

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร**

Community Participation Model of Health Promotion for the Elderly
in Bangphlat District, Bangkok Metropolis**

ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล* พิไลพร สุขเจริญ และสมจิตร์ พยอมยงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Sresuda Wongwisukul*, Pilaiporn Sukcharoen & Somjit Payomyong
Faculty of Nursing, Suan dusit University

บทคัดย่อ

การวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี ประกอบด้วย การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อค้นหาวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างเชิงช่วงชั้นแบบมีสัดส่วน รวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำชุมชน เช่นกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 15 คน ได้มาโดยการเจาะจง รวบรวมข้อมูลจากการประชุมกลุ่มตามขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการพัฒนาเชิงจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมีการปฏิบัติตนเป็นกิจวัตร ด้านความความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการบริโภคอาหารและโภชนาการมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายมีการปฏิบัติบางครั้ง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย การเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ และคัดกรองความเสี่ยง การจัดการความรู้ในชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพลุฒพลัง การนำไปขยายผลควรศึกษาความเฉพาะของบริบท

คำสำคัญ: รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

* ผู้ประสานงานหลัก (Corresponding Author)
e-mail: sresuda_won@hotmail.com

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

**งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ปีงบประมาณ 2558

Abstract

This community based, mixed method research consisted of a quantitative study to explore health promotion lifestyle of the ageing. 330 elderly, obtained by proportional stratified sampling, were recruited as the sample group. The data was collected by the 52-item questionnaire and was analyzed by mean and standard deviation. To develop the Community Participation Model of Health Promotion for the Elderly in Bangphlat District, Bangkok Metropolis, a qualitative study was conducted with 15 key informants who, by purposive inclusion, were the elderly in the community. Content analysis was employed to analyze data from enhancing engagement workshop meetings.

The results revealed that behaviors that developed as health promotion lifestyles of the elderly were spiritual growth, stress management and interpersonal relationships. These health responsibility and nutrition behaviors happened often, but physical activity behavior only happened sometimes. The Community Participation Model of Health Promotion for the Elderly in Bangphlat District, Bangkok Metropolis consisted of: 1) raising community potentials in health promotion care 2) health promotion services and health risks screening 3) knowledge management on health promotion in community and 4) building the capacity of the elderly to be actively ageing. This model can be applied in other communities beyond this context.

Keywords: Community Participation Model, Health Promotion, Elderly

บทนำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555 – 2559) และยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558 ต่างให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อนำไปสู่สภาวะที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ ทั้งสองแผนได้เล็งเห็นถึงสภาพสังคมไทยในอนาคตที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นอกจากนี้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ได้กล่าวถึงมาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้นและมาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไว้ด้วย แสดงให้เห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประเทศไทยในอนาคต โดยในปัจจุบันนี้ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดจากจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่

60 ปีขึ้นไปเพิ่มจำนวนมากขึ้น คาดการณ์ว่าถึงร้อยละ 23 ในปี ค.ศ. 2025 และ ในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้สูงอายุ 2 พันล้านคน ซึ่งร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (Nantsupawat, 2009) สำหรับประเทศไทยนั้น ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2568 - 2573 (Institute for Population and Social Research, 2010; Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2014)

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และต้องพึ่งพิงการดูแลจากครอบครัวเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุจำแนกเป็น 3 ระดับคือ ระดับแรกการดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้ และมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ระดับที่สองการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรงจากโรคประจำตัวหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับที่สาม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนซึ่งต้องการการดูแลเฉพาะจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางรายอาจจะต้องนอนติดเตียง ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Jitramontree, 2001) Strategy and Planning Division (2014) รายงานว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 47 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 8 อยู่ตามลำพัง ร้อยละ 6 เป็นผู้พิการ ปัญหาสุขภาพที่พบมากคือ โรคเรื้อรังเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคของกล้ามเนื้อและข้อ และปัญหาสุขภาพฟัน และพบว่า ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 26 ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 40 ไม่ทราบว่าตนเองมีโอกาสเป็นเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2014) กล่าวได้ว่าความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแตกต่างกันตามภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมภายนอกบ้านหรือในชุมชนได้ เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดทางกายภาพ เป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้และเป็นกลุ่มที่ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมให้การดูแลได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยซับซ้อน

จากแผนพัฒนาผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (2545 - 2564) และแผนบูรณาการพัฒนากลุ่มวัยผู้สูงอายุ 2557 - 2566 ล้วนให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าทิศทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้การมีส่วนร่วมในการสร้างพลังขับเคลื่อน อาจสรุปได้ว่ากิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพจึงมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่ง Kumsuchat et al. (2004) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งผลสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมจึงเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาโดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มร่วมกันกำหนดนโยบาย ร่วมวางแผน ตัดสินใจและปฏิบัติตามแผน ร่วมตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ ร่วมติดตามประเมินผลและรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชน ชุมชนและเครือข่ายทุกระดับ

ในพื้นที่ และพบว่า ด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถส่งผลให้ทักษะในการดูแลตนเองดีขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ ชุมชนจึงสามารถมีส่วนร่วมด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านบทบาทหน้าที่ของบุคคลและกลุ่มบุคคลได้ (Kamsuchat et al., 2004) ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของชุมชนที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นโครงสร้างพื้นฐาน จึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนสู่การมีสุขภาพดี เพื่อมุ่งเน้นการให้บริการและสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อเป็นภาคีเครือข่ายกับกรรมการชุมชนหรือชมรมต่าง ๆ ในชุมชน (Srivanichakorn et al., 2002)

นอกจากนี้ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งแบบจำลองที่สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน ได้แก่ แบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) โดย Pender et al. (2002) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile ii) ที่มุ่งอธิบายวิถีปฏิบัติตน 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การพัฒนาทางปัญญา การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและการจัดการความเครียด การปฏิบัติตนใน 6 ด้านอย่างต่อเนื่องเป็นประจำจึงกลายเป็นวิถีชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ได้ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อรองรับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อแสดงกระบวนทัศน์ใหม่ของการดูแลสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้เป็นเจ้าของสุขภาพ มุ่งตอบสนองกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีภาวะพลุดมพลัง (Active Ageing) ให้มีวิถีชีวิต สร้างเสริมสุขภาพด้วยการพึ่งตนเองได้อย่างสมบูรณ์ และเป็นกระบวนการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปกติและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ กระบวนการที่จะส่งเสริม พัฒนาบุคคลให้มีวิถีชีวิต เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม จึงต้องอาศัยการจัดกระทำบางประการ เพื่อให้รูปแบบการมีส่วนร่วม นั้นยั่งยืน และชุมชนสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้เอง หรือสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของตน

สำหรับ กระบวนการศึกษาที่ใช้กันมาก เช่น จัดสนทนากลุ่ม จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดประชุมระดมสมอง จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้รูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชนนั้น ๆ (Meier et al., 2012) การศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครั้งนี้จึงได้ดำเนินการโดยนำกระบวนการการมีส่วนร่วม 5 ระดับมาประยุกต์ใช้ ผ่านการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในบทบาทของผู้รับประโยชน์จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนยังมีศักยภาพในการแบ่งปันความรู้และทักษะปฏิบัติให้กับชุมชนได้ องค์ประกอบของรูปแบบจึงสามารถจำแนกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ชุมชนต้องการให้ภาคีเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุรับผิดชอบ ส่วนที่ชุมชนต้องการเพิ่มเติมศักยภาพให้ผู้สูงอายุที่ยังมีความรู้ความสามารถ และส่วนที่จะส่งเสริมให้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพมีความต่อ

เนืองยั้งยืนจากการมีส่วนร่วมคิดและร่วมตัดสินใจของผู้สูงอายุและภาคีที่เกี่ยวข้องในชุมชน พื้นที่การวิจัยในครั้งนี้ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมของเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จากชุมชนชาวสวนเป็นชุมชนเมือง จากการเดินทางทางน้ำมาสู่ระบบถนนและระบบรางที่กำลังจะตามมาในไม่ช้าคือมีโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่เข้ามาในพื้นที่ เช่น รถไฟฟ้า

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 10 โดยโรคเรื้อรังที่พบมากคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคของกล้ามเนื้อและข้อ โรคหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคของตาและการมองเห็น โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยกับคู่สมรส ลูกหลานและญาติ โดยที่บุคคลเหล่านั้นทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รวมไปถึง ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มติดเตียงที่สามารถดูแลตนเองได้ถึงแม้ว่าจะจะเป็นโรคเรื้อรังหรือมีภาวะความเจ็บป่วย โดยหน่วยบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การคัดกรอง ค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 31 (เอิบ - จิตร ทั้งสุบุตร) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (Payomyong, 2014) ซึ่งกลุ่มหรือชมรมดังกล่าวได้รับการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น สวัสดิการ ฝึกอาชีพ สันทนาการจากหน่วยงานภาคเอกชนต่าง ๆ นอกจากนี้ เขตบางพลัดยังมีองค์กรชุมชนที่จัดตั้งและจดทะเบียนกับเขตอย่างเป็นทางการจำนวน 40 ชุมชนที่มีกรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายร่วมให้บริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่มีศักยภาพ กล่าวได้ว่า เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมในการพัฒนาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอย่างยิ่ง ผลผลิตของการวิจัยนี้นอกจากจะมุ่งเน้นการนำไปใช้จริงสำหรับพื้นที่เขตบางพลัด กรุงเทพมหานครแล้ว อาจประยุกต์ใช้ในพื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่แห่งอื่นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรในการวิจัยประกอบด้วยผู้สูงอายุในชุมชนที่จดทะเบียนจัดตั้งกับเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 2,091 คน และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเชิงช่วงชั้นแบบมีสัดส่วน (Proportional Stratified

Sampling) โดยสุ่มชุมชนที่เป็นพื้นที่ในการรวบรวมข้อมูลในแต่ละแขวงจนกว่าจะได้จำนวนผู้สูงอายุตามที่กำหนดไว้ในแขวงนั้น ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane (1973) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 320 คน

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือผู้สูงอายุในชุมชน 40 แห่งที่จดทะเบียนจัดตั้งกับเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 15 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพักอาศัยในชุมชนปัจจุบัน เกินกว่า 1 ปี สามารถอ่านออก เขียนได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการประชุมกลุ่มได้ตลอดกระบวนการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินสภาพวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดย Walker et al. (1987) ข้อคำถามทั้งสิ้น 52 ข้อ จำนวน 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ โดยลักษณะคำตอบเป็นชนิด 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง แบบประเมินฉบับนี้เคยนำไปใช้ในการศึกษาของ Pongthavornkamol et al. (2014) ได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา .93 และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพได้แก่ แบบวิเคราะห์สาระการประชุมกลุ่มสำหรับการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. การเก็บและรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลในงานวิจัย คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับชุมชนตามความเป็นจริง โดยคณะผู้วิจัยมีการแสดงข้อความ “ข้อมูลการวิจัยจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม” ไว้บนทุกหน้าของเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Consent Form) และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อบันทึกเสียงขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม

2. คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อค้นวิเคราะห์วิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างเชิงช่วงชั้นแบบมีสัดส่วน (Proportional Stratified Sampling) จำนวน 330 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 52 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพในขั้นตอนต่อไป

3. คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำผลการวิจัยจากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณมาเป็นพื้นฐานในการดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ กรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการใช้แบบวิเคราะห์สาระที่ประกอบด้วย 1) สภาพปัจจุบันของการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ดำเนินการในชุมชน 2) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ความเห็นชอบในร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปผลการวิจัย และพัฒนาเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Mixed Method และเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์เชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยมีการใช้คะแนนจากแบบประเมินสภาพวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำแนกระดับการปฏิบัติจากค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติในระดับมาก ปฏิบัติในระดับปานกลาง และปฏิบัติในระดับน้อย จากนั้นตามด้วยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยภายหลังดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คณะผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิจัย

1. วิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามมิติสุขภาวะ 4 ด้าน ประกอบด้วย สุขภาวะทางกาย ได้แก่ วิถีชีวิต 3 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย และด้านการบริโภค อาหารและโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง สุขภาวะทางจิต ได้แก่ วิถีชีวิตด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ภาวะทางสังคม ได้แก่ วิถีชีวิตด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับปานกลาง และ สุขภาวะทางปัญญา ได้แก่ วิถีชีวิตด้านการพัฒนาเชิงจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1 จากนั้นนำผลการวิจัยที่ได้ไปสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างและพัฒนาเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย
 - 2.1 สภาพปัจจุบันของการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้สูงอายุที่มีบทบาทเป็นกรรมการชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมสถานที่ การประชาสัมพันธ์ และการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

2.2 ความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนและข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ ชุมชนต้องการยกระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนเอง ชุมชนต้องการภาพทัศน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสก่อโรคที่ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง ชุมชนต้องการความรู้เพื่อการตัดสินใจในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและการปรับมโนทัศน์ในการดูแลตนเองเพื่อการสร้างนำซ่อม ชุมชนต้องการสร้างภาวะพหุพลังให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการอุทิศตนเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทรงคุณค่าให้กับชุมชนและผู้สูงอายุด้วยกันเอง

“หน่วยงานที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อเนื่องคือพยาบาลจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่เขตบางพลัด โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุในชุมชนเจ็บป่วยหรือต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังจากกลับจากโรงพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นเหมือนพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข”

“นอกจากศูนย์ฯแล้ว เขตบางพลัดจัดประชุมกรรมการชุมชน ถ้าชุมชนต้องการสิ่งสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกันหรือร่วมกับชุมชนอื่น สามารถขอความร่วมมือจากเขตได้ รวมทั้ง มีหน่วยงานเอกชน มหาวิทยาลัยหลายแห่ง ยินดีเข้ามาจัดกิจกรรมให้ ผู้สูงอายุชอบนะ มาได้ก็มากัน”

“บางเรื่องเราก็พอจะดูแล ช่วยเหลือกันเองได้ วัน ๆ หนึ่ง พอมีเวลาว่างก็คุย ๆ กัน ใครไม่สบายใจทุกซักร้อนใจก็ปลอบกันไป ชวนกันไปทำบุญ สวดมนต์ หรือมีกิจกรรมทัศนศึกษา จะชักชวนกันไป”

“จะให้ให้ออกกำลังกายแบบเต้านบางที่จะเหนื่อยเกินไป ต้องให้เหมาะกับสังขารร่างกาย บางชุมชนมีครูมาสอน แต่ถ้าไม่ได้เข้ากลุ่มก็อาศัยทำงานบ้าน ที่ไม่หนักไม่เหนื่อยเกินไป ออกแรงบ้าง ไม่อยู่นิ่ง ๆ ช่วยเบาแรงลูกหลานที่เขาออกไปทำงานนอกบ้าน ชอบแกลงแขนนะ เขาว่าลดพุงได้ จะลองดู ไม่ทราบเหมือนกันว่าทำงานบ้านแบบไหนจึงจะเป็นการออกกำลังกายได้”

“การที่พยาบาลมาติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิดในชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมั่นใจมากขึ้นว่าสามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้อง ทั้งเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย ซึ่งสำคัญมาก”

2.3 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้สูงอายุ กรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้สูงอายุให้ความเห็นชอบในรูปแบบ และแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ดังภาพที่ 1

“ยังมีแรงก็อยากจะทำอะไรให้เป็นประโยชน์ ช่วยคนอื่นได้เป็นดีทั้งนั้น.....ชีวิตผ่านความยากลำบากมามากแล้ว คงไม่มีอะไรเหลือบ่ากว่าแรง.....ไม่มีอะไรใหม่ บางเรื่องก็เหมือนสมัยยังหนุ่ม พอเราแก่ตัวลง เรื่องเก่าหม่นเวียนมาให้เรารู้สึกแล้ว เราก็เพิ่มประสบการณ์ของเราเข้าไปเวลาที่จะใช้บอกเรื่องราวกับคนอื่น”

“อยู่มานาน ลูกเด็กเล็กแดงรู้จัก ตักเตือนอะไรเขาก็พอเชื่ออยู่ เขาคงเห็นว่าเราปฏิบัติธรรม สร้างความดี เสียสละ เป็นตัวอย่างให้เขาเห็น วันนี้เขาอาจจะมองว่าเราทำอะไรกัน แต่วันหนึ่งเขาเป็นคนวัยเรา เขาก็จะเข้าใจและทำอย่างที่เราทำ.....อยากฝากความเอื้อเฟื้อแผ่ไว้ให้กับคนรุ่นหลัง...ใครจะมาช่วยเราได้ดีไปกว่าเราช่วยกันเอง.....ไม่ได้คิดหวังค่าตอบแทน เพียงเขาเชื่อฟังตามที่เรานำเสนอ นั่นดีมากแล้ว”

“เราไม่ได้รู้จักกันแค่ในชุมชนเดียวกันนะ ต่างแขวงต่างเขต ก็รู้จักช่วยเหลือกันได้ เดียวนี้ มีไลน์ยังสะดวก นิด ๆ หน่อย ๆ ก็ส่งข่าวกัน ถามไถ่กันได้แล้ว ขอให้บอกข่าวมาเถอะ”

3. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

- 1) การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยง
- 3) การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน และ
- 4) การพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพหุผลพลั่ง

สรุปผลการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีกลุ่มที่เป็นทางการคือ กรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มที่ไม่เป็นทางการที่รวมตัวกันเพื่อการจัดกิจกรรมเฉพาะต่าง ๆ เช่น กิจกรรมในวันสำคัญของชาติ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา ชุมชนจึงมีบทบาทต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย การให้การปรึกษาหารือ ได้แก่ จัดการประชุมกลุ่ม จัดกิจกรรมประชาคม และจัดเวทีสาธารณะภายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุ และการเพิ่มโอกาสให้ชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้อง

2. การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยง ชุมชนมีความต้องการที่จะมีภาพทัศน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสก่อโรคที่ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง ประกอบด้วยการศึกษาความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครบถ้วนทุกมิติสุขภาพอย่างเป็นระบบ จัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อเสริมพลังการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ จัดอบรมเพื่อเพิ่มทักษะให้กับแกนนำผู้สูงอายุ กรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข สำหรับการเป็นต้นแบบหรือเป็นแกนนำของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแล

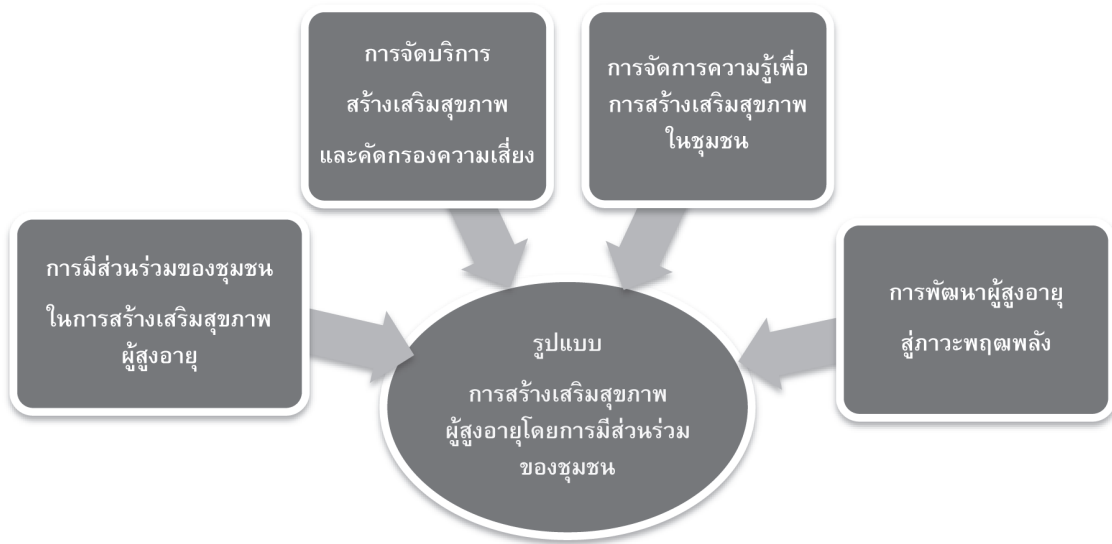
ตนเองและครอบครัว จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบครัวกลุ่มสุขภาพะทั้ง 4 มิติ จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ และคัดกรองโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนและจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลจากชุมชนไปยัง ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิการรักษาพยาบาล

3. การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน สิ่งสำคัญในการมีพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพคือ ความรู้ที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่สนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่การปรับ มโนทัศน์ในการดูแลตนเองเพื่อสร้างนำซ่อมสุขภาพ

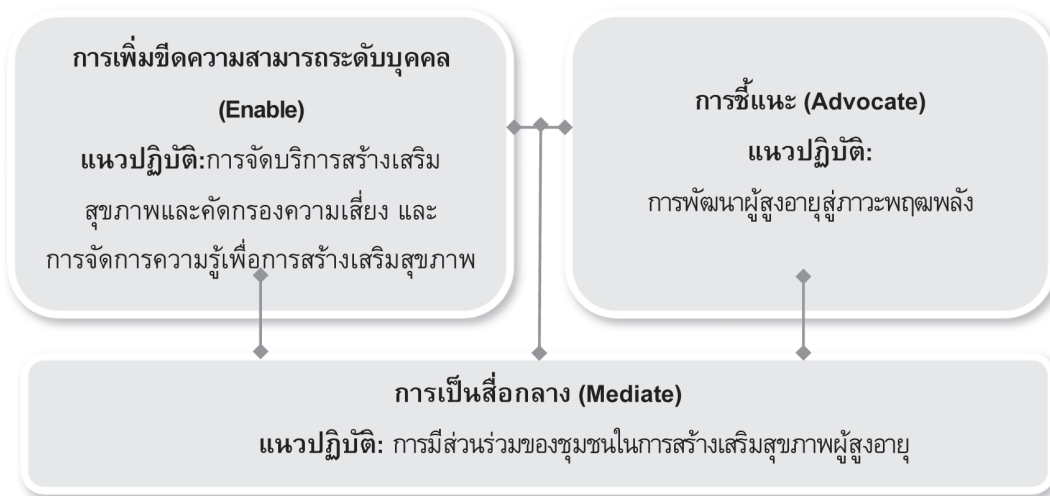
4. การพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพลพลง ผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นกลุ่ม “ติดสังคม” เป็นผู้ที่ยังมีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุด้วยกันเองในชุมชน จึงเป็นการสมควรที่จะสร้างภาวะพลพลงให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการอุทิศตนเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทรงคุณค่าให้กับชุมชนและผู้สูงอายุด้วยกันเองประกอบด้วย การพัฒนาผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมให้เป็นแกนนำผู้สูงอายุ คั้นหาผู้สูงอายุต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาทักษะในการเป็นแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและเป็นต้นแบบของชุมชนในการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุระหว่างชุมชน การสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติสุขภาพะ จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มแกนนำผู้สูงอายุและผู้สูงอายุอื่น ๆ จัดกิจกรรม ประชาสัมพันธ์ให้แกนนำผู้สูงอายุ กรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุและผู้สูงอายุอื่น ๆ ในชุมชนได้ค้นหา ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 1 วิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร รายด้าน (n=330)

รายการวิถีชีวิต	mean	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
ด้านการพัฒนาเชิงจิตวิญญาณ	1.96	.768	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	1.96	.768	ปานกลาง
ด้านการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น	1.90	.698	ปานกลาง
ด้านการบริโภคอาหารและโภชนาการ	1.88	.764	ปานกลาง
ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	1.79	.735	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.71	.729	ปานกลาง



ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



ภาพที่ 2 ความเชื่อมโยงของแนวปฏิบัติรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ตามมุมมองกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการประเมินวิถีชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและโภชนาการ การจัดการความเครียด การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและการพัฒนาเชิงจิตวิญญาณ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังต้องการการส่งเสริม สนับสนุนให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ ความต้องการนี้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) ให้มีความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนด้วยตนเอง และมีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ว่าด้วยการส่งเสริมผู้สูงอายุ ระบุมาตรการหลักที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและดูแลตนเองเบื้องต้น ซึ่งการวิจัยนี้พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัดได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคของกล้ามเนื้อและข้อ และเบาหวาน และพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรคเช่น พบเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง เบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดสูง สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีผู้สูงอายุว่าด้วยความเชื่อมโยง (Jitramontree, 2001) โดยในสภาพความเป็นอยู่ผู้สูงอายุเขตบางพลัดส่วนหนึ่งไม่มีผู้ดูแลหลักต้องดูแลตนเอง และอยู่ตามลำพังเช่นเดียวกับผู้สูงอายุในสังคมอื่น ๆ ของประเทศ

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาเชิงคุณภาพของการวิจัยนี้ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนทั้งที่มีบทบาทเป็นแกนนำ เช่น กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มจิตอาสาต่าง ๆ และผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไปที่เป็นกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้านยังมีศักยภาพในการดูแลตนเองในชุมชน สอดคล้องกับทฤษฎีการมีกิจกรรม (Activity Theory) และทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ระบุไว้ (Jitramontree, 2001) การรวมตัวกันของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็แหล่งประโยชน์เชิงบุคคลให้กับชุมชนด้วยกระบวนการ สร้างการมีส่วนร่วม (Kokpol, 2009) กลุ่มวัยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) อันเป็นสถานการณ์ที่พบในทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยและเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพสะท้อนให้เห็นอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังที่พบว่าเป็นโรคประจำตัวผู้สูงอายุ สำหรับ วิธีการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า วิธีการดำเนินชีวิตในแต่ละด้านมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษาประเด็นดังกล่าว พบในผลการวิจัยของ Lee et al. (2006), Nathan et al. (2010), Beliran & Legaspi (2014), Liu et al. (2014) โดยสามารถแยกอภิปรายวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่มีพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนด การปฏิบัติตนตามคำแนะนำจะลดโอกาสที่โรคจะทวีความรุนแรงมากขึ้นได้ ประกอบกับในชุมชนทุกแห่งของเขต

บางพลัดได้รับการดูแลสุขภาพเชิงรุกจากศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในด้านนี้

2) **ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามแผนการออกกำลังกายที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงที่พ้นวัยทำงานมาแล้ว จึงสามารถจัดสรรตารางเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ การที่ผู้สูงอายุปฏิบัติตามแผนแสดงให้เห็นความสอดคล้องของการปฏิบัติตนตามทฤษฎีการมีกิจกรรม (Activity Theory) และทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคนและยึดแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนที่เคยปฏิบัติมาก่อน (Jitramontree, 2001)

3) **ด้านการบริโภคอาหารและโภชนาการ** พบว่า ผู้สูงอายุตัดสินใจบริโภคอาหารโดยคำนึงถึงคุณประโยชน์มากที่สุด อาหารและการบริโภคจึงเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องควบคุมระมัดระวังและพิจารณาคุณประโยชน์ของอาหารอย่างถี่ถ้วนก่อนเลือกบริโภคเพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

4) **ด้านการจัดการความเครียด** พบว่า ผู้สูงอายุทำใจให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากที่สุด อธิบายได้ว่าเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่ผ่านประสบการณ์มาก่อนแล้ว โดยธรรมชาติของมนุษย์ย่อมพบทั้งความสุขและความทุกข์ ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและปรับตัวยอมรับความไม่คงที่ของสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ การที่ผู้สูงอายุทำใจให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ดีจะช่วยคลายความเครียดจากการพลัดพรากที่อาจพบได้ในช่วงวัยนี้เช่นกัน นอกจากนี้ชุมชนในเขตบางพลัดมีแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพคือ วัด ซึ่งเป็นศาสนสถานที่เป็นศูนย์รวมด้านจิตใจ การปฏิบัติธรรมเป็นประจำส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าใจในวัฏสงสารของชีวิตและสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ดี

5) **ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น** พบว่า ผู้สูงอายุปฏิบัติตนให้เป็นที่น่าถือของครอบครัวมากที่สุด อธิบายได้ว่าการเป็นที่น่าถือของบุคคลอื่นจัดว่าเป็นความต้องการที่น่าถือของด้านสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นการปฏิบัติตนดังกล่าวข้างต้นส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ อีกทั้งประสบการณ์ชีวิตส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังมีศักยภาพในการเป็นต้นแบบแก่บุคคลอื่น ๆ ทั้งในครอบครัวและในชุมชน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว แม้แต่ผู้ที่ใช้ชีวิตตามลำพังยังได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน/อาสาสมัครสาธารณสุข/กรรมการชุมชน

6) **ด้านการพัฒนาเชิงจิตวิญญาณ** พบว่า ผู้สูงอายุคิดด้วยความรู้สึกที่ดีต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุด และใกล้เคียงกับการมองตนด้วยความรู้สึกดี มีคุณค่า อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากคู่วิต ลูก หลานเพื่อนบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบสนับสนุนในชุมชนที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด ส่งผลให้มุมมองต่อชีวิตเป็นไปในเชิงบวก ถึงแม้ว่าจะมีโรคประจำตัว แต่การที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโอกาสเข้ากลุ่มสังคมต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อความคิดเชิงบวกในการใช้ชีวิตประจำวัน เมื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่

พบว่าผู้สูงอายุปฏิบัติตนให้เป็นที่น่าถือของครอบครัวมากที่สุด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อตนเองดีขึ้น

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนดำเนินการโดยใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการประชุมกลุ่ม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบ พบในการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาของ Sittipreechachan et al. (2012), Boontham et al. (2012), Dechburum et al. (2013), Chinlumprasert & Jittakoat (2006), Baatiema (2013), Kenny et al. (2013), Kessy (2014) ต่างใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งมีเทคนิคต่าง ๆ กัน เช่น เทคนิค เอ ไอ ซี (Appreciation Influence Control) เทคนิค P-D-C-A เทคนิค SWOT เทคนิคการแก้ปัญหา (Problem Solving) เป็นต้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำเทคนิคการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโดยนำผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทเชิงสังคม และผู้สูงอายุที่เป็นกรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมกระบวนการประชุมกลุ่มตามลำดับขั้นตอนของกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม (Shery, 1969; Kokpol, 2009; Kasemsuk, 2001) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และค้นหาแนวปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของการสร้างการมีส่วนร่วมคือเพื่อให้รูปแบบและแนวปฏิบัติมาจากความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ซึ่งการพัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการนี้พบในการศึกษาของ Nathan et al. (2013) และ Kessy (2014)

2. องค์ประกอบของรูปแบบที่เป็นผลผลิตของการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และตอบสนองแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ว่าด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้และมีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 กลุ่มวัยสูงอายุระบุให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และการคัดกรอง ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีศักยภาพและเข้าถึงได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่าองค์ประกอบและแนวปฏิบัติของรูปแบบที่เป็นผลผลิตของการวิจัยนี้สอดคล้องกับเป้าหมายที่แผนดังกล่าวระบุอย่างตรงประเด็น นอกจากนี้ แนวปฏิบัติยังวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มตามกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพได้ครบถ้วนคือการชี้แนะ (Advocate) การเพิ่มขีดความสามารถระดับบุคคล (Enable) การเป็นสื่อกลาง (Mediate) อย่างเชื่อมโยงกัน ผลการวิจัยนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Hildebrand (1994), Ichida et al. (2013), Smith et al. (2013) ในแนวปฏิบัติที่เป็นการชี้แนะ (Advocate) Kenny et al. (2013), Nathan et al. (2013), Kessy (2014) ในแนวปฏิบัติที่เป็นสื่อกลาง (Mediate) และในแนวปฏิบัติที่เป็นการเพิ่มขีดความสามารถระดับบุคคล (Enable)

กระบวนการวิจัยที่นำสู่การได้มาของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ
 กระบวนการวิจัยที่นำสู่การได้มาของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพมีกระบวนการแตกต่างกันเช่น การศึกษาของ Pankong & Kampeng (2010) ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการระดมความคิดเห็นจากชุมชน ร่วมค้นหาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และประเมินโครงการการศึกษาของ Dechburum et al. (2013) ใช้วิธีการเชิงระบบ กล่าวคือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน จากนั้นจึงจัดกิจกรรมตามแผนและประเมินผล ในขณะที่การศึกษาของ Kruejak & Suratana (2005) ใช้การวิเคราะห์ SWOT การศึกษาของ Sittipreechachan et al. (2012), Boontham et al. (2012) กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เริ่มต้นด้วยการสร้างทีมแกนนำ ในขณะที่การวิจัยนี้ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ และนำแนวคิดระดับและขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน (Shery, 1969; Kokpol, 2009) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดผลผลิตของการประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งต้องการการนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปใช้จริง ผู้เข้าประชุมเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจากโครงสร้างที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมสามารถดำเนินการได้หลายแนวทางที่ก่อให้เกิดบรรลุผลลัพธ์ในประเด็นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าทุกการศึกษาที่ระบุข้างต้นได้นำข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นส่วนนำในการพัฒนารูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพตามสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในพื้นที่การวิจัย

ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของการวิจัยมาจาก โครงสร้างของชุมชนที่มีองค์กรชุมชนที่เป็นทางการเข้าร่วมจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข มีความคุ้นเคยกับบทบาทและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะและกิจกรรมเพื่อสุขภาพของชุมชน นอกจากนี้ชุมชนมีแหล่งประโยชน์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ วัด มีหน่วยงานภาครัฐ คือเขตบางพลัดและศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพและสังคมให้กับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakakibara et al. (2014), Pongsaengpan & Rodjarkpai (2014), Dechburum et al. (2013) ที่สนับสนุนว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนที่จะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตนเองได้ และการศึกษาของ Thapanathamchai & Sounsri (2013) ที่ระบุว่ากลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนประกอบด้วย 1) กลยุทธ์การส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เชิงรุก 2) กลยุทธ์การเสริมสร้างความรู้แก่ประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน 3) กลยุทธ์การประเมินแบบเสริมพลังอำนาจ และ 4) กลยุทธ์การสร้างจิตสำนึกการให้บริการเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมให้กับประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ผลการวิจัยนี้ตอบสนองแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 กลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ค้นพบแนวปฏิบัติในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงสามารถนำไปบูรณาการและใช้สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระดับชุมชน ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในบริบทของครอบครัวด้านการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. องค์ประกอบของรูปแบบที่เป็นผลผลิตของการวิจัยนี้ ควรได้ศึกษาเชิงปริมาณเพื่อยืนยันแนวปฏิบัติที่สังเคราะห์ ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ
3. เมื่อชุมชนมีความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมด้านการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ควรได้ขยายบทบาทของแกนนำชุมชน ในการเฝ้าระวังผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง
4. หน่วยงานระดับเขตควรจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม

References

- Baatiema, L., Skovdal, M., Rifkin, S. & Campbell, C. (2013). Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. *BMC Health Services Research*, 13, 233-247.
- Beliran, S. & Legaspi, M. (2014). Health-Promoting Behaviors and Quality of Life of Filipino Older Persons. *Asia Pacific Journal of Education, Arts and Sciences*, 1(5), 11-20.
- Boontham, N., Rerkra, D. & Saengthong, S. (2012). Health Promotion Strategies for Elderly Self - Care. *Phetchabun Rajabhat Journal*, 14(1), 96-104.
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2014). *Ministry of Public Health Goals, Strategies and Indicators fiscal year 2015*. Retrieved September 1, 2014, from http://nonthaburi.moph.go.th/nont/file_upload/downloads/aging/strategic_aging2558.pdf.

- Chinlumprasert, N. & Jittakoat, Y. (2006). *The Effects of Community Participation Approach on the Health Promotion Behavior of the Elderly*. [July 1, 2015]. Available from, http://www.journal.au.edu/au_abstract/2006/nurs_article01.html.
- Dechburum, J. (2013). *Development of Model for Ageing Care under the Community Network in Muangfai Subdistrict, Nonghong District, Burirum Province* (Research report). Burirum Province: Muangfai Sub-district Health Promotion Hospital, Nonghong District.
- Hildebrand, E. (1994). A model for community involvement in health program development. *Sot Sri Med*, 39(2), 247 – 254.
- Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, K., Kawachi, I., Takeda, T. & Endo, H. (2013). Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science & Medicine*, 94, 83 - 90.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2010). Population of Thailand. *Thai Population Journal*, 19, 1.
- Jitramontree N. (2001). *Science and Arts in Geriatrics Nursing*. 1st Edition. Bangkok: Textbook Project, Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Kasemsuk, J. (2001). *Communication and the Transformation of Society*. Bangkok: Chulapress.
- Kenny, A. Hyett, N., Sawtell, J., Dickson, -Swift, V., Farmer, J. & O'meara, P. (2013). Community participation in rural health: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 64-71.
- Kessy, F. L. (2014). Improving health services through community participation in health governance structures in Tanzania. *Journal of Rural and Community Development*, 9(2), 14-31.
- Kokpol, O. (2009). *Guideline on People Participation for Local Governor*. Bangkok: S. Chareon Press.
- Kruejak, K. & Suratana, S. (2005). Model of Elderly Health Promotion by Participation Process of Local Administrative Organization Civil Society Network and Elderly Association in Mae Chan Sub-district Municipality Area, Mae Chan District, Chiang Rai Province. *Journal of Community Development and Life Quality*, 3(2), 161-171.

- Kumsuchat, S., Padumanonda, S., Leerapan, P., Sudaprasert, K. & Amnatsatsue, K. (2004). The Development of Alliances for Health Promotion Among The Older Persons in An Urban Community in Bangkok. *Journal of Public Health and Development*, 2 (1), 29-40.
- Lee, W. T., Ko, S. & Lee, J. K. (2006). Health promotion behaviors and quality of life Among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Study*, 43, 293-300.
- Liu, L., Fu, Y.-F., Qu, L. & Wang, Y. (2014). Home Health Care Needs and Willingness to Pay for Home Health Care Among the Empty-nest Elderly in Shanghai, China. *International Journal of Gerontology*, 8. 31-36.
- Meier, M. B., Pardue, C. & London, L. (2012). Implementing community participation through legislative reform: a study of the policy framework for community participation in the Western Cape province of South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 12, 15-28.
- Nantsupawat, W. (2009). *Geriatrics Nursing: Challenging of the Ageing Society*. Khonkean: Khonkean Press.
- Nathan, S., Johnston, L. & Braithwaite, J. (2010). The role of community representatives on health service committees: staff expectations vs. reality. *Health Expectations*, 14, 272-284.
- Pankong, O. & Kampeng, S. (2010). Effective of Community based Health Promotion Practice on Health Promotion Behaviors of the Ageing and Satisfaction on Engagement of the Care Givers. *Ramathibodi, Nursing Journal*. 16(1), 1-13.
- Payomyong, S. (2014). *Report on Ageing Population Survey in Banhpilat: Public Health center 31 (Erb – Jitr Tungsubutr)*. Copied.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in Nursing Practice* (4th Ed.). Upper saddle river: Pearson education.
- Pongsaengpan, P. & Rodjarkpai, Y. (2014). Community Participation on Elderly Health Promotion in Eastern Thailand. *The Public Health Journal of Burapha University*, 9(2), 13-20.

- Pongthavornkamol, K., Lekdamrongkul, P., Wanawarodom, P. & Ratchawong, W. (2014). Relationships between Social Support, Financial Status, Health-Promoting Behaviors, and Quality of Life among Women with Breast Cancer undergoing Radiation Treatment, *J Nurs Sci*, 32(1), 15-27.
- Sakakibara, B.M., Miller, W.C., Routhier, F., Backman, C.L. & Eng, J.J. (2014). Association between Self-efficacy and Participation In Community Dwelling Manual Wheelchair Users Aged 50 Years or Older. *Physical Therapy*, 94(5). 664 – 675.
- Shery R. A. (1969). *A Ladder of Citizen Participation*. [2014, August 1]. Available from: <https://www.planning.org/pas/memo/2007/mar/pdf/JAPA35No4.pdf>.
- Sittipreechachan, P., Priyatruk, P. & Chotkakam, Y. (2012). Community Participation in the Process of Care of Elderly at Mabcare Sub-district. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 13(2), 8-17.
- Smith, P. J., Tian, M. & Zhao Y. (2013). Community effects on elderly health: Evidence from CHARLS national baseline. *The Journal of the Economics of Ageing*, 1(2), 50-59.
- Srivanichakorn, S. et al. (2002). *Notes on Experiences of Primary Health Care network Management under the Diversity Context*. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Health.
- Strategy and Planning Division. (2014). Strategic Objective and Indicators, Ministry of Public Health, Fiscal 2015. Retrieved from http://nonthaburi.moph.go.th/nont/file_upload/downloads/aging/strategic_aging2558.pdf.
- Thapanathamchai, W. & Sounsri, K. (2013). Promoting Strategy of People Participation in the Development of Prongmadua Subdistrict Municipality. *Academic Service Journal*, 24(3), 94-108.
- Walker, S. N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81.
- Yamane, T. 1973. *Statistic: An Introductory Analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

Translated Thai References

- เกวลี เครือจักร และสุนทรี สุรัตน์. (2558). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรการ ปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายภาคประชาสังคมและชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วารสารการพัฒนารัฐบาลและคุณภาพชีวิต*. 3(2), 161-171.
- คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, พิจิตรา เล็กดำรงกุล, พรพรรณ วนวโรตม, วันทกานต์ ราชวงศ์. (2014). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางการเงิน พฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา. *J Nurs Sci*, 32(1), 15-27.
- จินตวีร์ เกษมสุข. (2554). *การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตหรา เดชบุรีรัมย์. (2556) *การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในชุมชน ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์* (รายงานผลการวิจัย). บุรีรัมย์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองฝ้าย อ.หนองหงส์.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นลินี บุญธรรม, ดิเรก ฤกษ์ห่วย และสุชาติ แสงทอง. (2555). ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง. *ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร*, 14(1), 96-104.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปันดดา ปรียพถุฒ และญาณิศา โชติกะคาม. (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 8-17.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 13-20.
- วรารวรรณ ฐาปนธรรมชัยและกมลพร สอนศรี. (2556). กลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยบริการ*, 24(3), 94-108 .
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมวิทยาลัยมหิดล. (2553). ประชากรของประเทศไทย. *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*, 19, 1.

สุพัตรา ศรีวิซชากร และคณะ. (2545). *บันทึกประสบการณ์การจัดเครือข่ายสุขภาพบริการปฐมภูมิภายใต้บริบทที่หลากหลาย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สมจิตร พะยอมยงค์. (2557). *รายงานการสำรวจผู้สูงอายุเขตบางพลัด ศูนย์บริการสาธารณสุข 31 (เอิบ - จิตร ทั้งสุขบุตร)*. เอกสารอัดสำเนา.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557). *เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558*. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558, สืบค้นจาก http://nonthaburi.moph.go.th/nont/file_upload/downloads/aging/strategic_aging2558.pdf.

อรทัย ก๊กผล. (2552). *คู่มือ คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับผู้บริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: ส.เจริญการพิมพ์.

อรวรรณ แพนคงและสุนทรี คำเพ็ง. (2553). ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 16(1), 1-13.

คณะผู้เขียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
email: sresuda_won@hotmail.com

อาจารย์ไพไลพร สุขเจริญ

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
email: pilaiporn.navynurse@gmail.com

นางสมจิตร พะยอมยงค์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
email: som_yong30@yahoo.co.th

