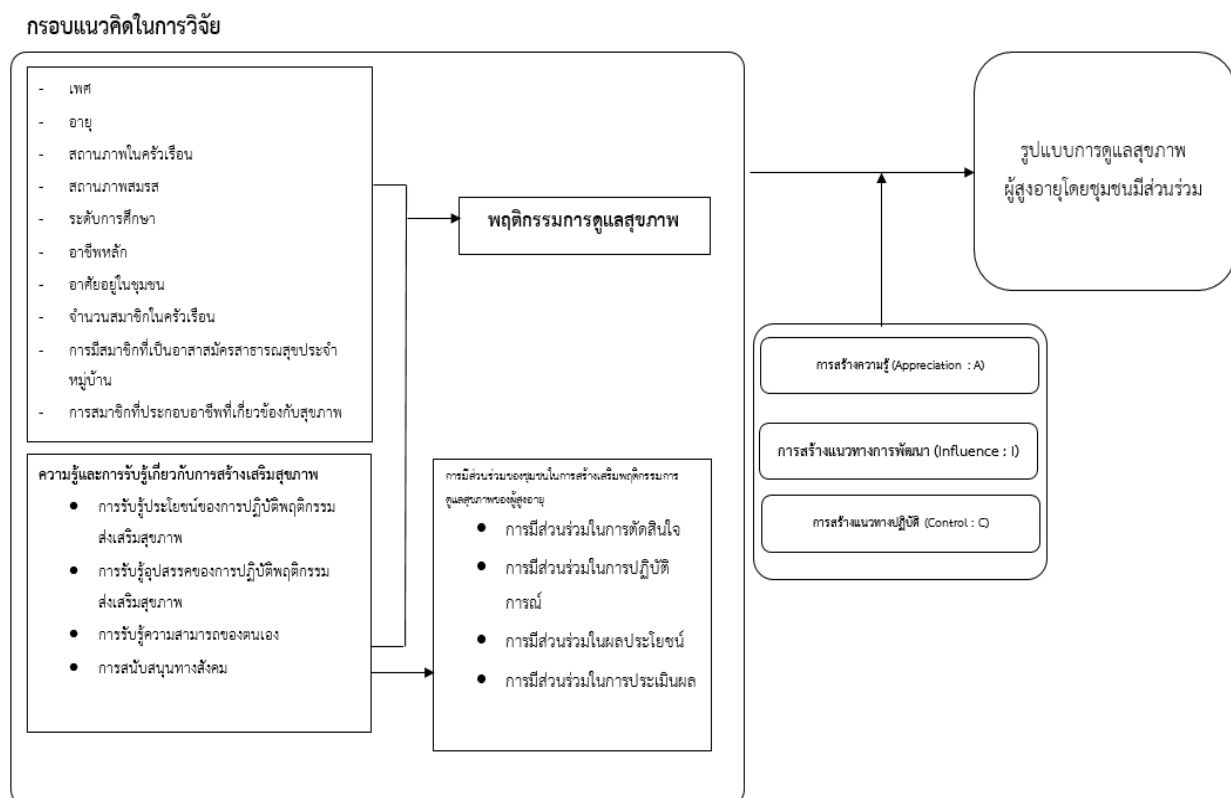
สุจินดา สุขรุ่ง และคณะ (2561) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการ AIC: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง มี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.09 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 ($p < 0.05$) และกิจกรรมที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน 3 อันดับ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) กิจกรรมการวางแผนโบราณสมุนไพร และ 3) กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มั่นโชค ดอละ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบะละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.6 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ศาสนา อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย ลักษณะการอยู่กับครอบครัว รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่ม การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา โรคประจำตัว และการนอนหลับที่เพียงพอข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติตนทั้งในด้านของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันและจัดการความเครียด และการปฏิบัติศาสนกิจที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

อำเภอฮอดเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดและที่มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขา ในระยะเวลา 4 ปี มีการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14.61 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการระบบสุขภาพในอำเภอฮอดทั้งโรงพยาบาลฮอด รพ.สต.พบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยมาจากพฤติกรรมสุขภาพซึ่งการศึกษาครั้งนี้กำหนดกรอบการศึกษาภายใต้แนวคิดที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายภาวะสุขภาพและการเกิดโรค (วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม, 2564) โดย Pender et al (2002) ซึ่งอธิบายว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านลักษณะ และประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านสติปัญญา และความรู้สึที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 6 ตัวแปรย่อย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อธิพิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ และ3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม ความต้องการและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด นอกจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยยังใช้กรอบการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 มีเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ตลอดจนในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังสอดคล้องกับนอกจากนั้น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ได้มีเป้าประสงค์เพื่อให้คนไทย ชุมชน ท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนด้านสุขภาพได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

พื้นที่วิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอฮอด ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลหางดง ตำบลฮอด ตำบลบ้านตาล ตำบลบ่อหลวง ตำบลบ่อสสี และตำบลนาคอเรือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ จากกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย (2566) พบว่าจำนวนทั้งสิ้น 8,101 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566) เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบขั้นตอน (Multi-state Random Sampling)

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ถือเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น คณะกรรมการหมู่บ้าน ใน 6 ตำบลๆ ละ 5 คนรวมเป็น 30 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling)

3. ประเมินประสิทธิภาพรูปแบบโดย ผู้มีส่วนได้เสียกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนครอบคลุม ผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเจาะจง (Purposive random sampling) จำนวน 180 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 8,101 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566) แต่เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่เกินกว่าที่สามารถเก็บข้อมูลได้หมด จึงจำเป็นต้องทำการสุ่มตัวอย่างตามระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัย โดยใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแบบ Yamane (1973) ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 382 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามปลายปิด (Close-ended Questions) และปลายเปิด (Open-ended Questions) ประกอบไปด้วย เพศ อายุ รายได้ของครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การมีสมาชิกครัวเรือนที่มีความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ



ตอนที่ 2 ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ วัดความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยข้อคำถามแบบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนได้ใช้เกณฑ์เกณฑ์นิยมของบุญธรรม กิจปรีดาภิรต (2540: 280) มาประยุกต์ใช้โดยแบ่งเกณฑ์การวัดระดับความรู้โดยคิดเป็นร้อยละ

ตอนที่ 3 วัดการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นข้อคำถามประมาณค่าแบบให้ค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อวัดระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถามประมาณค่าแบบให้ค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อวัดระดับการสนับสนุนทางสังคม มีจำนวน 30 ข้อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ 1 ข้อจาก 2 ข้อ คือ ทำ/ไม่ทำ จำนวน 30 ข้อ

2. แบบประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบไปด้วยข้อคำถามเพื่อการประเมินประสิทธิภาพแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยจะประเมิน 1) ความรู้ของผู้สูงอายุในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการนำแนวทางไปทดลองใช้การประเมินแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ 2) ประเมินประสิทธิภาพของการนำแนวทางไปใช้ จะใช้รูปแบบของเครื่องมือการประเมินตามทฤษฎีการประเมิน (Theory of Evaluation) ของแต่ละชุดข้อมูล ทั้งหลักการเกณฑ์ และตัวบ่งชี้ ด้วยการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวบ่งชี้ (Indicator Score) จากการพิจารณาตัวตรวจสอบกำหนดวิธีการให้คะแนนการประเมินด้วยวิธีการให้คะแนนแบบถ่วงน้ำหนัก (Weighted Sum) โดยจะทำการกำหนดค่าน้ำหนัก (Weighted) ของตัวชี้วัดจากนั้นจึงนำคะแนนการประเมินที่ได้มาแปลความหมายและจัดระดับผลการประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ในการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) นั้นผู้วิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อทดสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา (content validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item Objective Congruence) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเสนอผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจำนวน 3 ท่าน เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบ วิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขให้ครอบคลุมเนื้อหาที่จะวัดมากยิ่งขึ้น และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: index of item objective congruence) โดยพบว่า ค่า IOC ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ โดยมีค่า IOC เท่ากับ 0.50 ขึ้นไป

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

เมื่อแบบสอบถามผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แล้ว จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความตรงในเนื้อหาไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดสอบกับประชากรในอำเภอจอมทอง ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับอำเภอฮอด จำนวน 30 ราย ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient of alpha) แบบของ Cronbach เท่ากับ 0.94

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 47.40 มีอายุระหว่าง 60-65 ปี รองลงมา ร้อยละ 24.60 มีอายุระหว่าง 66-70 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 89 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 67.81 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.60 มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 58.90 สมรส ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.20 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ในด้านการประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.00 เป็นเกษตรกร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.7 มีระยะเวลาอาศัยในชุมชนน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 42.5 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน โดยมีสมาชิกในครัวเรือนสูงสุด 9 คน มีจำนวนสมาชิกครัวเรือนโดยเฉลี่ย 4 คนต่อครัวเรือน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.4 ไม่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และร้อยละ 79.10 ไม่มีสมาชิกในครัวเรือนที่ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จากการศึกษาความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 78.30 มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 10.50 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.70 มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 1.60 มีความรู้ในระดับน้อย โดย 5 ลำดับแรกที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้คือ ความรู้ในการออกกำลังกายโดยทราบว่าการออกกำลังกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง (ร้อยละ 89.80) มีความเข้าใจที่ถูกต้องว่าการออกกำลังกายเป็นการยืด หดกล้ามเนื้อ และข้อต่อ (ร้อยละ 89.50) ผู้สูงอายุมีความเข้าใจที่ถูกต้องการออกกำลังกายทำให้เกิดการใช้ออกซิเจนและเกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกาย (ร้อยละ 87.7) การสูบบุหรี่ ทำให้เส้นเลือดหดตัว เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหัวใจ (ร้อยละ 87.2) การนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 82.5)

ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด ในประเด็น 6 ประเด็นได้แก่ การออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง ลดการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย 4.5) การงดดื่มสุราทำให้สุขภาพแข็งแรงลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคตับ โรคตับแข็ง ตับวาย รวมถึงมะเร็งตับ (ค่าเฉลี่ย 4.4) ผู้สูงอายุต้องนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ (ค่าเฉลี่ย 4.4) การรับประทานข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อยมีประโยชน์กว่าข้าวขัดขาว (ค่าเฉลี่ย 4.3) หากไม่สูบบุหรี่ ทำให้ลดความเสี่ยงในการเป็น

โรคหัวใจ (ค่าเฉลี่ย 4.2) การรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ข้าวซ้อมมือ ลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้ (ค่าเฉลี่ย 4.2)

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการวัดโดยใช้มาตรวัดทัศนคติของผู้สูงอายุ ต่อข้อความซึ่งมีความหมายเชิงลบ และเป็นความเชื่อที่ผิด ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคที่มีค่าอยู่ในระดับน้อยที่สุด แสดงให้เห็นถึงการมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการแสดงออกและทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยในระดับน้อยที่สุดใน 5 ประเด็นโดยเห็นว่าการหยุดสูบบุหรี่ ทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน (ค่าเฉลี่ย 1.90) ผู้ให้ข้อมูลยังเห็นด้วยในระดับน้อยในประเด็น 5 ประเด็น ได้แก่ การหยุดดื่มสุรา ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าร่วมสังคม (ค่าเฉลี่ย 2.00) การออกกำลังกายทำให้เกิดปัญหาในการจัดสรรเวลาในการเข้าร่วมงานในชุมชน ไม่สามารถไปออกกำลังกายได้หากมีงานในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 2.1) การได้รับข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ มีผลทำให้คิดจะหยุดยาโรคประจำตัวจากข้อมูลที่ได้รับ (ค่าเฉลี่ย 2.2) การตรวจร่างกายประจำปีเป็นสิ่งที่ยุ่งยากและเสียเวลา (ค่าเฉลี่ย 2.5)

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมากที่สุดในการมีความตระหนักว่าลูกน้ำยุงลายเป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออก ใช้สมออีกเสบ ดังนั้นทำจึงให้ความสำคัญกับการกำจัดลูกน้ำยุงลาย (ค่าเฉลี่ย 4.40) หากเจ็บป่วยจะไปรับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 4.40) สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอและนอนหลับวันละ 6 – 8 ชั่วโมง (ค่าเฉลี่ย 4.30)

ส่วนด้านการสนับสนุนทางสังคมผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ในประเด็นสมาชิกชุมชน/ อสม./รพ.สต./ผู้เกี่ยวข้องให้คำแนะนำในการรับวัคซีนที่จำเป็นแก่ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (ค่าเฉลี่ย 3.20) และสมาชิกชุมชน/ อสม./รพ.สต./ผู้เกี่ยวข้องรณรงค์และให้ความรู้ในการจัดตั้งขยะอันตราย (เช่น ถ่านไฟฉาย หลอดไฟ ขวดน้ำมันเครื่อง) (ค่าเฉลี่ย 3.20)

ในมิติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผลวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่าครึ่งปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.90 ไม่ซื้อยากินเอง (รวมถึงยาชุดที่มาเรขาย) รองลงมา ร้อยละ 96.90 แปร่งฟันอย่างสม่ำเสมอหลังตื่นนอนและก่อนนอน ร้อยละ 95.50 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) ร้อยละ 94.00 ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.90 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ร้อยละ 91.40 ไปรพ.สต.เมื่อมีปัญหาด้านช่องปาก เช่น ปวดฟัน เหงือกอักเสบ ร้อยละ 88.70 กินหลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสม ไม่กินอาหารชนิดเดิมซ้ำๆ ร้อยละ 87.70 ไปพบแพทย์ที่รพ.สต.หรือโรงพยาบาล เมื่อมีการเจ็บป่วย ร้อยละ 87.20 หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด (งดอาหารหวานมันเค็ม) ร้อยละ 83.80 นอนหลับอย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง

ตอนที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่



ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากการการทำ AIC โดยใช้กล่องเครื่องมือ (Tools Box) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interviews) กลุ่มเป้าหมายเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากการดูแลที่เหมาะสมและมีความเอื้ออำนวยจากชุมชนสามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุขและมีความสุขอย่างยั่งยืน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ จึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุได้ โดยจะประกอบไปด้วย

1. ระบบการเสริมสร้าง เฝ้าระวัง ป้องกันการเจ็บป่วยด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและองค์ความรู้โดยชุมชน

1.1 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ชุมชนสามารถจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพเชิงรับรู้ เช่น การเดินเพื่อสุขภาพ, การออกกำลังกายกลุ่ม, หรือการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์และความเข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 75.70 ทำท่าโยกตัว เพื่อช่วยยืดกล้ามเนื้อ ลดการหดเกร็งโดยยืนแยกขาเล็กน้อยให้สมดุลมั่นคง เอียงตัวไปทางซ้ายข้างไว้ แล้วกลับมาตรงกลาง ก่อนจะเอียงตัวไปทางด้านขวา อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 74.30 เดินเบาๆ ในบริเวณบ้านหรือบริเวณทางเดินรอบหมู่บ้าน ร้อยละ 69.10 มีระยะเวลาการเดินเป็น 10 นาที วันละ 2-3 รอบ แกว่งแขนไป-มา โดยเริ่มจากทำวันละ 500 ถึง 1,000-2,000 ครั้ง หรือแกว่งแขนเป็นระยะเวลาประมาณ 30 นาทีทุกวัน หรืออย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ จากพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเหล่านี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในชุมชน อันจะเป็นพื้นที่ส่วนกลางในการออกกำลังกายของชุมชน

1.2 การจัดโปรแกรมการฝึกอบรมและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเชิงสุขภาพและกิจกรรมสันทนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การฝึกอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพ, การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุแล้ว, การเรียนรู้เทคนิคการจัดการความเครียด และกิจกรรมศิลปะและงานฝีมือที่สร้างความสุขและความมีคุณค่าให้กับชีวิต โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ผลสื่อในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ

1.3 การมีส่วนร่วมในดูแลสุขภาพเบื้องต้น การส่งเสริมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ โดยอสม.ที่มีหน้าที่ในการดูแลคนในชุมชน ชุมชนอาจจะกำหนดให้มีการวัดความดันแก่ผู้สูงอายุในทุกวันพุธ เป็นต้น

1.4 โรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน การส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้ ชุมชนสามารถส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น โดยจัดทำเครื่องมือเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุ

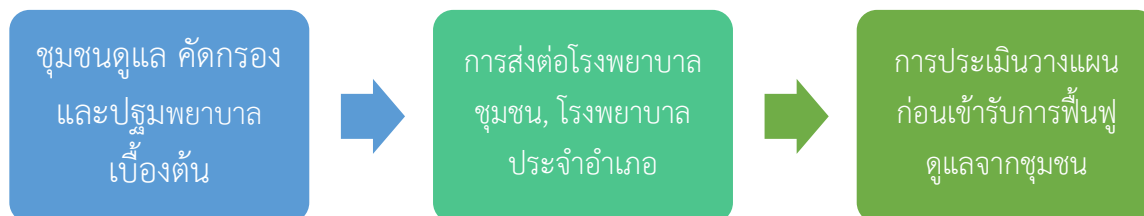


2. ระบบบริการปฐมภูมิในชุมชน การสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่มีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงการส่งต่อบริการระหว่างสถานีอนามัยและโรงพยาบาล การสนับสนุนบุคลากรที่มีทักษะด้านการรักษาพยาบาล และการประเมินวางแผนการดูแลก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟู ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนจะครอบคลุม

2.1 การสนับสนุนบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอสม.ให้มีทักษะด้านการดูแล คัดกรองและปฐมพยาบาลเบื้องต้น

2.2 การส่งต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำอำเภอ

2.3 การประเมินวางแผนการดูแลก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟูดูแลจากชุมชน



3. ระบบการฟื้นฟูดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ จากการวิจัยสรุปได้ว่าการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลประจำอำเภอ, และชุมชนเพื่อให้มีการบริการสุขภาพที่ตรงตามความต้องการและเหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญ

3.1 ศูนย์ใส่ใจ การพัฒนาพื้นที่ส่วนกลางเพื่อเป็นพื้นที่ฟื้นฟูผู้ป่วย พื้นที่ส่วนกลางของชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นพื้นที่ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย โดยควรบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล พัฒนากิจกรรมเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น การมาสอนอสม.ให้มีความรู้ในกายภาพบำบัดเบื้องต้น นอกจากนั้นการสร้างพื้นที่ส่วนกลางให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุและคนในชุมชนได้มาพบปะกันจะทำให้ลดแรงกดดันในการอยู่เพียงลำพังของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีบทบาทและความสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

3.2 ภูมิปัญญาและองค์ความรู้ทางสุขภาพเพื่อการดูแล การนำภูมิปัญญาและวัสดุท้องถิ่นมาพัฒนาเป็นอุปกรณ์ฟื้นฟูผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้กับชุมชนในการช่วยกันสร้างอุปกรณ์ในการดูแล รักษาผู้ป่วย อาจอยู่ในรูปแบบของการสร้างอุปกรณ์ที่ใช้ในการกายภาพบำบัดโดยใช้ภูมิปัญญาชุมชน โดยชุมชนมีหน้าที่ในการสร้างอุปกรณ์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ เช่น การทำตุ้มน้ำ ช่วยในการแก้ไขปัญหาน้ำล้น การใช้วัสดุท้องถิ่นในการทำอุปกรณ์ยกน้ำหนัก อุปกรณ์ถ่วงน้ำหนัก เป็นต้น

3.3 การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการฟื้นฟู องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชนโดยการสนับสนุนด้านทรัพยากรมนุษย์ สถานที่ ตลอดจนงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ



4. นโยบายเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนนั้น มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบาย ชุมชนควรมีการก่อตั้งคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ที่อยู่ในรูปแบบการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง 3 ภาคีหลัก ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน โรงพยาบาล นอกจากนั้นยังควรมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ชุมชน	โรงพยาบาล
• สมาชิก อบท. • เจ้าหน้าที่งานที่เกี่ยวข้อง • เจ้าหน้าที่ อบพร.	• อสม. • ผู้นำชุมชน • บวร (บ้าน วัด โรงเรียน)	• แพทย์ • พยาบาล • ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ สามารถเขียนเป็นแผนภาพได้ดังต่อไปนี้



ตอนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

ในการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 4 หมวด โดยส่วนแรกคือ ประสิทธิภาพการสร้างความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และ ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นการประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างความรู้ และส่วนที่ 2 คือ ประสิทธิภาพของแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และความเหมาะสมและความสอดคล้อง ซึ่งใช้ในการประเมินรูปแบบ (Model) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ โดยกลุ่มตัวอย่างในการประเมิน คือผู้



มีส่วนได้เสียกับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน ครอบครัว ผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 180 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ประเมินมีความเห็นต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ในระดับมากในทุกหมวด โดยหมวดที่ 1 ประสิทธิภาพการสร้างความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.11) หมวดที่ 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.84) หมวดที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 3.83) หมวดที่ 4 ความเหมาะสมและความสอดคล้อง (ค่าเฉลี่ย 3.75)

อภิปรายผล

1. จากการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด ในประเด็นการออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง ลดการเจ็บป่วย การดื่มน้ำสะอาดทำให้สุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคตับ โรคตับแข็ง ตับวาย รวมถึงมะเร็งตับ ผู้สูงอายุต้องนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ และการรับประทานข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อยมีประโยชน์กว่าข้าวขัดขาว ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด ในการออกกำลังกาย, การดื่มน้ำสะอาด, การนอนหลับเพียงพอ, และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเข้าใจและการตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับ ธัญรัตน์ ฤกษ์ชัย และ สุภาพร พลายะหาร (2561) พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนตำบลนาฝาย อำเภอเมือง ชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิโดยรวมอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าประชาชน ตำบลนาฝาย มีการปฏิบัติตนในทางบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

2. จากการวิจัยได้มาซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน บุคลากรทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วน จากทฤษฎีการพึ่งพาตนเอง (Self-Determination Theory) ของ Deci & Ryan (1985) อธิบายว่า มนุษย์มีความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ความต้องการมีอัตโนมิติ ความต้องการมีความสัมพันธ์ และความต้องการรู้สึกมีคุณค่า ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วม ช่วยตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้ง 3 ประการ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลัง สามารถควบคุมชีวิตตนเอง รู้สึกมีคุณค่า และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต ความภาคภูมิใจ และความเป็นอยู่ที่ดี

3. จากการวิจัยพบว่าภูมิปัญญาและองค์ความรู้ทางสุขภาพสามารถใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยการนำภูมิปัญญาและวัสดุท้องถิ่นมาพัฒนาเป็นอุปกรณ์ฟื้นฟูผู้ป่วย ทำงานบูรณาการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล อาทิตย นกกายภาพบำบัด สามารถให้ความรู้กับชุมชนในการช่วยกัน



สร้างอุปกรณ์ในการดูแล รักษาผู้ป่วย โดยอยู่ในรูปแบบของการสร้างอุปกรณ์ที่ใช้ในการกายภาพบำบัดโดยใช้ภูมิปัญญาชุมชน ให้ชุมชนมีหน้าที่ในการสร้างอุปกรณ์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ เช่น การทำถุงน่อง ช่วยในการแก้ไขปัญหานิ้วล็อค การใช้วัสดุท้องถิ่นในการทำอุปกรณ์ยกน้ำหนัก อุปกรณ์ถ่วงน้ำหนัก เป็นต้น สอดคล้องกับ Smith & Johnson (2021) ที่พบว่าการนำภูมิปัญญาชุมชนและวัสดุท้องถิ่นมาใช้ในการพัฒนาอุปกรณ์ฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุ โดยร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล เช่น นักกายภาพบำบัด ซึ่งเน้นการพิจารณาความปลอดภัยของอุปกรณ์ เหล่านี้ที่เข้ากันได้กับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น ผลวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าภูมิปัญญาและวัสดุท้องถิ่น เช่น สมุนไพร วัสดุธรรมชาติ สามารถนำมาพัฒนาเป็นอุปกรณ์ฟื้นฟูผู้ป่วยได้ ตัวอย่างเช่น การทำถุงน่องจากไม้ไผ่ อุปกรณ์ถ่วงน้ำหนักจากหิน ล้วนเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมายาวนาน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้ และภูมิปัญญาที่มีอยู่ รอคอยนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการทำงานบูรณาการระหว่างชุมชน ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล เช่น นักกายภาพบำบัด การผนวกความรู้ ภูมิปัญญา ทรัพยากร และมุมมองจากทั้งสองฝ่าย ช่วยให้เกิดการออกแบบและพัฒนาอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละท้องถิ่น นอกจากนั้นยังอุปกรณ์ที่ทำจากภูมิปัญญาและวัสดุท้องถิ่นมักมี ราคาประหยัด หาซื้อได้ง่าย สะดวกต่อการใช้งาน เหมาะกับผู้สูงอายุในชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล ภูมิปัญญาและวัสดุท้องถิ่นนั้นสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ผู้สูงอายุคุ้นเคย ใช้งานง่าย รู้สึกปลอดภัย เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น อย่างไรก็ตามชุมชนควรให้ความสำคัญในความปลอดภัยและมาตรฐาน ต้องมีการควบคุมคุณภาพ ความปลอดภัย และมาตรฐานของอุปกรณ์ที่ผลิตจากภูมิปัญญาและวัสดุท้องถิ่น เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันสมาชิกชุมชนหรือบุคลากรในชุมชน อาจต้องได้รับการฝึกอบรม เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และเทคนิคในการผลิต ดูแลรักษา และใช้งานอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้อง ตลอดจนต้องมีการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับจากผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคคลทั่วไป เกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของอุปกรณ์ที่ผลิตจากภูมิปัญญาและวัสดุท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญและนำไปสู่ข้อเสนอแนะระดับนโยบายและระดับปฏิบัติต่อองค์กร หน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย

ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ พบประเด็นสำคัญและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้



1. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน ตลอดจนส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้มีบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ตลอดจนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความต้องการและความเหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละท้องถิ่น

3. กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อหารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้มีการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น โรคภัยไข้เจ็บ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การไชยา ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการติดตามผลสุขภาพของตนเอง

2. โรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับการสร้างภาคีสุขภาพชุมชน ในการขับเคลื่อนรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

3. หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และชุมชน ควรมีบทบาทสำคัญในการร่วมมือกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ทางเดินที่ไม่ลื่น พื้นผิวที่เรียบ สนับสนุนให้มีแหล่งอาหารที่ปลอดภัยและเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสังคมและสันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง. 2566. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร. Retrieved from:

<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth>

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580). Retrieved from: https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf.



- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คู่มือการดำเนินงาน ตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- กานต์วี กอบสุข. (2554). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรลง ตำบลบุญชี อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช (2562). สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 11 (2), 118-132.
- ฉลิพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญรัตน์ ภูงค์ชัย และ สุภาพร พลายระหาร. (2561). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนตำบลนาฝาย อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36 (1), 119-126.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2533). แนวทางในการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร: กองแปลและวิเทศสัมพันธ์สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- บัวเรศ ประไชยและคณะ. (2538). โครงการศึกษาป้าชุมชน ประจำปี 2538 เรื่องการจัดการป่า ท้องถิ่นกรณีศึกษาป้าชุมชนโสกนาถ ตำบลวังม่วงจังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรมการศาสนา.
- บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์. (2540). ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, พิมพ์ครั้งที่ 7.
- ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์. (2531). การมีส่วนร่วมของประชาชน. วารสารการพัฒนาชุมชน. 27 (2), 24-30.
- มันโธร์ ดอเลาะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบะละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา. ยะลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2526). หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพมหานคร: ไทยอนุเคราะห์ไทย.
- ระวี อินจินดา. (2542). การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของ ชุมชนบ้านโป่ง ต.บาลป่าไผ่ อ.เภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6. ชลบุรี: เขตสุขภาพที่ 6
- ศศิธร ปรีชา และสิทธิชัย เอกอรรถผล. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร เขตเศรษฐกิจของเมือง กรณีศึกษากลุ่มวิภาวดี. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.



- ศิริพรรณ บุตรศรี. (2558). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์อนามัยที่ 4. (2566). พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ. Retrieved from:
<https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/knowledgebox/knowledge/view?id=192>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2566). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2566). ข้อมูลสุขภาพของประชาชนจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. (2566). ข้อมูลสุขภาพของประชาชน พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2566). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร(รายเดือน). Retrieved from:
<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
- สุจินดา สุขรุ่ง, อารยา ปราณประวิตร และอารี พุ่มประไพทย์. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการ AIC: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิ่นตอ อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 6 (2), 159-176.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). องค์ประกอบของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์.
- สุภัชชา พันเลิศพานิชย์ และ ฤทธิชัย แกมนาค. (2559). รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารโครงการส่งเสริมการวิจัย ในอุดมศึกษาและพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- อินทुकานต์ กุลไวย และ สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2552) ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Berlin: Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education*. In C. T.Orleans (Ed.), *Health education*. 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gochman, D.S. (1988). *Health behavior: Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.
- Good, C.V. (1959). *Dictionary of Education*. New York : McGraw-Hill



- Kals, S. V., & Cobbs, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health. An International Journal*, 12(4), 531-541.
- Pender, N. J., Murdaugh, N. I., & Parson, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practices*. 4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd (ed). Connecticut: Appleton & Lange.
- Smith, J., & Johnson, R. (2021). Integrating local wisdom and materials in the development of rehabilitation equipment for the elderly: A collaborative approach with hospital experts. *Journal of Geriatric Rehabilitation*, 34(2), 101-112.
- United Nations Population Funds. (2023). *Ageing*. Retrieved from: <https://www.unfpa.org/ageing>.
- World Health Organization. (2023). *World Health Statistics 2022: Monitoring Health for the SDGs, sustainable development goals*. Retrieved from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356584/9789240051140-eng.pdf?sequence=1>.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row.

