

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านแวง

อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

Model of Health Promotion for the Elderly through Community

Participation Process, Ban Waeng Subdistrict, Phutthaisong District,

Buriram Province

สุคนธ์วรรณ ผาดไธสง

Sukonthawan Phadthaisong

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแวง ตำบลบ้านแวง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง

จังหวัดบุรีรัมย์

Ban Waeng Subdistrict Health Promoting Hospital, Ban Waeng Subdistrict,

Phutthaisong District Public Health Office Buriram Province.

รับเข้า: 6 พฤศจิกายน 2567 แก้ไข: 30 พฤศจิกายน 2567 ตอบรับ: 18 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านแวง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 285 คน เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ใช้ Paired t -test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 46.7 และรู้สึกรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสุขภาพที่อยู๋อาศัย (ค่าเฉลี่ย 3.64) รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (ค่าเฉลี่ย 3.40) ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (ค่าเฉลี่ย 3.03) ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก ในระยะที่ 2 ทีมวิจัยสรุปว่า กระบวนการส่งเสริมสุขภาพต้อง

อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน การสร้างพลังอำนาจ และการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพด้วยตนเอง ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมและการศึกษาปัญหา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : รูปแบบ ผู้สูงอายุ กระบวนการมีส่วนร่วม การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This participatory action research aimed to study the health-promoting behaviors of the elderly and explore community-based approaches for health promotion. The sample consisted of 285 elderly individuals residing in Ban Waeng Subdistrict, Phutthaisong District, Buriram Province. Research tools included an interview form comprising personal data, health conditions, and health-promoting behaviors. Data analysis utilized descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, including a Paired t-test to compare mean differences in health behaviors and quality of life.

The results revealed that 46.7% of the elderly perceived their health as good, while 18.6% considered their health poor. The highest mean score among health-promoting behaviors was residential sanitation (mean = 3.64), followed by spiritual health promotion and safety practices (mean = 3.40). The lowest mean score was for social interaction (mean = 3.03). Overall, health-promoting behaviors were rated at good to very good levels. In the second phase, the research concluded that community participation and related processes, such as public health development, empowerment, and collaboration with network partners, were essential for strengthening community capacity to enhance health promotion independently. In the third phase, evaluating the

participation model and studying the challenges revealed statistically significant differences in health-promoting behaviors among the elderly before and after participating in the project ($p < .05$).

Keywords: model, elderly, participatory process, health promotion

บทนำ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก โดยคาดว่าสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น ซึ่งถือเป็นประเทศที่มีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลกและถือเป็นประเทศแรกๆ ของโลกที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged Society) สำหรับประเทศไทยนั้นจำนวนผู้สูงอายุมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ซึ่งถือว่ามียัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ปี พ.ศ.2549 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.4 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 9.7 ปีพ.ศ.2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.17 ปีพ.ศ.2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ปี พ.ศ.2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.7 ปี พ.ศ.2555 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร์ อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ.2566 พบว่า ประชากรตำบลบ้านแวง จำนวนทั้งสิ้น 5,177 คน เพศชาย 2,495 คน เพศหญิง 2,682 คน และเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) 1,010 คน คิดเป็นร้อยละ 19.50 ของประชากรทุกกลุ่มอายุ (สำนักทะเบียนราษฎร์, 2566) จะเห็นว่าการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และจากผลการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแวง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 100 ราย ขาดนัดร้อยละ 35.0 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 15.0 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 100.0 (ข้อมูลการมารับบริการโรคเรื้อรัง รพ.สต.หนองแวง, 2566) จากปัญหาที่พบผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และติดบ้านต้องอยู่บ้านคนเดียว ขาดการดูแลและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งมิติร่างกาย

จิตใจและสังคมการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องและสถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัวรวมถึงจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ศิริประภา หล้าสิงห์และคณะ, 2563) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบครอบคลุมทุกด้าน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ชุมชนนั้นเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้นำทุกอย่างไม่ใช่การกำหนดภายนอกแล้วให้ชุมชนเข้าร่วม รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแว่ง ตำบลบ้านแว่ง อำเภอฟุไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ กระบวนการดำเนินงานแบบเดิม คือ การดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากรัฐ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยจากกระทรวงสาธารณสุขที่รองรับในการรักษาเพียงอย่างเดียว ขาดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ รวมทั้งขาดการทำงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยพบว่า หากภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุและมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องจากชุมชน (ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์และคณะ, 2562) จากความเป็นมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและได้ดำเนินงานวิจัย เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อให้ได้กระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้วิจัยจึงได้ร่วมกันปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาและความเป็นไปได้ โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านแว่ง อำเภอฟุไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมคิด ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

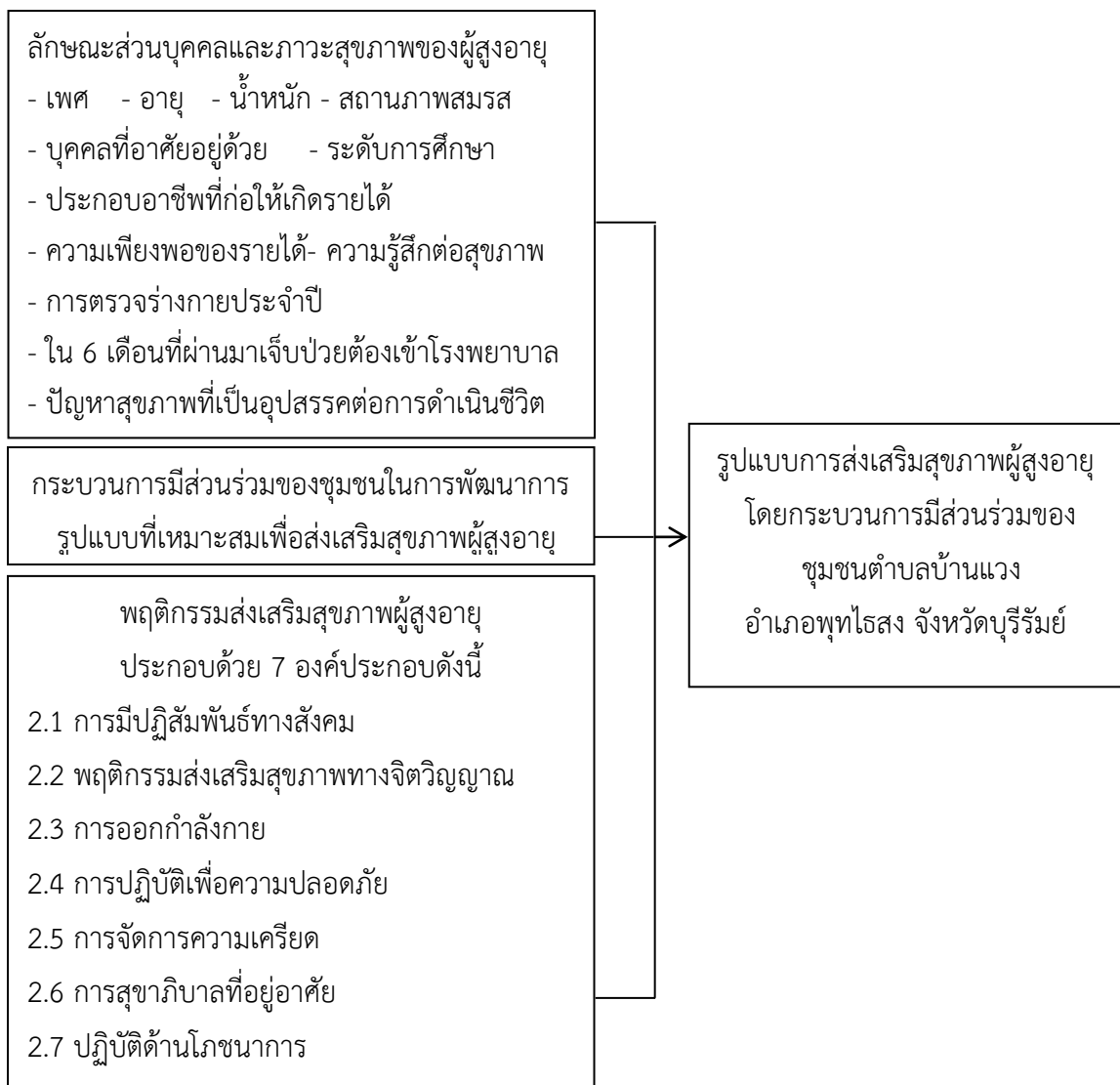
1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
2. เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านแว่ง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

กรอบแนวคิด

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้การวัดผลก่อนและหลังการทดลอง
กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ประชาชนที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลบ้านแว่ง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งสิ้น 1,010 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จของเครซีและมอร์แกน (R.V. Krejcie & D.W. Morgan) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 285 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 54 คน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุที่ได้รับเลือกเป็นแกนนำหมู่บ้าน 10 คน ตัวแทนกรรมการกองทุน 10 คน ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน 10 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแว่ง 2 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแว่ง 2 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 จำนวน 285 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากประชากรผู้สูงอายุที่มีอยู่ใน 13 หมู่บ้านในพื้นที่ตำบลบ้านแว่ง สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

หมู่บ้าน	ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	กลุ่มตัวอย่าง
บ้านแว่ง	137	30
บ้านโนนสะอาด	85	25
บ้านบัว	71	20
บ้านจิก	78	25
บ้านแก่นท้าว	106	35
บ้านข่า	45	15
บ้านสระแวง	22	35
บ้านโคกแดง	33	10
บ้านโคกยาว	40	10
บ้านหนองไผ่	52	10
บ้านฝายโสภ	69	20

บ้านโนนศรีจันทร์	119	35
บ้านเหล่าเจริญ	53	15
รวม	1,010	285

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาในช่วงเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1. แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 2. ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 7 องค์ประกอบ ดังนี้ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 13 ข้อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ จำนวน 12 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย จำนวน 4 ข้อ และการปฏิบัติด้านโภชนาการ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 และระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ประสบการณ์ในการทำวิจัยตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหา ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of congruence) เท่ากับ 0.61 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุตำบลบ้านเป้า อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ศึกษาได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ใช้ Paired t -test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตำบลบ้านแว่ง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 69.70 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย 157.6 เซนติเมตร น้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.7 และมีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.67 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพศหญิง มากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 30.2 สถานที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง อาศัยอยู่ในเขต อบต.พื้นที่ตำบลบ้านแว่ง ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 64.9 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 35.1 การนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 บุคคลทุกกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วย ได้แก่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 57.9 อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 36.8 และอาศัยอยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 5.3 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.7 มัธยมศึกษา ร้อยละ 5.3 อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เกษตรกรกรรม (ทำนา) ร้อยละ 96.5 และยังประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ ร้อยละ 3.5 ความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 55.7 มีรายได้เหลือเก็บ ร้อยละ 21.2 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.3 และมีหนี้สิน ร้อยละ 3.8 ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 56.8 รู้สึกว่าสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 24.6 และรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 18.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 93.7 และไม่ได้รับการตรวจ สุขภาพเพียงร้อยละ 6.3 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 84.1 และเคยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 15.9 ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่ามีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 65.8 และไม่มีปัญหา ร้อยละ 34.2

ส่วนที่ 2 สถานการณ์รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือการดูแลสุขภาพที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และดีมาก

ส่วนที่ 3 รูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการรูปแบบที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม โดยทีมวิจัยเข้าไปทำความเข้าใจผู้นำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนและกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ทีมวิจัยได้จัดประชุมกลุ่ม สนทนากลุ่มกับกลุ่มที่ 2 คือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 54 คน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุที่ได้รับเลือกกว่าเป็นแกนนำหมู่บ้าน 10 คน ตัวแทนกรรมการกองทุน 10 คน ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน 10 คน อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 10 คนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแว่ง 2 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแว่ง 2 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนความเป็นมา เชื่อมโยงสถานการณ์ที่เป็นจริงกับสภาพปัญหาปัจจุบัน สร้างความเข้าใจ หาข้อคิดเห็นและข้อตกลงร่วมกัน โดยใช้เทคนิคกระบวนการ ดังนั้นแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกัน เพื่อและสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และสามารถถอดบทเรียนและสรุปการเรียนรู้ได้ในแต่ประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

งานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ ได้แก่ การทำงานบ้าน นั่งคุยกับเพื่อนบ้าน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ปั่นจักรยาน อ่านหนังสือ นั่งสมาธิ เลี้ยงหลาน ออกกำลังกาย กิจกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติประจำ ได้แก่ การเดิน ออกกำลังกาย ปั่นจักรยาน ดูแลต้นไม้ เป็นต้น

แนวทางในการปฏิบัติเพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล ได้แก่ พุดคุยกับเพื่อนบ้าน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ นอนพักผ่อน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ฟังสมาธิ ระบายเล่าให้ลูก ๆ ฟัง เมื่อรู้สึกไม่เจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลตนเอง ได้แก่ การซื้อยากินเอง รับประทานยาสมุนไพร ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนและให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การปลอบโยนกัน พุดคุยปรึกษากัน การช่วยดูแลความเป็นอยู่ ช่วยเหลือยามเจ็บป่วย

สิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ภูมิใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เป็นส่วนหนึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้เรียนรู้วิธีการบำบัดต่าง ๆ โดยเฉพาะในทางพระพุทธศาสนา ได้ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบล มีความภูมิใจได้ทำกิจกรรมกับเพื่อน ได้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพคนอื่น จิตใจสงบได้รับความรู้เพิ่มเติม รู้จักเพื่อนมากขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การฝึกสมาธิด้านความคิด การกำหนดจิตใจ ได้รับความรู้มากขึ้น สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน อารมณ์ดี ผ่อนคลายความเครียด ความประทับใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ประทับใจในการเข้ารับฟังบรรยายทางวิชาการเพื่อสุขภาพ การได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้รับความรู้ใหม่ ๆ ความเป็นกันเองของเพื่อนๆ ที่มาร่วมกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดินทาง เนื่องจากไม่มีรถส่วนตัว เวลาไม่เหมาะสม ต้องทำงานส่วนตัว การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ เป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นคนสนิท บรรยายให้ความรู้แก่สมาชิก การไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยงาน หรือสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่าง ๆ การตรวจสุขภาพทั่วไปและการตรวจคัดกรองโรค มีวิทยากรที่มีความรู้มาบรรยายและดำเนินกิจกรรม

ส่วนที่ 4 การประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นพฤติกรรมด้านปฏิบัติด้านโภชนาการ กลุ่มชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางจะให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ในขณะที่กลุ่มประชาชนที่ฐานะค่อนข้างดี และกลุ่มที่ค่อนข้างยากจนจะให้ความสำคัญกับกิจกรรมในชุมชนและให้ความร่วมมือในระดับต่ำ กระบวนการพัฒนาผู้นำมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งในกระบวนการวิจัยนี้สามารถดำเนินกระบวนการเสริมสร้างความตระหนักและการรับรู้ของผู้นำต่อบทบาทและความสำคัญในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แม้ว่ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุจะมีความสามัคคีในการร่วมกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนากิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม

การดำเนินโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนจำเป็นต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีและปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาด้านการมองเห็น การสูญเสียฟันที่มีจำนวนเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ และปัญหาการหกล้มที่มีอัตราเกิดร้อยละ 32.1 สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการหกล้ม และการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การเพิ่มแสงสว่างในพื้นที่สำคัญและการติดตั้งราวจับในบริเวณเสี่ยง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ

1. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผู้สูงอายุมีการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและการพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชนในระดับที่ดี ดังนั้นควรส่งเสริมการปรึกษาหารือด้านสุขภาพกับคนในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนให้มากขึ้น
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ การยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตและการมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา เป็นพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูง แสดงถึงความพร้อมในการปรับตัวกับวัยสูงอายุ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงบวกในชุมชน
3. ด้านการออกกำลังกาย ควรเน้นทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติเป็นประจำและต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเกิดประโยชน์ต่อร่างกาย โดยระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ
4. ด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย การเดินอย่างระมัดระวัง และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การระมัดระวังการลื่นล้มในห้องน้ำและการลื่นล้มในบ้าน เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขควรเสริมสร้างการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น รองเท้าเพื่อความปลอดภัย
5. ด้านสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ผู้สูงอายุสามารถจัดการความเครียดได้ดี เช่น การเผชิญปัญหาอย่างมีสติ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมกลุ่ม เช่น กิจกรรมนันทนาการ การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้ใช้เวลาว่างร่วมกัน ตลอดจนการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน หรือ ชมรมผู้สูงอายุด้วย

การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนพบปะพูดคุยเพื่อระบายความทุกข์ใจต่าง ๆ เพื่อช่วยลดความเครียดได้เป็นอย่างดี

6. ด้านการสุขภาพที่อยู่อาศัย การจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีแสงสว่างเพียงพอที่จะมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน และจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก การจัดเก็บหรือดูแลเครื่องใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน และ การจัดการหรือให้ผู้ดูแลบริเวณรอบบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ การดูแลความสะอาดและความเรียบร้อยทั้งภายในและภายนอกบริเวณบ้าน เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัว และผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเป็นประจำ ทั้งนี้จะช่วยให้ป้องกันการเจ็บป่วย และการเกิดอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุได้

7. ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ การบริโภคผัก และผลไม้ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือการรับประทานอาหารประเภททอด หรือเนื้อติดมัน ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนควรมีการจัดกิจกรรมด้านโภชนาการ โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กระบวนการนี้ช่วยสร้างความตระหนักรู้ พัฒนาศักยภาพ และเสริมความสามัคคีในชุมชน การดำเนินกิจกรรมโดยใช้เครือข่ายและการสนับสนุนจากภาครัฐ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเพิ่มเติมที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2. ควรพัฒนาโครงการวิจัยที่มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาปัจจัยด้านบริบทของชุมชน เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม และทรัพยากรในท้องถิ่น

3. ควรให้ความสำคัญกับการศึกษากระบวนการพัฒนาแกนนำหรือเครือข่ายชุมชนที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การฝึกอบรม ทักษะการจัดการ และการสร้างความตระหนักในบทบาทของแกนนำชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ควรศึกษาแนวทางการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เช่น กลุ่มวัยทำงาน หรือผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทและเขตเมือง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับความแตกต่างทางบริบทและความต้องการเฉพาะของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

2. การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน ควรศึกษาแนวทางการนำเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ ระบบติดตามสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ มาใช้ในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึง และสนับสนุนการติดตามผลที่มีความแม่นยำ นอกจากนี้ ควรศึกษาผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีต่อพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

3. การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กร ควรศึกษาการประสานงานระหว่างองค์กรต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน เพื่อพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและมีความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ**. เข้าถึงได้จาก [https:// www.dmh.go.th/ news-dmh/view.asp?id= 30476](https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476).
- ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์ ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว และอรุณ บุญสร้าง. (2562). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนำไปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**. 5(3), 49-61.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

- ศิริประภา หล้าสิงห์ สุ่มทนา กลางคาร และ ศิรินาถ ตงศิริ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2563; 6(2) : 29 – 40.
- สำนักทะเบียนราษฎร์. (2566). *ข้อมูลประชากร ปี 2566*. สำนักทะเบียนราษฎร์ อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bloom, S. J. (1975). *Taxonomy of education objective, handbook 1: Cognitive domain*. New York, NY: David McKay.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610