

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
ในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH PROMOTION MODEL DEVELOPMENT FOR HYPERTENSION AND DIABETES
MELLITUS CONTROL AND PREVENTION IN THE ELDERLY
THROUGH COMMUNITY PARTICIPATION

Mrs. Siripun Bootsri



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Sports Science

Faculty of Sports Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
โดย	นางศิริพรรณ บุตรศรี
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์การกีฬา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษม นครเขตต์

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

.....คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนินทร์ชัย อินทிரารมณ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษม นครเขตต์)
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต คณิงสุขเกษม)
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จรุณวรรณ สุขสม)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา)

ศิริพรรณ บุตรศรี : การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (HEALTH PROMOTION MODEL DEVELOPMENT FOR HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS CONTROL AND PREVENTION IN THE ELDERLY THROUGH COMMUNITY PARTICIPATION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.สุจิตรา สุนทรทรัพย์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.เกษม นครเขตต์, 319 หน้า.

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี การดำเนินงานมี 5 ระยะ คือ 1) การเตรียมความพร้อมสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชนและสร้างเครือข่ายสำรวจบริบทชุมชน คัดเลือกชุมชน 2) ศึกษาปัญหาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) วางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยความร่วมมือระหว่างแกนนำผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน 4) นำแผนสู่การปฏิบัติและทดสอบรูปแบบ มีแผนการดำเนินงานของชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3 แผนงาน คือ แผนงานรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสู่ทุกกลุ่มวัย แผนการบริหารจัดการลดรับส่งผู้สูงอายุเพื่อเข้าถึงบริการเสมอภาค 5) ประเมินผลโครงการโดยใช้การถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนเพื่อสร้างหุ้นส่วนในการทำงาน

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้รูปแบบซึ่งมี 4 องค์ประกอบหลักคือ 1) ปัจจัยนำเข้า คือชุมชนมีความตระหนัก และต้องการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังการใช้ศักยภาพของชุมชนซึ่งมีทุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน และการมีนโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน 2) กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน 3) ผลผลิต เกิดแผนสุขภาพชุมชน นวัตกรรมชุมชนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ผลลัพธ์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงคือ ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจนเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ จากภายในบุคคล และมีพฤติกรรมตอบสนองจากการเรียนรู้ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ด้วยตนเอง การประเมินผลการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ได้รับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทุกขั้นตอนการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผลสำเร็จของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ มาจากการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน การยกระดับจิตสำนึก การสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ในผู้สูงอายุจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคได้ด้วยตนเองและเกิดจิตสำนึกความเป็นเจ้าของ

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5378961739 : MAJOR SPORTS SCIENCE

KEYWORDS: COMMUNITY PARTICIPATION / ELDERLY / HYPERTENSION / DIABETES

SIRIPUN BOOTSRI: HEALTH PROMOTION MODEL DEVELOPMENT FOR HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS CONTROL AND PREVENTION IN THE ELDERLY THROUGH COMMUNITY PARTICIPATION. ADVISOR: ASSOC. PROF.SUCHITRA SUKONTHASAB, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF.KASEM NAKORNKHET, Ph.D., 319 pp.

This participation action research aimed to develop a health promotion model based on community participation for the control and prevention of hypertension and diabetes mellitus in the elderly. The study was carried out in five stages. The first stage involved preparation in the forms of selecting a subject community at KhlongKhoi Sub district, Photharam District, Rachaburi Province, establishing a relationship with the community, and forming a network for exploration of their response to the model. The second stage involved study of situations pertaining to non-communicable diseases (NCDs) and the health care needs of the elderly in the community. The third stage involved planning a solution and developing a health promotion model based on the participation of leaders of the elderly and local administrators in the community. The fourth stage involved implementing and testing the model. Also addressed in this stage were the operational plans for enhancing various aspects of health behavior, namely nutrition, physical activity, and stress management, disseminating knowledge regarding hypertension and diabetes mellitus to the local citizens in all age groups, and ensuring equal access to relevant health services by providing transportation to the elderly to participate health promotion activity in the elderly club. The fifth stage involved evaluating the model by applying the After Action Review (AAR) approach. In this process, the researchers took the responsibility of coordinating with the parties involved and building community involvement so as to ensure a sense of partnership among the community members.

The formulated model consisted of four main components: 1) Input included community concern about NCDs, social capital and NCDs policy advocacy. 2) The process was community-based participatory action research in which community partners including, families, temple, school, local administrators and subdistrict hospital participated. 3) Output consisted of community innovation, community health promotion plans and built environment. 4) Outcomes showed that the elderly changed in respect to self efficacy and attitudes and increasing knowledge toward NCDs. This led to learning in older adults enabling them to change their health behavior to control and prevent NCDs by themselves. The model was evaluated by community involvement. The results show with participation of all sectors, local administration, the public sector, and the private sector, it can be concluded that for the purpose of health promotion and to increase community empowerment, critical mass awareness, reinforcement of motivation for the prevention and control of NCDs and the sense of ownership, the model was successful.

Field of Study: Sports Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง รวมทั้งให้ข้อคิดที่มีค่าและเป็นประโยชน์ ทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดีในการเป็นครูที่เป็นกัลยาณมิตรต่อศิษย์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษม นครเขตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ศาสตราจารย์ ดร.ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต คณิงสุขเกษม รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุมวรรณ สุขสม รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์วิญญู มิตรานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลส์ อาจารย์กัลปังกา โขสิวสกุล ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจพิจารณาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ทำให้เครื่องมือที่ใช้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ อรทัย อาจอ่ำ รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา เศรษฐบุตร และคณะ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการและพหุวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการฝึกอบรมระยะสั้น เรื่อง “การวิจัยเชิงปฏิบัติการ : ศาสตร์และศิลป์เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน” ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณ “ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” และ “ทุนวิจัยคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา” ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กราบหมั้นสารเจ้าอาวาส วัดกลางคลองข่อย และขอบพระคุณภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในชุมชน ตำบลคลองข่อยทุกคน คณะผู้บริหารและผู้นำชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ผู้บริหารโรงเรียนวัด มณีโชติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้แทนจากชุมชนตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ทุกท่านที่สร้างความร่วมมือในการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย

ขอบคุณครอบครัว เพื่อนๆ น้องๆ สาขาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพทุกคน ที่ให้ความร่วมมือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา ทำให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขออุทิศบุญกุศลที่เกิดจากการศึกษาครั้งนี้แต่พ่อแม่และแม่ ผู้เป็นที่รักยิ่งและมีพระคุณสูงสุด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญแผนภาพ	ฏ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1. แนวคิดเกี่ยวกับ “ผู้สูงอายุ”	11
2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	42
3. ทฤษฎีการสร้างพลัง	46
4.ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา	48
5.การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	55
6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	93
ส่วนที่ 1 การเตรียมตัวผู้วิจัย.....	93
ส่วนที่ 2 การเลือกพื้นที่ศึกษา.....	96

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ส่วนที่ 4 ขั้นตอนในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	101
ส่วนที่ 5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	109
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูล	109
บทที่ 4 วิถีชีวิตและบริบทชุมชนที่ศึกษา	112
1. จังหวัดราชบุรี.....	112
2. อำเภอโพธาราม.....	116
3. ตำบลคลองข่อย	117
3.1 สภาพทั่วไป.....	117
3.2 สถานการณ์โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุตำบลคลองข่อย	118
3.3 ผลการศึกษาบริบทชุมชน หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	119
3.4 ผลการศึกษาบริบทชุมชน หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	132
3.5 ผลการศึกษาบริบทชุมชน หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	145
ข้อมูลจากการสำรวจแบบสอบถามผู้สูงอายุ	159
บทที่ 5 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหา	163
ส่วนที่ 1 การสนทนากลุ่ม (Focus group).....	163
ส่วนที่ 2 การจัดเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลและรับฟังข้อสรุปและข้อบ่งชี้ปัญหาโรคเรื้อรัง และคัดเลือกแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปใช้วางแผนแก้ปัญหา.....	209
ส่วนที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำแผนงานโครงการ พัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานใน ผู้สูงอายุ.....	213

บทที่ 6 ผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ.....	219
ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์ของการนำแผนสู่การปฏิบัติ	219
ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์จากการถอดบทเรียนการดำเนินการแผนงาน	232
ส่วนที่ 3 รูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ	237
บทที่ 7 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	243
สรุปผลการวิจัย.....	243
การอภิปรายผล	247
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย	254
รายการอ้างอิง	256
ภาคผนวก.....	271
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	272
ภาคผนวก ข ใบรับรองโครงการวิจัย	274
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	276
ภาคผนวก ง หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form).....	286
ภาคผนวก จ แบบสำรวจข้อมูลบริบทชุมชน.....	289
ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงและ แบบ ประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ.....	296
ภาคผนวก ช แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกสำหรับผู้สูงอายุ	303
ภาคผนวก ซ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างด้านการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	305
ภาคผนวก ฌ แนวคำถาม/ประเด็นการสนทนากลุ่ม.....	307
ภาคผนวก ญ แบบบันทึกการสังเกตสำหรับจดบันทึกภาคสนามสำหรับผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	309
ภาคผนวก กฏ แนวคำถามสำหรับประชุมกลุ่ม	311

ภาคผนวก ก แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม	313
ภาคผนวก ฐ แนวคำถามการประชุมกลุ่ม	315
ภาคผนวก ท วุฒิบัตรรับรองผ่านการอบรมระยะสั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ : ศาสตร์และศิลป์ เพื่อประโยชน์สุขของปวงชน รุ่นที่ 9	317
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	319



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การจำแนกระดับของภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ	17
ตารางที่ 2 การแปลผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อจำแนกผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน	22
ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดที่พึงระวังก่อนออกกำลังกาย	22
ตารางที่ 4 กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพและเข้าชุมชนตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	95
ตารางที่ 5 จำนวนผู้สูงอายุของตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	97
ตารางที่ 6 สรุปกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผน PAR	105
ตารางที่ 7 สรุปกิจกรรมระยะนำแผนสู่การปฏิบัติการและทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน.....	107
ตารางที่ 8 สรุปกิจกรรมระยะนำแผนสู่การปฏิบัติการและการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ	108
ตารางที่ 9 ปฏิทินชุมชน : หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	125
ตารางที่ 10 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1.....	129
ตารางที่ 11 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1	131
ตารางที่ 12 ปฏิทินชุมชน : หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	138
ตารางที่ 13 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3.....	141
ตารางที่ 14 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3	144
ตารางที่ 15 ปฏิทินชุมชน : หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	152
ตารางที่ 16 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5.....	155
ตารางที่ 17 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5	158

ตารางที่ 18	ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ.....	159
ตารางที่ 19	แบบสอบถามผู้สูงอายุด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง.....	160
ตารางที่ 20	แบบสอบถามผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง....	161
ตารางที่ 21	แบบสอบถามผู้สูงอายุด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	161
ตารางที่ 22	การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	162
ตารางที่ 23	ประเด็นย่อย “ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน”	170
ตารางที่ 24	ประเด็นย่อย “ปัญหาการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ของผู้สูงอายุในชุมชน”	171
ตารางที่ 25	ประเด็นย่อย “กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่สนับสนุนโดยองค์กรภาครัฐ”	179
ตารางที่ 26	ประเด็นย่อย “กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่สนับสนุนโดยองค์กรภาคชุมชน”	180
ตารางที่ 27	ประเด็นย่อย “การดำเนินงานรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน”	186
ตารางที่ 28	ประเด็นย่อย “การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน”	187
ตารางที่ 29	สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย.....	200
ตารางที่ 30	สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย.....	201
ตารางที่ 31	สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพ	208
ตารางที่ 32	แผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.....	215
ตารางที่ 33	แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้ “โรคเรื้อรัง” สู่ทุกกลุ่มวัย.....	217
ตารางที่ 34	แผนงานบริหารจัดการรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เพื่อเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค.....	218

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค.....	43
แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดกลวิธีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค.....	44
แผนภาพที่ 3 กระบวนการสร้างพลังอำนาจ.....	47
แผนภาพที่ 4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) และการปฏิสัมพันธ์ที่ขึ้นต่อกันจากองค์ประกอบ 3 ส่วน (Triadic Reciprocity)...	49
แผนภาพที่ 5 ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงสังคมพุทธิปัญญา ด้วยการสังเกตจากตัวแบบ	50
แผนภาพที่ 6 ขั้นการรับมาจากการเรียนรู้.....	50
แผนภาพที่ 7 กระบวนการทางพุทธิปัญญา (Cognitive Processes).....	51
แผนภาพที่ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	92
แผนภาพที่ 9 สรุปรภาพรวมขั้นตอนการวิจัย	110
แผนภาพที่ 10 สรุปรภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย	111
แผนภาพที่ 11 แผนที่จังหวัดราชบุรี.....	112
แผนภาพที่ 12 แผนที่ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี.....	116
แผนภาพที่ 13 แผนที่ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี.....	118
แผนภาพที่ 14 แผนที่แสดงขอบเขตหมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย.....	119
แผนภาพที่ 15 แผนที่เดินดิน หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี.....	120
แผนภาพที่ 16 แผนที่แสดงขอบเขตหมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง.....	132
แผนภาพที่ 17 แผนที่เดินดิน หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี.....	133

แผนภาพที่ 18	แผนที่แสดงขอบเขตหมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ	145
แผนภาพที่ 19	แผนที่เดินดิน หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	146
แผนภาพที่ 20	แผนที่ทางความคิด.....	212
แผนภาพที่ 21	รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ ควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ตำบลข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี	242



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุด้วยความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 และปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 8.1 และ 9.19 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ และในปี พ.ศ.2533 มีผู้สูงอายุประมาณ 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.36 ของประชากรทั่วประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2562 สัดส่วนจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.3 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าขณะนี้สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) (วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553) ข้อมูลการคาดประมาณ อายุคาดเฉลี่ยคนไทย พบว่า อายุคาดเฉลี่ยคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี พ.ศ.2548 ผู้ชายมีอายุคาดเฉลี่ย 67.9 ปี ผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ย 71.9 ปี ในปี พ.ศ.2554 ผู้ชายอายุคาดเฉลี่ย 71.9 ปี ผู้หญิงอายุคาดเฉลี่ย 77.6 ปี ซึ่งสะท้อนว่าอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยมีการปรับทิศทางเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554)

จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเหล่านี้ มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ต้องเผชิญชีวิตอยู่กับการมีสุขภาพไม่ดีเนื่องจากกระบวนการสูงวัยซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านประสิทธิภาพในการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง ความยืดหยุ่นและการระบายอากาศของปอดลดลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเมื่อยล้าอ่อนเพลียและรู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อปฏิบัติกิจกรรม และยังพบว่าหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะตีบแข็ง ตีบแคบ สูญเสียการยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 52.6 โดยกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากใน 3 ลำดับแรกคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด อันดับรองลงมาคือ โรคเบาหวาน และอันดับสามคือ โรคความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ (Robert S.M., 1998 ; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอัตราป่วยคิดเป็นอัตราส่วนต่อแสนประชากรสูงที่สุดในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี พ.ศ. 2548 มีอัตราป่วย 534 ต่อประชากรแสนคน ต่อมาปี พ.ศ. 2552 อัตราป่วยสูงขึ้นเป็น 937 ต่อประชากรแสนคน อัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 5 เท่า จากปี พ.ศ. 2540 เป็น 782.4 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2550 อัตราป่วยสูงขึ้นถึง 860.59 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้โครงการวัดความดันโลหิตประชาชนอายุ

40 ปีขึ้นไปจำนวน 20.7 ล้านคน พบว่ามีความดันโลหิตผิดปกติ 2.4 ล้านคน (ร้อยละ 11) ประชากรร้อยละ 70 ไม่รู้ว่าตัวเองว่ามีความดันโลหิตผิดปกติหรือไม่และข้อมูลอัตราการตายตามสาเหตุที่สำคัญพบว่า สาเหตุการตายในปี พ.ศ. 2552 โรคที่ต้องเฝ้าระวัง3อันดับแรกคือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราการตายร้อยละ 55.6, 29.0 และ 24.6 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2551 ทั้งสิ้น 1,146,557 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเก่า 781,627 คน ผู้ป่วยใหม่ 363,930 คน สัดส่วนผู้ป่วยหญิงมีมากกว่าผู้ชายเกือบเท่าตัว คือ ร้อยละ 62.5 เมื่อเทียบกับร้อยละ 37.5 ในผู้ชาย และพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และที่สำคัญคือประชากรมากกว่าร้อยละ 70 ไม่รู้ว่าตนเองมีความดันโลหิตผิดปกติหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ อาทิ โอกาสเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60 - 75 และโอกาสเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 20 - 30 โอกาสเป็นอัมพาตมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า และที่สำคัญคือปัจจุบันคนไทยเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงปีละ 48,000 คนเฉลี่ยชั่วโมงละ 5 ราย มีคนไทยเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต 250,000 คน และมักพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุจึงอาจกล่าวได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาคุกคามชีวิตคนไทย การมีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีผลเสียต่อร่างกายคือ ผู้ที่เป็นโรคดังกล่าวอาจไม่มีอาการ แต่ผลจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่พอ ทำให้เกิดโรคกับอวัยวะหลากหลาย เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ หากไม่รักษาความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสมอาจทำให้หัวใจวายและเกิดโรคที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ โรคความดันโลหิตสูงจึงได้ชื่อว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” เพราะก่อความเสียหายได้มาก การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ จะสามารถป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนทางสมอง หัวใจ ไต และหลอดเลือดในอนาคตได้ ดังนั้น ภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุจะเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในบรรดาโรคไม่ติดต่อ เพราะว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคที่ทำให้มีความพิการและอัตราการตายในอันดับต้นๆ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์, 2550; สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2551; กรณ์กาจัญญ์ ภมรประวีตธนะ, 2553)

ภาวะความดันโลหิตสูงถึงแม้จะเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและอันตรายมาก แต่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคลงได้ โดยการตรวจพบให้ได้ในระยะเริ่มแรกและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ถูกต้องเช่นการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การลดอาหารเค็มการควบคุมอาหาร การพักผ่อนให้เพียงพอ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการส่งเสริมสุขภาพกายสุขภาพจิตให้แข็งแรงอยู่เสมอก็จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในระดับปกติได้ อย่างไร

ก็ตามด้วยสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าวมาแล้ว สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุและการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าไปตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งผู้สูงอายุขาดพลังอำนาจในตนเองในการควบคุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปในทางบวก จึงเท่ากับเป็นปัจจัยเสริมเร่งให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลายเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง สังคมต้องดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับประเทศและระดับเขตพื้นที่ พบว่าจากการประเมินภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพพอใช้ รองลงมาประเมินว่ามีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพพอใช้ (ร้อยละ 41.8) สุขภาพดี (ร้อยละ 30.5) สุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 21.71) สุขภาพดีมาก (ร้อยละ 3.6) และสุขภาพไม่ดีมาก (ร้อยละ 2.5) จากการศึกษาอาจสรุปได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้นสภาพร่างกายเสื่อมลง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรณรงค์ให้มีการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเองให้มากขึ้น (Hackam, 2010 ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2550)

สำหรับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคอื่นๆ เช่น ต้อกระจก ไตวาย โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม คุณภาพชีวิตลดลง และก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ข้อมูลจากสำนวนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขพบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปีพ.ศ.2552 ประมาณ 7,019 คน หรือประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552) พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 4.02 เท่า นอกจากนี้ข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานในโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ 2554 ในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ จำนวน 18,943,581 คน พบผู้เป็นโรคเบาหวาน 1,581,857 คน มีภาวะแทรกซ้อน 277,020 คน คิดเป็นร้อยละ 17.51 มีภาวะแทรกซ้อนที่ตาร้อยละ 23.09 ไตร้อยละ 25.09 เท้าร้อยละ 17.13 หัวใจร้อยละ 10.21 สมอกร้อยละ 10.12 และอวัยวะอื่นๆ ร้อยละ 21.19 และในปี พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มีภาวะแทรกซ้อน 25,982 ราย ร้อยละ 14.71 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 50,703 ราย ร้อยละ 85.29 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยรายใหม่พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สูงสุด 6,557 ราย ร้อยละ 25.24 ภาวะแทรกซ้อนทางไต 5,627 ราย ร้อยละ 21.66 และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 5,460 ราย ร้อยละ 21.01 ของผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม (รายใหม่และเก่า) 888,580 ราย มีภาวะแทรกซ้อน 187,366 ราย ร้อยละ 21.09 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 701,214 ราย ร้อยละ

78.91 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสะสมพบมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆสูงสุด 77,080 ราย ร้อยละ 41.14 ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 31,149 ราย ร้อยละ 16.62 และภาวะแทรกซ้อนทางไต 29,433 ราย ร้อยละ 15.71 ของผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552; สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

องค์การอนามัยโลกและสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) รวมถึงองค์การสหประชาชาติได้มีมติรับโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกร่วมกันได้กำหนดประเด็น (theme) การรณรงค์วันเบาหวานโลกในตลอด 5 ปีระหว่างปี 2552 – 2556 คือ “Diabetes Education and Prevention” หรือ “การให้ความรู้และการป้องกันโรคเบาหวาน” ทั้งนี้เพื่อเป็นการเรียกร้องให้ผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบดูแลรักษาโรคเบาหวานมีความเข้าใจในการควบคุมโรคเบาหวานสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นการให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลตนเองและสำหรับรัฐบาลเป็นการเรียกร้องให้มีการวางแผนนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมและจัดการเพื่อสุขภาพความปลอดภัยของประชาชนจากโรคเบาหวานสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเป็นการเรียกร้องให้มีการปรับปรุงองค์ความรู้ต่างๆ เพื่อจะได้นำคำแนะนำไปใช้ได้เชิงปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและสำหรับประชาชนโดยทั่วไปนั้นจะเป็นการเรียกร้องให้ทำความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบอันร้ายแรงของโรคเบาหวานรู้สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานและวิธีป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อน: สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้กำหนดคำขวัญวันเบาหวานโลกปี 2554 ที่ใช้ในการรณรงค์คือ “รวมพลังลดเสี่ยงเบาหวาน” เพื่อประชาสัมพันธ์ที่การให้ความรู้และการป้องกันโรคเบาหวานโดยใช้ key messages ดังนี้ “โรคเบาหวานเพศฆาตเงียบคร่า 1 ชีวิตทุก 8 วินาที” “อย่ามองข้ามทุก 1 ปี 1 ล้านแท่งถูกตัดเพราะเบาหวาน” “ชีวิตยืนยาวด้วยอาหารและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ”(The World Diabetes Day Campaign, 2011 ; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

องค์การอนามัยโลกได้มีการระบุชุดถึงสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และมีการระบุชุดถึงสาเหตุของโรคว่ามาจาก 4 ปัจจัยเสี่ยงคือ แอลกอฮอล์ บุหรี่ อาหารและการขาดกิจกรรมทางกาย โดยมีการประกาศแผนยุทธศาสตร์ในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และได้มีการเคลื่อนไหวระดับสากลอย่างมาก ประเทศไทยซึ่งได้ร่วมเป็นประเทศสมาชิกได้มีการกำหนดนโยบาย/มาตรการและการติดตามประเมินผล ตัวชี้วัดคุณภาพหลักสำหรับการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับประชากร ครอบคลุม 3 กลุ่มหลักคือ กลุ่มพฤติกรรมทางสุขภาพ (risk behavioral) หรือปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและกลุ่ม การได้รับบริการสุขภาพและคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการตรวจรักษาหรือการป้องกันควบคุมโรค (WHO, 2013 ; กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุลม, 2558)

ดังนั้น สาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมอาชิสาดการ ออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ดื่มเหล้ากินอาหารไม่เหมาะสมเช่นอาหารหวาน มัน เค็ม กินผัก น้อยลงดังนั้นสาเหตุหลักของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคือพันธุกรรมและพฤติกรรม จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรม ดังนั้นการบริการสุขภาพจึงควรปรับเปลี่ยนวิธีการ/รูปแบบให้ เหมาะสมกับกลุ่มโรคที่พบ ในผู้สูงอายุ โดยเน้นการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยส่งเสริมสนับสนุน ผ่านชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยังมีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเองได้ ปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุทั่ว ทุกภาคของประเทศไทยมีประมาณ 11,398 ชมรม เป็นองค์กรที่มีเครือข่ายกระจายอยู่ทุกอำเภอของ ประเทศไทย โดยมีสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ คอยให้การสนับสนุนงบประมาณ ในโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ร่วมกับสภา ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ซึ่งดำเนินการแล้ว 367 ชมรม โดยเน้นการให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีใครดูแล หรือคนที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพังและที่ไม่สามารถ เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้โดยสะดวก มีการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยส่งมอบงานในองค์กร บริหารส่วนท้องถิ่นได้เข้าร่วมรับผิดชอบโครงการ และสนับสนุนงบประมาณในหลายพื้นที่ นับเป็น จุดเริ่มต้นที่ดีในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับกระแสความแนวคิดของการ ส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลกจนเป็นที่ประจักษ์ และยอมรับตามแนวคิด สร้างสุขภาพ นำซ่อม สุขภาพ โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกฎบัตรอตตาวา กลยุทธ์ 5 ประการ ในการสร้างเสริมสุขภาพ แนวใหม่ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเคลื่อนไหวในเรื่อง “การสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health) ซึ่งแตกต่างจากการสาธารณสุขดั้งเดิม (Traditional Public Health)” การส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวทางกฎบัตรอตตาวาคือวิธีการสร้างความเข้มแข็งสู่ประชาชน และสังคมด้วยกระบวนการ ของการเพิ่มสมรรถนะให้คนและกลุ่มคนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพัฒนา สุขภาพของตนเอง เป็นผลให้ผู้นั้นและกลุ่มนั้นๆ มีสุขภาพดีขึ้น การเพิ่มสมรรถนะจะประสบ ความสำเร็จได้ต้องเป็นการร่วมกันทำโดยมีเป้าหมายด้านสุขภาพเดียวกันเสริมพลังอำนาจกันในการ สร้างปัจจัยเอื้อ ลดปัจจัยเสี่ยง กำหนดมาตรการทางสังคม และกฎหมายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่พึง ประสงค์ กิจกรรมหลัก 5 กลุ่ม ที่สำคัญต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) การสร้าง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างความ เข้มแข็งให้กับชุมชน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในกิจกรรมสำคัญข้างต้น คือ การชี้แนะชี้นำ การเพิ่มความสามารถและพลังใจพลัง ภาย ตลอดจนการสมานฉันท์ในการประสานประโยชน์เพื่อสุขภาพ ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน (WHO, 1986) และองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับสถานการณ์การ

เป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงได้ประกาศนโยบายคุ้มครองดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ทุกประเทศถือปฏิบัติ โดยที่ประเทศไทยได้กำหนดให้มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 และแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ได้ประกาศให้ใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม นับได้ว่าเป็นงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเชิงรุกแนวใหม่ของประเทศไทยที่จะช่วยให้บุคคลเมื่อสูงวัยขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดหรือพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุดและมีอายุยืนยาวมีสุขภาพดี มีความสุขตามสมควรแก่อัตภาพคือสุขภาวะ แม้มีโรคก็มีความสุขได้ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนเดิมของตนได้ต่อไป ซึ่งมีภารกิจหลักด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2553 - 2556 ได้กำหนดเป้าหมายประสงค์ให้ “ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ” โดยกำหนดแผนที่ยุทธศาสตร์เป็น 4 มิติ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับกระบวนการ ระดับภาคีเครือข่าย และระดับประชาชน โดยเฉพาะการผลักดันให้มีการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมระดับภาคีเครือข่ายและระดับประชาชน ให้มีแผนชุมชนพึ่งตนเองได้ในเรื่องสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ มีศักยภาพดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้คุณค่าของตนเอง (สุปรिता มั่นคง, 2549; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552; วิชัย เอกพลากร, 2553)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และได้คัดเลือกจังหวัดราชบุรีเป็นพื้นที่ศึกษาเนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกับเขตปริมณฑลซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรมและมีการขยายขอบเขตของชุมชนเมืองทำให้มีลักษณะก้ำกึ่งระหว่างชุมชนเมืองและชนบท รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา จากการทบทวนรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในจังหวัดราชบุรี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมา คือในปี พ.ศ. 2544 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 477.5 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2554 อัตราป่วย 1,197.5 ต่อประชากรแสนคน และเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราป่วยสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 ในจังหวัดราชบุรี คือ อำเภอเมืองราชบุรี จำนวน 3,090 ราย รองลงมาคือ อำเภอโพธาราม จำนวน 1,834 ราย สำหรับโรคเบาหวานมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 444.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 เป็นอัตราป่วย 778.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2554 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2554) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานจึงเริ่มต้นจากชุมชนขนาดเล็กโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม โดยเลือกชุมชนที่มีสถานการณ์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในผู้สูงอายุมาก และเป็นชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ทุกฝ่ายมีความ

สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้เป็นการวิจัยที่ประกอบไปด้วย กระบวนการค้นคว้าทางสังคม (Social Investigation) การให้การศึกษา (Education) และการกระทำหรือการปฏิบัติการ (Action) เพื่อที่จะให้กลุ่มผู้สูงอายุในสังคมได้มีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ และทำความเข้าใจกับสภาพการณ์ที่ปรากฏอยู่ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้เรียนรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระหว่างหลายฝ่าย อันเป็นการสร้างความรู้ให้กับสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ และทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรค มาเป็นกรอบในการ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานใน ผู้สูงอายุ เพื่อให้ชุมชนเกิดพลังในการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจ ทดลอง ปฏิบัติจนเกิดข้อสรุปเป็นองค์ความรู้ของตนเองเกิดการยอมรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ยั่งยืนต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมควรเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีผลต่อผู้สูงอายุในด้านใดและอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม
 2. เพื่อทดสอบรูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม
- ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พิจารณาเลือกพื้นที่ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เป็นพื้นที่หลักในการวิจัย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในหมู่บ้านที่มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมากใน 3 ลำดับแรก จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 3, 5 ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่การวิจัย ประกอบด้วย

1. พื้นที่ชุมชนที่มีสถานการณ์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จากทุกฝ่ายในชุมชนมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้มีระดับความดันโลหิตสูงขณะพักเท่ากับหรือมากกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท และไม่เกิน 179/109 มิลลิเมตรปรอท และสามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน

4. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 126– 250 มิลลิกรัม /เดซิลิตร และสามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง แบบแผนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนการเสริมพลังอำนาจและการเสริมแรงใจเพื่อป้องกันโรคและกระบวนการชี้้นำให้เกิดการเรียนรู้

ชุมชนมีส่วนร่วม หมายถึง ผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชน (ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีกิจกรรมร่วมกันตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การพิจารณาการตัดสินใจ การวางแผนกำหนดรูปแบบ การร่วมปฏิบัติและการประเมินผล สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าที่ได้จากเครื่องวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุขณะพัก ในการวิจัยนี้กำหนดที่ 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มสูงกว่าปกติ ความดันซิสโตลิก 120 - 139 ความดันไดแอสโตลิก 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

2) กลุ่มความดันโลหิตสูงระดับ 1 ความดันซิสโตลิก 140 - 150 ความดันไดแอสโตลิก 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท

3) กลุ่มความดันโลหิตสูงระดับ 2 ความดันซิสโตลิก 160 - 179 ความดันไดแอสโตลิก 100 - 109 มิลลิเมตรปรอท

โรคเบาหวาน หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบในผู้สูงอายุซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 126– 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อยู่อาศัยในพื้นที่ศึกษาตำบลคลอง ข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี และเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงขณะพักเท่ากับหรือมากกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอทและไม่เกิน 179/109 มิลลิเมตรปรอท หรือเป็น

ผู้สูงอายุซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 126 -250 มิลลิกรัม /เดซิลิตร และสามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่บรรลุนิติภาวะอายุ 20 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา การนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และการรับรู้โอกาสของการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการเพิ่มความสามารถของตนในการควบคุมป้องกันโรค โดยกระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสารคือสิ่งแวดล้อม การพูดคุยซักชวน การเรียนรู้จาก การสังเกต หรือประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้รับ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาให้บุคคล องค์กร และชุมชนมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการระดมทรัพยากรที่จำเป็น ซึ่งนำไปสู่ความเชื่อมั่นว่า สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้ ทำให้รู้จักปัญหาของตนเองมีความสามารถในการระดมทรัพยากรและแก้ไขปัญหของตนเอง โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่หรือได้รับการพัฒนา

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1. ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ
2. เกิดปฏิสัมพันธ์และสร้างเครือข่ายทางสังคมทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดรูปแบบสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน
3. นำผลการศึกษาวิจัยที่ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุขยายผลประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกันหรือคล้ายคลึงกัน
4. ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและลดอัตราป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า รวบรวม เอกสาร บทความ ตำราวิชาการ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับงานวิจัย นำมาเรียบเรียงในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุและภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย
 - 1.3 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 - 1.4 นโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.5 กระบวนทัศน์ ทิศทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย
 - 1.6 สถานการณ์ องค์ความรู้ระบบการดูแลผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน
 - 1.7 แนวทางสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
3. ทฤษฎีการสร้างพลัง
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธปัญญา
5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - 5.1 ความหมายและคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - 5.2 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - 5.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - 5.4 เป้าหมายและประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - 5.5 ระเบียบวิธีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - 5.6 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย
 - 5.7 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - งานวิจัยในประเทศ
 - งานวิจัยในต่างประเทศ

1. แนวคิดเกี่ยวกับ “ผู้สูงอายุ”

1.1 การให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ”

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ให้ความหมายของคำว่า **ผู้สูงอายุ** หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นคำนิยามที่ใช้ทางราชการและกฎหมายการพิจารณาการกำหนดความสูงอายุของบุคคล บุคคลใดจะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันตามการให้ความหมายของนักวิชาการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545)

1) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Ageing) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผิวหนังเหี่ยวยุ่น ผมหงอก ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

2) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Ageing) เป็นการพิจารณาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้ และการเรียนรู้ที่ถดถอยลง

3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Ageing) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

ข้อคิดเห็นอื่นๆในการกำหนดว่า ผู้ใดชราภาพหรือผู้สูงอายุนั้นมีการพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ บาร์โรว์ และสมิธ (Barirow and Smith, 1979 อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1) ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากราก ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยเกษียณ

2) การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีระวิทยาเรื่องทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยผู้สูงอายุอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลง ซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3) การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุ คือ ความจำเริ่มเสื่อม การขาดแรงจูงใจ แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4) ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดที่มีผู้สูงอายุนั้นๆ ได้กำหนดขึ้น

5) ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดตามความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยได้แนวความคิดมาจากการเสื่อมถอยทางสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงหมายถึง บุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6) ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะมีสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนี้ยังอาจจะเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปี

นอกจากนี้ มัลลิกา มัตติโก และคณะ (2546) ได้เสนอว่า “ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรงเป็นวัยที่ทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ฟังตนเอง และช่วยเหลือตัวเองได้ “คนแก่” คือบุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสถานภาพและบทบาทที่ลดลงตามความสามารถของกำลังหรือความแข็งแรงของร่างกาย เป็นกลุ่มบุคคลที่สังคมเริ่มทอดถอนสถานภาพที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจส่วนคำว่า “คนชรา” คือผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องพึ่งพาบุตรหลานในทุกด้าน”

กล่าวโดยสรุปการกำหนดความสูงอายุของบุคคลเป็นการกำหนดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเอง โดยมีการเชื่อมโยงกับบรรทัดฐานทางสังคมของแต่ละชุมชนเข้ามาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาด้วยสำหรับการวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นคำนิยามที่ใช้ทางราชการและกฎหมายและให้ความหมายในเชิงคุณค่าทั้งด้านวัยวุฒิ คุณวุฒิเกียรติยศและศักดิ์ศรีในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยด้วย

1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุและภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย

ปัจจุบันสังคมไทยมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วในอดีต โดยระยะเวลาที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ในประเทศอังกฤษและเวลส์ จะใช้เวลานานถึง 107 ปี ขณะที่ประเทศไทยใช้เวลาเพียง 30 ปีเท่านั้น ส่งผลทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ.2498 เป็นร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ.2528 เพิ่มเป็นร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ.2538 และเพิ่มเป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ.2553

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อัตราการเกิดลดลง ขณะเดียวกันอัตราการเสียชีวิตของประชากรโดยรวมก็ลดลงด้วย จึงทำให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจึงเพิ่มสูงขึ้น จาก 60 ปี (พ.ศ.2510) เป็น 70 ปี (ปี พ.ศ.2550) ผู้หญิงไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 75.7 ปี ขณะที่ผู้ชายเท่ากับ 68.4 ปี ซึ่งผู้หญิงไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมากกว่าผู้ชายไทยประมาณ 7 ปี จึงทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

จำนวนและภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับความสำเร็จของนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย และความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศทำให้มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพิงการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุ 16 - 59 ปี คือ ประชากรวัยทำงานที่ต้องมีภาระในการเลี้ยงดูประชากรวัยเด็ก (ประชากรวัย 0 - 14 ปี) และประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เรียกว่า อัตราการพึ่งพิง ซึ่งการที่อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ก็หมายความว่า รัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วยได้มีการฉายภาพประชากรของไทยตั้งแต่ พ.ศ.2523 จนถึงพ.ศ. 2593 พบว่า อัตราการพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 เป็นต้นไป(บรรลุ ศรีพานิช, 2549)

แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดอยู่ในชุมชนและอยู่ในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่อยู่อาศัยในสถาบัน เช่น วัด และสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุไทยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ส่วนน้อยเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่อยู่ตามลำพัง แต่ตัวเลขนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่อาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง และการเคลื่อนย้ายแรงงานของประชากรวัยแรงงานที่อพยพไปแสวงหางานในพื้นที่เขตเมืองและแหล่งอุตสาหกรรมมากขึ้นลำพัง (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

หากพิจารณาถึงบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชนแล้ว จะพบว่า ปัจจุบันสถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ในอดีตผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ปกครองบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และทำหน้าที่ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวจะมีความรักใคร่และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ในปัจจุบันลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปที่ขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลง ที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและในสังคม ที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในฐานะผู้รับมากกว่าผู้ให้จากผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้อาศัย เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญและต้องพึ่งพาผู้อื่น และไม่อาจทำประโยชน์ให้กับ

ชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ได้เหมือนในอดีตจากสาเหตุดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549 ; วรรณภา ศรีธีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

1) สถานภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Status of Aging) เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้ระบบภายในร่างกายของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายซึ่งการเจริญเติบโตเริ่มเสื่อมถอย และทำงานอย่างไม่ปกติ อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต เกิดการเปลี่ยนแปลงของต่อมต่างๆ ได้แก่ ต่อมเหงื่อ ผิวหนังแห้งแตก เกิดการเสื่อมทางกระดูกและกล้ามเนื้อรวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสมอง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายและระบบอื่นๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบ เป็นการเสื่อมถอยทางสุขภาพและระบบประสาท ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรับโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายและเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น

2) ด้านภาวะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2534 - 2535 พบว่า ปัญหาปวดข้อและปวดหลังเรื้อรังเป็นปัญหาของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยมีความชุกมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่พบบ่อยอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดจะมีภาวะการเจ็บป่วยและเป็นโรค ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากยังเป็นกลุ่มที่มีร่างกายแข็งแรง สามารถกระทำการกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเองได้ ข้อมูลจากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 91.3 ยังช่วยเหลือตนเองได้มาก ร้อยละ 4.0 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 1.1 ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และ ร้อยละ 1.8 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

3) ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Disability of Aging) อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพในประเทศ พบถึง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ และ 1 ใน 5 เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่ต้องการการดูแล สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทยต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจากการพยากรณ์ประชากรของประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาจำนวนถึง 499,837, 741,466 และ 1,100,754 ตามลำดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ซึ่งจำนวนนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกหากการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่ทันการณ์ และที่สำคัญคือตัวเลขเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าอนาคตข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจ “ผู้ดูแล” และ “การดูแลระยะยาว” เพื่อรองรับสถานการณ์

4) สถานการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุ (Psychological Status of Aging) จากการสำรวจผู้สูงอายุไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในต่างประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ และญี่ปุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูง ความเหงาและซึมเศร้า เป็นปัญหาทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย และพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น พบในผู้สูงอายุที่พึ่งพิงสถาบันการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ซึ่งความทุกข์ใจของผู้สูงอายุไทย เพราะลูกหลานทอดทิ้ง ไม่มีลูกหลานดูแล สังคมทอดทิ้งไม่เห็นคุณค่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทจะทุกข์ใจที่ต้องทุกข์กายจากโรค จากความยากจน จากการต้องดูแลหลานที่ลูกพามาให้เลี้ยง ขาดผู้ดูแลและขาดเครื่องอุปโภคบริโภคที่ควรมี

5) สถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ (Financial Status of Ageing) ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศเกิดความทันสมัยด้านต่างๆ ทั้งวิทยาการและเทคโนโลยี ทำให้มีการขยายตัวหรือเกิดการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม วิถีทางดำเนินชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเสื่อมโทรมของร่างกาย จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีฐานะยากจน และผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 มีรายได้ต่ำ ไม่มากพอที่จะจุนเจือตนเองและครอบครัว โดยเป็นปัญหากับผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง มีผู้สูงอายุร้อยละ 0.4 ที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 3.4 มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อปี และร้อยละ 13.4 ที่ครัวเรือนมีรายได้ระหว่าง 2,500 – 9,999 บาทต่อปี ปัญหารายได้ต่ำนี้พบชัดเจนในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ในผู้สูงอายุหญิงและในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปี หรือมากกว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 22 เป็นบุคคลหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุชายในเขตชนบท และอยู่ในภาคเกษตรกรรม ผู้สูงอายุในชนบทจำเป็นต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เนื่องจากลูกหลานนิยมย้ายออกไปทำงานต่างถิ่น หรือทำงานในเมืองใหญ่ และเมื่อมีบุตรมักนำมาฝากให้ปู่ ย่า ตา ยายดูแล การดูแลเด็กจึงตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูตนเองแล้วยังต้องหาเลี้ยงบุตรหลานอีกด้วย และผู้สูงอายุอาจมีรายได้บางส่วนจากการเก็บกู้จากบุตรที่ไปทำงานต่างถิ่น ส่งเงินมาให้สำหรับเป็นค่าเลี้ยงดูหลานที่นำมาฝากให้ผู้สูงอายุช่วยเลี้ยง นอกจากนี้บุตรจะเป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในขณะที่เจ็บป่วยหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กล่าวโดยสรุป ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดกับวัยผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งได้ก่อให้เกิดความต้องการการพึ่งพิงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน และมีภาวะทุพพลภาพตามมา ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและจิตใจตามมาด้วยซึ่งจากสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามวัย ผู้สูงอายุจึงต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

หลายด้านดังกล่าวข้างต้น และความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือจาก ทั้งภาครัฐบาลและภาคประชาชนอย่างเป็นทางการ

1.3 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากจะไม่มีปัญหาการเงินแล้ว ต้องมีสุขภาพกายและใจที่ดีด้วย แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น มิได้หมายความว่าสุขภาพจะดีขึ้นด้วย กลับพบว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน และพบปัญหาสุขภาพมากมายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการชราในผู้สูงอายุ ได้แก่ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2555)

1) **โรคความดันโลหิตสูง** เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุนำสู่การเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนเลือด ผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานครมีอายุเฉลี่ย 68 ปี พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.5 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่ น่าจะเกิดจากการสูญเสียความยืดหยุ่น และการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากการลดลงของความไวของตัวรับสัญญาณ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีค่าความดันซิสโตลิกสูงกว่าปกติ และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สังคมเมืองมากกว่าสังคมชนบท โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดแดง กล้ามเนื้อหัวใจโต เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สมองตา ไต เป็นต้น ประเทศไทยมีการเสียชีวิตด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและคาดว่าทั่วประเทศน่าจะมีประชากรวัยสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 3.7 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติภาวะความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาหลักที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะหัวใจล้มเหลวในเวลาต่อมา

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 95 ของคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยไม่มีสาเหตุของโรคที่แน่ชัดและประมาณร้อยละ 5 เท่านั้นที่ทราบสาเหตุ เช่น ไตวาย หรือความผิดปกติของต่อมหมวกไตหรือมีความผิดปกติของเส้นเลือดแดงบางส่วน ปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความเครียด ความอ้วน ประวัติครอบครัว กรรมพันธุ์ การสูบบุหรี่การรับประทานอาหารรสเค็ม การดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับอาการผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงนั้นส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอาจไม่มีอาการแต่ส่วนใหญ่จะมีอาการซึ่งอาจมีอาการมากหรือน้อยแตกต่างกัน อาการที่พบบ่อย คือ ปวดเวียนศีรษะมึนงง เหนื่อยง่าย คลื่นไส้ อาเจียน ตามัวเลือดกำเดาออกและ อาจก่อเกิดโรคแทรกซ้อนแก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้แก่ หัวใจโตหรือเหนื่อย

ง่าย อาจมีเหนื่อยหอบเฉียบพลัน หลอดเลือดหัวใจตีบอุดตัน เส้นเลือดสมองตีบแตก การทำงานของไตเสื่อมลงเร็วกว่าคนปกตินำไปสู่โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

มีการจำแนกระดับของภาวะความดันโลหิตสูงไว้หลายระดับเพื่อเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิต คือ ค่าของความดันในหลอดเลือดแดง โดยความดันขณะที่หัวใจบีบตัว เรียกว่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) และความดันในขณะที่หัวใจคลายตัว เรียกว่า ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ค่าของความดันโลหิตปกติควรน้อยกว่า 120/80 มม.ปรอทถ้าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอทถือว่ามีความดันโลหิตสูง (เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2555.)

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับของภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ

ระดับ	ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	ความดันไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)
ปกติ	<120	<80
สูงกว่าปกติ	120-139	80-89
ความดันโลหิตสูง		
ระดับ1เล็กน้อย	140-159	90-99
ระดับ2ปานกลาง	160-179	100-109
ระดับ3รุนแรง	180-209	110-119
ระดับ4 รุนแรงมาก	>210	>120

(The seventh report of Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure of the National Institutes of Health, 2003)

แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ แพทย์จะให้ยาลดความดันโลหิตแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงตั้งแต่แรกที่มีอาการลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคือมีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงมีโรคเบาหวาน มีโรคอื่นๆ ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง เช่นโรคไตเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตั้งแต่ 3 ข้อ ขึ้นไป ได้แก่ 1) อายุเกิน 45 ปี ในเพศชาย และอายุเกิน 55 ปี ในเพศหญิง 2) การสูบบุหรี่ 3) ไขมันในเลือดผิดปกติ และ 4) ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงไม่สูงมากแพทย์อาจแนะนำให้ดูแลสุขภาพทั่วไปแล้วนัดตรวจวัดความดันโลหิตเป็นระยะๆหากความดันโลหิตไม่ลดลงหรือเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมจึงจะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาขับปัสสาวะ เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การลดและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ โดยพยายามคงความดัน

ซีเอสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสามารถควบคุมได้โดยการใช้ยาและโดยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองจะต้องมีการควบคุมการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การพักผ่อนและลดความเครียด เป็นต้น (The Sixth Report of the Joint National Committee, 1997 อ้างถึงใน สมชาติ โลจายะ และคณะ, 2539) วัตถุประสงค์การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดพยาธิสภาพกับอวัยวะต่างๆ เมื่อมีความดันโลหิตสูงอยู่นานๆ จะเกิดพยาธิสภาพต่อหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจจะหนาขึ้นจนเกิดหัวใจวาย หากความดันโลหิตสูงรุนแรงหลอดเลือดฝอยจะเกิดการอักเสบ (Necrotizing Arteriolitis) ทำให้อวัยวะที่มีหลอดเลือดมากมายบวม เพราะน้ำเหลืองจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดมาคั่งในอวัยวะนั้น เช่น สมอองบวม (Hypertension Encephalopathy) หรือ ไตบวมน้ำฉียบพลัน เป็นต้น และแนะนำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการปฏิบัติตัวดังนี้

1. เลิกสูบบุหรี่และลดการดื่มสุราเพราะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
2. ลดการรับประทานอาหารที่เค็มจัดเช่น ของหมักดองกะปิ น้ำปลา ถ้าลดเกลือเหลือ 5 กรัมต่อวันจะลดความดันโลหิตได้ 5 -10 มิลลิเมตรปรอท
3. ควบคุมน้ำหนักตัวให้พอเหมาะไม่อ้วนจนเกินไปถ้าลดน้ำหนักได้ 1 กก.ในโรคอ้วนความดันโลหิตจะลดลง 1.5 -2.5 มิลลิเมตรปรอท
4. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
5. รับประทานอาหารจำพวกผลไม้และลดอาหารที่มีไขมันสูง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ส่งผลให้เกิดการทำลายต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกาย ดังนี้

หัวใจ ความดันโลหิตสูงจะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนัก เนื่องจากแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวการณ์นี้ยังเกิดขึ้นต่อไปเส้นใยของกล้ามเนื้อจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีกหัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงานทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิมเกิดอาการเลือดคั่งในปอดหัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักจนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (ปราณี ทองพิลา, 2542)

สมอง เมื่อหลอดเลือดสมองเกิดแรงต้านทานและเป็นเวลานาน หลอดเลือดจะแข็งตัวเสียการยืดหยุ่น เกิดตุ่มโป่งพองเล็กๆที่ผนังเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้เกิดการแตก ทำลายเนื้อเยื่อสมอง หรือในรายที่หลอดเลือดแข็งตัวก็จะเกิดการอุดตันได้ หลอดเลือดสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงมากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแข็งตัว

ของหลอดเลือดและเมื่อความดันโลหิตสูงมากจะทำให้กลไกการควบคุมเสีย หลอดเลือดในสมองจะขยายตัวเกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Encephalopathy) ทำให้เกิดอาการต่างๆของระบบประสาทส่วนกลางที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะสมองพิการนี้มักเกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมองเสียไป พบได้บ่อยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติร่วมกับมีอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน อาจชักเป็นอัมพาต ผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (ปราณี ทองพิลา, 2542)

ไต ความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื้อรังมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยสมรรถภาพในการกำจัดของเสียของไตจึงบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่างๆที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย ที่สำคัญ คือ การคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นสารพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งอยู่ในระดับสูงอาจเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด

หลอดเลือด ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้หลอดเลือดหนาขึ้นและเกิดการบิดงอ ผนังที่ราบเรียบของหลอดเลือดจะถูกทำลาย ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่เป็นปกติและเกิดอุดตันได้ หลอดเลือดที่ผิดปกติอาจทำให้เกิดเป็นลิ่มในหลอดเลือด ถ้าเป็นที่หัวใจจะทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจอุดตันเกิดหัวใจขาดเลือด และเกิดอาการหัวใจล้มเหลวตามมา ถ้าเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่สมองจะทำให้สมองขาดเลือด เกิดอัมพาต และการพูดผิดปกติได้

จอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดฝอยตีบแคบโดยทั่วไปอย่างรวดเร็ว และมีการเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกและ Exudate ในจอตา หัวประสาทตาบวม(Pappilledema) ซึ่งจะทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (Scotoma) ตามัว และอาจถึงตาบอดได้

โดยสรุปโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ภาวะความดันโลหิตสูงสามารถนำไปสู่โรคแทรกซ้อนและอาจนำไปสู่ความพิการถาวรหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้เพราะอาจไม่มีอาการแสดงชัดเจนในระยะเริ่มแรก จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงละเลยต่อการไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องหากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องควบคู่กับการรักษาที่ถูกต้องก็จะทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยมากส่งผลให้สามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขและอย่างมีคุณภาพ ในการวิจัยนี้กำหนดระดับความดันโลหิตเพื่อใช้เป็นเกณฑ์คัดเข้าในกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าปกติ และกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระดับ 1 และระดับ 2 เนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันในแง่ของการป้องกันควบคุมโรคได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงหรือรุนแรงมาก

2) **โรคเบาหวาน** การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยการทำงานของเบต้าเซลล์ (Beta Cell) และการหลั่งอินซูลินลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และยังเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) เพิ่มขึ้นด้วย เบาหวานจึงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากในวัยสูงอายุและเป็นอันตรายต่อชีวิตในอันดับต้นๆของประเทศโรคเบาหวาน เกิดขึ้นจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (Metabolism) อินซูลินมีการทำงานที่ผิดปกติทั้งในเรื่องของการหลั่งและการออกฤทธิ์ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นผิดปกติ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลเสียต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต ระบบประสาท หลอดเลือด หัวใจ เป็นต้น ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเคร่งครัด จึงจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคทั้งด้านร่างกายและด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องเสียเวลาไปพบแพทย์เพื่อการรักษาอีกทั้งเสียค่าใช้จ่ายที่มีแต่จะเพิ่มขึ้น และหากมีการควบคุมที่ไม่ดี ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคนี้ก็จะสูงขึ้นเช่นกัน องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization – WHO, 2012) พบว่าในขณะนี้ประชากรประมาณ 117 ล้านคนทั่วโลกที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวภายในปี ค.ศ.2530 นอกจากนี้ผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานยังมีจำนวนมากเช่นกัน ทางกรมแพทย์ยังไม่สามารถระบุสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างแน่ชัด แต่พอจะระบุถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ เช่น พันธุกรรม การไม่ออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย โรคอ้วน การบริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น

ในขณะที่อัตราของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อัตราของผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (Pre-Diabetes) เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ยังไม่เป็นเบาหวาน เริ่มที่จะมีการเสื่อมสภาพของอวัยวะในร่างกาย เช่น หัวใจและหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ดี การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถทำได้ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Diabetes Prevention Program ; DPP, 2003) ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน สามารถที่จะป้องกันไม่ให้เป็นโรคได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และถ้าสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ รวมทั้งสามารถลดน้ำหนักตัวลงได้ประมาณร้อยละ 7 ของน้ำหนักตัวปัจจุบันจะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 58

การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยสำคัญป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพในด้านอื่นๆ อีกด้วย เช่น ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง หัวใจแข็งแรง ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดและควบคุมน้ำหนักตัว เป็นต้น สำหรับผู้เป็นเบาหวานที่จะเริ่มออกกำลังกาย ควรเลือกชนิดและรูปแบบของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยต้องคำนึงถึงภาวะของโรค ข้อจำกัดต่างๆ ปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความชอบในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล และความปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉิน และเพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานได้ประโยชน์จากการออกกำลังกายอย่างเต็มที่

ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือโรคเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน หรืออีกชื่อหนึ่งที่ได้ยินกันบ่อยๆ คือโรคเบาหวานในเด็ก โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดขึ้นจากความผิดปกติในการทำงานของตับอ่อน ทำให้ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดนี้ต้องทำการฉีดอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สาเหตุที่ก่อให้เกิดเบาหวานชนิดที่ 1 นั้น ทางทางการแพทย์ยังไม่สามารถที่จะระบุถึงสาเหตุที่ชัดเจนได้ และโรคเบาหวานชนิดนี้ไม่สามารถที่จะป้องกันได้ อาการที่พบเห็นคือ กระจายน้ำหนัก หิวบ่อย น้ำหนักตัวลดลง สายตาพร่ามัว และอาจจะมีอาการอ่อนเพลีย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือเบาหวานในผู้ใหญ่ เป็นเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน เกิดขึ้นจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดนี้มีจำนวนมากถึงร้อยละ 90 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดเบาหวานชนิดที่ 2 คือ อ้วน และการที่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกายต่ำหรือขาดการออกกำลังกาย อาการของโรคจะคล้ายกับเบาหวานชนิดที่ 1 แต่เบาหวานชนิดที่ 2 สามารถป้องกันได้

โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes) เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นผิดปกติ อาการของโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์นั้น เหมือนกับอาการของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other Specific Types) เป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของสายพันธุ์กรรม การผิดปกติของตับอ่อน จากต่อมไร้ท่อ จากการใช้ยา ภาวะติดเชื้อ หรือการผิดปกติของการทำงานของภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้นๆ หรือมีอาการและการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อจะได้ทราบค่าระดับน้ำตาลในเลือดและเกณฑ์ที่เหมาะสมต่อการออกกำลังกาย ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง เพื่อลดความเสี่ยงจากเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากหรือต่ำมากก่อนหรือหลังการออกกำลังกาย หากผลการตรวจเลือดพบว่าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้ที่เป็นเบาหวานจะได้ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสามารถทำได้โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วโดยใช้อุปกรณ์เจาะเลือดที่สามารถหาซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไปหรือตามโรงพยาบาล เครื่องตรวจระดับน้ำตาลสามารถใช้ได้ง่าย ข้อมูลในตารางมีการจำแนกค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สามารถนำมาใช้ประกอบการประเมินภาวะเบาหวาน ดังนี้

ตารางที่ 2 การแปลผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อจำแนกผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ระดับ	ค่าพลาสมาไกลูโคสขณะอดอาหาร (FPG)
FPG < 100 mg./dl.	ปกติ
FPG 100 - 125 mg./dl.	Impaired fasting glucose (IFG)
FPG ≥ 126 mg./dl.	โรคเบาหวาน

ระดับ	ค่าพลาสมาไกลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g OGTT)
2 h-PG < 140 mg./dl.	ปกติ
2 h-PG 140 - 199 mg./dl.	Impaired glucose tolerance (IGT)
2 h-PG ≥ 200 mg./dl.	โรคเบาหวาน

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดที่พึงระวังก่อนออกกำลังกาย

ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำก่อนออกกำลังกาย (Hypoglycemia) Type 1 & 2 DM		
BS < 100 mg./dl.	ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ	ให้รับประทาน Carbohydrate 15 g. หรือน้ำผลไม้ขนาด 200 ml. หนึ่งกล่อง นิ่งพัก 10-15 นาที แล้วเจาะน้ำตาลในเลือดซ้ำ
ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหลังออกกำลังกาย (Hypoglycemia) Type 1 & 2 DM		
BS < 100 mg./dl.	ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ	ให้รับประทานอาหารที่มี Carbohydrate และสามารถดูดซึมได้ง่าย แนะนำให้ระวังภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังจากการออกกำลังกายครั้งสุดท้าย

(American Diabetes Association. Diagnosis and classification of Biabetes Mellitus, 2004.)

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน

- พันธุกรรม ผู้ที่มีพ่อ แม่ หรือพี่น้องสายตรงที่เป็นโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
- เชื้อชาติ กลุ่มคนต่างเชื้อชาติมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในระดับที่แตกต่างกัน กลุ่มคนเชื้อชาติผิวดำ อเมริกาใต้ ชาวหมู่เกาะแปซิฟิก และคนเอเชีย มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มคนผิวขาว

- อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางกายสามารถช่วยป้องกันการเป็นโรคเบาหวานได้
- อ้วน ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 kg./m²ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะอ้วนนับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จากสถิติพบว่าคนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 80 นั้น มีภาวะอ้วนร่วมด้วย
- กิจกรรมทางกายต่ำ การออกกำลังกายที่น้อยกว่า 30 นาที/วัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
- ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน
- ความดันโลหิตสูง (>140/90) มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
- ระดับไขมันที่ผิดปกติ HDL Cholesterol ต่ำ, LDL Cholesterol และ Triglycerides สูง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
- เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ การเกิดภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในอนาคต

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตเสื่อมสภาพ เท้าชา ประสาทส่วนปลายเสื่อม เป็นต้น การควบคุมระดับน้ำตาลนั้นทำได้โดยรับประทานยาควบคุมระดับน้ำตาล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค และออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นหัวใจสำคัญ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ที่เป็นเบาหวานเนื่องจากการออกกำลังกายช่วยทำให้เซลล์ในร่างกายมีความไวต่ออินซูลิน (Insulin Sensitivity) และช่วยให้ Glucose Transporters (GLUT 4) มาที่ผิวเซลล์ทำให้น้ำตาลเข้าไปในเซลล์ได้ง่ายขึ้นหลังการออกกำลังกาย ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงโดยระดับน้ำตาลลดลงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของการออกกำลังกาย ความหนัก และระยะเวลา หลังการออกกำลังกายร่างกายจะไวต่ออินซูลิน (Insulin Sensitivity) อยู่ประมาณ 12-72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาล การเปลี่ยนแปลงนี้นับเป็นสิ่งที่ดีและในระยะยาวผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถที่จะลดปริมาณของยาที่รับประทานหรือลดปริมาณอินซูลินที่ต้องฉีดได้

การออกกำลังกายนอกจากจะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ที่เป็นโรคเบาหวานแล้ว ยังช่วยทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยมีผลต่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะทำให้เกิดโรคหัวใจ เช่น ความดันโลหิต ไขมันในร่างกาย น้ำหนักตัว เป็นต้น การออกกำลังกายช่วยให้หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรง

ยืดหยุ่นดีขึ้น สามารถยืดและหดตัวได้ดี ทำให้มีแรงบีบตีสามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายช่วยลดปริมาณไขมันในช่องท้องและได้ผิวหนังและยังช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

โดยสรุปผู้ที่เป็โรคเบาหวานที่ออกกำลังกายจะได้รับประโยชน์ในด้านต่างๆ เช่น ทำให้เซลล์ในร่างกายไวต่ออินซูลิน (Insulin Sensitivity) ช่วยให้การทํางานของเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือด (Endothelial Function) ดีขึ้น โดยร่างกายจะตอบสนองและปรับตัวต่อการออกกำลังกายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นควรออกกำลังกายจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน และไม่ควรหักโหมออกกำลังกายในระยะสั้นๆ เนื่องจากจะทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจึงควรตระหนักถึงการป้องกันและบำบัด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยการตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

จากปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสามารถควบคุมและป้องกันได้ โดยการมี “กิจกรรมทางกาย” (Physical Activities: PA) ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า กิจกรรมทางกาย คือ กิจกรรมที่ร่างกายได้ออกแรงจนรู้สึกเหนื่อยขึ้นกว่าปกติ มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อและกระดูกส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน (WHO, 2553) และมีข้อเสนอเพื่อเป็นทางเลือกของการทำกิจกรรมทางกายดังนี้

- การดำเนินชีวิตประจำวันที่กระฉับกระเฉง (Active living) เป็นกิจกรรมที่ใช้ร่างกายน้อยที่สุด ออกแรงเบาๆอาจจะต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่องก็ได้ เช่น การเดิน การลุก-นั่ง

- กิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Activity for health) เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลาง (moderate-intensity aerobic physical activities) โดยต้องออกแรงต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที เช่นการเดิน-วิ่งอย่างน้อย 30 นาที การขี่จักรยาน การเดินร่ำ

- การออกกำลังกายเพื่อสร้างสมรรถภาพทางกาย (Exercise for fitness) เป็นกิจกรรมระดับปานกลางถึงหนัก (Moderate to vigorous-intensity physical activities) โดยทำกิจกรรมอย่างน้อยครั้งละ 20 นาที 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เช่น การยกน้ำหนัก การวิ่ง

- การฝึกเพื่อเป็นนักกีฬา (Training for sports) เป็นกิจกรรมการฝึกโดยใช้แรงระดับหนักมาก (Vigorous-intensity activities) สำหรับนักกีฬา โดยทำการฝึกทุกวันในหนึ่งสัปดาห์

โปรแกรมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

1. สร้างความอดทนแอโรบิก ควรทำติดต่อกัน 10 นาที/วัน ออกแรงปานกลางผสมกับหนัก เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การเดินร่ำ ว่ายน้ำ

2. สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นการสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ควรทำ 2-3 วัน/สัปดาห์ เช่น ยกน้ำหนัก ยางยืด

3. สร้างความยืดหยุ่น เป็นการเพิ่มมุมในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ สามารถป้องกันการหกล้ม ข้อยึดติด และการบาดเจ็บ ควรปฏิบัติวันละ 30 นาที เช่น โยคะ ไทเก๊ก การยืดเหยียด ไม้พลอง

4. สร้างความคล่องแคล่ว ว่องไว และความสมดุลเพื่อป้องกันการหกล้ม และอุบัติเหตุ ควรทำวันละ 2 เซตๆ ละ 10-20 ครั้ง 2-3 วัน/สัปดาห์ เช่น การเดินด้วยส้นเท้า การเดินถอยหลัง การยืนด้วยขาข้างเดียว

3) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้สูงอายุมีปัญหาไขมันในเลือดสูง พบค่าเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น แต่พบไขมันชนิดดีต่ำลง ซึ่งภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและตีบแคบลง และมีผลสำคัญต่อการทำงานของเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการสร้างและสารที่มีผลต่อการทำงานของหลอดเลือด ความผิดปกติในการทำงานของเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดในภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจะเกิดขึ้นก่อนที่จะพบรอยโรคในหลอดเลือด โดยพบว่าไลโปโปรตีนสามารถแทรกซึมเข้าไปอยู่ได้ต่อชั้นเยื่อชั้นในของหลอดเลือดได้มากขึ้น มีการทำงานของเม็ดเลือดขาวและการเกาะตัวของบริเวณเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดมากขึ้น ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำที่สะสมอยู่ในช่องว่างใต้เยื่อชั้นในของหลอดเลือดและยังกระตุ้นให้แมคโครฟาจ มาสะสมและเปลี่ยนแปลงเป็นเส้นไขมัน (Fatty Streak) ซึ่งเป็นรอยโรคที่สามารถตรวจพบได้ในหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้เกิดการอักเสบมากขึ้นมีการดึงดูด ที ลิมโฟไซต์ (T Lymphocyte) เคล็ดเลือด มายังตำแหน่งรอยโรคมากขึ้น เกิดเป็นก้อนไขมัน กระตุ้นการหลั่งสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นทำให้เกิดโรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบได้ในที่สุด

4) โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุมักเกิดจากความเสื่อมจากระบบการชรา มีผลต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังจากโรคเรื้อรังอื่น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

5) โรคกระดูกพรุน เป็นปัญหาหนึ่งที่พบในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุจากการสำรวจในหญิงไทยอายุระหว่าง 40 – 80 ปีจาก 6 จังหวัดที่ได้รับการสุ่มเลือกพบความชุกการเกิดโรคกระดูกพรุนที่กระดูกข้อสะโพกเท่ากับร้อยละ 13.6 และที่กระดูกสันหลังร้อยละ 19.8

6) โรคข้อและรูมาติซึม ในผู้สูงอายุมีความสำคัญมากขึ้นเช่นเดียวกับปัญหาอื่นๆ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 พบว่าโรคหรืออาการของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุดคือ ปวดเมื่อยตามร่างกายและปวดหลัง ปวดข้อ ข้อเสื่อม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544-2547) ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้สูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางตรงและทางอ้อมจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การดูแลรักษาทำได้ได้ยากต้องระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาจึงหาทางป้องกันการเกิดโรคข้อดีกว่าต่อ

7) การหกล้ม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุ การทรงตัวที่ไม่ดี การมองเห็นบกพร่อง ความรู้สึกการรับรู้ความเคลื่อนไหวหรือตำแหน่งลดลง สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบของการหกล้มนำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วย ภาวะกระดูกหัก การเสียชีวิต ความ

พิการทางด้านร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ

8) อาการปัสสาวะรด ความชุกการเกิดอาการปัสสาวะรดเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถมีกิจกรรมนอกบ้านได้ ต้องเก็บตัวอยู่ในบ้านทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจเกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ จึงทำให้การรักษาอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

9) การสูญเสียความสามารถในการเดิน การสูญเสียสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น พบผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการเดินร้อยละ 11-14 ของกลุ่มอายุ 65-74 ปี และร้อยละ 23-25 ของกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป สาเหตุอาจเกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ ความเสื่อมของการทำงานของกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ความสามารถในการเดินลดลง (Immobility) และเกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย เช่น แผลกดทับ ความผิดปกติของระบบอวัยวะต่างๆ ผลต่อสุขภาพจิต เช่นภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน และผลกระทบต่อสังคม โดยเฉพาะครอบครัวจะต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

10) ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว มีสมาธิลดลงโดยมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและอันตรายแก่ชีวิต สามารถป้องกันได้

11) ภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุพบความชุกในการเกิดโรคสมองเสื่อมร้อยละ 2-10 โดยจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โรคที่เป็นปัญหาทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ และจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาความเจ็บป่วยโดยรวมต่อผู้สูงอายุทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคมและก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว

12) ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มักจะมีสาเหตุมาจากโรคทางกายทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้สูญเสียความสามารถทางกายภาพและประสิทธิภาพการดำรงชีวิต อีกทั้งยังสูญเสียอาชีพการงาน สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อยู่ตามลำพัง เหงา โดดเดี่ยว ขาดคนดูแลเอาใจใส่ อาจเกิดขึ้นชั่วคราวเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนแล้วหายไป ผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและเรื้อรัง ซึ่งพบความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นและมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

จากการทบทวนปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่ามีหลายปัญหาทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจในปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนเลือด ประเทศไทยมีการเสียชีวิตด้วยภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และคาดว่าทั่วประเทศน่าจะมีประชากรวัยสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีความ

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 3.7 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตและระดับน้ำตาลปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาหลักที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะหัวใจล้มเหลวในเวลาต่อมา ที่สำคัญภาวะความดันโลหิตสูงสามารถนำไปสู่โรคแทรกซ้อน และอาจนำไปสู่ความพิการถาวรหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้เพราะอาจไม่มีอาการแสดงชัดเจนในระยะเริ่มแรก จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงละเลยต่อการไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องหากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ต้องควบคู่กับการรักษาที่ถูกต้องและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้สามารถควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตได้ดีและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยมากส่งผลให้สามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.4 นโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แผนระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ.2525 - 2544

คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้จัดทำแผนระยะยาวผู้สูงอายุขึ้น และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการเป็น “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525 - 2544” โดยให้แผนนี้เป็นเสมือนแผนแม่บทสำหรับองค์การต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยทิศทางของแผนกำหนดให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น และได้รับความเคารพนับถือ ดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ส่วนผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองและครอบครัวได้ ควรได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและรักษาตัวเอง การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมทั้งการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ตามความถนัดและความสามารถของบุคคลภายใต้แผนระยะยาวนี้ ได้กำหนดนโยบายได้ 5 ด้านด้วยกัน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการสังคม ซึ่งนโยบายแต่ละด้านนั้นได้ถูกนำไปใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาจนถึงปัจจุบัน (ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูญ, 2546)

แผนผู้สูงอายุระดับชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545 - 2564

การจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2545 - 2564 ขึ้นเป็นแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ มีการกำหนดมาตรการต่างๆ ไว้ชัดเจน รวมทั้งการกำหนดดัชนี และเป้าหมายของแต่ละมาตรการไว้ด้วย หน่วยงานต่างๆ ที่จะจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานตามกรอบของแผนยุทธศาสตร์นี้ตั้งนั้น อาจกล่าวได้ว่า ทิศทางบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน 20 ปีข้างหน้า จะเป็นไปตามกรอบนโยบาย และมาตรการของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งมีวิสัยทัศน์ว่า “ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ตกอยู่ในสถานะจะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูล

กันเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ที่สมเหตุสมผลให้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุ และความมั่นคงทางสังคม ” (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553) โดยมีวัตถุประสงค์ของแผน ดังนี้

- 1) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคม ตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าให้นานที่สุด
- 2) เพื่อให้ประชากรทุกคน ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
- 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิต และมีหลักประกัน
- 4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ ด้วยตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวม และถือเป็นภารกิจสำคัญขององค์กร
- 5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคม ทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชน ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

จากแผนพัฒนาผู้สูงอายุฉบับที่ 2 มีจุดเน้นในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุโดยการสร้างหลักประกันทุกระบบ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพที่เข้มแข็ง สามารถจัดการกับปัญหาและกำหนดวิถีการดำเนินชีวิตต่างๆ ของตนได้อย่างแท้จริงโดยสรุปการดำเนินงานและนโยบายผู้สูงอายุ ที่ปรากฏในนโยบาย แผนงาน มาตรการต่างๆ ที่กล่าวมา เห็นได้ว่ามีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้นเป็นลำดับ โดยรัฐให้ความสนใจ และให้ความสำคัญต่อปัญหาผู้สูงอายุและกำหนดไว้เป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติงานและการจัดบริการกับผู้สูงอายุ นำไปสู่การกำหนดเป็นปฏิญญาผู้สูงอายุไทย และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุขึ้นโดยได้กำหนดมาตรการทางด้านคุ้มครองด้านรายได้หลักประกันด้านสุขภาพด้านครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครองและมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุนจะเห็นได้ว่าแผนผู้สูงอายุฉบับนี้ได้มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน โดยมีครอบครัวชุมชนสังคมและภาครัฐให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ดังนั้นรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคตก็ควรจะมุ่งเน้นไปที่การจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

แนวทางกระจายอำนาจ (นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, 2552)

แนวคิดการกระจายอำนาจในประเทศไทยเป็นการกระจายการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับกิจการสาธารณะทั้งในด้านทรัพยากรการตัดสินใจแนวทางการดำเนินงานการกำกับควบคุมจากรัฐบาลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลและดำเนินการแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ชุมชนที่ได้รับเลือกเข้ามาบริหารงานและกำหนดนโยบายได้ด้วยตนเอง

โดยรัฐบาลกลางยังคงกำกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเหล่านั้นผ่านกฎหมายและกระบวนการบริหาร แนวคิดดังกล่าวเห็นว่าการกระจายอำนาจส่งผลดีต่อประชาชนในพื้นที่คือ

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ใกล้ชิดประชาชนสามารถตอบสนองความต้องการ และแก้ปัญหาทางด้านบริการสาธารณะในพื้นที่ให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความต้องการการกำกับและเรียนรู้กระบวนการ ประชาธิปไตยในระดับพื้นที่โดยประชาชนจะมีการสร้างกระบวนการกำกับดูแลและเรียนรู้ที่จะร่วมกัน พัฒนาพื้นที่ของตนเอง

3) สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของผ่านกระบวนการจัดเก็บภาษีและค่าบริการในพื้นที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและนำรายได้เหล่านั้นมาพัฒนาพื้นที่ของตนเอง

โดยสรุปแนวคิดการกระจายอำนาจในประเทศไทยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี อำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมการพัฒนาสตรีเด็กเยาวชนผู้สูงอายุและผู้พิการรวมถึงสามารถจัดบริการ สุขภาพและดำเนินการอื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนซึ่งตามแนวทางการกระจาย อำนาจนี้ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับงบประมาณจากภาครัฐมากขึ้นและมีแนวโน้มที่มี บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้นรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ก็มีทิศทางเช่นเดียวกันโดยมาตรา 281 ภายใต้อำนาจมาตรา 1 ระบุให้รัฐจะต้องให้ความเป็นอิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามหลัก แห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่นและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาใน พื้นที่ท้องถิ่นใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ย่อมมีสิทธิจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติมาตรา 283 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการ ดูแลและจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นและย่อมมีความเป็นอิสระใน การกำหนดนโยบายการบริหารจัดการบริการสาธารณะการบริหารงานบุคคลการเงินและการคลังและ มีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะโดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับการพัฒนาของจังหวัดและ ประเทศเป็นส่วนรวมด้วยและมาตรานี้ยังให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ เพื่อกำหนดการแบ่งอำนาจหน้าที่และจัดสรรรายได้ระหว่างราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาค กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองอย่างไรก็ตามใน เรื่องการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ระบุในรัฐธรรมนูญอย่างชัดเจนเหมือนเรื่องการจัด การศึกษาซึ่งจะต้องดูกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจที่จะตราออกมาอีกต่อไป

นโยบายและแผนของส่วนราชการต่างๆ

ในส่วนนี้เป็นการทบทวนการดำเนินการของส่วนราชการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ ปฐมภูมิโดยไม่รวมถึงนโยบายและมาตรการด้านความมั่นคงทางรายได้และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดมากและอาจจะแยกประเด็นในการวิเคราะห์เฉพาะเรื่องออกไปดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุนั้น ได้เน้นที่การดำเนินงานของกรมการแพทย์กรมอนามัยและสำนักงานปลัดกระทรวงในด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจนด้านสาธารณสุขมูลฐาน และการสนับสนุนและฝึกอบรมดังนี้

1.1 กรมอนามัย โดย สำนักส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุเช่นการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆการอบรมสัมมนาการใช้สมุดบันทึกสุขภาพการจัดทำคู่มือและผู้สูงอายุการพัฒนาบุคลากรในการให้บริการรวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขณะนี้ มีโครงการที่สำคัญคือโครงการเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการเฝ้าระวังและบูรณาการดูแลสุขภาพโดยมีวัด/ชุมชนเป็นศูนย์กลางบริการ

1.2 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นองค์กรของกรมการแพทย์มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์พัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานครอบคลุมโดยมุ่งเน้นการบริการเชิงรุกสู่ชนบทส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองผ่านทางระบบสาธารณสุขมูลฐานรวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านสื่อต่างๆ

1.3 กรมสุขภาพจิต รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุจัดทำโครงการรณรงค์ต่างๆ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยผ่านสื่อต่างๆรวมทั้งรับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์หมายเลข1667

1.4 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทำหน้าที่พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลพัฒนาศักยภาพบุคลากรพัฒนามาตรฐานระบบบริการและวิจัยพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุของไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1.4.1 โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 92 แห่งได้จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่งโดยให้บริการด้านต่างๆ ดังนี้

1) บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่60ปีขึ้นไปโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคผู้สูงอายุเช่นเบาหวานความดันโลหิตสูงโรคหัวใจโรคไขข้อกระดูกเสื่อม ฯลฯ สำหรับผู้ที่เป็นโรคก็ให้บริการรักษาฟรีโดยจัดให้มีบัตรผู้สูงอายุ

2) ชมรมผู้สูงอายุให้ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและดำเนินการโดยผู้สูงอายุเองมีการจัดตั้งคณะกรรมการชมรมโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงานและโรงพยาบาลจะอำนวยความสะดวกและจัดหาสถานที่ให้ดำเนินกิจกรรมซึ่งกิจการที่เน้นคือการหารายได้เพื่อสังคมทอดกฐินหาเงินช่วยโรงพยาบาลโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน การฝึกปฏิบัติธรรมะ การพบปะสังสรรค์ นันทนาการการออกกำลังกาย เป็นต้น โดยใช้พื้นที่ของโรงพยาบาลในการจัดกิจกรรม

1.4.2 โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 688 แห่ง มีนโยบายให้จัดคลินิกผู้สูงอายุเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทั้งนี้ให้อยู่กับความพร้อมของ

โรงพยาบาลและอยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระทรวงสาธารณสุขมีสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 9,762 แห่ง (การสาธารณสุขไทย, 2550) ซึ่งเป็นหน่วยให้บริการสุขภาพส่วนล่างสุดในชุมชนที่กระจายในทุกตำบลมีบทบาทจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตรวจสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุรวมทั้งประสานและจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุร่วมกับโรงพยาบาล

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทในการรับผิดชอบในการดำเนินการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มผู้สูงอายุทั้งนี้ตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดแต่ไม่ได้แยกการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ระบุเฉพาะแยกจากกลุ่มอื่นนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุสปสช.ได้ส่งเสริมให้หน่วยบริการมีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงและป่วยต้องนอนติดเตียงยังไม่ได้มีการจัดระบบรองรับที่ชัดเจนเช่นการช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องเครื่องมือสำหรับผู้ป่วยติดเตียงเช่นเครื่องช่วยหายใจท่อสวนปัสสาวะ ฯลฯ หรือการส่งพยาบาลให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นต้นให้การเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงและป่วยต้องนอนติดเตียงมีบริการทำแผลและอุปกรณ์การแพทย์บางชนิด

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ สปสช. ได้สนับสนุนให้เกิดกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อทำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แนวทางเพิ่มพลังให้ประชาชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนเป็นรายหัว (37.50 บาทต่อคน) ให้ประชาชนผ่านอปท. ซึ่งเป็นโครงการนำร่องที่ดำเนินการมาได้ประมาณสองปีใช้หลักความสมัครใจของท้องถิ่นในขณะที่อปท. ต้องจัดสรรงบประมาณสมทบร่วม (Co-matching Fund) เข้ากองทุนฯพร้อมกับเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมการบริหารจัดการเงินกองทุน

กลางปี พ.ศ.2550 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่เกิดขึ้น 880 กองทุน โดยประมาณในทุกภูมิภาคการประเมินการดำเนินงานของกองทุนโดยคณะเศรษฐศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พบว่ากิจกรรมที่กองทุนให้ความสำคัญเป็นกิจกรรมตามกรอบที่กำหนดได้แก่ กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ อาทิเช่นกิจกรรมการออกกำลังกายการป้องกันโรคเช่นการป้องกันโรคไข้หวัดนกไข้เลือดออกการเฝ้าระวังการตรวจสุขภาพ (หาสารพิษตกค้าง) การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ ฯลฯ การเฝ้าระวังกลุ่มเด็ก (กลุ่มที่น้ำหนักเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์) การให้อาหารเสริมสำหรับเด็กที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์การเพิ่มสารอาหารไอโอดีน การอบรมความรู้กลุ่มแม่และสตรีมีครรภ์อย่างไรก็ตามรายงานที่นำเสนอส่วนใหญ่เป็นรูปธรรมการพัฒนาที่เป็นเฉพาะพื้นที่ซึ่งต้องการการประมวลและสังเคราะห์เฉพาะประเด็นผู้สูงอายุได้รวมทั้งยังขาดข้อมูลทางสถิติที่บอกถึงผลการดำเนินงานของกองทุนอย่างชัดเจนส่วนการให้บริการส่งเสริมป้องกันโรคในกลุ่มวัยสูงอายุที่ระบุไว้ได้แก่บริการตรวจสุขภาพช่องปากและทำฟันปลอมให้ผู้สูงอายุและโครงการตรวจสุขภาพและความพิการเพื่อขึ้นทะเบียนผู้พิการรายใหม่

3. กระทรวงมหาดไทย

3.1 กรมการพัฒนาชุมชน มีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์และช่วยเหลือสังคม รวมทั้งการจัดกิจกรรมฟื้นฟูชนบทธรรมเนียมประเพณี

3.2 กรมส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่เกี่ยวกับภารกิจปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งรับผิดชอบงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 600 บาท/คน/เดือน

1.5 กระบวนทัศน์ทิศทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย

บรรลุ ศิริพานิช (2552) ได้กล่าวว่า สุขภาพเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงตายและมีความเกี่ยวเนื่องต่อกันหมายถึง การดูแลสุขภาพไม่สามารถทำได้ในยามแก่เพราะเด็กที่แข็งแรงในวันนี้ก็ส่งผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรงในวันหน้าดังนั้นการทำงานเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องเริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิการดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพนั้นส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินการเองได้มีแต่ส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องให้ผู้อื่นทำให้ดังนั้นเรื่องสุขภาพหากผู้สูงอายุต้องการมีสุขภาพดีก็ต้องลงมือทำเองเช่นถ้าอยากแข็งแรงก็ต้องออกกำลังกายเองขอเบื่องานเกี่ยวกับผู้สูงอายุไม่ได้มีเฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น โดยทั่วไปมีหลัก 2 ประการในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ต้องเสริมการพัฒนาให้ช่วยตัวเองได้ตลอดไปและให้ดียิ่งขึ้นจนสามารถช่วยเหลือผู้อื่นยกตัวอย่างเช่นผู้สูงอายุที่อยากมีสุขภาพที่ดีต้องหมั่นออกกำลังกายกินอาหารที่มีประโยชน์ ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ต้องสงเคราะห์เพื่อให้สามารถช่วยตนเองให้ได้ดังนั้นงานผู้สูงอายุไม่ใช่แค่ดูแลเรื่องสุขภาพเพียงอย่างเดียวต้องบูรณาการแบบองค์รวมและต้องสร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมิใช่แค่หน้าที่ของสายสุขภาพเพียงอย่างเดียว

ภารกิจในงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทยจากการทบทวนรายงานการวิจัยพบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุไทยต้องการมีอยู่ 2 อย่างคือ การมีสุขภาพดีและการใช้ชีวิตกับลูกหลานอย่างมีความสุขงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุต้องเน้นการดูแลแบบองค์รวมการส่งเสริมป้องกันโรครักษาและฟื้นฟูโดยควรเน้นให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมและงานป้องกันเป็นเรื่องสำคัญและต้องทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุป่วยโดยการพัฒนาด้านต่างๆ ดังนี้

1) งานพัฒนาสุขภาพกายเน้นการทำงานเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกายและอาหาร เช่นเรื่องอาหารการกินต้องให้เหมาะกับท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่การออกกำลังกายต้องจัดให้เหมาะสมกับวัยเช่นฟ้อนเชิงภาคเหนือมโนราห์ภาคใต้ผู้จัดกิจกรรมต้องมีความรู้ถึงรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2) งานพัฒนาสุขภาพจิตเน้นการรวมกลุ่มครอบครัวกิจกรรมทางศาสนาเป็นเรื่องสำคัญปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุ 14,000 แห่งทั่วประเทศชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างมากต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3) งานพัฒนาสุขภาพทางสังคมเน้นการรวมกลุ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคมและยกย่องให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคมและมีจิตอาสา ฯลฯ

4) งานพัฒนาสุขภาพทางปัญญาเน้นการศึกษาต่อเนื่องการศึกษาตามอัธยาศัยการสนทนาธรรมชมรมจิตอาสา และเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น

โดยสรุปจากการทบทวนในประเด็นนี้งานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทยภาพรวมผู้ที่มีบทบาทของฝ่ายต่างๆ ในการดูแลผู้สูงวัยต้องร่วมมือกันทำงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนทั้งระดับบุคคล ครอบครัวชุมชนกล่าวคือทุกฝ่ายล้วนมีบทบาทสำคัญผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองโดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุให้ได้และมีการจัดการที่ดีให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทในครอบครัวในอนาคตองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นต้องเป็นกำลังหลักสำคัญในการทำงานผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนภาครัฐมีหน้าที่สนับสนุนในเรื่องของการออกกฎหมายที่ส่งเสริมหรือเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

1.6 สถานการณ์องค์ความรู้ระบบการดูแลผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน

สิรินทร ฉันทสิริกาญจน (2552) ได้กล่าวไว้ว่ามีมิติของการดูแลผู้สูงวัยคือการดูแลสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้หลักการ “ห้าประสานเพื่องานผู้สูงอายุ” โดยการรวมเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงการคลังโดยบูรณาการทั้งสุขภาพกายจิตและสังคมไปพร้อมๆ กันโดยมีหลักการดังนี้

1.6.1 หลักการการจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม

ให้มีการบริการแบบบูรณาการเชิงรุกโดยเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้สูงอายุทุกคนเน้นระบบการดูแลต่อเนื่องทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้งเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการคัดกรองการดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการดูแลระยะสุดท้ายโดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการที่จัดไว้อย่างเสมอภาคจัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ให้สอดคล้องเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุโดยบุคลากรทุกระดับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ

1.6.2 การดำเนินการจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

เน้นการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็งโดยสร้างความมั่นคงด้านการเงินทั้งครอบครัวและผู้สูงอายุส่งเสริมศักยภาพและความรู้ของผู้ดูแลสร้างเสริมทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

และให้มีการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชนการสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแลซึ่งมีหลากหลายรูปแบบการพัฒนาเช่นจัดให้มีการเตรียมการก่อนสู่วัยสูงวัยทุกด้านเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวด้านเศรษฐกิจความรู้และกิจกรรมทางสังคมจัดบริการสุขภาพและบริการสังคมเอื้อให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านและเกื้อกูลจากชุมชนโดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้ชัดเจนมีระบบการดูแลปฐมภูมิในชุมชนครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาตลอดช่วงชีวิตรวมทั้งมีระบบส่งต่อที่เหมาะสมจัดระบบบริการให้เข้าถึงได้โดยง่ายหรือมีระบบบริการเชิงรุกเข้าถึงผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีระบบดูแลผู้ดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาตามมาเช่นผู้ดูแลที่สูงอายุกลุ่มที่มีภาระหน้าที่มากมายหรือกลุ่มที่ต้องดูแลผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนเช่นผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น

1.6.3 แนวโน้ม ทิศทางระบบบริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ

ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมามีโอกาสที่ดีในการเอื้อให้ผู้สูงอายุมากขึ้นคือการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เอื้อให้เกิดรูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิที่หลากหลายเช่นศูนย์แพทย์ชุมชนคลินิกชุมชนอบอุ่นรวมถึงการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการของเอกชนและท้องถิ่นจากการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้ท้องถิ่นกลายเป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับสนับสนุนระบบบริการและแก้ปัญหาสุขภาพนอกจากนั้นยังมีส่วนช่วยพัฒนาการจัดระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (EMS) การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลก็เป็นแหล่งงบประมาณที่ผลักดันให้ท้องถิ่นสามารถทำให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมและมีบทบาทด้านสุขภาพรวมทั้งเป็นการเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชนได้เพิ่มมากขึ้นด้วย

1.6.4 ชุดบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชน

การส่งเสริมอาชีพกลุ่มอาชีพต่างๆ ซึ่งมีอยู่ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นอาชีพเฉพาะของผู้สูงอายุการสร้างความมั่นคงเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) หลายแห่งมีการเพิ่มจำนวนผู้ได้รับเบี้ยยังชีพด้านรายได้โดยใช้บ้ท้องถิ่นรวมทั้งเพิ่มจำนวนเงินด้วยการส่งเสริมสถานภาพทุกแห่งมีการส่งเสริมด้านประเพณีวัฒนธรรมผู้สูงอายุศาสนาภูมิปัญญาท้องถิ่น/ภูมิปัญญาผู้สูงอายุกิจกรรมนันทนาการชมรมผู้สูงอายุ สวัสดิการชุมชนมีกองทุนฌาปนกิจมีบางแห่งที่มีการจัดสวัสดิการชุมชนโดยกองทุนหมู่บ้านบริการช่วยเหลือด้านสังคมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุบริการด้านสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังบริการสายด่วนปรึกษาด้านสุขภาพบริการรักษาพยาบาลทั่วไป/คลินิกโรคเรื้อรังแพทย์แผนไทย บริการเยี่ยมบ้านบริการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.6.5 ภาพรวมของทิศทางการพัฒนา

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องทำแบบองค์รวมและบูรณาการทั้งในมิติด้านสังคมเศรษฐกิจและการเมืองโดยเน้นการพัฒนาความเข้มแข็งชุมชนให้เอื้อต่อการพัฒนาสุข

ภาวะผู้สูงอายุเช่นกองทุนชุมชนการมีส่วนร่วมภาคประชาชนกระบวนการประชาคมการรวมกลุ่มเพื่อ
กิจการสาธารณะในลักษณะอาสาสมัครส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาส่งเสริม
ประเพณีวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาวะในชุมชนการส่งเสริมและ
พัฒนาบทบาทอาชีพในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุการจัดการงบประมาณ /กองทุนตำบลกำลังคน
(เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยผู้ดูแลอาสาสมัครผู้สูงอายุ) การจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมแบบบูรณาการการ
พัฒนาสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ (Social Terminates of Health)
ตลอดจนการคิดค้นพัฒนารูปแบบและศักยภาพการจัดบริการสุขภาพชุมชนโดยพัฒนาบริการให้
ครอบคลุมสำหรับทุกกลุ่มและผู้ดูแลพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการจัดบริการพัฒนาโลก
สนับสนุนและบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพา
แลกเปลี่ยนประสบการณ์รูปแบบการจัดบริการและจัดการดูแลส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับ
ผู้สูงอายุ (จิตติมาบุญเกิด แสงสุลีธรรมไกรสร ดำรงรัตน์เลิศรัตนานนท์, 2552)

กล่าวโดยสรุป คือ บริการของรัฐมีภาระงานมากและภาระงานเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมดังนั้น
จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีให้บริการสำหรับผู้ให้บริการขณะที่สถานการณ์สุขภาพในผู้สูงอายุทำให้ทุกคน
ต้องตระหนักว่ามีสุขภาพที่มองในเรื่องความเจ็บป่วยไม่เพียงพอเนื่องจากมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ
มากกว่าในมิติด้านการบริการจึงต้องการการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนสุขภาพควมมุ่งเน้นให้
ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างมีสุขภาวะภายใต้การเกื้อหนุนของเครือข่ายใน
ชุมชนและการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจะนำมาสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์ได้แก่

- 1) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีมีส่วนร่วม
ร่วมในการดูแลสุขภาวะของตนเอง
- 2) ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวโดยมีระบบการให้ความรู้และฝึกทักษะ
แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและการสนับสนุนในชุมชนที่เข้มแข็ง
- 3) มีบริการสุขภาพที่ครอบคลุมบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุใน
ชุมชนและบริการเชิงรุกถึงบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีภาคประชาชนมีบทบาทร่วมในการบริหาร
ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานรัฐทั้งในและนอกชุมชน
- 5) ระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนต้องสามารถพัฒนาและดำเนินการได้
อย่างมีความยั่งยืนความครอบคลุมและความเชื่อมโยงในการบริการส่วนใหญ่มุ่งไปในกลุ่มผู้ที่สามารถ
ดูแลตนเองได้แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้และต้องการการดูแลยังขาดการดูแลที่ครอบคลุม
และตกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2552)

1.7 แนวทางสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การพัฒนาที่ดีและยั่งยืนควรเป็นการพัฒนาที่ต้องเริ่มจากบุคคล มีกระบวนการที่สัมพันธ์เกี่ยวกับการพัฒนาที่ถูกต้อง เกิดการวางแผนและการปฏิบัติที่ดำเนินการโดยพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อสู่จุดมุ่งหมายร่วมกัน หัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ คือ การวิเคราะห์หาจุดอ่อนในสถานบริการหรือระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ และดำเนินการปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการปรับปรุงหรือจัดวางระบบใหม่ เลือกประเด็นที่สามารถทำได้ง่ายมาดำเนินการก่อน ติดตามดูความก้าวหน้าในการปรับปรุงและหาโอกาสที่จะทำให้ดีขึ้น จัดให้เป็นระบบ มีการเชื่อมโยงประสานกันอย่างครอบคลุม นำนวัตกรรมหรือความคิดสร้างสรรค์มาใช้ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมถือเป็นแนวทางหลักที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยเน้นการพัฒนาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการสร้างเสริมและมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) มากขึ้น มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เน้นให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการมากขึ้น มีการทำงานประสานในลักษณะเครือข่าย (Network) กับสถานพยาบาลอื่นๆ และองค์กรอื่นๆ และเนื่องจากรัฐจำเป็นต้องรับภาระหนักในด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ จึงควรเน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงาน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล โดยมีหน่วยงานของรัฐทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำ กระตุ้น และการให้การสนับสนุน ดังนั้นแนวโน้มการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยอาศัยครอบครัวหรือชุมชนเป็นฐาน และประสานงานกันแบบสหสาขาวิชา ยึดหลักการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีแนวคิดในระบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุดังนี้ (มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2542 ; อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2542 ; ทศนา บุญทอง, 2543 ; บัณฑิต จันทยานี และคณะ, 2544 ; วรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545 ; จิตรศิริ ชันเงิน, 2547 ; อัมพร เจริญชัย และคณะ, 2547 ; วันดี โภคะกุล, 2548; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1) แนวคิดเกี่ยวกับความสำคัญของสถาบันครอบครัว เป็นการส่งเสริมและเน้นให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับแผนระยะยาวของผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ว่า “ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานและควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวลง”

2) แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ เป็นการให้แหล่งบริการและบุคลากรที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยคำนึงถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของชุมชนนั้นๆ ส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย พัฒนาบริการด้านสุขภาพใน

ชุมชนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากที่สุด โดยการส่งเสริมและสนับสนุนความรู้ ความสามารถให้กับผู้ดูแลหรืออาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3) แนวคิดการให้บริการที่เน้นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง เป็นแนวคิดที่มุ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์และสถานบริการ ซึ่งสามารถตอบสนองต่อผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง หรือมีการแยกตัวจากสังคม

4) แนวคิดในการปฏิบัติงานแบบทีมสหสาขาวิชา (Multidisciplinary Team Approach) เป็นแนวคิดที่เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม เพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยากในการดูแล เป็นสหสาขาวิชาที่มีเป้าหมายร่วมกัน โดยแสดงบทบาทของตนเองอย่างเด่นชัด ตามความชำนาญเฉพาะของสาขาในการประเมินผู้สูงอายุ เพื่อตั้งเป้าหมายในการดูแล รักษา และฟื้นฟูสภาพ วางแผนการดูแล ติดตาม ประเมินผล และวางแผนจำหน่ายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานระหว่างองค์กร หน่วยงาน หรือวิชาชีพ เพื่อร่วมมือกันช่วยเหลือหรือดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขให้หมดไปโดยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ซึ่งปัจจุบันแนวคิดนี้เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

5) แนวคิดในการส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของบุคคล เป็นแนวคิดที่เน้นการส่งเสริมความรู้ ความสามารถ พลังความคิด และประสบการณ์ที่มีอยู่ของผู้สูงอายุ ให้สามารถมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม (วรรณภา ศรีธีรัตนัน และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) ซึ่งผู้สูงอายุต้องการให้บุตรหลาน สังคม เห็นคุณค่า เป็นคลังสมองที่สามารถทำประโยชน์กับสังคมและประเทศชาติ สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2543) ได้ให้ความเห็นว่า สังคมไทย โดยเฉพาะสังคมชนบทยังให้ความเคารพในความอาวุโสของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุจะมีความสุขดีขึ้น แจ่มใสเบิกบานที่ลูกหลานเคารพยกย่อง การมีโอกาสได้แสดงให้ปรากฏถึงความ มีคุณค่าและศักดิ์ศรี ด้วยกิจกรรมต่างๆ ซึ่งดำเนินการด้วยตนเอง กลุ่ม ชมรม หรือเครือข่ายผู้สูงอายุ โดยเน้นศักยภาพของความเป็นผู้สูงอายุทั้งด้านศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของไทย รวมทั้งให้คำปรึกษาหารือในเรื่องศิลปะของการดำเนินชีวิตและการแก้ไขปัญหาชีวิตให้กับลูกหลาน

6) แนวคิดเกี่ยวกับระบบประกันสังคม เน้นการให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในเรื่องรายได้ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ในแง่ค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจึงควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน และได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

7) แนวคิดด้านกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

7.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ เป็นหัวใจของการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการนำเอาปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) มาดำเนินงาน โดยให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิที่เข้าถึงชุมชนมากที่สุด และมี

อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเชื่อมต่อหน่วยบริการ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) กับชุมชน แต่อย่างไรก็ตามรัฐบาลได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพขึ้น ที่สำคัญคือ การปฏิรูประบบสุขภาพในปี พ.ศ. 2544 ที่รัฐบาลได้มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ ผู้สูงอายุได้รับบริการตรวจรักษาสุขภาพฟรีในกรณีไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐบาล

7.2 แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการ (Community-Based Approach) เป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) ร่วมกับแนวคิดอื่นๆ เช่น การพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคม เป็นต้น โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่เด่นของปัจเจกบุคคล ซึ่งได้แก่ความต้องการที่จะมีอิสระเสรีภาพในการดูแลตนเอง ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ การให้ความสำคัญในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล ชุมชน มาเป็นกรอบแนวคิด และเป็นแนวทางในการจัดบริการโดยแนวคิดเรื่องการใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นจะเป็นการพัฒนาหรือการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชนและโดยชุมชน แนวคิดนี้ถือเป็นรูปแบบหรือวิธีการอย่างหนึ่งของการป้องกันปัญหาต่างๆ ของบุคคลในชุมชนให้มีการเข้าสู่สถาบันที่ให้บริการน้อยลง และร่วมสนับสนุนบางประการ จุดเด่นของแนวคิดนี้อยู่ที่การมีรากฐานมาจากหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนเอง ร่วมกำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา ร่วมลงมือปฏิบัติและร่วมในการพิจารณาประเมินผลในกิจกรรมนั้นๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักในกระบวนการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชนเอง ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความเข้มแข็งสามารถจัดการต่างๆ ในชุมชนด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้ แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เกิดการแก้ไขปัญหาและพัฒนาบริการต่างๆ โดยชุมชน ระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานงานความร่วมมือระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคลากรในชุมชน เป้าหมายการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุ เน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

7.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นเพื่อนบ้าน (Neighborhood Based) ความเป็นเพื่อนบ้าน เป็นระบบเกื้อกูลกันของผู้คนในชุมชน เพื่อช่วยให้ระบบพึ่งพาตนเองของชุมชนแข็งแรงขึ้น การจัดการบริการระดับชุมชนนิยมประยุกต์ใช้ความเป็นเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะความมีน้ำใจ ความเกื้อกูล มาช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาในชุมชนใกล้เคียงที่ตนอยู่อาศัย จุดมุ่งหมายหลักของการใช้แนวคิดความเป็นเพื่อนกับบริการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบบริการต่างๆ โดยชุมชน รวมทั้งระดมความร่วมมือใน

ลักษณะการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคลากรภายในชุมชน โดยมุ่งให้เกิดบริการและระบบการดูแลที่ดีแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

7.4 การสร้างพลังอำนาจประชาชน (Empowerment) Longman Dictionary, 1978 (อ้างใน ประพนอม โอทกานนท์, 2543) นิยามคำนี้ว่า หมายถึง การให้อำนาจหรือให้สิทธิตามกฎหมายแก่บุคคลเพื่อกระทำการสิ่งหนึ่งสิ่งใด Counelly et al., 1993 ได้ให้ความหมายของการสร้างพลังอำนาจประชาชนว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคล องค์กร หรือชุมชน ควบคุมดูแลชีวิตของตนเอง ในการสร้างพลังอำนาจนั้นประชาชนหรือผู้รับบริการต้องเป็นผู้สร้างด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่จะเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยจัดอุปสรรคต่างๆ ในขั้นตอนแรกของการสร้างพลังอำนาจบุคคลจะต้องสร้างจิตสำนึกว่าตนเองสามารถกระทำได้ หลังจากนั้นบุคคลจะต้องตัดสินใจและต้องการกับผลของการตัดสินใจ เรียนรู้ที่ได้ตัดสินใจ และในที่สุดบุคคลจะสามารถมีชีวิตอิสระได้ การสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลมีจุดกำเนิดมาจากการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งการรู้สึกว่าคุณค่ามีคุณค่าจะพัฒนามาจากการได้รับความรัก ความอบอุ่น การรู้ถึงความคาดหวังที่ชัดเจน ความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับบุคคล การได้เห็นรูปแบบที่ดีและการได้มีโอกาสเลือกสิ่งที่มีความหมายสำหรับตนเอง การสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์การดำเนินการ อาจออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มปรึกษาหารือหรือกลุ่มเพื่อนสอนเพื่อน เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยของ Counelly et al., 1993(อ้างใน ประพนอม โอทกานนท์, 2543) พบรูปแบบการสร้างพลังอำนาจ (Model of Empowerment) ที่เริ่มจากน้อยไปมาก มี 4 ระดับคือ การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมหนึ่ง การเลือก (Choosing) หมายถึง การที่บุคคลมีอิสระในการเลือกและกระทำตามที่ตนเองคิดที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง การสนับสนุน (Supporting) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การเจรจา (Negotiation) หมายถึง การเจรจาทอรองเพื่อหาข้อสรุปที่นำความพอใจมาสู่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การเจรจายกขึ้นได้เมื่อบุคคลยอมรับนับถือกัน เคารพในสิทธิซึ่งกันและกัน ผลลัพธ์จากกระบวนการสร้างพลังอำนาจโดยเมื่อบุคคลพัฒนามาถึงระดับที่ 4 บุคคลจะรับรู้ผลทางการสร้างพลังอำนาจในตนเองได้ เช่น รับรู้ว่าคุณค่ามีความกล้าแสดงออกมากขึ้น ตนเองมีอิสระหรือตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น เป็นต้นดังนั้นรูปแบบของระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน เป็นรูปแบบของการผสมผสานความเข้าใจระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะระบบที่มีในชุมชน ซึ่งรูปแบบของระบบการดูแลระดับชุมชนต้องมีการปฏิบัติการที่เรียกว่า การสร้างเสริมสมรรถนะของชุมชน (Community Competency) ซึ่งกระบวนการสร้างเสริมสมรรถนะดังกล่าวคือ การสร้างพลังอำนาจของชุมชน (Community Empowerment) การสร้างเสริมพลังอำนาจของชุมชนเริ่มจากคนในชุมชน จะเป็นทั้งผู้เรียนและผู้สอน รับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ซึ่งกันและกัน แสวงหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนของตนเอง

7.5 การมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Participation) แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมก็คือ การทำให้ทุกคนรู้สึกมีความเป็นเจ้าของ (Sense of Belonging) ยิ่งในกรณีขององค์กรต่างๆ ในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น การที่จะทำให้ประชาชนรู้สึกว่าเขา มีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยนั้น ก็ถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดแล้ว ซึ่งความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนหนึ่งมาจาการประชาชน องค์กรกลุ่มในชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจนเขารู้สึกว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นของทุกคน เพราะทุกคนมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการปฏิบัติ ร่วมติดตามประเมินผลและร่วมรับประโยชน์ (โกวิทย์ พวงงาม, 2549 อ้างใน วันเพ็ญ ปันราช, 2552)

โดยสรุปจากการทบทวนแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและผู้สูงอายุและสร้างเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชนจะเห็นได้ว่ามุ่งเน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงาน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล โดยมีหน่วยงานของรัฐทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำ กระตุ้น และการให้การสนับสนุน ดังนั้นแนวโน้มการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยอาศัยครอบครัวหรือชุมชนเป็นฐาน มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เน้นให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการมากขึ้น มีการทำงานประสานในลักษณะเครือข่าย (Network) โดยมีกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนคือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิที่เข้าถึงชุมชนมากที่สุด และมีอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเชื่อมต่อหน่วยบริการ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) กับชุมชน ที่สำคัญคือทำให้ความสำคัญในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของแต่ละชุมชน มาเป็นกรอบแนวคิด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นเพื่อนบ้าน (Neighborhood Based) ความเป็นเพื่อนบ้าน เป็นระบบเกื้อกูลกันของผู้คนในชุมชน เพื่อช่วยให้ระบบพึ่งพาตนเองของชุมชนแข็งแรงขึ้น การสร้างพลังอำนาจประชาชน (Empowerment) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนและชุมชนควบคุมดูแลชีวิตของตนเอง ในการสร้างพลังอำนาจนั้นประชาชนหรือผู้รับบริการต้องเป็นผู้สร้างด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่จะเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยจัดอุปสรรคต่างๆ ตลอดจนรูปแบบของระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน เป็นรูปแบบของการผสมผสานความเข้าใจระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะระบบที่มีในชุมชน ซึ่งรูปแบบของระบบการดูแลระดับชุมชนต้องมีการปฏิบัติที่เรียกว่า การสร้างเสริมสมรรถนะของชุมชน (Community Competency) ซึ่งกระบวนการสร้างเสริมสมรรถนะดังกล่าวคือ การสร้างพลังอำนาจของชุมชน (Community Empowerment)นั่นเองดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการ (Community-Based Approach) การลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization)

ร่วมกับแนวคิดอื่นๆ เช่น การพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคมมาบูรณาการในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัยครั้งนี้ด้วย

2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

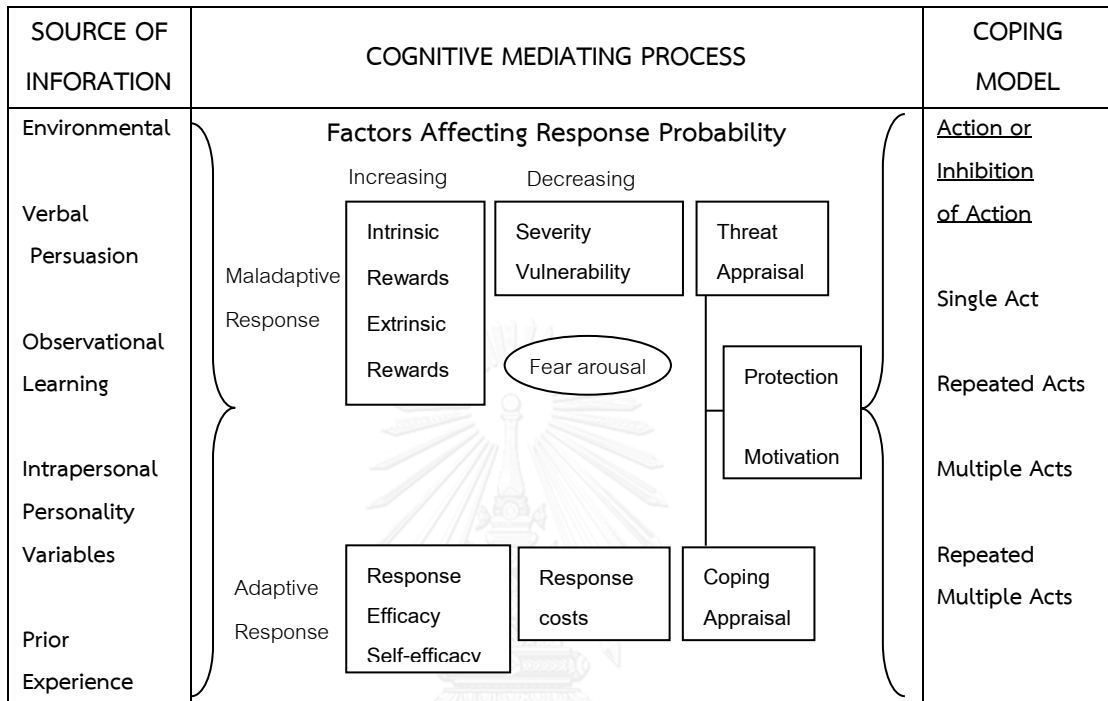
โรเจอร์ (Rogers, 1983) ได้นำเสนอ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากการนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) มาใช้โดย Ronald W. Rogers & Maddux ซึ่งมีความเชื่อว่าการประเมินการรับรู้ข่าวสารที่ทำให้เกิดความกลัวจากสื่อที่มากกระตุ้น จะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลร่วมกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา และยิ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลือกกระทำของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูง

โรเจอร์มีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อบุคคลเห็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอหรือเสี่ยงอันตรายนั้น บุคคลเชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้นจากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนมาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหา โดยมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสของการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม อาจส่งผลให้บุคคลปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และอาจเกิดพฤติกรรมปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ก็คือความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่นการเป็นที่ยอมรับของสังคม

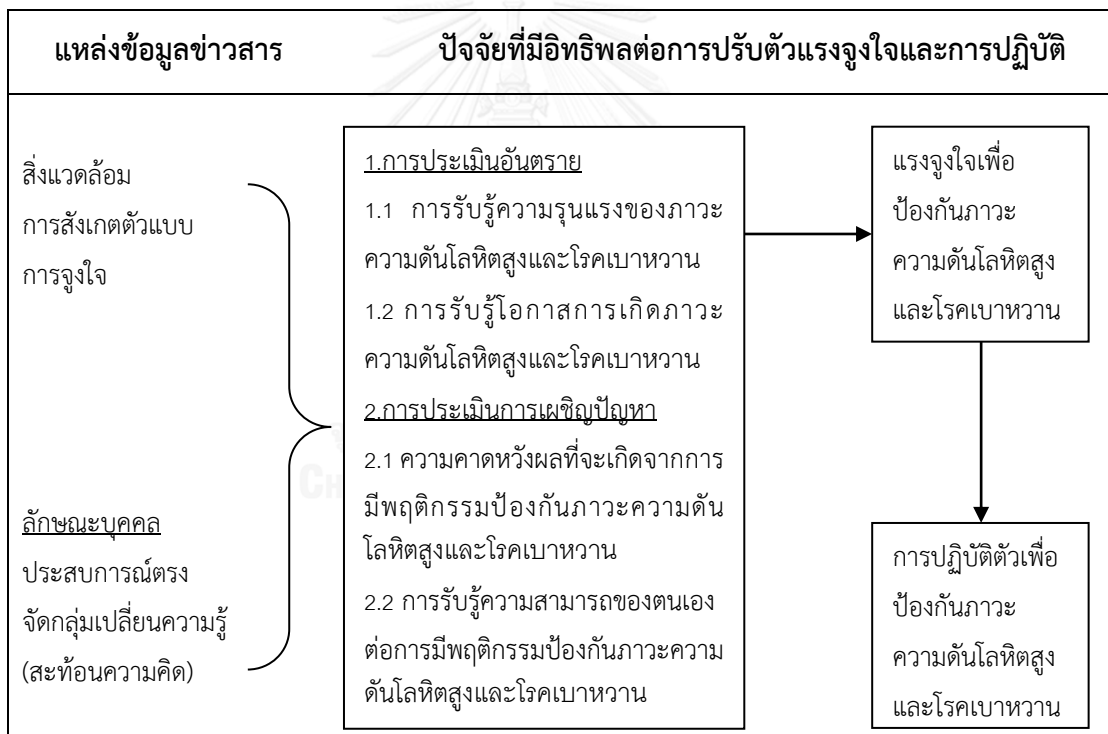
การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลงคือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต

กระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสารคือสิ่งแวดล้อม การพูดคุย ชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับตั้ง
 แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers, 1983)

จากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จะเห็นได้ว่า บุคคลนั้นมีการประเมินของ ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คือ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสการเกิดภาวะภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และมีความ คาดหวังที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คือ มี ความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มี การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวานจึงจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และผู้สูงอายุจะตระหนักต่อการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะ ความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมานำใช้ในการจัดกิจกรรมใน กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดวิถีตามแผนภาพที่ 5 ต่อไปนี้



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดวิถีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

กล่าวโดยสรุปคือ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้มีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้น จะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัว เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่า จะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์

5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวหรือปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อในความรุนแรงต่อการเกิดโรคที่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เชื่อในความคาดหวังในผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เชื่อในความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และเชื่อในความตั้งใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการเพิ่มความสามารถของตนในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง โดยสร้างการรับรู้ให้แก่บุคคลจึงจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกระบวนการวางแผนแก้ปัญหาและการนำแผนสู่การปฏิบัติด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ทฤษฎีการสร้างพลัง

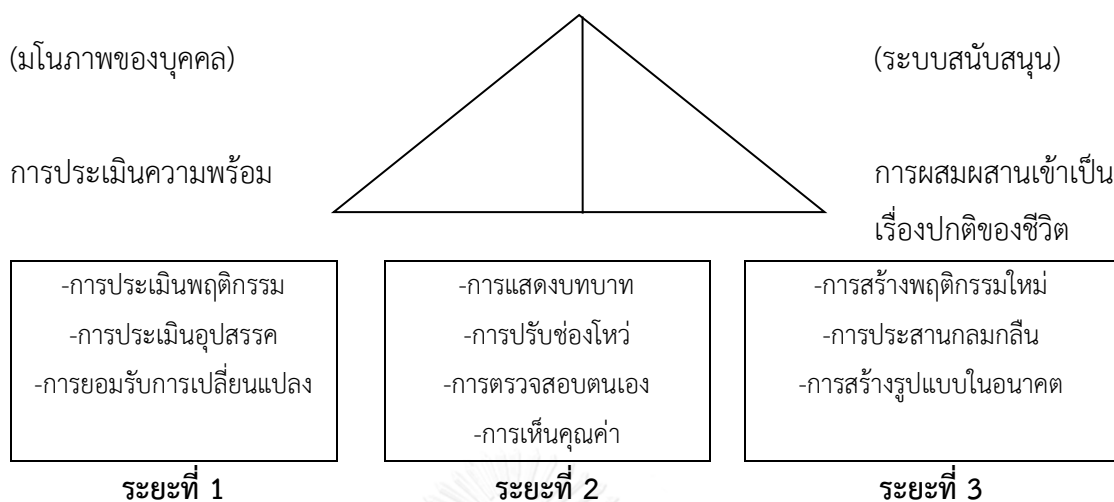
การสร้างพลังหรือเสริมพลัง (Empowerment) หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาให้บุคคล องค์กร และชุมชนมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการระดมทรัพยากรที่จำเป็น ซึ่งนำไปสู่ความเชื่อมั่นว่า สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้ ซึ่งเป้าหมายสุดท้ายของกระบวนการสร้างพลังคือ บุคคล องค์กร และชุมชนรู้จักปัญหาของตนเองมีความสามารถในการระดมทรัพยากรและแก้ไขปัญหาของตนเองโดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่หรือได้รับการพัฒนา (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2549; รุจา ภูโพบูลย์, 2547; อ่ำพล จินดาวัฒนะ, 2545)

รูปแบบของกิจกรรมที่จะช่วยเสริมสร้างพลังให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จึงต้องเป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองและของกลุ่มร่วมกันพิจารณาทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มที่ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาสุขภาพของตน วิเคราะห์และกำหนดทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตน รวมทั้งวิเคราะห์ส่วนขาดที่ใช้ในการดูแลสุขภาพและมีการพัฒนาศักยภาพที่เป็นส่วนขาดดังกล่าว เช่น ทักษะการเลือกอาหาร ทักษะการออกกำลังกาย ทักษะการจัดการความเครียด เป็นต้น เจ้าหน้าที่จะต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ที่สอนความรู้มาเป็นผู้สนับสนุน โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กลุ่มพูดคุย กระตุ้นและให้กำลังใจ ให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเชื่อมั่นที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพตามแนวทางที่ได้เลือกหรือวางแผนไว้ และเมื่อกลุ่มเป้าหมายได้นำแผนหรือทางเลือกในการดูแลสุขภาพไปปฏิบัติแล้ว ควรมีการประเมินผลสำเร็จหรือปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตลอดจนแนวทางแก้ไขหรือพัฒนาสุขภาพในขั้นต่อไป โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม อันเป็นวงจรการเรียนรู้เพื่อการจัดการสุขภาพของตนหรือชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือการเสริมสร้างพลังอำนาจระดับบุคคลและการเสริมสร้างพลังอำนาจระดับกลุ่มและชุมชนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญต่อบุคคล กลุ่มคน ชุมชน ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพราะจะทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนนั้นมีลักษณะเด่น 3 ประการคือ มีความรับผิดชอบ มีอำนาจในตน และตระหนักถึงภาระหน้าที่

แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของเฟลอร์รี่ (Fleury, 1991) ได้เสนอแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจที่เน้นการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล ให้บุคคลมีพลังอำนาจในตนเองสามารถควบคุมผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ไม่ว่าสิ่งแวดล้อมจะเป็นเช่นไรโดยใช้พลังขับเคลื่อน 2 องค์ประกอบคือ การสร้างมโนภาพของบุคคลโครงสร้างระบบสนับสนุน กล่าวคือเน้นกระบวนการสร้างให้บุคคลเกิดการเรียนรู้คิดวิเคราะห์ หาเหตุผลตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดผลที่พึงประสงค์ โดยมีกระบวนการทางสังคมคอยประคับประคองช่วยเหลือสนับสนุน กระตุ้นและจูงใจให้เกิดพลังอำนาจในตนเองจนสามารถควบคุมผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ตามแผนภูมิด้านล่างนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลตามแนวคิดของเฟลอร์รี่

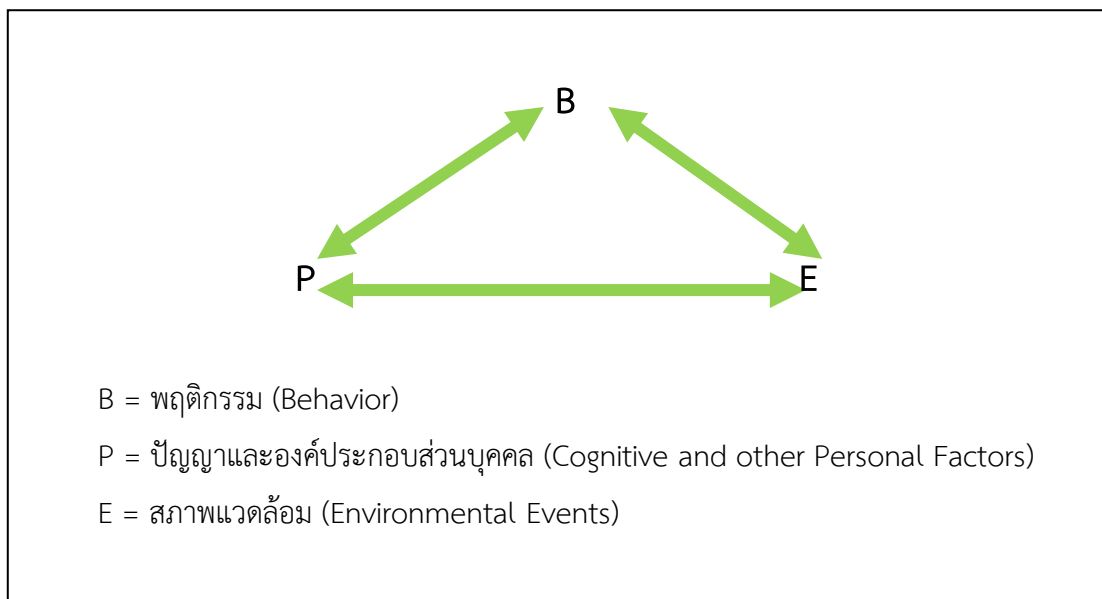


แผนภาพที่ 3 กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (Fleury, 1999)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ากระบวนการสร้างพลังอำนาจนั้น ไม่ใช่สิ่งที่ทำขึ้นได้ง่ายๆ เพราะต้องอดทนรอคอยเพื่อผลลัพธ์ของการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน และมีความมั่นคงต่อสิ่งที่ต้องการพัฒนา นิตย์ ทศนิยม (2546) ได้เสนอปรัชญาและความคิดเห็นต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจว่า ไม่มีใครสามารถให้อำนาจที่แท้จริงแก่ใครได้ สิ่งที่จะช่วยให้เกิดพลังอำนาจได้ก็ด้วยการสร้างบรรยากาศที่จะเอื้อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและคนที่จะช่วยสร้างบรรยากาศนี้ได้ต้องปรับระบบการคิดใหม่ มีความเชื่อมั่น และความเข้าใจที่ถูกต้องในการสร้างพลังอำนาจ โดยเชื่อว่าทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการพัฒนาเต็มศักยภาพ มีสิทธิและความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังจะต้องมีความมุ่งมั่นในการนำไปปฏิบัติสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนที่สนับสนุนให้ชุมชนเกิดความสำนึกและมีพันธะสัญญาต่อส่วนรวม การสร้างเสริมให้ชุมชนลงมือทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นการสั่งสมความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง และเป็นการเรียนรู้แบบปฏิสัมพันธ์ โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างทีมงาน เขียนโครงการจัดทำแผน ดำเนินงานควบคู่ไปกับกระบวนการสะท้อนความรู้สึกของประชาชน สำหรับข้อมูลย้อนกลับในการปรับปรุงแผนงาน และกิจกรรมในโครงการจนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ซึ่งมีส่วนเกื้อหนุนองค์กรชุมชนให้มีความแข็งแกร่ง และมั่นคงยิ่งขึ้น (ศูนย์ฝึกรอบและพัฒนากาชาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ตอนล่าง, 2543) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของเฟลอร์รี่ (Fleury, 1991) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยนี้เพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนมีการพัฒนาต่อเนื่องและยั่งยืน

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา

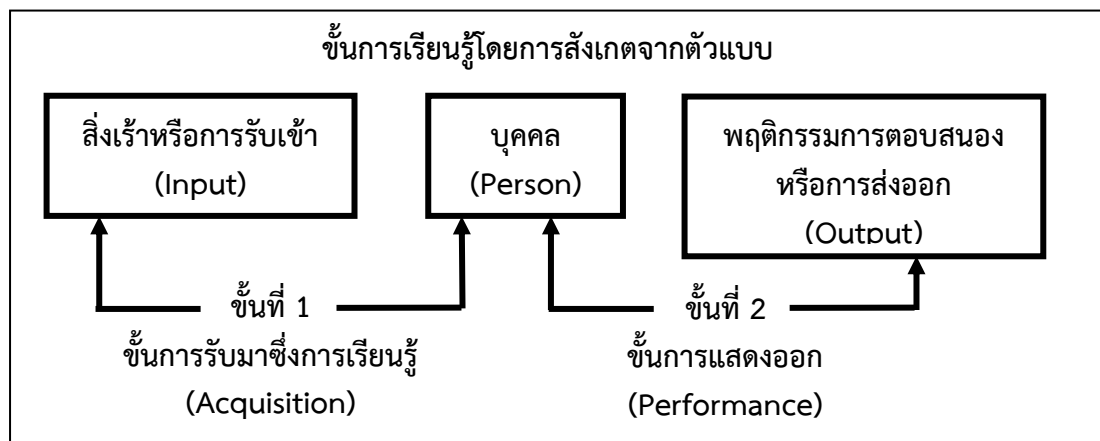
แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) เป็นทฤษฎีของศาสตราจารย์บันดูรา (Bandura, 1986) ทฤษฎีนี้ถือว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ (Bandura, 1963) จึงเรียกการเรียนรู้จากการสังเกตว่า “การเรียนรู้โดยการสังเกต” หรือ “การเลียนแบบ” และเนื่องจากมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์ (Interact) กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัวอยู่เสมอบันดูราอธิบายว่าการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งทั้งผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน (Bandura, 1969, 1971) จึงเปลี่ยนชื่อทฤษฎีการเรียนรู้ว่าการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) แต่ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) ทั้งนี้เนื่องจากบันดูราค้นพบจากการทดลองว่าสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งในการเรียนรู้ด้วยการสังเกต คือผู้เรียนจะต้องเลือกสังเกตสิ่งที่ต้องการเรียนรู้โดยเฉพาะและสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือผู้เรียนจะต้องมีการเข้ารหัส (Encoding) ในความทรงจำระยะยาวได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้เรียนต้องสามารถที่จะประเมินได้ว่าตนเลียนแบบได้ดีหรือไม่ดีอย่างไรและจะต้องควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย (metacognitive) บันดูราจึงสรุปว่าการเรียนรู้โดยการสังเกตจึงเป็นกระบวนการทางการรู้คิดหรือพุทธิปัญญา (Cognitive Processes) การเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ (Observational Learning หรือ Modeling) บันดูราจึงมีความเห็นว่าทั้งสิ่งแวดล้อมและตัวผู้เรียนมีความสำคัญเท่าๆกันบันดูรากล่าวว่า คนเรามีปฏิสัมพันธ์ (Interact) กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัวเราอยู่เสมอการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อกันและกันพฤติกรรมของคนเราส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) หรือการเลียนแบบจากตัวแบบ (Modeling) ซึ่งตัวแบบไม่จำเป็นต้องเป็นตัวแบบที่มีชีวิตเท่านั้นแต่อาจจะเป็นตัวสัญลักษณ์ในรูปแบบต่างๆก็ได้ เช่น รูปภาพ คำบอกเล่า ข้อมูลที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นต้น การเรียนรู้จากการสังเกตไม่ใช่การลอกแบบจากสิ่งที่สังเกตโดยผู้เรียนไม่คิด คุณสมบัติของผู้เรียนมีความสำคัญ เช่นผู้เรียนจะต้องมีความสามารถที่จะรับรู้สิ่งเร้าและสามารถสร้างรหัสหรือกำหนดสัญลักษณ์ของสิ่งที่สังเกตเก็บไว้ในความจำระยะยาว และสามารถเรียกใช้ในขณะและผู้สังเกตต้องการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ บันดูราได้เริ่มทำการวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมาได้ทำการวิจัยเป็นโครงการระยะยาวและได้ทำการพิสูจน์สมมติฐานที่ตั้งจนสรุปเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญาโดยอธิบายการปฏิสัมพันธ์ที่ขึ้นต่อกันจากองค์ประกอบ 3 ส่วน (Triadic Reciprocity) ดังนี้



แผนภาพที่ 4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) และการปฏิสัมพันธ์ที่ขึ้นต่อกันจากองค์ประกอบ 3 ส่วน (Triadic Reciprocully)(Bandura, 1986)

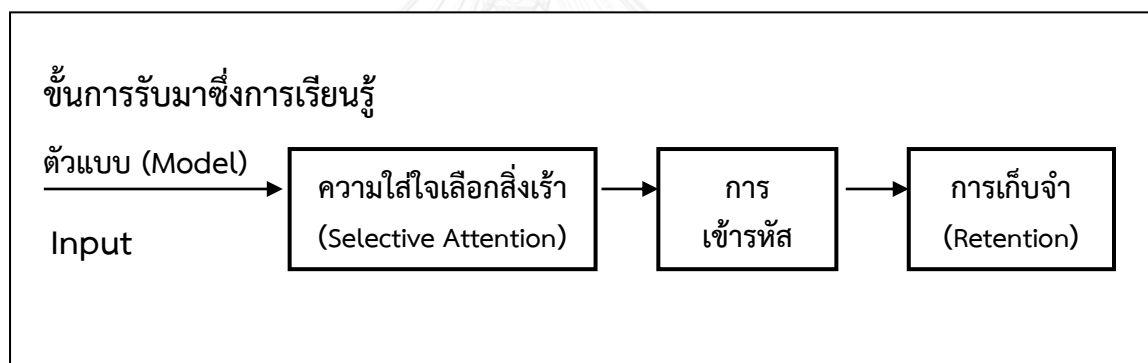
แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญาคือการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อมจนเกิดการเรียนรู้โดยผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกันบันดูราได้ถือไว้ว่าทั้งบุคคลที่ต้องการจะเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุของพฤติกรรม บันดูราได้ให้ความแตกต่างของการเรียนรู้ (Learning) และการกระทำ (Performance) ถือว่าความแตกต่างนี้สำคัญมากเพราะคนอาจจะเรียนรู้อะไรหลายอย่างแต่ไม่กระทำก็ได้โดยสรุปว่าพฤติกรรมของมนุษย์อาจจะแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท 1) พฤติกรรมสนองตอบที่เกิดจากการเรียนรู้ ผู้ซึ่งแสดงออกหรือกระทำสม่ำเสมอ 2) พฤติกรรมที่เรียนรู้แต่ไม่เคยแสดงออกหรือกระทำ 3) พฤติกรรมที่ไม่เคยแสดงออกทางการกระทำ เพราะไม่เคยเรียนรู้จริง ๆ นอกจากนี้บันดูราไม่เชื่อว่าที่เกิเกิดขึ้นจะคงตัวอยู่เสมอ ทั้งนี้เพราะสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและทั้งสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

ขั้นของการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบหรือเลียนแบบ บันดูรากล่าวว่าการเลียนแบบมี 2 ขั้น คือขั้นแรกเป็นขั้นการได้รับมาซึ่งการเรียนรู้ (Acquisition) ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ ขั้นที่ 2 เรียกว่าขั้นการกระทำ (Performance) ซึ่งอาจจะกระทำหรือไม่กระทำก็ได้การแบ่งขั้นของการเรียนรู้แบบนี้ทำให้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบันดูราแตกต่างจากทฤษฎีพฤติกรรมนิยมชนิดอื่นๆ การเรียนรู้ที่แบ่งออกเป็น 2 ขั้นอาจจะแสดงด้วยแผนภาพดังต่อไปนี้



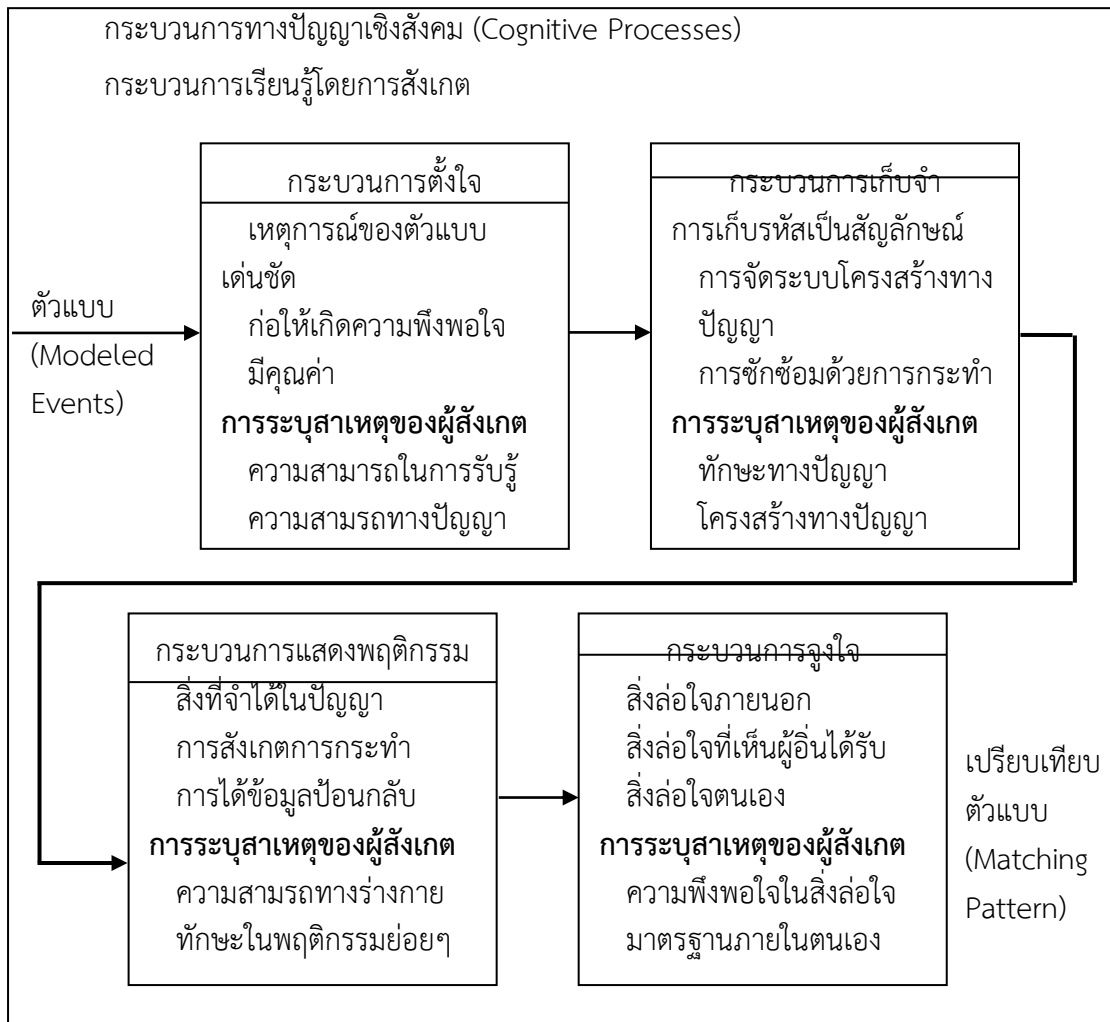
แผนภาพที่ 5 ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงสังคมพุทธิปัญญ ด้วยการสังเกตจากตัวแบบ (Bandura, 1986)

ขั้นการรับมาจากการเรียนรู้ (Acquisition) มีส่วนประกอบสำคัญ เป็น 3 ลำดับ ดังแสดงในแผนภาพ ดังนี้



แผนภาพที่ 6 ขั้นการรับมาจากการเรียนรู้ (Bandura, 1986)

จากแผนภาพที่ 9 ส่วนประกอบของการเรียนรู้ขึ้นกับการรับมาซึ่งการเรียนรู้จากแผนผังจะเห็นว่า ส่วนประกอบทั้ง 3 อย่างของการรับมาซึ่งการเรียนรู้เป็นกระบวนการทางพุทธิปัญญา (Cognitive Processes) ความใส่ใจที่เลือกสิ่งเร้ามีบทบาทสำคัญในการเลือกตัวแบบสำหรับขั้นการกระทำ (Performance) นั้นขึ้นอยู่กับผู้เรียน เช่น ความสามารถทางด้านร่างกายทักษะต่าง ๆ รวมทั้งความคาดหวังที่จะได้รับแรงเสริมซึ่งเป็นแรงจูงใจกระบวนการที่สำคัญในการเรียนรู้โดยการสังเกตบันดูราได้อธิบายกระบวนการที่สำคัญในการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้โดยตัวแบบว่ามีทั้งหมด 4 อย่างคือ 1) กระบวนการความเอาใจใส่ (Attention) 2) กระบวนการจดจำ Retention) 3) กระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวอย่าง (Reproduction) 4) กระบวนการการจูงใจ (Motivation) (Bandura, 1977) ซึ่งสามารถสรุปโดยแสดงในแผนภาพ ดังนี้



แผนภาพที่ 7 กระบวนการทางพุทธิปัญญา (Cognitive Processes)

จากแผนภาพที่ 10 กระบวนการความใส่ใจ (Attention) ความใส่ใจของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญมากถ้าผู้เรียนไม่มีความใส่ใจในการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบก็จะไม่เกิดขึ้น ดังนั้นการเรียนรู้แบบนี้ความใส่ใจจึงเป็นสิ่งแรกๆที่ผู้เรียนจะต้องมีบันดูรากล่าวว่าผู้เรียนจะต้องรับรู้ส่วนประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมของผู้ที่เป็นตัวแบบซึ่งมีอิทธิพลต่อความใส่ใจของผู้เรียนมีซึ่งมีหลายอย่าง เช่นเป็นผู้ที่มีเกียรติมีความสามารถหน้าตาดี รวมทั้งการแต่งตัวการมีอำนาจที่จะให้รางวัลหรือลงโทษ เป็นต้นคุณลักษณะของผู้เรียนก็มีความสัมพันธ์กับกระบวนการใส่ใจ ตัวอย่างเช่นวัยของผู้เรียน ความสามารถทางด้านพุทธิปัญญา ทักษะทางด้านร่างกาย รวมทั้งตัวแปรทางบุคลิกภาพของผู้เรียน เช่นความรู้สึกว่าตนนั้นมีค่า (Self-Esteem) ความต้องการและทัศนคติของผู้เรียนตัวแปรเหล่านี้มักจะเป็นสิ่งจำกัดขอบเขตของการเรียนรู้โดยการสังเกต

กระบวนการจดจำ (Retention Process) บันดูราอธิบายว่าการที่ผู้เรียนหรือผู้สังเกตสามารถที่จะเลียนแบบหรือแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบได้ก็เป็นเพราะผู้เรียนบันทึกสิ่งที่ตนสังเกตจากตัวแบบไว้ในความจำระยะยาว บันดูราพบว่าผู้สังเกตที่สามารถอธิบายพฤติกรรมหรือการกระทำของตัวแบบด้วยคำพูดหรือสามารถมีภาพพจน์สิ่งที่ตนสังเกตเห็นในใจจะเป็นผู้ที่สามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้โดยการสังเกตได้ดีกว่าผู้ที่เพียงแต่ดูเฉย ๆ หรือทำงานอื่นในขณะที่ดูตัวแบบไปด้วยสรุปแล้วผู้สังเกตที่สามารถระลึกถึงสิ่งที่สังเกตเป็นภาพพจน์ในใจ (Visual Imagery) และสามารถเข้ารหัสด้วยคำพูดหรือถ้อยคำ (Verbal Coding) จะเป็นผู้ที่สามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบจากตัวแบบได้แม้ว่าเวลาจะผ่านไปนาน ๆ และถ้าผู้เรียนมีโอกาสที่จะได้เห็นตัวแบบแสดงสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ซ้ำก็จะเป็นการช่วยความจำให้ดียิ่งขึ้นกระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนกับตัวแบบ (Reproduction Process) กระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบเป็นกระบวนการที่ผู้เรียนแปรสภาพ (Transform) ภาพพจน์ (Visual Image) หรือสิ่งที่จำไว้เป็นการเข้ารหัสเป็นถ้อยคำ (Verbal Coding) ในที่สุดแสดงออกมาเป็นการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมเหมือนกับตัวแบบปัจจัยที่สำคัญของกระบวนการนี้คือความพร้อมทางด้านร่างกายและทักษะที่จำเป็นจะต้องใช้ในการเลียนแบบของผู้เรียนถ้าผู้เรียนไม่มีความพร้อมก็จะไม่สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมเลียนแบบได้บันดูรากล่าวว่าการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบไม่ใช่เป็นพฤติกรรมที่ลอกแบบอย่างตรงไปตรงมาการเรียนรู้โดยการสังเกตประกอบด้วยกระบวนการทางพุทธิปัญญา (Cognitive Process) และความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้เรียนฉะนั้นในขั้นการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ (Reproduction) ของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกันไปฉะนั้นบันดูราจึงให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีหน้าที่เป็นตัวแบบ เช่นผู้ปกครองหรือครูควรใช้ผลย้อนกลับที่ต้องตรวจสอบแก้ไข (Correcting Feedback) เพราะจะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้เรียนหรือผู้สังเกตมีโอกาสทบทวนในใจว่าการแสดงพฤติกรรมของตัวแบบมีอะไรบ้าง และพยายามแก้ไขให้ถูกต้อง

กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) บันดูรา (1965, 1982) อธิบายว่าแรงจูงใจของผู้เรียนที่จะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบเนื่องมาจากความคาดหวังว่า การเลียนแบบจะนำประโยชน์มาใช้ เช่นการได้รับแรงเสริมหรือรางวัล หรืออาจจะนำประโยชน์บางสิ่งบางอย่างมาให้รวมทั้งการคิดว่าการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบจะทำให้ตนหลีกเลี่ยงปัญหาได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญในการเรียนรู้โดยการสังเกต ผู้เรียนจะต้องมีความใส่ใจ (Attention) ที่จะสังเกตตัวแบบ ไม่ว่าจะเป็นตัวแบบจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ ขั้นต่อไป ผู้เรียนจะต้องเข้ารหัสหรือบันทึกสิ่งที่สังเกตหรือรับรู้ไว้ในความทรงจำระยะยาวและจะต้องมีโอกาสแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบและควรทำซ้ำเพื่อจดจำ และต้องรู้จักประเมินพฤติกรรมของตนเองโดยใช้เกณฑ์ (Criteria) ที่ตั้งขึ้นด้วยตนเองหรือโดยบุคคลอื่น

เบนดูรา อธิบายว่า การเรียนรู้พฤติกรรมสำคัญต่าง ๆ ทั้งที่เสริมสร้างสังคม (Prosocial Behavior) และพฤติกรรมที่เป็นภัยต่อสังคม (Antisocial Behavior) เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตประกอบด้วย 2 ชั้น คือ ชั้นการรับมาซึ่งการเรียนรู้เป็นกระบวนการทางพุทธิปัญญาและชั้นการกระทำตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมีทั้งตัวแบบในชีวิตจริงและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์

แนวคิดของบันดูรา บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) โดยให้ความจำกัดความเป็นไปว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามบันดูราเห็นว่าความสามารถของบุคคลนั้นไม่คงที่ หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันและแปรเปลี่ยนไปตามสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณั้้น ๆ ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง บันดูราเสนอว่ามี 4 วิธี คือ (Bandura, 1999)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขาสามารถจะกระทำเช่นนั้นจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดบุคคลที่รับรู้ตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านี้ได้ (Kazdin, 1974)

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมี ความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนเรานั้นบางส่วนจะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางสรีระการกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดีบุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้นบุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า กระบวนการการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญานั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและอีกส่วนหนึ่งจากการสังเกตพฤติกรรมของคนอื่น ซึ่งถือว่าเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้จากตัวแบบ (Observational Learning or Modeling) ดังนั้นกระบวนการเสนอตัวแบบ (Modeling Procedures) จึงเป็นกลวิธีในการสร้างหรือสอนพฤติกรรมใหม่ การใช้เทคนิคเสนอตัวแบบที่คัดสรรแล้วว่าเป็นตัวอย่างที่ดี สามารถใช้เป็นแบบอย่างของการกระทำให้แก่ผู้สังเกตหรือผู้ที่ประสงค์จะเลียนแบบ สังเกต ฟัง หรืออ่านเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลหรือสัญลักษณ์แทนบุคคล และเกิดการประมวลเป็นข้อมูลในการที่จะเลียนแบบ และพฤติกรรมของตนเองต่อไป ซึ่งอิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกต ได้แก่ การยับยั้งการกระทำ การส่งเสริมการกระทำ การสร้างพฤติกรรมใหม่ การสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ กระบวนการความคิด และพฤติกรรมสร้างสรรค์ การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ เป็นต้น (Bandura, 1986) มาประยุกต์ใช้ในการทำวิจัยโดยสนับสนุนให้ชุมชนมีการเสนอตัวแบบที่มีชีวิต (Live Model) และการเสนอตัวแบบในรูปสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เพื่อกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม

5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

5.1 ความหมายและคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกัน คือการปฏิบัติการ (Action) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่โครงการวิจัยจะต้องดำเนินการ และคำว่า การมีส่วนร่วม (Participation) อันเป็นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่งแล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยมีความหมายถึง วิธีการที่ให้ผู้ถูกวิจัยหรือประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหาของการดำเนินการ การช่วยให้ข้อมูลและการช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลจากการทำวิจัยทุกขั้นตอนชาวบ้านเป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาของชุมชนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญห าระบวนการวิจัยจึงดำเนินไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างประชาชนกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นขั้นๆ ซึ่งประชาชนจะค่อยๆ เรียนรู้ด้วยตัวเองและด้วยวิธีการวิจัยเช่นนี้ ข้อมูลที่ได้จึงมีความชัดเจน สะท้อนความคิดอ่านตลอดจนนิสัยใจคอของประชาชน สะท้อนความต้องการและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของเขา การวิจัยแบบนี้จึงเป็นวิธีการที่สนับสนุนให้ประชาชนหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผนและกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ ประกอบกับการใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่ในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประชาชนซึ่งเคยเป็นประชากรของการวิจัย กลับบทบาทมาเป็นผู้ร่วมในการทำวิจัยโดยเข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัยโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอยู่ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับสังคม โดยหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัยซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือ (Collaborative Approach) ระหว่างนักวิจัยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ทั้งนี้กระบวนการวิจัยจะต้องเป็นประชาธิปไตย ยุติธรรม มีอิสระ และส่งเสริมคุณค่าของชีวิต และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้าร่วมสังเกต ตรวจสอบสถานการณ์ต่างๆสะท้อนความคิดเห็นและความต้องการของตนตลอดจนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดมีการประเมินอุปสรรคและปัญหาที่ปรากฏอยู่และตรวจสอบทางเลือกที่เป็นไปได้ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีจิตสำนึกไปสู่การเปลี่ยนแปลงใหม่ (สุภางค์ จันทวานิช, 2531 ; ขนิษฐา กาญจนสินนท์, 2536 ; สุรียา วีรวงศ์, 2538 ; นิตยา เงินประเสริฐศรี, 2544 ; กมล สุดประเสริฐ, 2545)เพื่อให้เห็นภาพแห่ง

คุณลักษณะสำคัญของการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและคุณลักษณะสำคัญของงานวิจัยรูปแบบดังกล่าวเมื่อเทียบกับงานวิจัยแบบดั้งเดิม สามารถสรุปได้จากผลงานความคิดของ พันธุ์ทิพย์ งามสูตร (2540) ได้ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	การวิจัยแบบดั้งเดิม	การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
รูปแบบ	เป็นพิมพ์เขียวที่กำหนดให้	เน้นกระบวนการที่ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์
อุดมการณ์ / ปรัชญา	เน้นกลุ่มคนชั้นสูง	เน้นกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคม
จุดมุ่งหมาย	ไม่ผูกพัน ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อตอบปัญหาการวิจัย	มีพันธกรณีระหว่างนักวิจัยกับชาวบ้านที่จะร่วมกันเพื่อสิทธิของมนุษย์
กรอบการวิจัย	กำหนดโดยนักวิจัยองค์กร	กำหนดโดยประชาชนในพื้นที่
จุดเน้น	เน้นการสร้างสิ่งของ เน้นวัตถุ	เริ่มที่คนเป็นหลัก ทำให้คนมีคุณค่า สร้างความภาคภูมิใจและกำลังใจ เน้นคน
เป้าหมาย	กำหนดไว้ล่วงหน้า	ปรับเปลี่ยนตามความต้องการของท้องถิ่นตามเงื่อนไขความเหมาะสม
ยุทธวิธี	เน้นการวางแผนที่อ้างว่าชาวบ้านไม่สามารถวางแผนเองได้	เน้นการมีส่วนร่วม เชื่อมั่นในความสามารถในการเรียนรู้ของคน
วิธีการ	เข้มงวดรัดกุม เน้นหลักการวิจัยเชิงปริมาณ มองมิติชุมชนที่ศึกษาและใช้เทคโนโลยีหรือระเบียบวิธีการขั้นสูง	เรียบง่าย ใช้วิธีการที่ชาวบ้านรู้จักและใช้เทคโนโลยีชาวบ้าน
การวิเคราะห์สถานการณ์	เน้นการย่อส่วน (Reductionism)	การมององค์รวม (Holistic Approach)
รูปแบบการพัฒนา	ควบคุม ชี้แนะและให้แรงจูงใจเป็นวัตถุ เน้นการทำงานตามแผนและส่งเสริมวัฒนธรรมการพึ่งพา	ปลดปล่อย สร้างพลังอำนาจในการคิดและต่อรองให้สำเร็จในสิ่งที่ได้กระทำ โดยมีแรงจูงใจคือความภูมิใจในศักดิ์ศรีของตนและเป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมการพึ่งพาตนเอง
มองชาวบ้าน	เป็นผู้รับประโยชน์จากความสำเร็จของโครงการวิจัย	เป็นผู้ทำประโยชน์ เป็นผู้ลงมือกระทำโครงการสำเร็จ และมีส่วนร่วม
ผลลัพธ์ (Output)	เน้นวัตถุที่เป็นผลผลิตของโครงการ เช่น รั้ว ถนน อาคาร เป็นต้น	ไม่เน้นวัตถุ แต่เน้นความสามารถของชุมชน เน้นการเรียนรู้ ความพอใจ ความหลากหลาย กำลังใจและแรงใจของประชาชน

5.2 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

โดยหลักการนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประกอบไปด้วยกระบวนการค้นคว้าทางสังคม (Social Investigation) การให้การศึกษา (Education) และการกระทำหรือการปฏิบัติการ (Action) เพื่อที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้มีส่วนร่วมในการสร้างความรู้และทำความเข้าใจกับสภาพการณ์ที่ปรากฏอยู่ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้เรียนรู้และแก้ไขปัญหา ร่วมกันระหว่างหลายฝ่าย อันเป็นการสร้างความรู้ให้กับสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีหลักการสำคัญที่ให้ความเคารพต่อภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ซึ่งแตกต่างไปจากของนักวิชาการ ประกอบด้วย (พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540)

- 1) ปรับปรุงความสามารถและพัฒนาศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริมยกระดับการศึกษาและพัฒนาความเชื่อมั่นให้เกิดการวิเคราะห์/สังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง ซึ่งเป็นการนำเอาศักยภาพเหล่านี้มาใช้ประโยชน์
- 2) ให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ชาวบ้าน ตลอดจนมีการนำไปใช้อย่างเหมาะสม
- 3) สนใจปรีติศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้เปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับประเด็นปัญหา
- 4) การปลดปล่อยแนวความคิดเพื่อให้ชาวบ้านและคนยากจนด้อยโอกาสสามารถมองความคิดเห็นของตนเองได้อย่างเสรี มองสภาพการณ์และปัญหาของตนเอง วิเคราะห์วิจารณ์ ตรวจสอบสภาพข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกิดขึ้น

5.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นแต่ละแห่งเข้ามาร่วมศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล รวมทั้งการหาประเด็นปัญหาเชิงพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนตน เพื่อให้ได้ข้อมูลความเป็นจริง แนวทางการพัฒนาที่เหมาะสม หรือมีความพอดีกับบริบทของชุมชนท้องถิ่นนั้น ก่อให้มีการขับเคลื่อนมวลสมาชิกเข้าด้วยกัน เป็นกระบวนการของผู้มีความรับผิดชอบร่วมกัน เรียนรู้ด้วยกันและแก้ไขปัญหาไปพร้อมกัน(สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการและสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2545)

5.4 เป้าหมายและประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนั้นมีหลายมุมมองประกอบด้วยค้นหาความรู้พื้นฐานที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างวัฒนธรรมชาวบ้าน ชุมชน ผู้ด้อยโอกาสจะตื่นตัว ได้รับการศึกษาเพิ่มมากขึ้น สามารถคิดวิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง มีความเชื่อมั่นในทางที่จะให้ความร่วมมือกันหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง เพื่อก่อประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและชุมชน ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหา ผู้ด้อยโอกาสมีโอกาสมากขึ้น การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ มีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งมีข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อคนในชุมชนและมีวิจัยและพัฒนาได้เรียนรู้จากชุมชน ได้ประสบการณ์การทำงานร่วมกับชุมชนอันก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีและเกิดแนวคิดในการพัฒนาตนเองของนักวิจัยและพัฒนาอย่างแท้จริง ผลงานวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันทีเนื่องจากได้ลงมือทำกิจกรรมโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการผนึกกำลังร่วมกัน โดยที่ประชาชนเป็นผู้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ตลอดจนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานโครงการที่ดำเนินการอยู่ (พันธุทิพย์ รามสุต, 2540; อรุณรุ่ง บุญชนันตพงศ์, 2549)

5.5 ระเบียบวิธีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมการแสวงหาความรู้ของนักวิจัยตามโครงการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนพื้นที่เป้าหมายของผู้วิจัยแต่ละคน โดยจุดมุ่งหมายที่สำคัญของนักวิจัยคือการสร้างรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามหลักการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์และสามารถที่จะเผยแพร่แก่สังคมได้ โดยรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิผลนั้นจะต้องเป็นรูปแบบที่สามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ้นเปลืองเงินทองและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายไม่มากนัก แต่ในเวลาเดียวกันก็ได้ผลตอบแทนจากการวิจัยค่อนข้างสูง โดยนักวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน หรือเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเป็นผู้ช่วยเหลือในกระบวนการวิจัยตั้งแต่แรกเริ่ม และคอยดูแลการช่วยเหลือลงและหวังว่าเมื่อดำเนินการวิจัยไปจนสิ้นสุดโครงการแล้วประชาชนจะมีความรู้จากการเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างพลังที่พอเพียงกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนได้โดยลำพังอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ต้องรอรับการช่วยเหลือจากภายนอกอีก(กมล สุตประเสริฐ, 2537; พันธุทิพย์ รามสุต, 2540)

5.6 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆสามารถระบุได้ตามลำดับขั้นหรือกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้หลายขั้นตอน ซึ่งช่วยให้เห็นบทบาทหน้าที่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละฝ่ายได้อย่างชัดเจน และในทางปฏิบัติแล้ว กระบวนการวิจัยก็ต้องดำเนินไปโดยความร่วมมือกับทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบสิ้นกระบวนการ ดังต่อไปนี้ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527; ไพโรจน์ ชลารักษ์, 2548)

1) ขั้นการศึกษาบริบท ในขั้นนี้ นักวิจัยจะทำการกำหนดพื้นที่หรืออาณาบริเวณที่จะทำการศึกษาวิจัยเพื่อทำเวทีประชาคม โดยมีนักพัฒนาประชาสัมพันธ์ชักชวนให้ชาวบ้านเข้าร่วม และชาวบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

2) ขั้นกำหนดปัญหาในขั้นตอนนี้ นักวิจัยสรุปคำถามหรือปัญหา รวมทั้งอธิบายเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหามาให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เห็นภาพและเกิดความเข้าใจตรงกัน ส่วนนักพัฒนาทำความเข้าใจประเด็นปัญหาละมอมถึงผลของการวิจัยได้อย่างชัดเจน และครอบคลุมส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ และชาวบ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ข้อมูล และแสดงความคิดเห็น/ความต้องการ ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้ว การวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพจริงที่เกิดขึ้นหรือสอดคล้องกับความต้องการพัฒนาที่ประสงค์ได้นั้น ย่อมหลีกเลี่ยงไม่พ้นการที่นักวิจัยจะต้องสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประชาชนในชุมชนท้องถิ่น รวมถึงการสร้างความตระหนักในบทบาทและความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ขั้นการกำหนดปัญหาร่วมกับชาวบ้านในชุมชน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการให้เกิดผลอย่างแท้จริง ก่อนจะเริ่มดำเนินงานในขั้นตอนอื่น

3) ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานวิจัยให้ชัดเจน รวมทั้งระบุด้วยว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยแต่ละฝ่ายจะมีส่วนร่วมอะไร และอย่างไร เมื่อใดบ้าง พร้อมทั้งแผนการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัย ส่วนนักพัฒนาจะเข้าร่วมปฏิบัติการวิจัยโดยติดตามผลการดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอนและคอยตรวจสอบผลของการดำเนินงานว่ามีสิ่งใดที่ผิดพลาดหรือไม่เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมายหรือมีสิ่งใดที่เกิดแทรกซ้อนขึ้นมาหรือไม่โดยชาวบ้านนั้นจะเข้ามามีส่วนร่วมลงมือในการปฏิบัติงานวิจัยตามแผน และตรวจสอบผลว่าพึงพอใจหรือไม่

4) ขั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง รวมทั้งการแก้ไขระหว่างกระบวนการปฏิบัติงานวิจัย ในขั้นนี้ นักวิจัยที่ส่วนร่วมโดยการพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย แล้วนำมาทำการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย โดยนักพัฒนาจะเข้ามามีส่วนร่วมด้วยการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานวิจัยและประเมินว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เป็นต้น และประชาชนหรือชาวบ้านจะเข้าร่วมด้วยการรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานตามที่นักวิจัยกำหนด รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ที่แสดงถึงความพึงพอใจและความสำเร็จของการดำเนินการวิจัย

5) **ขั้นการสรุปผลการวิจัย** ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยจะทำการสรุปผลการวิจัยและเรียบเรียงเป็นรายงานการวิจัยออกเผยแพร่ นักพัฒนามีส่วนร่วมด้วยการรับทราบและตรวจสอบประเมินผลการวิจัยว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง โดยชาวบ้านเข้ามีส่วนร่วมด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับผลของการวิจัยว่าพึงพอใจและได้ผลตามที่คาดหวังไว้หรือไม่และแสดงความคิดเห็นอื่นประกอบข้อมูลด้วยว่าเพราะเหตุใด

จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนที่เหมือนกันของการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยคือการที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจในระดับต่างๆเพื่อกำหนดความต้องการของชุมชนของตน การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการ และโครงสร้างที่ประชาชนสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความต้องการของตน การจัดลำดับความสำคัญ การเข้าร่วมในการพัฒนา และได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้นโดยเน้นการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบท และเป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชนเองโดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเองทั้งนี้โดยมิใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

5.7 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยที่ต้องมีเหตุการณ์ร่วมสี่ประการด้วยกันคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน มีกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้น มีการปฏิบัติการให้เห็นจริง และมีการประเมินร่วมด้วยเป็นระยะๆ โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ด้วยการทำความเข้าใจกับชุมชนและวิถีชุมชนชุมชน สนับสนุนให้ประชาชนหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการของประชาชนโดยมีรายละเอียดดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2531; สุริยา วีรวงศ์, 2538; อรุณรุ่ง บุญธนนตพงศ์, 2549; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527; ไพโรจน์ ชลารักษ์, 2548)

1. ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research Phase)

ในระยะนี้ เป็นการเตรียมชุมชน เพื่อให้มีความพร้อมเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญและเป็นแกนหลักของการวิจัยแบบนี้ โดยการดำเนินงานขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งเน้นสำคัญที่จะให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องเกี่ยวข้อง ในขั้นเตรียมการนี้ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยกล่าวคือ

1.1) การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน (Build-up Support) โดยวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนที่ดีที่สุดคือการปฏิบัติตัวของนักวิจัยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ทั้งนี้ นักวิจัยควรร่วมกิจกรรมทุกอย่างของชุมชนซึ่งเป็นเครื่องช่วยให้ นักวิจัยสามารถทำความเข้าใจโลกทัศน์ของชาวบ้านได้ดีมากขึ้น โดยทั่วไปแล้วผู้วิจัยจะลงพื้นที่เพื่อไปพบกับบุคคลต่างๆในชุมชนที่มีส่วนสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย หรือเป็นประชาชนกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย พูดคุยแนะนำตัวเองเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและความต้องการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในกิจกรรมการวิจัยอันจะช่วยให้ชาวบ้านเกิดความไว้วางใจ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังสามารถทำการวิเคราะห์คาคหมายสภาพการณ์และปัญหาของการดำเนินงานวิจัยที่อาจเกิดขึ้นและสามารถเตรียมรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2) การสำรวจ ศึกษาชุมชน (Surveying and Studying Community) เป็นขั้นตอนของการศึกษาข้อมูลที่เป็นลักษณะทางกายภาพ และแหล่งทรัพยากรต่างๆ ภายในชุมชน รวมถึงการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง ซึ่งโดยมากแล้ว ผู้วิจัยจะใช้แบบสังเกต สมุดบันทึก และถ่ายภาพสถานที่ต่าง ๆ รวมถึงการศึกษาข้อมูลจากเอกสารหลักฐานจากหน่วยงานราชการหรือจากองค์กรพัฒนาที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังมีบางโครงการวิจัย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนหรือผู้สูงอายุเพื่อทราบประวัติความเป็นมาของชุมชนด้วย

1.3) คัดเลือกชุมชน (Selecting Community) ได้เสนอความเห็นไว้ว่า โดยทั่วไปแล้ว การคัดเลือกชุมชนจะยึดหลักการเลือกชุมชนที่ด้อยโอกาสในการพัฒนา (Disadvantage Community) เพื่อเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพชีวิตและสร้างโอกาสความเท่าเทียมในการพัฒนา กับชุมชนอื่น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวนมากคัดเลือกชุมชนโดยยึดเอาประเด็นของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเยียวยาโดยเร่งด่วนหรือบางกรณีการวิจัยมุ่งหมายกระทำต่อชุมชนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแข็งขัน เพื่อเป็นชุมชนต้นแบบของการทำวิจัยและการพัฒนาให้กับชุมชนอื่นด้วยเช่นกัน

1.4) การเข้าสู่ชุมชน (Entering Community) ข้อมูลชุมชนนับเป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำมาประกอบการพิจารณาตัดสินใจกำหนดพื้นที่ดำเนินการ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวควรเป็นข้อมูลที่มีรอบด้าน สำหรับแหล่งข้อมูลในขั้นตอนนี้อาจมาจากส่วนราชการเช่น ข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ข้อมูลจำนวนประชากรและบุคคลที่เป็นปราชญ์ชาวบ้าน หรือครูภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น และอาจเป็นข้อมูลที่องค์กรพัฒนาเอกชนรวบรวมไว้ หรือนักวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลเองโดยการสำรวจชุมชน (Community Surveying) ก็ได้

1.5) การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ ในขั้นตอนนี้ มักถูกกำหนดให้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของระยะก่อนการวิจัย โดยมุ่งหมายให้เกิดความพร้อมในการดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นระยะต่อไปและก่อให้เกิดการประสานงานที่ดีเพื่อความสะดวกต่อการดำเนินงานวิจัย ในส่วนของการ

เตรียมคนนั้น เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับชาวบ้านเพื่อเป็นแกนนำในการปฏิบัติงานวิจัยร่วมกับนักพัฒนาและผู้วิจัย ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วมักจะมีการเตรียมคน 3 กลุ่มคือ เตรียมคนในชุมชน คณะนักวิจัยมักจะลงพื้นที่เพื่อจัดประชุมในชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ชาวบ้านรู้จักและคุ้นเคยกับกระบวนการและการดำเนินงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและรวดเร็ว เตรียมผู้นำชุมชน เช่น แกนนำในองค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาการอำเภอ หรือพัฒนาการอำเภอประจำตำบลและเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น เช่นองค์กรพัฒนาภายนอกที่มีความสนใจศึกษาร่วมกันกิจกรรมสำคัญของการดำเนินงานในขั้นตอนนี้คือการประสานความร่วมมือ การสร้างความเข้าใจในกรอบของการทำงานวิจัย และการหาหรือแนวทางพัฒนาชุมชน ซึ่งมักจะรวมถึงการประสานงานเรื่องการใช้สถานที่ดำเนินการประชุมด้วย และ เตรียมนักวิจัย ด้วยการประชุมปรึกษากัน เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกันในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายในการทำงานวิจัย ส่วนการเตรียมเครือข่ายความร่วมมือนั้น งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหลายชิ้นได้ใช้วิธีการให้ครูผู้วิจัย/นักวิจัยทำการประสานกับองค์กรภาครัฐและหรือองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการดำเนินงานวิจัย การเตรียมเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการวิจัยดำเนินไปได้ด้วยดีนอกเหนือไปจากนี้แล้ว การจัดเวทีที่ง่ายต่อความเข้าใจและสะท้อนความต้องการของประชาชนที่มีบรรยากาศสบายๆ หรือการศึกษาชุมชนประกอบยังจะช่วยให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่กว้างขวางมากขึ้น และบางกรณีจะช่วยให้คณะนักวิจัยสามารถสร้างคำถามที่แหลมคมต่อการกำหนดปัญหาของการวิจัยได้นักวิชาการได้ให้มุมมองในเรื่องขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ไม่แตกต่างกันมากนัก

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยคือ

2.1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน (Problem Identification and Diagnosis) ในขั้นนี้ เน้นการศึกษาวิเคราะห์ชุมชนและการให้การศึกษาแก่ชุมชน (Community Education Participation-CEP) โดยเน้นไปที่กระบวนการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ โดยวิธีการจะใช้อภิปรายถกปัญหาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับชาวบ้าน ทั้งที่เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนระดับบุคคลและระดับกลุ่มบุคคล เพื่อเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน (Need Assessment) พร้อมไปกับการประเมินความเป็นไปได้ในด้านทรัพยากร (Resource Assessment) ที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อที่จะนำทรัพยากรมาใช้ในการกำหนดแผนเพื่อการจัดโครงการต่อไป

2.2) การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโครงการ (Project Appraisal and Identification) เมื่อมีการวิเคราะห์โครงการโดยการประเมินความต้องการของชุมชนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยชาวบ้านและนักวิจัยจะต้องพิจารณาร่วมกันว่าวิธีการแก้ไขปัญหาคือ

ที่เหมาะสมกับท้องถิ่นหรือมีความเป็นไปได้ โดยชาวบ้านมีบทบาทหลักเข้ามามีส่วนร่วมให้มากยิ่งขึ้น และกำหนดโครงการหรือกิจกรรมที่จะดำเนินการ

2.3) การกำหนดแผนงานโครงการและการจัดการ (Planning Phase) กิจกรรมในช่วงนี้จะเป็นกระบวนการตัดสินใจร่วมกันเพื่อคัดเลือกโครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ ดังนั้น เพื่อความมั่นใจว่าโครงการที่ได้รับการคัดเลือก เป็นโครงการและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ดังนั้น หลังจากที่ผ่านมาขั้นตอน 2.1 มาแล้ว ผู้วิจัยควรจะต้องใช้วิธีการกระตุ้นให้ชาวบ้านมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหา การกำหนดโครงการ และกิจกรรมที่จะดำเนินการ

2.4) การปฏิบัติตามโครงการ (Implementation Phase) เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง โดยคำถามที่ผู้วิจัยจะต้องใช้ถามกันในกลุ่มหรือในขณะทำงานเพื่อการดำเนินการในขั้นนี้คือ ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร

3. ระยะเวลาติดตามและประเมินผลโครงการ (Monitoring and Evaluation Phase)

เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวกับการการวัดผลสำเร็จของโครงการซึ่งหากโครงการสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสมและอย่างต่อเนื่องก็อาจจะเป็นข้อพิสูจน์ถึงผลสำเร็จของโครงการได้ ในขั้นตอนนี้โดยมากแล้วผู้วิจัยจะร่วมกับประชาชนที่เป็นผู้ร่วมงานวิจัย ทำการตรวจสอบข้อมูลที่เป็นผลของการวิจัยว่าครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ จากนั้นจะมีการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และจัดเวทีประชาคม เพื่อนำเสนอผลการวิจัยเพื่อเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับชุมชน รวมถึงการสานต่อให้ชาวบ้านนำผลของการวิจัยไปดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนต่อไป อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาของการทำวิจัยและขั้นตอนของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นั้น อาจมีความแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียด ซึ่งไม่ถือว่าเป็นเรื่องผิดหรือถูก หากแต่เป็นความเหมาะสมในบริบทของการดำเนินงานวิจัยที่อาจมีข้อจำกัดที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องรวมกิจกรรมหลายกิจกรรมไว้ดำเนินการในในคาบเวลาที่ใกล้เคียงกัน หรือเป็นความต้องการของชุมชนเองที่จะกระชับขั้นตอนของการดำเนินงานวิจัย เพื่อมิให้กระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจะสั้นหรือยาว มีรายละเอียดมากหรือน้อยเพียงใดจึงอาจจะไม่ใช่เรื่องใหญ่ หากแต่การมุ่งตอบสนองความต้องการและข้อจำกัดของชุมชน รวมถึงการทำให้ชุมชนได้มองเห็นปัญหาของตนเอง เกิดความต้องการอย่างแท้จริงและมุ่งมั่นมีส่วนร่วมทั้งในการปฏิบัติงานวิจัยและการนำผลของการวิจัยไปใช้เพื่อปรับปรุงชุมชนให้ดีขึ้นนั่นเองเป็นเรื่องที่สำคัญมากกว่า ในขั้นตอนนี้ยังคงต้องอาศัยการมีเข้าใจที่ถูกต้องและการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ตลอดจนความกระตือรือร้นของฝ่ายต่างๆ โดยเฉพาะประชาชนไม่น้อยไปกว่าขั้นตอนก่อนหน้าการมีความเข้าใจที่ถูกต้อง การสร้างช่องทางการตรวจสอบงานวิจัยและการมีเครื่องมือประเมินผลการวิจัยว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง จะทำให้ทุกฝ่ายคาดหมายได้ว่า ผลลัพธ์ของการวิจัยจะปรากฏออกมาสอดคล้องกับความต้องการพัฒนาหรือสามารถ

ใช้ได้กับการแก้ไขปัญหอย่างตรงจุดและเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่องและบังเกิดผลประโยชน์ในภาพรวม

จากการทบทวนขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR)ตามที่กล่าวมาข้างต้นนั้น นับเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสังคมและชุมชนที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยเป็นงานวิจัยที่เริ่มต้นจากชุมชน สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาก็ได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ และมีนักวิจัยภายนอก ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้กระบวนการวิจัยบังเกิดผลสอดคล้องกับเป้าหมายอันนับได้ว่าการวิจัยได้ช่วยสร้างคุณลักษณะของการเรียนรู้แบบพหุภาคี พร้อมกับก่อให้เกิดผลพลอยได้ที่เป็นจิตสำนึกตระหนักในปัญหาหน้าที่ และร่วมกันแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มทำงานร่วมกันทั้งแก้ปัญหา และพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืนของชุมชน

5.8 เทคนิควิธีการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นการวิจัยที่เน้นถึงการวิเคราะห์ปัญหา และศึกษาหาแนวทางการแก้ไขปัญห การวางแผนโครงการ การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล ภายใต้การเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดกระบวนการดังกล่าว การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญยิ่งนัก จึงมีเทคนิควิธีการที่นำมาใช้ได้แก่ การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) จุดอ่อน (Weakness) โอกาส (Opportunities) และอุปสรรค (Threat) (SWOT Analysis) การใช้เทคนิคต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree) การสนทนากลุ่ม (Focus group) วิธีการดังกล่าวจะถูกแทรกอยู่ในขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Hampfrey, 1960; Dershem, 2009; Caplan, 1990)

ก. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค

การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) จุดอ่อน (Weakness) โอกาส (Opportunities) และอุปสรรค (Threat) (SWOT Analysis) เป็นเทคนิคที่นำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในทุกวงการ เป็นเทคนิคที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในองค์กรและบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการวิเคราะห์สถานการณ์ภายในและภายนอกชุมชน เป็นเทคนิคที่ทำให้กลุ่มบุคคลมีการเคลื่อนไหวไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพ หรือเป็นกลยุทธ์ไปใช้เพื่อให้เกิดแนวคิดมุมมองใหม่ ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ไว้ดังนี้

ช่วยในการตัดสินใจ โดยกระบวนการทำงานเปิดโอกาสให้สมาชิกผู้เข้าร่วมมีการรับฟังความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมในกระบวนการวิเคราะห์แต่ละขั้นตอน

1. ช่วยให้เกิดความชัดเจน และสมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ รวมทั้งเข้าใจปัจจัยที่จะช่วยทำให้เกิดความสำเร็จ
2. ทำให้มีการจัดการปัจจัยสำคัญที่จะเชื่อมโยงไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการส่งเสริมสุขภาพ
3. ผู้บริหารหรือผู้ดำเนินการสามารถวิเคราะห์ประเด็นซึ่งนำไปสู่ความล้มเหลวในอดีต
4. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ช่วยหาแนวทางที่จะนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ ทำให้เกิดการคิดอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) นั้น จะถูกนำไปใช้เมื่อมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมเพื่อระดมความคิดเห็น การวางแผน/การจัดทำแผนกลยุทธ์ การประเมินผลผลิต การประเมินการแข่งขัน การวางแผนพัฒนาบุคลากร การตัดสินใจ และการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน เป็นต้น

ข้อควรระวังในการทำการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis)

1. ทำการวิเคราะห์อย่างรอบคอบและระมัดระวัง
2. บันทึกเหตุการณ์ ความคิดและข้อคิดเห็นต่างๆ
3. ให้ทำการประเมินผลการดำเนินงานในตอนสุดท้าย
4. เลือกบุคคลเข้าร่วมให้เหมาะสมในการทำการวิเคราะห์
5. เลือกผู้ที่เป็นผู้นำหรือผู้ที่อำนวยความสะดวกในการทำการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม
6. ส่งเสริมให้มีการคิดนอกกรอบ
7. เปิดโอกาสให้แก่สมาชิกทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

สิ่งที่ไม่ควรทำและระมัดระวังอย่าให้เกิดขึ้น

1. การปิดบังจุดอ่อนหรือจุดที่เป็นจุดซ่อนเร้น
2. การผิดพลาดในการจดบันทึก การเขียนข้อความที่ไม่เป็นจริง
3. ไม่มองปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลและกระแสนิยม
4. ไม่ทำให้การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค(SWOT Analysis) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการตำหนิติเตียน

5. การปฏิเสศผลที่ได้รับในขั้นตอนสุดท้าย

การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค เป็นการมองภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้านตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และการรับรู้จุดอ่อนหรือจุดบกพร่องจะช่วยให้หาแนวทางแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น ตลอดจนการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรคที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้มีข้อมูลไว้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขได้อย่างทันที่

ข. ต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree)

กระบวนการวิเคราะห์ต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำมาใช้ในองค์กรเพื่อทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาบุคลากร ใช้ในการดำเนินงานในชุมชนเพื่อหาคำอธิบายหรือสืบสวนหาสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากปัญหาที่พบ ทำให้ชุมชนมองเห็นความสำคัญของปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้น

เดอร์แชม (Dershem, 2009) ได้อธิบายกระบวนการวิเคราะห์ต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree) นั้น เปรียบเสมือนว่ามีต้นไม้อยู่หนึ่งต้นที่มีรากอยู่ส่วนรากนั้นหมายถึง สาเหตุของปัญหา ลำต้นอยู่ส่วนกลาง แสดงถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และกิ่งก้านของต้นไม้อยู่บนบน นั่นคือผลที่เกิดจากปัญหา การวิเคราะห์ต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree) เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการจำแนกและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน จะทำให้ค้นพบแนวทางในการแก้ปัญหาและมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้การสื่อสารเป็นกลยุทธ์ การร่วมกันอภิปรายถึงสาเหตุของปัญหาสามารถช่วยให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่ได้รับรู้ว่าใครควรที่จะได้รับความสนใจในการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมแก้ไขสาเหตุของปัญหา กระบวนการวิเคราะห์ต้นไม้แห่งปัญหา สามารถนำไปใช้ในการทำให้เกิดโครงการพัฒนาชุมชนโดยมีวิธีการคิดอย่างเป็นระบบในการพยายามที่จะทำให้เกิดการพัฒนาชุมชน วัตถุประสงค์ของการทำต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree) คือการจำแนกปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในชุมชนเพื่อที่จะวิเคราะห์หาสาเหตุเรียงลำดับความสำคัญอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้เกิดแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน คำถามหลักที่นำมาใช้ในการอภิปรายมักจะเป็นคำถาม “ทำไม (Why)” เพื่อกระตุ้นให้เกิดความคิดและช่วยทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างผู้เข้าร่วม การวิเคราะห์ต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree) เป็นรูปแบบของการวางแผนโครงการที่สำคัญ ช่วยในการค้นหาวิธีการแก้ปัญหาโดยการหาแผนที่ยำลองสิ่งมีชีวิต(ต้นไม้) ที่เป็นสาเหตุและผลที่เกิดขึ้น ซึ่งมีประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นจะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อให้สามารถจัดการได้ และทำให้เกิดความชัดเจนสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยที่เป็นสาเหตุและช่วยให้มองเห็นความสำคัญตรงตามวัตถุประสงค์

2. ทำให้เกิดความเข้าใจปัญหาและทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มบุคคล โดยมีการค้นพบแนวทางในการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดผลดีกับทุกภาคส่วน
3. เป็นการจำแนกแยกแยะประเด็นที่เป็นองค์ประกอบที่สามารถช่วยให้ได้ข้อสรุปว่าใครหรือหน่วยงานใดควรที่จะทำอะไรในกระบวนการอย่างเป็นขั้นตอน
4. ช่วยกำหนดข้อมูลหรือหลักฐานที่ชัดเจน หรือทรัพยากรที่จำเป็นที่สามารถนำมาช่วยในการแก้ปัญหา
5. แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทั้งในอดีตและปัจจุบัน
6. กระบวนการวิเคราะห์ช่วยสร้างความเข้าใจทำให้เกิดการยอมรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก

กระบวนการทำต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree)

ในการจัดประชุมเพื่อทำการวิเคราะห์ต้นไม้แห่งปัญหา(Problem tree)มีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้มีสมาชิกกลุ่มประมาณ 6-8 คน สมาชิกกลุ่มไม่ควรมีจำนวนมากเพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสและส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ถ้ามีสมาชิกจำนวนมาก สามารถที่จะแบ่งกลุ่มย่อย โดย กลุ่มที่ 1 ทำสาเหตุ และกลุ่มที่ 2 ทำการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้น ก็สามารถทำได้ตามความเหมาะสม
2. ถ้ามีการทำงานมากกว่า 1 ปัญหา ผู้ดำเนินการควรออกแบบให้แต่ละกลุ่มทำปัญหาที่แตกต่างกัน
3. อุปกรณ์ที่ใช้คือ กระดาษคลิปชาร์จ ปากกาเมจิกหลากสีสำหรับเขียน/วาดภาพต้นไม้ กระดาษการ์ดสีต่างๆ

ขั้นตอนการทำต้นไม้แห่งปัญหา (Problem tree)

1. อธิบายให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของต้นไม้ โดยให้ต้นไม้มีราก ลำต้น กิ่งก้าน ใบ และผล กำหนดให้รากคือ สาเหตุของปัญหา ลำต้น คือ ปัญหา กิ่งก้านใบและผลคือสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาในกระบวนการวิเคราะห์
2. ผู้ดำเนินการแจกกระดาษคลิปชาร์จและปากกาเมจิกให้สมาชิกผู้เข้าร่วมแต่ละกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนช่วยกันวาดภาพต้นไม้ 1 ต้น ลงบนกระดาษคลิปชาร์จ โดยให้มีราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบและผล
3. ให้สมาชิกกลุ่มวิเคราะห์ถึงสาเหตุปัญหาแล้วเขียนลงบนกระดาษการ์ด (สีฟ้า) นำไปติดที่รากของต้นไม้ โดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และเขียนปัญหาลงบน

กระดาศการ์ด (สีเหลือง) นำไปติดบนลำต้นของต้นไม้ ในการอภิปรายปัญหา คำถามที่มักจะใช้คือ “เกิดปัญหาอะไรขึ้นในขณะนี้ และจะมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร” “ผลที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงจากปัญหานั้นคืออะไร” “สาเหตุอะไรที่จะแก้ไขได้ง่าย/สาเหตุอะไรที่จะแก้ไขได้ยาก...ทำไม?” “ใครจะมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหา รัฐบาล เอกชน ประชาชน ฯลฯ” (คำตอบที่ได้ให้เขียนลงบนกระดาศการ์ดสีที่แตกต่างกันเพื่อให้เห็นได้ชัดเจน)

4. ให้สมาชิกกลุ่มวิเคราะห์กิจกรรมที่จะช่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเขียนลงบนกระดาศการ์ดสีเขียว แล้วนำไปติด กิ่งก้านของต้นไม้

5. ให้สมาชิกกลุ่มวิเคราะห์ถึงผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ช่วยแก้ปัญหาแล้วเขียนลงบนกระดาศการ์ดสีชมพู แล้วนำไปติดที่ผลของต้นไม้

ในการปฏิบัติถ้ามีเวลามากพอผู้ดำเนินการควรเขียนคำพูดของสมาชิกที่เข้าร่วมไว้บนต้นไม้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมได้ทำการสำรวจสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่เป็นสาเหตุซึ่งประกอบด้วยทัศนคติ พฤติกรรมและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น

เมื่อได้แผนภาพต้นไม้ที่มีการอธิบายถึงสาเหตุของปัญหา หน่วยงานที่จะมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหา ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล เอกชน รวมทั้งประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมีกิจกรรมที่จะช่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นรวมทั้งทราบผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมแล้วนั้น ทำให้มองเห็นแนวทางการแก้ปัญหา โดยในลำดับต่อไป ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนจัดการแก้ไขปัญหานั้นให้นำประเด็นเหล่านั้นมาเขียนโครงการ โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรม หน่วยงานที่รับผิดชอบ และผลที่ได้รับโดยนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานต่อไป

ค. การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นความต้องการความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่มีความสนใจเฉพาะ โดยมีเป้าหมายคือเป็นการดึงออกมาซึ่งการรับรู้ความรู้สึก ทัศนคติและแนวความคิดเห็นของผู้ที่เข้าร่วมเกี่ยวกับหัวข้อที่สนใจ การสนทนากลุ่มจะไม่นำไปใช้เพื่อการประเมินผล ประโยชน์ที่ได้รับจากการสนทนากลุ่ม คือ แต่ละคนที่มาร่วมแสดงความคิดเห็นต่อหัวข้อที่สนใจซึ่งไม่เพียงแต่การได้รับมุมมอง หรือแนวคิดของแต่ละคนเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เข้าประชุมและยังทำให้เกิดความรู้สึกของการร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคม (Caplan, 1990)

แคปแลน (Caplan, 1990) ได้เสนอแนะแนวทางการดำเนินการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ควบคุมการสนทนาจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน ควรมีการจัดเตรียมรายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการ กำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน เช่น ทำไมถึงจัดให้มีการสนทนากลุ่ม ใครคือผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีประเด็นอะไรบ้างที่ต้องการวินิจฉัยหรือต้องการคำตอบ

2. สร้างบรรยากาศในการประชุมให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกอิสระและเป็นธรรมชาติ ไม่ใช้วิธีการสั่งการ ให้ผู้เข้าร่วมได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ใช้เวลาในการสนทนาประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง

3. การคัดเลือกผู้เข้าร่วมควรมีคุณสมบัติตรงตามหัวข้อที่จัดขึ้นในด้านคุณวุฒิทางการศึกษา ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ทำงานที่ตรงตามหัวข้อที่จัดขึ้น ให้มีความหลากหลายไม่ควรเลือกคนที่มาจากที่ทำงานเดียวกัน โดยทั่วไปมีจำนวนสมาชิก 6 – 12 คน ทำการส่งจดหมายเชิญโดยอธิบายว่าต้องการให้มาทำอะไรในการมาเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

4. ผู้ควบคุมเวทีควรมีการจัดเตรียมรายละเอียดของการประชุม จัดเตรียมประเด็นคำถามการจัดโปรแกรมการสนทนากลุ่มจะต้องให้ได้รับคำตอบในเรื่องที่สนใจตรงตามประเด็นที่ต้องการ

5. จัดเตรียมสถานที่ประชุม สิ่งอำนวยความสะดวก การบันทึกเสียง การบันทึกภาพ จัดทำป้ายชื่อผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จัดเตรียมอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วม

6. การวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม เมื่อเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ที่เก็บข้อมูลจะต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจดบันทึก และฟังคำพูดจากการบันทึกเทป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

6.1 การถอดเทป ให้ฟังจากเทปบันทึกเสียงโดยจดบันทึกคำบรรยายที่เป็นคำพูดของผู้ที่เข้าร่วมการสนทนาจัดการข้อมูลให้ตรงตามประเด็นเนื้อหาตามประเด็นหัวข้อการสนทนาที่ได้กำหนดไว้

6.2 ทำการตรวจสอบประเมินว่าแต่ละคนอธิบายหัวข้อการสนทนาว่าอย่างไร มีความเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่ มีอะไรที่แตกต่างกัน ซึ่งมีความสำคัญที่จะต้องนำไปพิจารณา

6.3 อธิบายแต่ละประเด็น และจัดหาคำพูดเขียนเป็นข้อคิดเห็นที่สนับสนุนหัวข้อการสนทนา

7. การจัดทำรายงานผลการสนทนากลุ่ม จัดพิมพ์ผลการสนทนากลุ่มลำดับเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงของข้อมูลที่ได้รับตามประเด็นการสนทนา

ประโยชน์ของการสนทนากลุ่ม

1. เป็นวิธีการที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งได้อนุญาตให้มีการอภิปรายข้อมูลเชิงลึก มีการสืบสวนข้อมูลในประเด็นที่สนใจที่สามารถรวบรวมความคิดเห็นของคนมากกว่า 1 คน และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมกันในกลุ่ม สามารถที่จะได้รับผลจากการบรรยายอย่างละเอียดในหัวข้อที่ผู้เข้าร่วมสนใจและมีความเข้าใจ

2. การสนทนากลุ่มทำให้ได้รับข้อมูลที่ตีความคุณค่าแก่การลงทุน ใช้เวลาน้อยกว่าการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ (ถ้าเทียบจากการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หรือการใช้แบบสอบถาม)

3. ถ้าต้องการข้อมูลในเชิงลึก เช่น ต้องการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลขณะที่เข้าร่วมการสนทนาสามารถสังเกตได้ถ้าอยู่ในห้องที่สามารถมองเห็นจากกระจกด้านเดียว

ข้อควรคำนึงถึงในการสนทนากลุ่ม

1. ความสามารถของผู้เข้าร่วมแต่ละคนที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคลอื่น
2. การสนทนากลุ่มมีการจำกัดเวลา ดังนั้นข้อคำถามที่นำมาใช้จะต้องถูกออกแบบให้เหมาะสมและได้รับคำตอบที่ตรงตามหัวข้อที่สนใจ
3. ขณะที่ทำการสนทนากลุ่ม ผู้ควบคุมเวทีจะต้องมีการตอบรับ แสดงความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในคำตอบของผู้เข้าร่วม
4. คุณภาพของข้อมูลที่ได้รับขึ้นอยู่กับทักษะของผู้ควบคุมเวทีการสนทนากลุ่ม
5. ควรพิจารณาคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มอย่างเหมาะสมกับหัวข้อเรื่องที่สนใจ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพ

จะเห็นได้ว่ามีเทคนิควิธีการที่นำมาใช้เพื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนอย่างหลากหลายวิธีการ เทคนิควิธีการแต่ละรูปแบบมีวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้โดยตัวของเครื่องมือเอง ดังนั้น ผู้ที่จะนำไปใช้จึงควรศึกษาวิธีการใช้ หรือขั้นตอนการดำเนินการอย่างละเอียด คำนึงถึงข้อควรระมัดระวังในการนำไปใช้ ให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีความถูกต้องตามความเป็นจริงแบบคำต่อคำจัดแยกรายละเอียดของข้อมูลออกเป็นกลุ่มตามคำพูดของผู้เข้าร่วมการสนทนาตามหัวข้อการสนทนาอ่านเนื้อหารายละเอียดทั้งหมด ทบทวนเนื้อหาอีกครั้ง โดยฟังจากการบันทึกเทปเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอ่านอีกครั้งในแต่ละประโยค จัดกลุ่มความคิดตามข้อเท็จจริงของข้อมูลและกำหนดประเด็นการสนทนา ซึ่งเรียกว่า “การถอดรหัส”

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2544) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 7 คน วัตถุประสงค์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยศึกษาปัญหาสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน วางแผนร่วมกับผู้สูงอายุเพื่อสร้างรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติตามรูปแบบที่วางไว้คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) พิจารณาหาทางเลือกเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน 3) เสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการให้คำปรึกษาให้ข้อมูลและความรู้ตามปัญหาของแต่ละบุคคล 4) จัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 5) ติดตามช่วยเหลือประเมินผลน้ำตาลในเลือด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคดีขึ้น ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เป็นที่ยอมรับของแพทย์และผู้ป่วย และเกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวาน

นรเศรษฐ์ เรืองพยุงศักดิ์ (2549) ได้ศึกษาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหลวงอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ปี 2549 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research; PAR) ด้วยเทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 80 คน จาก 16 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3 แห่ง ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ บริบทชุมชน พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C และแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า บริบทชุมชน ความพร้อมของผู้สูงอายุทางด้านสังคม ภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง มีผลต่อการประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือกลุ่มตัวอย่างมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานอาหาร

รศ.เค็มจัด 5) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ พยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และ 6) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านการจัดการกับความเครียดพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้จัดทำโปรแกรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน มากขึ้น เน้นการปฏิบัติการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และส่งเสริมเรื่องของการจัดการความเครียด

พนมมาศ สุภิกำ (2551) ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ในด้านปัญหาการปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ และการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ การดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านการปฏิบัติสุขนิสัยประจำวัน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียด โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 57 คน พบว่า การปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการและด้านการจัดการกับความเครียดซึ่งมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นบางครั้ง ระยะที่ 2 ศึกษาเพื่อค้นหาแนวทางหรือยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการใช้กระบวนการกลุ่มและระดมความคิด พบว่า ได้แนวทางหรือยุทธศาสตร์ ที่ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) การอบรมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) การสาธิตเมนูอาหารสำหรับโรคความดันโลหิตสูง 3) การจัดตั้งกลุ่มร่ำไม่พลอง ระยะที่ 3 ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการและด้านการจัดการกับความเครียดโดยภาพรวมมีการปฏิบัติถูกต้องบ่อยครั้งและเป็นประจำแตกต่างจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล และคณะ (2551) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2550 ผลการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนและนอนหลับ ด้านอารมณ์และสังคม ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า อาชีพ อายุและรายได้มีความสัมพันธ์พฤติกรรมเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย เพศ อายุและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และดื่มสุรา อายุมีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัว น้ำหนักก่อนและหลังเข้าเป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพไม่แตกต่างกัน

วารุณี สิงหสุรศักดิ์ (2551) การศึกษาแนวทางการประยุกต์ใช้ทำรำไทยมาตรฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ศึกษาทำรำไทยมาตรฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

และแนวทางการประยุกต์ใช้ท่ารำไทยมาตรฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ในสถานสงเคราะห์คนชราและชมรมผู้สูงอายุศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวม 5 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลมี 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้รู้จำนวน 10 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติจำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ให้ ข้อมูลกลุ่มทั่วไปจำนวน 50 คน พบว่า ท่ารำไทยมาตรฐานทั้ง 10 ท่า มีส่วนช่วยส่งเสริมสมรรถภาพ การทำงานของอวัยวะทุกส่วนของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีผู้สูงอายุสามารถประยุกต์ใช้ท่ารำไทยเหล่านี้ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล ยิ่งไปกว่านั้นการที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ที่มีวัยใกล้เคียงกัน ทำให้มีเพื่อนคุย มีที่ปรึกษา เกิดความอบอุ่นใจ

อัญชลี นพรัตน์ (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับสูง 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของ รายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ปัจจัยนำโดยรวม ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยเอื้อโดยรวม ได้แก่ ที่ส่งเสริมสุขภาพด้านสถานที่ระยะทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 5) ปัจจัย เสริมโดยรวม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสื่อประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมชาย ต่อเพ็ง (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 342 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรสและระดับ การศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ปัจจัยเอื้อได้แก่ นโยบายส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ การมีและเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขและการมีชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับ คำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัวและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 6) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้แก่ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์และการมีชมรมผู้สูงอายุตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.80

พนัญญา ประดับสุข (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึกอำเภอสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึกอำเภอสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำและภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 6) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ ตัวแปรทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.9

นิตยากร ลุนพรหม (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนบ้านดงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออกดตาวา ผลการวิจัยพบว่าการศึกษาศาสนาการณการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้พบปัญหา 1) นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เน้นการให้บริการแบบตั้งรับที่สถานีนานมัยมากกว่าการให้บริการเชิงรุกในชุมชน 2) สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ 3) ไม่มีกิจกรรมในชุมชนที่ก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 4) ไม่มีการพัฒนาทักษะของ

ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีปัญหาและอุปสรรคในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียด 5) การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ผลของการพัฒนาพบว่า 1) มีข้อตกลงของชุมชนในการที่จะให้ครอบครัวชุมชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น 2) มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าการจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ สะอาดและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งได้พบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุและมีการเอาใจใส่ดูแลมากขึ้น 3) มีการสร้างกิจกรรมในชุมชนให้เข้มแข็งโดยพบว่ามีกลุ่มออกกำลังกายด้วยยางยืดในชุมชน และมีชมรมผู้สูงอายุ จากการประเมินพบว่า ทำให้ชุมชนเกิดกระแสการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น 4) มีการพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ และใช้แรงสนับสนุนจากผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งพบได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (70-140 mg/dl) ได้ ร้อยละ 81.8 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น การพัฒนาทักษะของการเยี่ยมบ้าน ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ การพัฒนาทักษะของอาสาสมัคร โดยการให้ความรู้และการเยี่ยมครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้พบว่าการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในชุมชน 5) เจ้าหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการให้บริการในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และการแก้ปัญหาตามปัญหาและความต้องการของชุมชน จากการประเมินพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน และทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จด้วยดี

จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์ (2552) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อความยั่งยืนโดยเครือข่ายประชาคมในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและพัฒนาเครือข่ายประชาคมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยเครือข่ายประชาคมในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยใช้พื้นที่ศึกษาตำบลท่าสองคอน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้แทนประชาชนจากภาคีสุขภาพจำนวน 13 หมู่บ้าน รวม 390 คนใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการวิจัย 3 ระยะคือ 1) ระยะวิเคราะห์สภาพความพร้อมด้านการมีส่วนร่วม 2) ระยะการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยการสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน 3) ระยะประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า สภาพความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมการจัดการระบบสุขภาพภาค

ประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน อย่างยั่งยืนประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถและสร้าง ค่านิยมโดยกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน พัฒนาทักษะ สร้างสัมพันธ์ในโครงสร้างองค์กร พัฒนารูปแบบ การทำงานร่วมกัน และการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ ทำให้ประชาชน สามารถกำหนดวิสัยทัศน์ วิเคราะห์ปัญหาและหาวิธีการแก้ไขและกำหนดยุทธศาสตร์ในการจัดการ สร้างเสริม ตลอดจนสามารถประเมินผลได้ด้วยตนเอง

กรกนก ญ้าลาภ (2554) ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต สูงขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยยั้ง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความคาดหวังและสภาพที่เป็นจริงในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบความคาดหวังและสภาพที่เป็นจริงในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูงขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยยั้ง จำนวน 177 คน พบว่า ด้านการประชาสัมพันธ์การ ส่งเสริมสุขภาพ ความคาดหวังและสภาพที่เป็นจริงมีค่าเท่ากัน ส่วนด้านการจัดทำโครงการส่งเสริม สุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ความคาดหวังมีค่าน้อยกว่าสภาพที่เป็นจริง

อิทธิพล คุ่มวงศ์ (2554) ได้ศึกษาการออกกำลังกายก่อให้เกิดผลดีแก่ทุกเพศทุกวัย ในอนาคต ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคอ้วน และความดันโลหิตสูง เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการ ออกกำลังกายในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องของ ผู้สูงอายุ ในเขตตำบลดงกลาง อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 70 คน เลือกรandomized อย่างโดย วิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 35 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ การเสนอตัวแบบการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การอภิปรายกลุ่มและ สรุปลงผลการออกกำลังกายและการให้สิ่งชักนำ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการรับรู้ ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองโดย สรุปลงผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการออกกำลังกายในทางที่ดีขึ้น จึงควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณานำรูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในตำบลหรืออำเภออื่นๆ ต่อไป

ปานทอง ผุดผ่อง (2555) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านกุดจอก โดยการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ของสถาบันพระปกเกล้า มาเป็นแบบในการดำเนินการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 58 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู พระ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุจำนวน 32 คน ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุบ้านกุดจอก ด้วยบริบทชุมชนกึ่งเมืองที่ประชาชน ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม อาชีพรอง เป็นรับจ้าง ทำให้ผู้สูงอายุและเด็กอยู่บ้านโดยลำพังการรับประทานอาหารยังไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนน้อย องค์กรในชุมชนขาดการบูรณาการร่วมกัน ดำเนินการโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู พระเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ ด้วยเทคนิคการแก้ปัญหาและเทคนิควางแผนปฏิบัติการ องค์กรในชุมชนบูรณาการและมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้แกนนำชุมชนมีศักยภาพในการดำเนินการ มีรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม

ศรียุญา นพวิบูลย์ (2556) ศึกษากระบวนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการศึกษา เรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านคูกเหนือ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านคูกเหนือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 40 คน ได้แก่ กลุ่มแกนนำชุมชน ประกอบไปด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสารจิตรและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในบริบทและความเป็นมาของชุมชน พบว่า ชุมชนบ้านคูกเหนือมีกลุ่มแกนนำที่เข้มแข็งมีการรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุระดับหมู่บ้านยังไม่มีมีการรวมกลุ่มที่ชัดเจนแต่การรวมกลุ่มเป็นการรวมเพื่อกิจกรรมเฉพาะ เช่น การประชุมหมู่บ้าน สำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจัดร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลสารจิตรนอกจากนี้ชุมชนบ้านคูกเหนือเป็นที่ตั้งของหน่วยงานราชการระดับตำบลทุกหน่วยงานจึงได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการศึกษานี้ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านคูกเหนือ กลุ่มแกนนำชุมชนได้ให้ความร่วมมือและร่วมแสดงความคิดเห็น กระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน เริ่มจากการค้นหาปัญหา สาเหตุและการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่สองคือ การวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นเป็นขั้นตอนการลงทุนและปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และขั้นตอนสุดท้ายคือการติดตามและประเมินผลกิจกรรมส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำกระบวนการเอไอซี (AIC) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) Appreciation การสร้างความรู้ความเข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน 2) Influence การสร้างแนวทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ 3) Control ขั้นตอนการกำหนดแนวทางปฏิบัติเข้ามาใช้ในกิจกรรมระดมความคิดผลจากการศึกษาทำให้ได้ประเด็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ประเด็น และเขียนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ 21 กิจกรรม และจัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพได้ 6 แผนงาน และแกนนำชุมชนร่วมจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมสุขใจ ใต้ร่มธรรมะ และกิจกรรมหนุ่มหล่อสาวสวยรอยสุขภาพดี การวิเคราะห์ข้อมูลจากการทำแบบสอบถามเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลัง ผลปรากฏว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านคูกเหนือหลังร่วมทำกิจกรรมสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนาวรัตน์ ช่างไม้ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางรักน้อย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีระดับการปฏิบัติปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ตามลำดับ 4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกสบายและสิ่งอำนวยความสะดวกทางทรัพยากร และการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 6) ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคือ สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพเจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริม โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้

ไพศาล ไกรรัตน์ (2556) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจากผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวต่อการบริโภค

อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพิ่มมากขึ้นจากก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสรุปปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นคือ การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการประยุกต์กระบวนการกลุ่มอย่างเป็นระบบ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกทักษะและประสบการณ์แบบทางตรงกับผู้ที่เป็ต้นแบบ โดยการสนับสนุนและติดตามของผู้ให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ชนิดาวดี สายัน (2556) ได้ศึกษา 1) สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเมืองสรวง 2) การจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดตปัญญาศึกษาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน และ 3) ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดตปัญญาศึกษาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุที่เสี่ยงเบาหวาน 20 คน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลเมืองสรวง และเทศบาลตำบลเมืองสรวง จำนวน 7 คน กลุ่มผู้นำชุมชน และสาธารณสุขจำนวน 11 คน และอาสาสมัครที่สมัครใจดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผลการวิจัยพบว่า

1) ผลการศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ และความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเมืองสรวง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีภาวะสุขภาพรายบุคคล ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ค่า BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 รอบเอวเกินเกณฑ์ ค่าความดันโลหิตค่าบนเกินเกณฑ์ ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 mg/dl HbA1c อยู่ระหว่าง 5.7-6.4 การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 อ. ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ให้สัมภาษณ์ ด้าน อ. อาหารมีการรับรู้เหมาะสมและไม่เหมาะสมจำนวนเท่ากัน ด้าน อ. ออกกำลังกาย พบว่า ด้าน อ. ออกกำลังกายมีการรับรู้เหมาะสมและไม่เหมาะสม จำนวนเท่ากันและส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่วนด้าน อ. อารมณ์ มีการรับรู้เหมาะสมทั้งหมด ส่วนพฤติกรรมด้านอารมณ์/การจัดการเหมาะสมและไม่เหมาะสมเท่ากัน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แหล่งบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่บริโภคประเภทสารอาหารคาร์โบไฮเดรตข้าวเหนียวและข้าวสวยเป็นอาหารหลัก สัดส่วนข้าวที่รับประทานต่อวัน พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือใช้แรงงานพบว่า ผู้สูงอายุทุกคนใช้แรงงานสะสมมากกว่าวันละ 30 นาทีในวิถีชีวิตทุก ๆ วันจากการทำงานประจำ การประกอบอาชีพ พฤติกรรมอารมณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการร่วมกิจกรรมไปวัดทำบุญฟังเทศน์ และผลการประเมินแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย พบว่า ส่วนใหญ่ปกติ

2) การเรียนรู้ตามแนวคิดตปัญญาศึกษา เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนพบว่า ชั้นเตรียมการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ จัดเวทีร่างหลักสูตร จัดทำหลักสูตรการจัดการการเรียนรู้ นำหลักสูตรฉบับร่างและตรวจสอบความสอดคล้องของหลักสูตรกับเนื้อหา การเตรียมการจัดการเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้ การประเมิน

3) ผลการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดปัญญาศึกษา เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพประเด็น 3 อ จากการสัมภาษณ์ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดปัญญาศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการรับรู้ 3 อ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจากการสัมภาษณ์และการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหารจากการสัมภาษณ์และการสังเกตพฤติกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้รสหวานจัด หรือจำกัดปริมาณในการรับประทาน, อาหารใส่กะทิ อาหารทอด, เนื้อมัน เปลี่ยนมารับประทานอาหารประเภทปลา อาหารพื้นบ้าน เน้นอาหารจำพวกผักมากขึ้น ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวกายออกแรงในการทำงานประจำในวิถีชีวิต สะสมมากกว่าวันละ 30 นาทีทุกวัน ด้านพฤติกรรมอารมณ์ การจัดการกับอารมณ์จากการสัมภาษณ์ และการสังเกต พบว่า ผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย และมีนิสัยเฉพาะที่มีผลกระทบต่อคนอื่น เช่น เจ้าระเบียบ จู้จี้ขี้น จนคนอื่นมองว่าเป็นคนเจ้าอารมณ์หลังการพัฒนาคนใกล้ชิดบอกใจดี ไม่ขี้น สงบเย็นลงไม่ตอบโต้ ผู้สูงอายุบอกเดี๋ยวนี้ทำใจได้ง่าย ไม่ค่อยหงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย หรือถ้าหงุดหงิดก็หายเร็วไม่เก็บมาคิดให้วุ่นวายใจเหมือนเดิม การประเมินภาวะซีมีเคร้าของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังดำเนินกิจกรรม พบว่า อยู่ในระดับปกติ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีน้ำตาลในเลือด รอบเอว และ FBS ก่อนและหลังการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมี HbA1c ก่อนและหลังการเรียนรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลและเทศบาลและกลุ่มแกนนำชุมชน ให้การสนับสนุนและพัฒนา กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ และมีความพร้อมในการให้บริการตามแผนงานที่ตนเองรับผิดชอบ สามารถให้บริการเชิงรุกในชุมชนได้แต่มีความต้องการผู้ประสานในการจัดเตรียมพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ ส่วนทางเทศบาลมีงบประมาณและสามารถประสานงานจัดเตรียมพื้นที่เข้าถึงชุมชนได้แต่ขาดกำลังเจ้าหน้าที่ในการบริการต้องการผู้เชื่อมประสานต่อกับโรงพยาบาลในการดำเนินงาน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ตามแนวคิดปัญญาศึกษาโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก และการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เกิดขึ้นภายใต้บริบทของชุมชนแห่งการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน กล่าวคือ ผู้สูงอายุกล้าเปิดเผยตัวตนมากขึ้นในวันแรกๆ ผู้ที่ไม่กล้าพูดจะพูดน้อยในการเรียนรู้ครั้งต่อไปจะกล้าพูดมากขึ้น ส่วนคนที่ชอบพูดจะปรับเปลี่ยนเป็นพูดน้อยลงฟังเพื่อนพูดมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมากขึ้นแม้ในห้องเรียน ผู้สูงอายุกล้าเปิดเผยตัวตน แลกเปลี่ยนและร่วมเรียนรู้กิจกรรมที่ฝึกสติ สมาธิ และได้อยู่กับตนเอง ผู้สูงอายุนำไปใช้ในชีวิตประจำวันก่อให้เกิดความสงบในใจ เกิดความผ่อนคลาย เบา สบาย ใน

ขณะเดียวกันเปิดรับต่อการรับรู้ที่เข้ามากระทบกับผัสสะการมีสติรู้เท่าทันที่เกิดขึ้นทำให้ชะลอการตอบสนอง มีความรัก ความเมตตา และความปรารถนาดีต่อสรรพสิ่ง มีจิตสาธารณะมากขึ้น

อาจินต์ สงทับ (2556) ได้ศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง และเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา การวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ช่วงที่หนึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 275 คน ช่วงที่ 2 เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการประชุมกลุ่ม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนธานี จำนวน 1 คน ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลควนธานี จำนวน 2 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลควนธานี จำนวน 12 คน แกนนำชุมชน จำนวน 2 คน และนักวิจัย จำนวน 3 คน ช่วงที่ 3 เป็นการทดลองรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุบ้านบิณฑิย หมู่ที่ 5 ตำบลควนธานี จำนวน 51 คน ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมจากการสำรวจ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 69.8 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการระดับดีสูงสุด ร้อยละ 82.5 รองลงมาคือด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณร้อยละ 81.8 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ระดับดีน้อยที่สุดคือด้านการออกกำลังกายร้อยละ 54.9 รองลงมาคือการจัดการกับความเครียดร้อยละ 72.5 หลังการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.1 เมื่อพิจารณารายด้านก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากที่สุดคือเรื่องการพัฒนาด้านจิตวิญญาณร้อยละ 90.2 ส่วนด้านอื่นๆต่ำกว่าร้อยละ 80 ด้านที่ปฏิบัติได้ในระดับพอใช้คือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 49.0 หลังการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีทุกด้านเกินร้อยละ 80.0 ด้านที่ปฏิบัติในระดับดีมากที่สุดคือโภชนาการร้อยละ 94.1 รองลงมาคือด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 92.2 หลังการทดลองในภาพรวม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ค่าเฉลี่ย 2.62 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนนและคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) จากการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการของผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยคือ 2.85 จากคะแนนเต็ม 3.0 คะแนน โดยผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 85.2

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนศึกษาในผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 415 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้านได้ ดังนี้

พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสุขภาพที่อยู่อาศัย รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมากการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ประภัสสร ผิวหอม (2557) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสุรินทร์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวิตสังคม ปัจจัยเสริม ปัจจัยสนับสนุน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์ และเพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านชีวิตสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ตลอดปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.50 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 93.00 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.21 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี และมีอายุสูงสุด 89 ปี โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 8,352.75 บาท โดยมีรายได้ต่ำสุดเท่ากับ 7,200 บาท มีรายได้สูงสุดเท่ากับ 19,500 บาท ปัจจัยเสริมและปัจจัยสนับสนุน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับดี ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางชีวิตสังคม ปัจจัยเสริม ปัจจัยสนับสนุนกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ปัจจัยด้านชีวิตสังคม ได้แก่ รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับการศึกษา ประถมศึกษามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัด สุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อายุ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุรินทร์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพสมาชิกชมรม และการจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกชมรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุรินทร์ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการ สนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของและด้านการเงิน และการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาตัวแปร พยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมาชิกชมรม การ รับรู้ข่าวสารด้านการสร้างเสริม สุขภาพ และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของและด้านการเงิน การมี ส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบาย ความแปรปรวนของ พฤติกรรม การส่งเสริม สุขภาพของสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัด สุรินทร์ ได้ ร้อยละ 51.90

ชนาธิป ศรีพรหม (2557) ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความต้องการ ในการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และหาประสิทธิภาพของ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุในเขตตรวจ ราชการสาธารณสุขเขต 13 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร และ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 400 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัด อุบลราชธานี จำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่า สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตรวจราชการ สาธารณสุข เขต 13 มีสภาวะสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้าน โภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และด้านการ จัดความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งหมด 6 ด้าน คือ ด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้าน การส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดความเครียด รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) หลักการของรูปแบบ เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งมีความยืดหยุ่น สามารถปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล 2) วัตถุประสงค์ของ รูปแบบ เพื่อให้เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ 3) กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นในการ ส่งเสริมสุขภาพ ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน และขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ 4) เงื่อนไขความสำเร็จ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการส่งเสริมสุขภาพ สามารถเรียนรู้ กระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพครบทุกขั้นตอน ตลอดจนมีการถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ระหว่างกันและตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณและด้านการขจัดความเครียด ก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ เกี่ยวกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ /หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที ก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนการมีสุขภาพจิตดีก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

จากการทบทวนเอกสารสะท้อนให้เห็นว่า สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำนโยบายและหลักการมาปฏิบัติให้เกิดผลในการสร้างเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จึงควรพิจารณาในบริบทสังคมวัฒนธรรมเฉพาะท้องถิ่นนั้นๆ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการบริการไม่เป็นทางการ (Informal Care) อันเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต โดยที่องค์กรทางศาสนา ชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นทรัพยากรที่สำคัญของระบบบริการไม่เป็นทางการการเปลี่ยนรูปแบบการสงเคราะห์รายบุคคลไปเป็นสวัสดิการชุมชน เช่น การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุในหมู่บ้าน จัดระบบการบริการชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้ส่งเสริมให้ชุมชนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาให้อยู่ภายในชุมชน แทนการที่จะต้องนำเข้าพำนักในสถานสงเคราะห์คนชรา สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและบริหารจัดการด้วยชุมชน ส่งเสริมฝึกรวมอาสาสมัครในชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เป็นต้น

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพลัง

เฟลอร์รี่ (Fleury, 1991) ได้ทำการศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้านการสังเกตพฤติกรรมและซักถามความรู้สึกต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง ระหว่างที่มีการสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจการมีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรคให้กับผู้ป่วยเป็นระยะตลอดการศึกษาเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่ปฏิบัติตัวไปในทางบวก 24 คน และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5 คน สรุปผลการศึกษาได้ว่า การเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลประกอบด้วยแรงขับเคลื่อน 2 ชนิด คือ การสร้างมโนภาพขึ้นด้วยตนเองและโครงสร้างสนับสนุน ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษากิบสัน (Gibson, 1993) ที่ได้ทำการศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น

มารดาของผู้ป่วยเด็กที่กำลังป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคำถาม การบันทึก การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ระยะเวลาศึกษา 12 เดือน แล้วสรุปผลพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพันและความรักของบุคคลต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม เป้าหมายในชีวิต โดยมีความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ และ พบว่าบุคคลที่มีกำลังใจจะสามารถกระทำได้ทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการอันเป็นเป้าหมายที่สำคัญ ส่วน เกรย์และดอน (Gray and Doan, 1991) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศแคนาดา รัฐได้วางนโยบายให้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นนโยบายหลักในการดำเนินงาน โดยที่ในมิติของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ให้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมะเร็ง โดยการปรับแนวคิดทั้งระบบซึ่งจากเดิมเชื่อว่าผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเองนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการขาดความยืดหยุ่นในระบบบริการและในระบบบริการและระบบการรักษา จึงปรับเปลี่ยนแนวคิด ทศนคติในการให้บริการแนวใหม่บุคลากรผู้ให้บริการได้ใช้ในการปฏิบัติงาน โดยให้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยดังนี้ 1) ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุด 2) เน้นเพิ่มการควบคุมตนเองให้ผู้ป่วยแต่ละคน โดยบุคลากรเป็นผู้ให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตน และมีส่วนร่วมตั้งเป้าหมายในการรักษา รวมถึงกำหนดทิศทางหรือมาตรการต่างๆ ในระบบบริการ 3) ปรับระบบการบริการสุขภาพให้อำนาจต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโดยเน้นที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและพยายามสร้างภาพพจน์ที่ดีให้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง

ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้ทำการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า การสูญเสียพลังอำนาจและการมีพลังอำนาจเป็นสภาวะที่อยู่คนละขั้วบนเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องกัน โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะ ทั้งสองจากการศึกษาได้แก่ การเจ็บป่วย พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ สัมพันธภาพกับการเจ็บป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย รวมถึงเป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลนั้นทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยมีการศึกษามาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาส่วนใหญ่เป็นไปแนวทางเดียวกันและได้นำมาใช้ในงานด้านสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ

บุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วยผลการศึกษาสอดคล้องตรงกันว่าภายหลังให้การเสริมสร้างพลังอำนาจและบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีพฤติกรรมไปในทางบวกมากขึ้นและแตกต่างจากก่อนเสริมสร้างอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟลอร์รี่ (Fleury,1991) มาใช้ในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

Plotnikoff and Higginbotham, (2002) ได้ศึกษาเรื่องตัวทำนายความตั้งใจที่จะลดอาหารประเภทไขมันและพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจโดยประยุกต์แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทำการศึกษาในชาวออสเตรเลีย จำนวน 800 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เขียนรายงานพฤติกรรมป้องกันตัวเอง พบว่า การประเมินองค์ประกอบในการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของการลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสรุปผลการศึกษาได้ว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหา หรือวิธีการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาโรคหัวใจ มีส่วนกระตุ้นประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคได้

เดือนใจ หมวกแก้ว (2542) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี จำนวน 104 คน เป็นกลุ่มทดลอง 51 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 53 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังการอบรม

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในต่างประเทศและในประเทศไทยมีผลการวิจัยที่สอดคล้องในทางเดียวกันว่าสามารถสร้างแรงจูงใจกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากอันตรายที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเองได้ อันเป็นผลซึ่งเกิดจากการให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเชิงให้ผู้ฟังเกิดความกลัว แล้วเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความคาดหวังในความสามารถตน มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมจนถึงระดับที่จะผลักดันให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหรือภาวะอันตรายที่จะเกิดกับคนจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้กระบวนการสร้างเสริม

สุขภาพสามารถกระตุ้นและจูงใจให้กลุ่มผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปในทางบวก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) และประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุมีศักยภาพดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ แต่การเสริมพลังอำนาจมีจุดอ่อนคือไม่สามารถทำให้บุคคลเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้จนสิ้นสุดกระบวนการ เนื่องจากการจัดการทางสุขภาพในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอาจก่อให้เกิดผลทางลบได้ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีภาระรับผิดชอบมากเกินไปหรือได้รับการสนับสนุนน้อย (Gibson, 1993) ดังนั้นจึงควรเน้นกิจกรรมที่กระตุ้นให้บุคคลมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งช่วยชักนำให้บุคคลเข้าสู่กระบวนการเสริมพลังอำนาจได้ ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers, 1983) มีจุดเด่นคือเน้นการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางบวกโดยการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวในระดับหนึ่งผ่านสื่อต่างๆเพื่อให้บุคคลตื่นตัวเหนียวแน่นทำให้เกิดความรู้สึกรักสุขภาพตนเองแล้วตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัย จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตื่นตัวรับรู้ในความรุนแรงของผลกระทบของโรคเรื้อรังจากการสูงอายุ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบของการสูงอายุมองเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมมีความพร้อมที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี แต่จุดอ่อนของทฤษฎีนี้คือ สื่อหรือกระบวนการที่ใช้กระตุ้นให้เกิดความกลัวนั้นเกินพอดี ก่อให้เกิดความกลัวนั้นมากเกินไปจนเกิดความท้อแท้ ประเมินความสามารถในตนเองต่ำไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ การให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมผสมผสานกับความรู้ใหม่ แล้วได้คิดวิเคราะห์ตัดสินใจทดลองปฏิบัติจนเกิดข้อสรุปเป็นองค์ความรู้ของตนเองจะทำให้เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้ (สวัสดี ภูทอง, 2546)

6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในต่างประเทศ

Bradley and Puoane (2007) ได้ทำวิจัยเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เขตเมือง ประเทศแอฟริกาใต้ (Prevention of Hypertension and Diabetes in an Urban Setting in South Africa : Participatory Action Research with Community Health Workers) จุดประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ สาเหตุ ปัญหา และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน (Acommunity – base participatory action research) ประกอบด้วยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน 22 คน ขั้นตอนการดำเนินการประกอบด้วย 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาในชุมชน 2) การวิเคราะห์ปัญหาและข้อบ่งชี้ 3) การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม

อาสาสมัครสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคเรื้อรัง นำข้อมูลมาวางแผน พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วม ข้อค้นพบจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ประชาชนในพื้นที่ขาดการออกกำลังกาย ขาดความรู้ในการเลือกซื้อและปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ และมีทัศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเรื้อรังไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้ มีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และเสริมพลังให้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ศึกษานำร่องในชุมชน สรุปผลการทดลองรูปแบบพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น สามารถสร้างความตระหนักด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ มีการขยายเครือข่ายชมรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในวิถีชีวิตประจำวัน ด้านการรับประทานอาหาร มีบริการตรวจคัดกรองโรคในชมรม เพื่อคัดกรองสมาชิกกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อเพื่อการรักษาแก่บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นใจมากขึ้นในการทำงานร่วมกัน

Ingram et al. (2015) ได้ทำวิจัยเรื่อง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับปรุงระบบบริการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มชาวไร่ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข (community Health Workers as Focus Group Facilitators : Participatory Action Research Method to Improve Behavior Health Services for Farm workers in a Primary Care Setting) จุดประสงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มชาวไร่ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขจัดการ สนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง ในประเด็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง 8 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 64 คน ในเขตพื้นที่ชายแดน 2 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจัดหมวดหมู่และระบบข้อมูล วิเคราะห์ธีม (Thematic Analysis) และรูปแบบของข้อมูล แล้วนำมาหาข้อสรุปเพื่อ อธิบายถึงความเชื่อมโยงของเหตุผล สรุปผลการศึกษาพบว่า กระบวนการสนทนากลุ่มโดยใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถสร้างเสริมความตระหนักและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการให้ ข้อคิดเห็นและเสนอความต้องการบริการสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดีจากมุมมองของผู้รับบริการ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถแสดงบทบาทเป็นวิทยากรกระบวนการ (Facilitator) ในการบริหารจัดการการสนทนากลุ่มและส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่มได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ส่วนบุคคลอย่างเปิดเผย และเสนอความต้องการบริการสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ใน ประเด็นการให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิต และให้ข้อเสนอแนะ

เกี่ยวกับการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในภาพกว้าง

Holmes and Joseph (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคมและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : ปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกละเลย (Social Participation and Healthy Ageing : A Neglected Significant Protective Factor for Chronic non Communicable Conditions) จุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อนโยบายการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ และนำเสนอกรณีตัวอย่างการพัฒนาการมีส่วนร่วมของสังคมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุในประเทศศรีลังกา การรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการทบทวนงานวิจัย Meta Analysis เพื่อสืบค้นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อ การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนำเสนอกรณีตัวอย่างโครงการมีส่วนร่วมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศศรีลังกา ซึ่งมีต้นทุนต่ำและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน สรุปผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญต่อการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การแยกตัวออกจากสังคม ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Social Participation and Healthy Ageing) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรมีการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมทางสังคมในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเชื่อมโยงนโยบายสาธารณะด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างภาครัฐและภาคการเมืองท้องถิ่นในการบริหารจัดการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

Adili et al. (2013) ได้ทำวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุหญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง : การเปลี่ยนผ่านและการเรียนรู้เพื่อปรับตัวอยู่กับโรคเบาหวาน (Older Woman and Chronic Illness : Transitioning and Learning to Live with Diabetes) จุดประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติตัวเพื่ออยู่กับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มสูงอายุหญิงและสมาชิกในครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะ 1 ปีแรก พร้อมทั้งสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวในประเด็น ประสบการณ์ มุมมอง ความคิด และการปฏิบัติตัว เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจาก “เรื่องเล่า” (Storytelling) เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ในระยะ 1 ปีแรก กลุ่มผู้สูงอายุหญิงมีความรู้สึกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับวิถีชีวิตประจำวันและยังไม่มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในทันทีแต่มีความต้องการที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและหมกมุ่นอยู่กับการเรียนรู้ในการฝึกทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามในระยะปีที่ 2 หลังการวินิจฉัยโรค กลุ่มผู้สูงอายุหญิงมีการเรียนรู้

เกี่ยวกับกิจกรรมหลักๆ ที่สำคัญ มีวินัย และลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรคเบาหวานในวิถีชีวิตได้ดีขึ้น

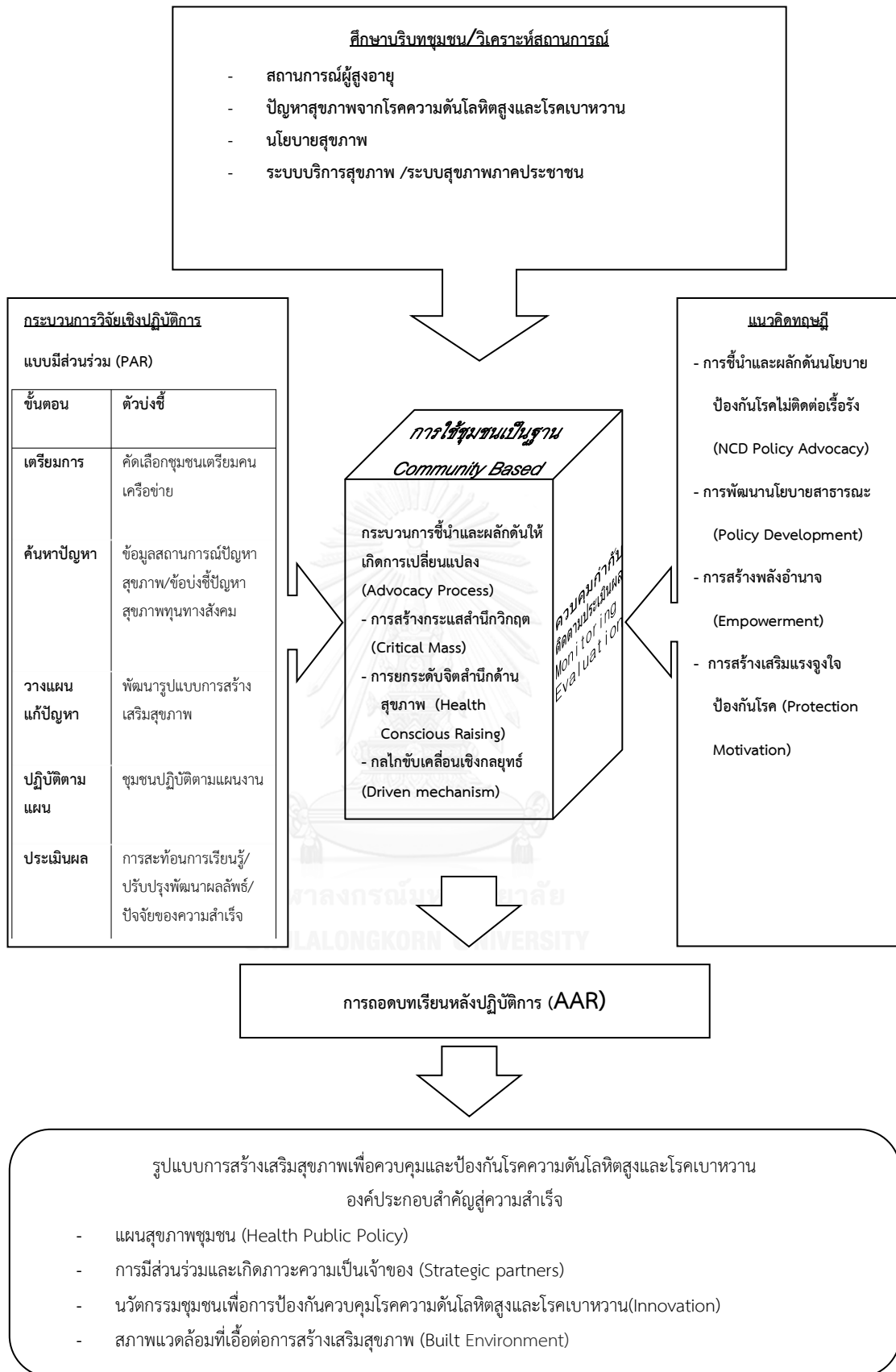
Adili et al. (2012) ได้ทำวิจัยเรื่อง กระบวนการพลวัตภายในกลุ่ม PAR : การเรียนรู้ของกลุ่มผู้หญิงสูงอายุกับการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเบาหวาน (Inside The PAR Group : The Group Dynamics of Women Learning to Live with Diabetes) จุดประสงค์เพื่อศึกษาการเรียนรู้และการปรับตัวในการดูแลตนเองของผู้หญิงสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กลุ่มผู้หญิงสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใน 6 เดือนแรก จำนวน 11 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์และพูดคุยตามประเด็นคำถามอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 ปี หลังจากนั้นจัดให้กลุ่มผู้หญิงสูงอายุได้ร่วมกันสนทนากลุ่ม จำนวน 10 ครั้ง รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม การสังเกตกระบวนการพลวัตภายในกลุ่ม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้หญิงสูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยชี้ให้เห็นว่า กระบวนการ PAR ในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุ ทำให้กลุ่มเกิดพลวัตการถ่ายทอดการเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้และการสะท้อนกลับ ช่วยเสริมพลังให้ผู้สูงอายุหญิงปรับตัวอยู่กับโรคเรื้อรังได้

สรุปข้อค้นพบที่ได้จากการทบทวนผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมภายหลังการสอนสุขศึกษา หรือจัดกระทำ ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและญาติ ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบแนวทางแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำไปส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นมีน้อย

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากเน้นการสงเคราะห์และการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (ติดบ้านติดเตียง) มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เจ็บป่วยและยังเป็นบริการที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการ เช่นการตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อเข้ารับการรักษาพยาบาลการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุรวมทั้งการจัดหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขให้ทำหน้าที่เยี่ยมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชนแทนบุคลากรสาธารณสุขเนื่องจากบุคลากรภาครัฐไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยมีมุมมองตามแนวคิดในการปฏิบัติงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีมิติการให้ความสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพและเห็นความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งเป็น

คนกลุ่มใหญ่ถึงร้อยละ 75 – 80 ทำอย่างไรจึงจะสร้างพลังอำนาจและสร้างเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มนี้ให้สามารถพัฒนาศักยภาพของตน และลดการพึ่งพาจากบริการภายนอก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยให้ชุมชนมีบทบาทในการค้นหาปัญหาและเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและนำองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจากชุมชนไป ใช้ปฏิบัติจริง โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของเฟลอรี่ (Fleury, 1991) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรค โรเจอร์ (Rogers, 1983) มาเป็นขอบเขตในการพัฒนารูปแบบสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ ควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ มีกรอบแนวคิดตามแผนภาพ ดังนี้





แผนภาพที่ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research หรือ PAR) มีวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 การเตรียมผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 การเลือกพื้นที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 4 ขั้นตอนในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 การเตรียมตัวผู้วิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาตนเองเพื่อให้เข้าใจในแนวคิด หลักการ และทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ดังต่อไปนี้

1.1 การอบรมเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ มหาวิทยาลัย

1.1.1 อบรมนักวิจัยเชิงคุณภาพที่ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ในโครงการ Research Zone (2011) Phase 51 ระหว่างวันที่ 13-16 กันยายน 2554

1.1.2 อบรมหลักสูตรระยะสั้น “การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: ศาสตร์และศิลป์เพื่อประโยชน์สุขของปวงชน” โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในระหว่างวันที่ 8-19 ตุลาคม 2555

1.2 สร้างสัมพันธภาพและเข้าชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชนในชุมชน เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่มีความไว้วางใจต่อผู้วิจัย เป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและให้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2555 ถึงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2555 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 การเข้าชุมชนครั้งแรกในวันที่ 1-3 มีนาคม 2555 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับ รองนายก อบต. คลองข่อย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ประธานชมรม อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับชุมชน พร้อมทั้งขอทราบข้อมูล เบื้องต้นเกี่ยวกับประวัติชุมชน สภาพเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม จำนวนประชากร และข้อมูลด้าน สุขภาพอนามัย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชน วันที่ 9 -16 มีนาคม 2555 ผู้วิจัยได้ ทำการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ได้รับผลแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่นอนติดเตียง ติดบ้าน ในชุมชนทั้ง 8 หมู่บ้าน ได้มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และใช้การสังเกตสิ่งต่างๆในการศึกษาบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนด้วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีโอกาสได้ พุดคุยกับผู้นำชุมชนใน อบต.คลองข่อย ได้แก่ นายก รองนายก ปลัด อบต. ทำให้ทราบแนวคิดวิสัยทัศน์ของ อบต. ตลอดจนได้รับคำเชิญให้เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนในการจัดประชุม เวทีประชาคมตำบลคลองข่อย

1.2.2 การเข้าร่วมประชุมเวทีประชาคมในระหว่างวันที่ 25-30 มีนาคม 2555 ผู้วิจัย มีโอกาสได้สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้ามาศึกษาวิจัยในพื้นที่ กับประชาชนทั้ง 8 หมู่บ้าน ทั้งนี้ได้รับการต้อนรับและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีจากผู้นำชุมชน การเข้าร่วมประชุมเวทีประชาคมในครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสังเกตแบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ตรงตามบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงๆ

1.2.3 การเข้าร่วมงาน “วันผู้สูงอายุ” วันสงกรานต์ ในวันที่ 13 เมษายน 2555 ผู้วิจัย เข้าไปสังเกตและเข้าร่วมในกิจกรรม “วันผู้สูงอายุ” วันสงกรานต์ ของชุมชนตำบลคลองข่อย ซึ่งใน กิจกรรมวันผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ทางชุมชนโดยผู้นำชุมชนจัดขึ้น โดยการสนับสนุนงบประมาณ บางส่วนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งกิจกรรมในวันผู้สูงอายุนี้ ผู้สูงอายุได้รับการรดน้ำดำหัวจาก ลูกหลาน และประชาชนในชุมชน และผู้สูงอายุจะได้รับของขวัญเป็นข้าวสาร อาหารแห้ง ผู้วิจัยได้รับการ ให้พรจากผู้สูงอายุในขณะรดน้ำดำหัวขอพรจากผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุบางคนจำผู้วิจัยได้จากเวที ประชาคม สามารถทักทายและให้การยอมรับเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมงานบุญ ประเพณีที่สำคัญเช่นงานบุญกฐินวันที่ 5 พฤศจิกายน 2555 ผู้วิจัยได้สังเกตและสัมภาษณ์ พุดคุยแบบ ไม่เป็นทางการกับผู้สูงอายุที่มาร่วมงาน เพื่อทำความเข้าใจกับการดำเนินชีวิตและการกระทำกิจกรรม ต่างๆ ทางสังคมของผู้สูงอายุตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในระดับครอบครัวและชุมชน

สรุปการดำเนินงานเบื้องต้นก่อนการเก็บข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 4 กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพและเข้าชุมชนตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม
จังหวัดราชบุรี

วัน เดือน ปี	กิจกรรม
วันที่ 1-3 มีนาคม 2555	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน - เยี่ยมสำรวจบริบทชุมชนและศึกษาข้อมูลเบื้องต้น - ค้นหาผู้มีส่วนร่วมและทุนทางสังคม
วันที่ 9 -16 มีนาคม 2555	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและเจ็บป่วยในหมู่บ้านหมู่ที่1 – หมู่ที่ 8
วันที่ 25-30 มีนาคม 2555	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมประชุมเวทีประชาคมกับ อบต.คลองข่อยแนะนำตนเองให้ชุมชนรู้จักและร่วมสังเกตการณ์ภาคสนามการมีส่วนร่วมของชุมชนหมู่ที่ 1 – หมู่ที่ 8
วันที่ 13 เมษายน 2555	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมงานวันผู้สูงอายุ ต.คลองข่อย ณ วัดกลางคลองข่อย สังเกตการณ์ภาคสนาม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดงานวันผู้สูงอายุ ร่วมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุและร่วมกิจกรรมสันทนากการ
วันที่ 5 พฤศจิกายน 2555	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมงานบุญกฐินของชุมชน สังเกตการณ์ภาคสนามแบบมีส่วนร่วม ร่วมค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพชุมชนในการร่วมแรงร่วมใจสามัคคีในงานบุญกฐิน

ส่วนที่ 2 การเลือกพื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยพิจารณาเลือกพื้นที่ศึกษาที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่คือ

2.1 พื้นที่ชุมชนที่มีสถานการณ์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

2.2 ชุมชนมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2.3 เป็นชุมชนขนาดกลางสามารถทำการสังเกตและสัมภาษณ์ได้สะดวก

พื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ พื้นที่ตำบลคลองข่อย อำเภอ โพนธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นชุมชนขนาดกลาง มีเขตปกครองแบ่งเป็น 8 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น 3,926 คน แยกเป็นชาย 1,894 คน หญิง 2,032 คน จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 1,155 ครัวเรือน ลักษณะหมู่บ้านเชื่อมต่อกันด้วยเส้นทางคมนาคมทางหลวงชนบท และถนนสายริมน้ำ-คลองข่อย

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชน พบว่า ตำบลคลองข่อยในปัจจุบันมีแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย กล่าวคือ มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 766 คน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด และเมื่อสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีสถานการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมาคือโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนี้ นำไปสู่การมีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต นอนติดบ้านติดเตียง เป็นภาระหนักของครอบครัวและผู้ดูแล ข้อมูลด้านสภาพเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ปัจจุบันพื้นที่ตำบลคลองข่อยมีแนวโน้มการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากการทำการเกษตรกรรม เข้าสู่ภาคอุตสาหกรรม หนุ่มสาววัยแรงงานเปลี่ยนอาชีพเข้าไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีแนวโน้มขยายตัวมากขึ้นในพื้นที่อำเภอโพธาราม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตดั้งเดิมเปลี่ยนไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนเป็นการซื้ออาหารถุงสำเร็จรูปจากตลาด ความเร่งรีบกินอาหารจานด่วน ความเครียดจากสภาวะการแข่งขันต่างๆ ทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ชุมชนมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรม เป็นสังคมเมือง/อุตสาหกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่เขตปริมณฑลพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทยในปัจจุบัน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกหมู่บ้านที่มีสถานการณ์อัตราความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมากใน 3 อันดับต้น ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 5 จำนวน 3 หมู่บ้านเป็นพื้นที่ทำการศึกษาวิจัย เพื่อตอบคำถามการวิจัยต่อไป

ตารางที่ 5 จำนวนผู้สูงอายุของตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

หมู่ที่	บ้าน	หลังคาเรือน	ผู้สูงอายุ/คน	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน		อัตราความชุก
1	คลองข่อย	138	114	46	40.3***	
2	ศรีษะแรด	152	99	27	27.3	
3	วิหารสูง	166	98	48	48.9*	
4	จอมปราสาท	178	119	28	23.5	
5	มณีโชติ	128	89	36	40.4**	
6	สะพานดำ	142	93	31	33.3	
7	ใหม่ปลายคลอง	90	54	7	12.9	
8	ริมคลอง	161	100	31	31.0	
	รวม	1,155	766	254	33.1	

ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อ.โพธาราม จ.ราชบุรี ณ วันที่ 1 มีนาคม 2555

หมายเหตุ : *ความชุกอันดับที่ 1, ** อันดับที่ 2, *** อันดับที่ 3

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสำรวจบริบทชุมชน แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสำรวจบริบทชุมชน ใช้สำรวจและศึกษาชุมชนในระยะเตรียมการวิจัย ศึกษาข้อมูลที่เป็นลักษณะทางกายภาพ และแหล่งทรัพยากรต่างๆ ภายในชุมชน รวมถึงการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง ข้อมูลโครงสร้างองค์กรชุมชน ข้อมูลปฏิทินชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพและสวัสดิการของประชาชนในชุมชน ข้อมูลประวัติชีวิตและผังเครือญาติ ข้อมูลแผนที่เดินดิน ระบบสุขภาพชุมชน เป็นต้น เพื่อทราบประวัติความเป็นมา และวิถีชีวิตของชุมชน (ภาคผนวก จ)

3.2 ชุดแบบสอบถามผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน (ภาคผนวก ฉ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความหมายของความดันโลหิตสูง อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ปัจจัย

เสียง เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ คำถามทางบวกถ้าตอบใช่ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คำถามทางลบถ้าตอบใช่หรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน แบ่งกลุ่มระดับความรู้ตามระดับคะแนนดังนี้

ระดับความรู้ดี คะแนนมากกว่าร้อยละ 80

ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-80

ระดับความรู้ต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งหมด 15 ข้อ คำถามแบ่งเป็นหมวดการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เป็นแบบเลือกตอบประมาณค่า (Interval Scale) มี 4 ระดับ เกณฑ์การแบ่งกลุ่มประเมินพฤติกรรมตามระดับคะแนนดังนี้ (ไพวัลย์ นรสิงห์, 2546)

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ดูแลตนเองได้เหมาะสม

คะแนนร้อยละ 60-80 หมายถึง ดูแลตนเองได้ปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ดูแลตนเองไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีทั้งหมด 15 ข้อ คำถามเกี่ยวกับความหมายของโรคเบาหวาน อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ปัจจัยเสี่ยง เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ คำถามทางบวกถ้าตอบใช่ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คำถามทางลบถ้าตอบใช่หรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน แบ่งกลุ่มระดับความรู้ตามระดับคะแนนดังนี้

ระดับความรู้ดี คะแนนมากกว่าร้อยละ 80

ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-80

ระดับความรู้ต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทั้งหมด 15 ข้อ คำถามแบ่งเป็นหมวดการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นแบบเลือกตอบประมาณค่า (Interval Scale) มี 4 ระดับ เกณฑ์การแบ่งกลุ่มประเมินพฤติกรรมตามระดับคะแนนดังนี้ (ไพวัลย์ นรสิงห์, 2546)

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ดูแลตนเองได้เหมาะสม

คะแนนร้อยละ 60-80 หมายถึง ดูแลตนเองได้ปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ดูแลตนเองไม่เหมาะสม

การหาคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงและความเที่ยง (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณา

ตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

1. แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอายุรกรรมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชนชั้นสูง 1 ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จัดทำตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแบบสอบถามแต่ละชุด สรุปผลแสดงความคิดเห็นของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ค่า IOC = 0.68 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่า IOC = 1.0 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้ค่า IOC = 0.7 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้ค่า IOC = 0.75 โดยกำหนดให้ค่า IOC ที่ยอมรับได้ = 0.6

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (ภาคผนวก ข) โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้านใกล้เคียงตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ที่มีหมู่บ้านเป้าหมายในโครงการวิจัยจำนวน 36 รายดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS ชุดแบบสอบถามโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยง Cronbach Coefficient Alpha = 0.84 ชุดแบบสอบถามโรคเบาหวานได้ค่าความเที่ยง = 0.80 ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามที่เป็นทางลบมาเป็นทางบวกเพื่อผู้สูงอายุตอบได้ตรงมากขึ้น

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.3.1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้สูงอายุ (In-depth Interview) เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาความต้องการการดูแลด้านต่างๆ ตลอดจนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต (ภาคผนวก ข)

3.3.2 แบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ (Open-end Interview) ใช้วิธีการตั้งประเด็นคำถามใน 3 ลักษณะ 1) แนวคำถามในลักษณะบรรยาย ปัญหาและความต้องการด้านต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมการดำเนินชีวิตและการทำบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและชุมชน 2) แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง (Structural Questions) ที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อทราบข้อมูลหลัก 3) แนวคำถามในลักษณะการเปรียบเทียบ (Contrast Questions) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถเปรียบเทียบหรือให้ความหมายในสถานการณ์ที่มีความแตกต่างกัน (ภาคผนวก ข)

3.3.3 แบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการพูดคุยสนทนาแบบเจาะประเด็น และแลกเปลี่ยนทัศนระหว่งผู้เข้าร่วมการสนทนาโดยการเชิญกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันมารวมกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 8-10 คนและสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทัศนคติกันอย่างกว้างขวางในประเด็นที่กำหนดการวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ภาคผนวก ฉ)

3.3.4 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชนประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การสังเกต 2) การซักถาม 3) การจดบันทึก ทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง(ภาคผนวกฎ)

3.3.5 แนวคำถามสำหรับประชุมกลุ่มเวทีประชาคมหมู่บ้านประกอบด้วย ประเด็นปัญหาสุขภาพ ข้อบ่งชี้ปัญหาสุขภาพในชุมชน และประเด็นปัญหาสุขภาพที่ชุมชนลงมติคัดเลือกเพื่อนำมาวางแผนแก้ปัญหา (ภาคผนวก ฎ)

3.3.6 การจดบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ซึ่งการจดบันทึกจะทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บประเด็นต่างๆ ได้อย่างสมบูรณ์ การจดบันทึกภาคสนามยังสามารถทำให้ผู้วิจัยใช้ในการตรวจสอบข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูลที่จะใช้เป็นแนวทางวางแผนการเก็บข้อมูลต่อไป ผู้วิจัยได้บันทึกสิ่งที่เห็นอย่างละเอียดเพื่อช่วยให้วิเคราะห์ข้อมูลได้ง่ายและชัดเจนขึ้น (ภาคผนวก ฎ)

3.3.7 การบันทึกเสียงและการถ่ายภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล ตลอดจนการถ่ายภาพนิ่งและวิดีโอเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นกิจกรรมต่างๆ โดยผู้วิจัยจะดำเนินการหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลแล้วทุกครั้ง

การหาคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกเครื่องมือไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา ทำการปรับภาษาตามคำแนะนำ เพื่อเป็นภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 4 ขั้นตอนในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ระยะเวลาเตรียมการวิจัย

4.1.1 การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อไปพบกับบุคคลต่างๆในชุมชนที่มีส่วนสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัยได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุและครอบครัว พุดคุยแนะนำตัวเองเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและความต้องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวิจัย เพื่อให้ชุมชนเกิดความไว้วางใจ

4.1.2 การสำรวจ ศึกษาชุมชน ผู้วิจัยสำรวจและศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ และแหล่งทรัพยากรต่างๆ ภายในชุมชน รวมถึงการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง รวมถึงการศึกษาข้อมูลจากเอกสารหลักฐานจากหน่วยงานราชการหรือจากองค์กรพัฒนาที่เกี่ยวข้อง และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสังเกตภาคสนาม พุดคุยกับผู้นำชุมชน หรือผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาบริบทของชุมชนเบื้องต้น

4.1.3 คัดเลือกชุมชนและเข้าสู่ชุมชน พิจารณาตามเกณฑ์การเลือกชุมชนโดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษาชุมชนในการคัดเลือกชุมชนที่มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมาก 3 ลำดับแรกและเป็นชุมชนที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและมีศักยภาพในการทำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ เพื่อเป็นชุมชนต้นแบบของการทำวิจัย และการพัฒนาให้กับชุมชนอื่นต่อไป

4.1.4 การเตรียมเครือข่ายผู้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยประชุมปรึกษาร่วมกับชุมชนเพื่อเผยแพร่แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในลักษณะที่เป็นภาพรวมแก่ชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจในกระบวนการวิจัยแบบ (PAR) และพยายามค้นหาทีมงานชาวบ้านที่เห็นว่าสามารถที่จะช่วยกันปฏิบัติหน้าที่ในกระบวนการ (PAR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้แต่ละฝ่ายได้รับรู้ว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการและมีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของกระบวนการ สร้างทัศนคติในการทำงานร่วมกันเป็นทีมในระหว่างคนในชุมชน

4.2 ระยะเวลาค้นหาปัญหา

4.2.1 ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน ผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชนที่ได้คัดเลือกโดยใช้เครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน เช่น ข้อมูลด้านบริบทชุมชน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้จากชุมชนมาวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มชาวบ้านโดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารทุกขั้นตอน เป็นการประชุมระดมสมองเพื่อนำข้อมูลดิบมาแปลผลสรุปวิเคราะห์

สถานการณ์ของปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วมกันว่ามีความรุนแรงมากขึ้นเพียงใด ค้นหาข้อบ่งชี้ปัญหาสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาและหาแนวทางการพัฒนาแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ขึ้นต่อไปโดยมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูลดังนี้

แบบสำรวจบริบทชุมชนสำรวจหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือก 3 หมู่บ้านได้แก่ บ้านคลองข่อย บ้านวิหารสูง บ้านมณีโชติ

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตลอดจนปัญหาความต้องการความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และการดูแลตนเอง โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่เป้าหมาย 3 หมู่บ้านๆละ 15 คน

แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Open-end Interview) สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดูแลตนเองใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อยถึงปานกลางคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่เป้าหมาย 3 หมู่บ้านๆละ 15 คน

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้อภิปรายโต้ตอบแสดงความคิดเห็นหรือเล่าเรื่องประสบการณ์ตามประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้น โดยจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มละ 6-8 คน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ใช้ในกรณีผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนเช่น งานทำบุญตามประเพณี กิจกรรมวันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุการประชุมประชาคมหมู่บ้าน เป็นต้น

แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) ใช้ในกรณีที่พบเห็นกิจกรรมต่างๆในชุมชนโดยผู้วิจัยไม่ได้เข้าร่วมทำกิจกรรมด้วย เช่น การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน เป็นต้น

การบันทึกเสียงและการถ่ายภาพนิ่งและวิดีโอ

4.2.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ดังต่อไปนี้

1) **กลุ่มผู้สูงอายุ**ผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เลือกคนที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและเป็นผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยเลือกจาก 3 หมู่บ้านๆละ 15 คน (หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5) ในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการคือ 1) มีความดันโลหิตสูงระยะพักเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ต้องรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตทุกวันต้องรับประทานยาวันละ 1 เม็ด ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเบาหวาน หมายถึงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 126 -250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และสามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน

2) **สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล** เลือกคนในครอบครัวที่สมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการโดยเลือกจาก 3 หมู่บ้านๆละ 15 คน

3) **ผู้นำชุมชน** ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการชุมชน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลประจำหมู่บ้านในชุมชนตำบลคลองข่อยที่สมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการโดยเลือกจาก 3 หมู่บ้านๆละ 10 คน

4) **ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล** ได้แก่ นายกององค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย รองนายกององค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย กำหนดและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานสวัสดิการผู้สูงอายุจำนวน 5-6 คน

5) **บุคลากรด้านสาธารณสุข** ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ได้แก่ หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย และพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยจำนวน 3-4 คน

6) **อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ** จาก 3 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5) หมู่บ้านละ 3-5 คน

4.2.3 การประชุมเวทีประชาคมเพื่อบ่งชี้ปัญหาและแสวงหาความมีส่วนร่วมใน

การจัดการปัญหาโรคเรื้อรังผู้วิจัยและทีมวิจัยท้องถิ่น (ภาคผนวก ฅ) ซึ่งคัดเลือกจากแกนนำผู้สูงอายุที่มีภาวะผู้นำตามธรรมชาติ เป็นผู้ที่ชุมชนให้ความเคารพและยอมรับ ตลอดจนผู้นำชุมชนที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ นำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์แปลผลและจัดทำข้อสรุปต่อที่ประชุมเวทีประชาคมหมู่บ้านในวันที่ 3 พฤศจิกายน 2556 มีแกนนำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในชุมชน ประกอบด้วย บุตรหลานและคนในครอบครัวผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น (ภาคผนวก ก) เพื่อให้รับทราบและร่วมกันพิจารณาช่วยกันยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ประกอบด้วยปัญหาสุขภาพต่างๆที่ชุมชนต้องการแก้ไข เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยหลัก 3 อ การรณรงค์เผยแพร่ความรู้สร้างความตระหนักในการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังสู่ทุกกลุ่มวัย พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมช่วยกันระบุง้อบงชี้ปัญหาสุขภาพชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินการว่า วิธีการแก้ไขปัญหาใดที่เหมาะสมไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตชุมชนหรือมีความเป็นไปได้ โดยประชาชนมีบทบาทหลักเข้ามามีส่วนร่วม ประชุมพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนและจัดทำเป็นข้อสรุปเบื้องต้นในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

4.3 ระยะเวลาวางแผนแก้ปัญหา

ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผน PAR นำเสนอกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ คืบข้อมูลที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาต่างๆที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน กิจกรรมในช่วงนี้จะเป็นการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อเลือกแผนงานโครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ ตลอดจนปรับปรุงแผนตามแนวทางที่ได้รับข้อเสนอแนะโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในขั้นนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลังอำนาจและทฤษฎีการสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค สนับสนุนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการจัดประชุมวางแผนในกลุ่มหรือใน คณะทำงานเพื่อหาผู้รับผิดชอบในแต่ละเรื่องและหาหน่วยงานสนับสนุนในข้อตกลงดังกล่าว ซึ่งระยะนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งที่ผู้วิจัยและคณะกรรมการชุมชนจะต้องสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน จนสามารถตอบคำถามเพื่อการดำเนินงานในขั้นนี้ได้ว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร จนสามารถสร้างแผนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในบริบทของชุมชนได้สำเร็จโดยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ดังนี้

4.3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผน PAR ร่วมกับผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายด้านสุขภาพของหมู่บ้านการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการระดมความคิดเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตชุมชน และเน้นการบูรณาการแบบองค์รวมให้มีความสมดุลมากที่สุด กิจกรรมเน้นการกระจายความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพใช้ ระยะเวลาประชุม 1 วัน

4.3.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพของหมู่บ้านสร้างความเข้มแข็งด้วยกระบวนการสร้างพลัง การสร้างเสริมแรงจูงใจ

ป้องกันโรค โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้เล่าเรื่องเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สอนสาธิต ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน ใช้ระยะเวลาประชุม 1 วันหลังจากนั้นแกนนำผู้สูงอายุได้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ สู่การ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง

4.3.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ เยาวชนจิตอาสาหน้าพาผู้สูงอายุ สุขภาพดีด้วยหลัก 3 อ ประกอบด้วยเยาวชนจากโรงเรียนวัดมณีโชติ โรงเรียนวัดจอมปราสาท ซึ่งเป็นโรงเรียนขยายโอกาสในชุมชนคลองข่อย จำนวน 30 คนเข้ามามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ ของตนเอง บุคคลในครอบครัว และช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนโดยร่วมกันออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้สูงอายุที่นอนติดบ้านติดเตียง ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาประชุม 1 วัน

ตารางที่ 6 สรุปกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผน PAR

วัน เดือน ปี	กิจกรรม
1 ธันวาคม 2556	ประชุมเชิงปฏิบัติการ “รวมพลังชุมชน สร้างเสริมสุขภาพดี” จัดทำ แผนงานโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม
10 มกราคม 2557	ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เสริมพลัง อำนาจชุมชนโดยสร้างความเข้มแข็งและขับเคลื่อนกิจกรรมผ่านกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุ
14 กุมภาพันธ์ 2557	ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ เยาวชนจิตอาสาหน้าพาผู้สูงอายุ สุขภาพดีด้วยหลัก 3 อ

4.4 การนำแผนไปสู่การปฏิบัติและการทดสอบการใช้รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินการนำแผนไปสู่การปฏิบัติและการทดสอบการใช้รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพใน ชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนดำเนินการโดยการวางแผนปฏิบัติการในคณะทำงานซึ่ง เป็นสมาชิกของหมู่บ้านให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในแต่ละเรื่องและหาหน่วยงานสนับสนุนในข้อตกลง ดังกล่าวเช่นการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพจาก อบต.การสร้างพลังอำนาจให้ ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ โดยชมรมผู้สูงอายุ การสร้างเสริม

แรงจูงใจป้องกันโรคโดยใช้สื่อที่เป็นนวัตกรรมทางสังคมเช่น ลำตัดสร้างเสริมสุขภาพ 3 อ โดยสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สื่อสารการสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคผ่านเยาวชนจิตอาสาส่วนบุคคลในครอบครัว

ใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพช่วยขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยกลยุทธ์การชี้แนะ (Advocacy) โดยการกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนที่มีอำนาจในการตัดสินใจได้กำหนดนโยบายในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและร่วมกันรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อสร้างกระแสสังคมในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน การเจรจาไกล่เกลี่ย (Mediation) โดยการเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ การใช้ทรัพยากรกองทุนหมู่บ้านเพื่อพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การส่งเสริมบูรณาการงานระหว่างองค์กรภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อให้การนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดีของประชาชนในชุมชน และการสร้างเสริมความสามารถ (Enabling) โดยการดำเนินการให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด ได้รับการฝึกทักษะจนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ถูกต้อง ในระหว่างการดำเนินการนำแผนไปสู่การปฏิบัติและการทดสอบการใช้รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนนี้จะมีการกำกับติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ โดยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมตามแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพโดยคณะวิจัยและผู้วิจัยท้องถิ่นดำเนินการ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ การสังเกตภาคสนาม และบันทึกข้อมูลการเรียนรู้จากการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาการปฏิบัติตามโครงการสรุปภาพรวมตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 7 สรุปกิจกรรมระยะนำแผนสู่การปฏิบัติการและทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพใน
ชุมชน

วัน เดือน ปี	กิจกรรม
10 -14 มีนาคม 2557	- เยี่ยมติดตามการดำเนินงานตามแผนงานรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ อ 1 ออกกำลังกาย 2 อาหารเพื่อสุขภาพ 3 อารมณ์ดี
17-21 มีนาคม 2557	- การประชุมประชาคมของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้นำชุมชนรับทราบและเชื่อมโยงบูรณาการแผนงานของชุมชน
7-11 เมษายน 2557	- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานแผนการรวมพลังสร้างฝันสุขภาพดี
13 เมษายน 2557	- ร่วมงานวันผู้สูงอายุ ต.คลองข่อย และร่วมชมกิจกรรมการแสดงของชมรมผู้สูงอายุ ในการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ลำตัดสร้างเสริมสุขภาพ 3 อ รำวงสุขภาพดี ชมรมผู้สูงอายุ

4.5 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและประชุมถอดบทเรียน

ทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย ผู้แทนจากภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลคลองข่อย ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข (ภาคผนวก ฐ) ดำเนินการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยรวบรวมจากการบันทึกและรายงานการก้าวหน้าโครงการที่ทำไว้ทุกระยะเมื่อประเมินโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทีมติดตามประเมินผลซึ่งเป็นทีมเดียวกัน ได้รวบรวมข้อมูลเสนอที่ประชุมหมู่บ้านรับทราบและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงผลที่เกิดมาจากความพยายามร่วมกันของทุกฝ่ายในการช่วยกันแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของชุมชน

ตารางที่ 8 สรุปกิจกรรมระยะนำแผนสู่การปฏิบัติการและการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ

วัน เดือน ปี	กิจกรรม
1-3 พฤษภาคม 2557	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมินผลการดำเนินงานการทดสอบรูปแบบโดยการชี้แนะและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและขับเคลื่อนกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้นำชุมชนและชาวบ้านได้มีส่วนร่วมริเริ่มพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ เช่น ลานออกกำลังกายในหมู่บ้าน วัด โรงเรียน
27 กรกฎาคม 2557	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review) ได้ข้อสรุปจากการทำการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดจากการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การผลักดันผ่านกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน ได้แก่ พุทธาคี บ้าน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - เกิดแผนงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ก่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลได้มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ และจะใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสำรวจ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต ซึ่งเป็นการยืนยันและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากการศึกษาชุมชนโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

6.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

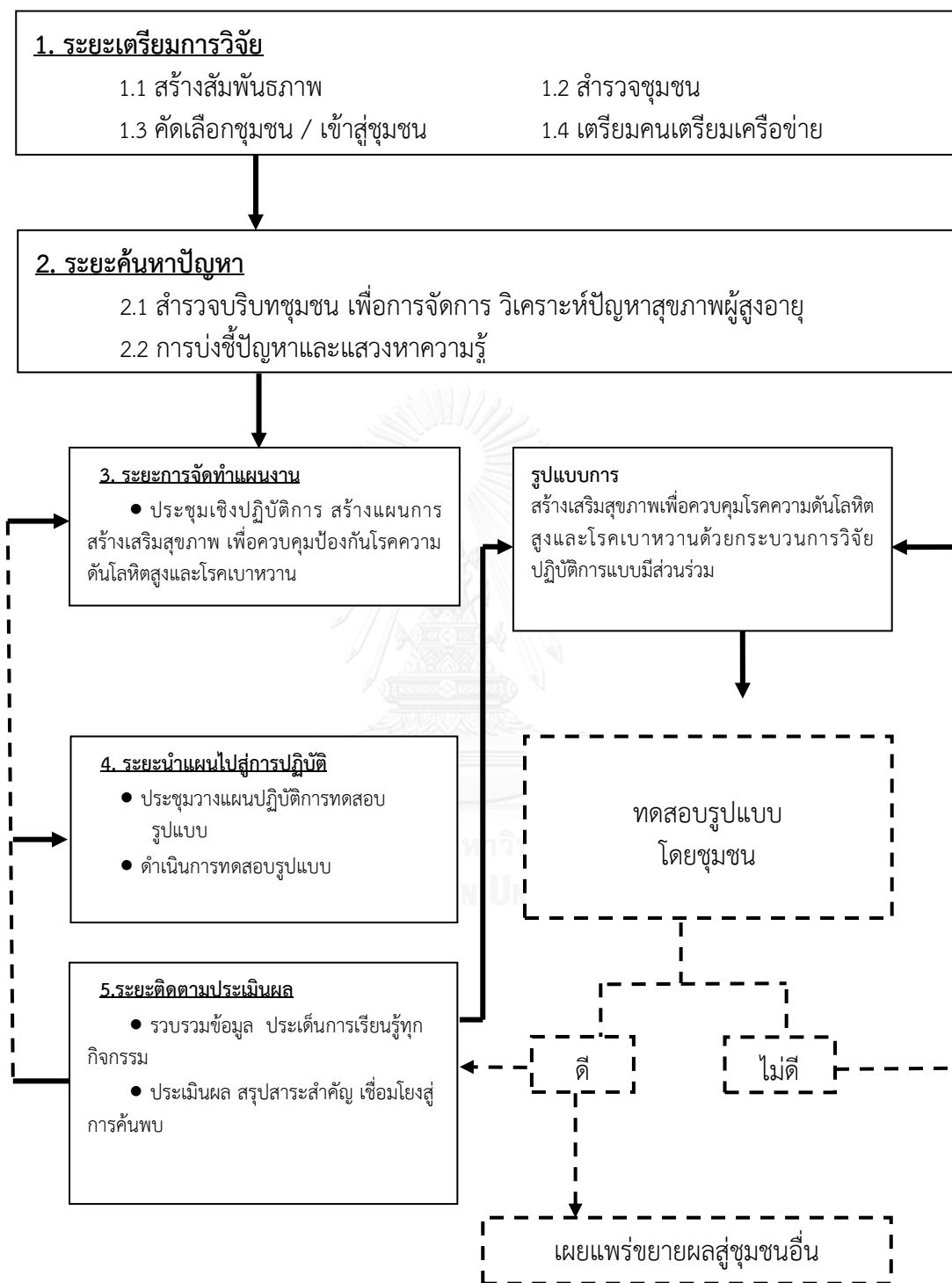
6.2.1 การจัดหมวดหมู่และระบบของข้อมูล (Data Organization)

6.2.2 การวิเคราะห์ ธีม (Thematic Analysis) เพื่อจำแนกให้เห็นกลุ่มของข้อมูลแบบเดียวกัน ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์นี้เพื่อหาข้อสรุปที่จะชี้ให้เห็นประเด็นของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มหรือผลกระทบของระบบที่มีต่อผู้สูง อายุในแต่ละกลุ่ม

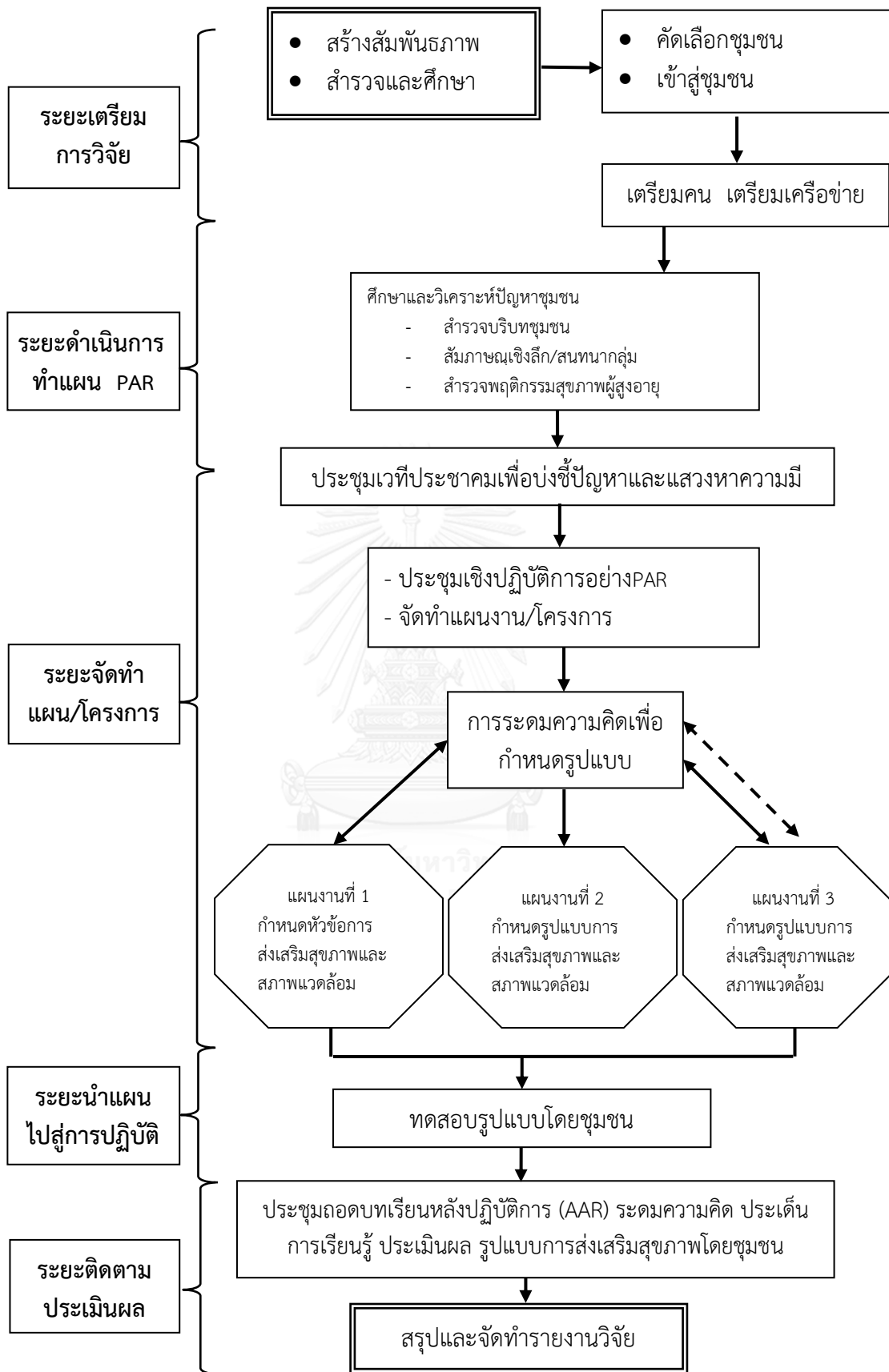
6.2.3 การวิเคราะห์เส้นเวลา (Time-line Analysis) เป็นการวิเคราะห์ที่แสดงให้เห็นการเกิดเหตุการณ์ตามช่วงเวลาของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

6.2.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparative Analysis) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างตามคุณลักษณะของข้อมูลเพื่อหาข้อสรุป โดยนำข้อมูลที่ได้อะไร และแต่ละแหล่งมาจำแนกเป็นกลุ่มของข้อมูลและดูว่ามีความเหมือนและความแตกต่างอย่างไร แล้วนำมาหาข้อสรุปเพื่ออธิบายถึงความเชื่อมโยงของผู้ให้ข้อมูลและการใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการอธิบายก่อนที่จะสรุปเชื่อมโยงประเด็นทั้งหมด

ขั้นตอนการวิจัย



แผนภาพที่ 9 สรุปภาพรวมขั้นตอนการวิจัย



แผนภาพที่ 10 สรุปภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

บทที่ 4

วิถีชีวิตและบริบทชุมชนที่ศึกษา

การศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี มีบริบทดังนี้

1. จังหวัดราชบุรี

จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางภาคตะวันตก โดยเป็นศูนย์กลางในด้านอุตสาหกรรมแปรรูปสินค้าเกษตร และการปศุสัตว์ของประเทศ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางในด้านพลังงานของประเทศ ในปัจจุบัน โดยมีเมืองราชบุรีเป็นศูนย์กลางด้านการปกครอง เศรษฐกิจ และการคมนาคมในภูมิภาค มีพื้นที่ประมาณ 5,120 ตารางกิโลเมตร ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดกาญจนบุรี ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดเพชรบุรี ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดนครปฐม และทิศตะวันตกติดต่อกับประเทศพม่าจังหวัดราชบุรีห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 110 กิโลเมตร



แผนภาพที่ 11 แผนที่จังหวัดราชบุรี

1.1 ประวัติความเป็นมา

ราชบุรี เป็นดินแดนวัฒนธรรมลุ่มน้ำแม่กลอง และเป็นส่วนหนึ่งของเทือกเขา ตะนาวศรี เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางด้านตะวันตกที่มีภูมิประเทศหลากหลาย จากตำนานและหลักฐานทาง

ประวัติศาสตร์สันนิษฐานได้ว่า ราชบุรีเป็นหัวเมืองที่เจริญรุ่งเรืองมากแห่งหนึ่งของแคว้นสุวรรณภูมิมาตั้งแต่สมัยที่พระเจ้าอโศกมหาราชแห่งอินเดียที่ได้เผยแพร่พุทธศาสนาเข้ามาในดินแดนแถบนี้ เมื่อราวปี พ.ศ. 218 โดยแคว้นสุวรรณภูมินี้มีศูนย์กลางการปกครองอยู่ที่นครปฐม หรือที่สมัยนั้นเรียกกันว่า "ทวารวดี" นอกจากนี้ ราชบุรียังเป็นแหล่งที่พ่อค้ามาพบปะกัน และเป็นเมืองหน้าด่านที่ติดต่อกับพม่า ราชบุรีจึงเป็นดินแดนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ที่สุดแห่งหนึ่ง และมีร่องรอยทางประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม จึงมีสินค้าของฝากที่หลากหลายเช่น ไข่เค็มเคลือบลายมังกร ผ้าทอบ้านไร่หรือผ้าขาวม้า เป็นต้น การวิวัฒนาการและความเปลี่ยนแปลงในสังคมราชบุรีในพื้นที่ลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่างซึ่งมีแม่น้ำแม่กลองตัดผ่านทำให้เกิดความเชื่อมโยงพื้นที่ด้านตะวันออกซึ่งติดกับเขตจังหวัดสมุทรสงครามเข้ากับพื้นที่ตอนในแหล่งต้นแม่น้ำแม่กลอง นอกจากนี้ราชบุรีเคยมีเมืองโบราณคูบัวเป็นเมืองท่าติดทะเล เช่นเดียวกับนครปฐมหรือเมืองนครชัยศรีโบราณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ 13 ลงมา กล่าวได้ว่า เมืองคูบัวมีความโดดเด่นมากกว่าเมืองนครชัยศรีโบราณ เพราะมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับเมืองเพชรบุรี ตลอดไปถึงเขตชะอำอู่ทอง นครปฐม เมืองคูบัว เป็นเครือข่ายของเมืองท่าโบราณตั้งแต่สมัยวัฒนธรรมทวารวดีเฟื่องฟู และเป็นศูนย์กลางของพุทธศาสนามหายานที่สำคัญแห่งหนึ่งในภาคกลาง เมื่อเข้าสู่สมัยที่อาณาจักรขอมเรืองอำนาจและปรากฏศิลปะแบบลพบุรีในลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา ประมาณพุทธศตวรรษที่ 16 เป็นต้นไป ตัวเมืองได้โดยย้ายศูนย์กลางจากเมืองคูบัวมาตั้งใหม่ที่ราชบุรีซึ่งอยู่ไม่ห่างกันมาก (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารจังหวัดราชบุรี, 2552 : ออนไลน์)

1.2 ภูมิประเทศ

จังหวัดราชบุรี มีพื้นที่ภูเขาสูง อยู่บริเวณชายแดนด้านตะวันตกติดกับประเทศพม่า และด้านใต้ติดกับจังหวัดเพชรบุรี มีสภาพเป็นเทือกเขาสูง มีป่าเบญจพรรณ ป่าเต็งรัง และป่าไผ่ เป็นต้น พื้นที่ด้านตะวันตกเป็นที่ราบสูง ได้แก่ เขตอำเภอสวนผึ้ง อำเภอบ้านคา อำเภอจอมบึง มีแม่น้ำภาชีและลำห้วยสาขา เป็นสายน้ำหลัก สภาพเนื้อดิน เป็นดินปนทราย มีการชะล้างพังทลายของหน้าดินค่อนข้างสูงถึงปานกลาง และด้านตะวันตกของอำเภอปากท่อ อำเภอเมืองราชบุรี อำเภอโพธาราม และอำเภอบ้านโป่ง เป็นที่ราบลุ่ม ได้แก่ บริเวณสองฝั่งแม่น้ำแม่กลอง และด้านตะวันออกของพื้นที่จังหวัด เนื้อดินเป็นดินร่วนและดินร่วนปนดินเหนียว มีความอุดมสมบูรณ์ มีระบบชลประทานแม่กลองที่ราบลุ่มต่ำ ได้แก่ ตอนปลายของแม่น้ำแม่กลองที่ติดต่อกับจังหวัดสมุทรสงคราม อยู่สูงจากระดับน้ำทะเลกลางเพียง 1-2 เมตร ดินจะมีความสมบูรณ์ เหมาะแก่การทำสวนผักผลไม้ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารจังหวัดราชบุรี, 2552 : ออนไลน์)

1.3 ภูมิอากาศ

จังหวัดราชบุรีตั้งอยู่ในเขตที่ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้จากมหาสมุทรอินเดีย แต่การที่มีเทือกเขาตะนาวศรีบังไว้ ทำให้เป็นที่อับฝน คือ อำเภอสวนผึ้ง อำเภอบ้านคา และอำเภอจอมบึง มีฝนตกน้อยและเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีฝนตกน้อยที่สุดในประเทศ ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 1,000 - 1,250 มิลลิเมตรต่อปี อุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 27 องศาเซลเซียส สูงสุดเดือนเมษายน - พฤษภาคม ประมาณ 36 องศาเซลเซียส และต่ำสุดในเดือนธันวาคม - มกราคม ประมาณ 18 องศาเซลเซียส ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - พฤศจิกายน โดยตกหนักที่สุดในเดือนกันยายน และทิ้งช่วงในเดือนมิถุนายนและสิงหาคม ฝนส่วนใหญ่จะถูกพัดเลยไปตกในแถบลุ่มแม่น้ำแม่กลอง และด้านตะวันออกของพื้นที่จังหวัด อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 13 - 38 องศาเซลเซียส แต่ในฤดูหนาวบริเวณเชิงเขาหรือหุบเขาในพื้นที่อำเภอสวนผึ้ง และอำเภอบ้านคาจะมีสภาพอากาศหนาวมาก เฉลี่ย 8 -15 องศาเซลเซียส และเป็นจังหวัดที่มีปริมาณโอโซนมากที่สุดติดอันดับของโลก (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารจังหวัดราชบุรี, 2552 : ออนไลน์)

หน่วยการปกครอง

การปกครองส่วนภูมิภาค แบ่งออกเป็น 10 อำเภอ 104 ตำบล และ 975 หมู่บ้าน การปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่งเทศบาล 25 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 77 แห่ง (วิกิพีเดีย, 2557 : ออนไลน์)

1.4 คำขวัญประจำจังหวัด

จังหวัดราชบุรี มีคำขวัญประจำจังหวัด คือ “คนสวยโพธาราม คนงามบ้านโป่ง เมืองโอ่งมังกร วัดขนอนหนังใหญ่ ตื่นใจถ้ำงาม ตลาดน้ำดำเนิน เพลินค้างคาวร้อยล้าน ย่านยี่สกปลาดี” (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารจังหวัดราชบุรี, 2552 : ออนไลน์)

1.5 ถิ่นอาศัยของคน 8 ชาติพันธุ์ราชบุรี

ชาวไทยที่เป็นประชากรของราชบุรีตามกลุ่มวัฒนธรรมต่างๆ มีอยู่เป็นกลุ่มๆ เมื่อมีการรวมกลุ่มกันอย่างหนาแน่น จะเกิดการแสดงออกทางประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อ ข้อมูลต่อไปนี้แสดงถึงพื้นที่อยู่อาศัยของผู้คนตามวัฒนธรรมต่างๆ ได้แก่ 1) ไทยพื้นถิ่นราชบุรี 2) จีนราชบุรี 3) ไทยยวนราชบุรี (ไทยยวนซึ่งมาจากไทยโยนกในอำเภอเชียงแสน และอพยพจากอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย) 4) มอญราชบุรี 5) เขมรราชบุรี 6) ลาวเวียงราชบุรี 7) กะเหรี่ยงราชบุรี 8) ไส้ราชบุรี เป็นต้น (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารจังหวัดราชบุรี, 2552 : ออนไลน์)

1.6 เศรษฐกิจ

จังหวัดราชบุรี เป็นจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในภาคตะวันตก และเป็นศูนย์กลางของภูมิภาคมีธุรกิจการค้าประเภทสินค้าเกษตร และผลิตภัณฑ์แปรรูปทางการเกษตร เป็นโครงสร้าง

หลักทางเศรษฐกิจ มีศูนย์กลางตลาดผักผลไม้ในภูมิภาค และเป็นหนึ่งในตลาดกลางสินค้าเกษตรที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศไทย นอกจากนั้นยังมีตลาดสดและตลาดนัดในท้องที่ต่างๆ ควบคู่กับการเลี้ยงปศุสัตว์ และโรงงานอาหารสัตว์ที่มีมากในเขตอำเภอปากท่อ และอำเภอโพธาราม และยังมีอุตสาหกรรมอื่นๆ เช่น อุตสาหกรรมไฟฟ้า และก๊าซธรรมชาติ อุตสาหกรรม ยานยนต์ อุตสาหกรรมน้ำตาล อุตสาหกรรมกระดาษ และอุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นต้น โดยจังหวัดราชบุรีเป็น 1 ใน 14 จังหวัดที่มีนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ของประเทศไทย ศูนย์กลางทางการค้าที่สำคัญจะกระจายอยู่ในพื้นที่เมืองใหญ่ ได้แก่ เมืองราชบุรี และเมืองบ้านโป่ง เป็นต้น โดยเป็นที่ตั้ง ศูนย์และสำนักงานสาขาในเขตภูมิภาคของบริษัทชั้นนำหลายๆ แห่ง เช่น ปตท. ไทโยต้า เป็นต้น อีกทั้งเป็นจังหวัดที่มีเศรษฐกิจเติบโตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เฉลี่ยปีละประมาณ 5 - 6% ทำให้มีการลงทุนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น ศูนย์การค้า โครงการที่อยู่อาศัย บริษัท ห้างร้านต่างๆ เป็นต้นและจังหวัดราชบุรีมีผู้ต่อรถโดยสารมากประมาณ 50 กว่าอำเภอ มีชื่อเสียงมากในเรื่องการต่อรถโดยสาร เป็นที่แรกๆ ที่กำเนิดรถโดยสารของประเทศ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารจังหวัดราชบุรี, 2552 : ออนไลน์)

สถานการณ์โรคเรื้อรัง

จังหวัดราชบุรี เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกับเขตปริมณฑลซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรม และมีการขยายขอบเขตของชุมชนเมือง ทำให้มีลักษณะก้ำกึ่งระหว่างชุมชนเมืองและชนบท รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา จากการทบทวนรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในจังหวัดราชบุรี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมา คือ ในปี พ.ศ. 2544 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 477.5 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2554 อัตราป่วย 1,197.5 ต่อประชากรแสนคน และเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราป่วยสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 ในจังหวัดราชบุรี คือ อำเภอเมืองราชบุรี จำนวน 3,090 ราย รองลงมาคือ อำเภอโพธาราม จำนวน 1,834 ราย สำหรับโรคเบาหวานมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 444.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 เป็นอัตราป่วย 778.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2554 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2554) ข้อมูลสรุปผลการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังยังพบมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 2 ปี ล่าสุด คือ ปี 2556 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 7,571.89 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 10,456.95 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557 สำหรับโรคเบาหวานพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นถึง 5 เท่า คือ ปี 2556 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2,443.19 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 12,795.15 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557 (รายงานสรุปการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง, ปี 2556 - ปี 2557 จังหวัดราชบุรี : ออนไลน์)

การแบ่งเขตการปกครอง

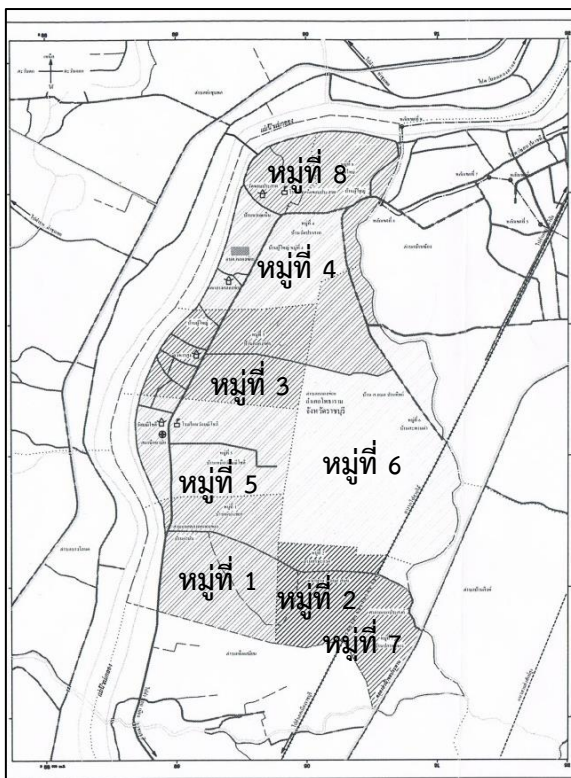
การปกครองส่วนภูมิภาคอำเภอโพธาราม แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 9 ตำบล 156 หมู่บ้าน การปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอโพธารามประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 20 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองโพธาราม 1 แห่ง เทศบาลตำบล 8 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 11 แห่ง

3. ตำบลคลองข่อย

3.1 สภาพทั่วไป

คลองข่อย เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอโพธาราม ตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอโพธาราม ประมาณ 4 กิโลเมตร มีขนาดพื้นที่ 4,956 ไร่ หรือประมาณ 7.93 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลต่างๆ ดังนี้ ทิศเหนือจรดเทศบาลเมืองโพธาราม ทิศใต้จรดเทศบาลตำบลเจ็ดเสมียน ทิศตะวันออกจรดตำบลคลองตากุด ทิศตะวันตกจรดแม่น้ำแม่กลอง ลักษณะภูมิประเทศ เป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำ ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำแม่กลอง มีแม่น้ำแม่กลองไหลผ่านทางทิศตะวันตก ตำบลคลองข่อยตั้งอยู่ทางทิศใต้ของที่ว่าการอำเภอโพธาราม ห่างจากที่ว่าการประมาณ 4 กิโลเมตร มีพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่ ไร่อ้อย ถั่วเขียว และการทำสวน เช่น สวนพืชผักต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่ายเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ครอบครัวอีกทางหนึ่ง สัตว์ที่นิยมเลี้ยง ได้แก่ หมู โค ไก่ รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง และค้าขายมีโรงงานอุตสาหกรรม 5 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 2 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง อัตราการมีและใช้ส้วมราด 100% มีไฟฟ้าใช้ทุกหมู่บ้าน จำนวนประชากรที่ใช้ไฟฟ้าประมาณ 97%

แหล่งน้ำธรรมชาติในพื้นที่คือ แม่น้ำแม่กลอง ลำน้ำ ลำห้วย 2 แห่ง มีอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) 80 คน ตำรวจชุมชน 20 คน แบ่งเขตพื้นที่การปกครองเป็น 8 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย หมู่ที่ 2 บ้านศรีชะแรด หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง หมู่ที่ 4 บ้านจอมปราสาท หมู่ที่ 5 บ้านวัดมณีโชติ หมู่ที่ 6 บ้านสะพานดำ หมู่ที่ 7 บ้านใหม่ปลายคลอง หมู่ที่ 8 บ้านใหม่ริมคลอง มีการบริหารพื้นฐานโดยองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 ปัจจุบัน นายปรีชา กระจ่างทอง เป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย มีรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ชื่อ นายพิสุทธ์ จงเจริญทรัพย์ และนางชิตติพร มณีรัตน์ มีสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย 16 คน ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลตั้งอยู่ติดกับวัดกลางคลองข่อย หมู่ที่ 4 มีวิสัยทัศน์องค์กร คือ “บูรณาการสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชน นำพาประชาเป็นสุข”

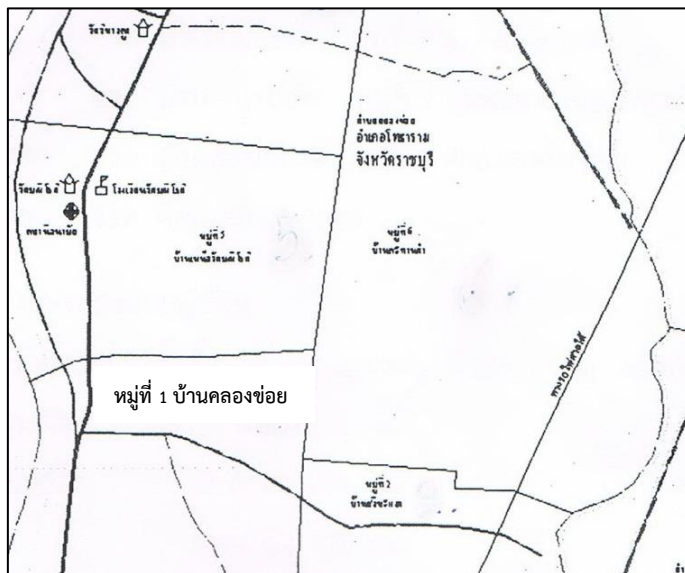


แผนภาพที่ 13 แผนที่ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

3.2 สถานการณ์โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุตำบลคลองข่อย

ชุมชนตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุ 766 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมีลูกหลานดูแล เมื่อลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้านในเวลากลางวันผู้สูงอายุในชุมชนก็จะช่วยกันดูแลกันเองหรืออาศัยญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านช่วยกันดูแล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 33 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ที่ผ่านมารวมกลุ่มของผู้สูงอายุยังไม่เข้มแข็ง ชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองข่อยเพิ่งจะเริ่มก่อตั้งแบบเป็นทางการ ยังไม่ค่อยมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน กิจกรรมส่วนใหญ่จะเน้นทำกิจกรรมรวมกับวันนัดตรวจสุขภาพคลินิกโรคเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุมารับการตรวจรักษาก็จะได้รับการให้สุขศึกษาเป็นรายกลุ่ม เนื่องจากมีเวลาจำกัด จากสถิติข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่ามีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสูงสุด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย, 2554) งานวิจัยนี้เลือกหมู่บ้านที่มีอัตราความชุกโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่สูงมาก 3 ลำดับแรก จำนวน 3 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง และหมู่ที่ 5 บ้านวัดมณีโชติ เป็นพื้นที่ศึกษา

3.3 ผลการศึกษาบริบทชุมชน หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี



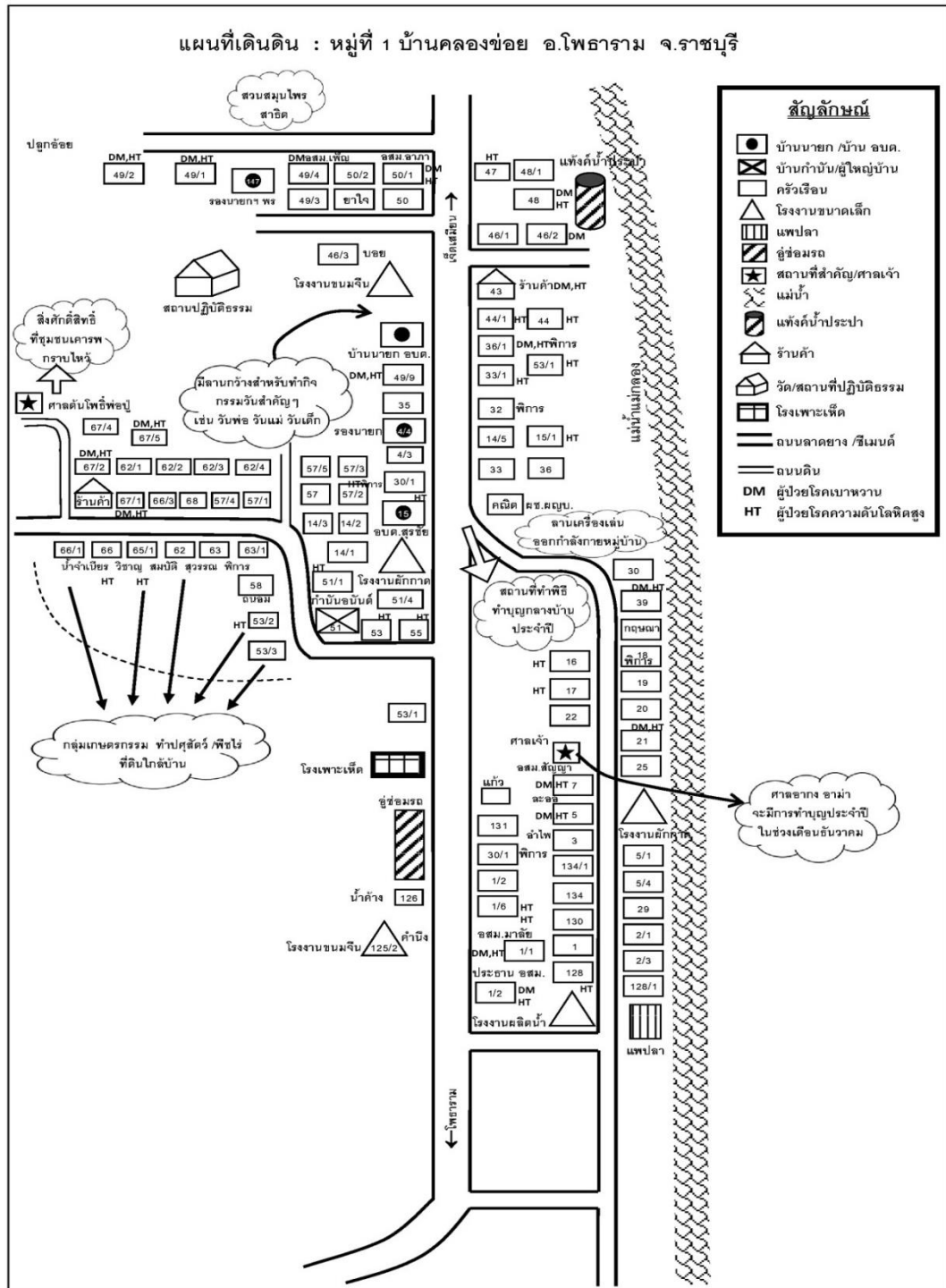
แผนภาพที่ 14 แผนที่แสดงขอบเขตหมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย

ข้อมูลทั่วไป

บ้านคลองข่อย ตั้งอยู่ในเขตตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เดิมบ้านคลองข่อยเป็นหมู่ที่ 3 ตำบลบางแยง ขึ้นกับตำบลเจ็ดเสมียน ต่อมาได้มีการประกาศตั้งอำเภอโพธารามในปี พ.ศ. 2438 จึงได้ย้ายมาอยู่ในเขตความรับผิดชอบของอำเภอโพธาราม และมีชื่อใหม่ว่า บ้านคลองข่อย ส่วนประวัติในการจัดตั้งหมู่บ้านไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน

อาณาเขตของหมู่บ้าน

- ทิศเหนือ จรดบ้านมณีโชติ หมู่ที่ 5 ตำบลคลองข่อย
- ทิศใต้ จรดบ้านสนามชัย หมู่ที่ 5 เทศบาลตำบลเจ็ดเสมียน
- ทิศตะวันออก จรดบ้านศิระระแสด หมู่ที่ 2 ตำบลคลองข่อย
- ทิศตะวันตก จรดตติแม่ น้ำแม่กลอง



แผนที่ 15 แผนที่เดินดิน หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ผลการศึกษาบริบทของชุมชนโดยวิธีทำแผนที่เดินดิน หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย ประวัติความเป็นมา

บ้านคลองข่อย เป็นหมู่บ้านเก่าแก่อายุก่อตั้งประมาณ 200 ปี ปัจจุบันมี นาย อนันต์ ฐิติพิสุทธิพงศ์ เป็นผู้ใหญ่บ้าน ประวัติในการจัดตั้งหมู่บ้านไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน แต่มีการเล่าสืบทอดกันมาว่า มีคลองภายในหมู่บ้าน ซึ่งชาวบ้านได้ใช้เป็นเส้นทางคมนาคมและระบายน้ำจากหมู่บ้านหรือรับน้ำจากแม่น้ำแม่กลองเพื่อใช้ในการเกษตรและมีต้นข่อยอยู่มากจึงเรียกติดปากว่า “บ้านคลองข่อย”

สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน

บ้านคลองข่อย อยู่ห่างจากอำเภอโพธารามไปทางทิศใต้ประมาณ 6 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 720 ไร่ เป็นพื้นที่เกษตรกรรม 360 ไร่ ในอดีตบ้านคลองข่อยเคยเป็นพื้นที่เกษตรกรรม แต่เมื่อมีการสร้างถนนเลียบริมแม่น้ำแม่กลองและการสร้างเขื่อนวชิราลงกรณ์ที่จังหวัดกาญจนบุรี ทำให้ระดับของแม่น้ำแม่กลองลดลง จึงทำให้พื้นที่การเกษตรขาดน้ำ ประชาชนจึงหันมาประกอบอาชีพรับจ้างแทน ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ภายในหมู่บ้านมีระบบสาธารณูปโภค ไฟฟ้า ประปา และโทรศัพท์ครอบคลุมทุกครัวเรือนภายในหมู่บ้านมีระบบประปาหมู่บ้าน แต่คุณภาพน้ำไม่ดี ในช่วงฤดูฝนจะมีน้ำปนดินโคลน ไม่สะอาด ประชาชนต้องซื้อน้ำบริโภค

จำนวนครัวเรือนและประชากรของหมู่บ้าน

จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 138 ครัวเรือน จำนวนประชากร 506 คน เป็นเพศชาย 224 คน เพศหญิง 282 คน

การประกอบอาชีพ

อาชีพหลัก คือ การประกอบอาชีพรับจ้าง อาชีพรอง คือ ค้าขาย มีสถานประกอบการหลายแห่งเช่นโรงงานทำหัวผักกาด โรงงานทำขนมจีน ฟาร์มหมู ฟาร์มไก่ไข่ ปลากระชัง โรงงานทำเต้าหู้ โรงเพาะเห็ด และบ้านทำขนมไทย เป็นต้น

สถานที่สำคัญของหมู่บ้าน

สถานที่สำคัญดั้งเดิมของหมู่บ้านมี 2 แห่งคือ ศาลตันโพธิ์ และ ศาลอากง-อาม่า ศาลตันโพธิ์อยู่ทางด้านตะวันออกของหมู่บ้าน เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชุมชนเคารพกราบไหว้ เวลาที่มีความทุกข์หรือติดขัดก็จะมากราบไหว้ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของหมู่บ้าน สำหรับศาลอากง-อาม่า เป็นศาลเจ้าที่สร้างขึ้นภายหลัง ตั้งอยู่กลางชุมชนใกล้กับบ้านเรือนชาวบ้านในชุมชน เนื่องจากมีชาวไทยเชื้อสายจีนอาศัยอยู่กันเป็นจำนวนมาก ทุกปีจะมีงานทำบุญประจำปีในช่วงเดือนธันวาคม นอกจากนี้ยังมีสถานที่ปฏิบัติธรรมซึ่งสร้างขึ้นใหม่ในปี พ.ศ. 2555 เป็นสวนป่า มีพระภิกษุมารจำพรรษาและสอนวิปัสสนากรรมฐานแก่ลูกศิษย์ผู้มีศรัทธา

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย มีผู้สูงอายุจำนวน 98 คน เพศชาย 31 คน เพศหญิง 67 คน ผู้สูงอายุในชุมชนมีทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้มีความเสี่ยงแต่ยังไม่ป่วย ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและยังช่วยตัวเองได้ ผู้ที่เจ็บป่วย ดิบบ้านติดเตียงต้องมีผู้ดูแล ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยพบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 54 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด แบ่งประเภทโรคดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 37 ราย โรคเบาหวาน จำนวน 21 ราย โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 16 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือด 4 ราย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวและมีลูกหลานเป็นผู้ให้การดูแล ด้วยภาวะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปลูกหลานในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านในช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่ตามลำพัง หรือมีผู้สูงอายุที่เป็นญาติช่วยกันดูแล

การใช้ประโยชน์ที่ดินในหมู่บ้าน

ชุมชนบ้านคลองข่อย มีพื้นที่สาธารณะและพื้นที่ว่างที่เจ้าของพื้นที่ยินยอมให้ทำกิจกรรมต่างๆในชุมชนจำนวน 4 แห่ง ได้แก่พื้นที่ว่างบริเวณหน้าบ้านนายกองค้การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยใช้จัดกิจกรรมวันสำคัญ เช่น วันพ่อ วันแม่ วันเด็ก และทำกิจกรรมศูนย์สาธิตส่งเสริมอาชีพต่างๆ ให้แก่กลุ่มแม่บ้านในชุมชนเป็นประจำ และมีการนำเครื่องเล่นออกกำลังกายมาวางไว้ในพื้นที่สาธารณะในชุมชน จำนวน 2 จุด

โครงสร้างองค์กรชุมชน

ปัจจุบันในชุมชนบ้านคลองข่อย มีกิจกรรมของกลุ่มสมาชิกต่างๆ ดังนี้

1) กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในหมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน มีประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองข่อย เป็นแกนนำในการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย มีผู้สูงอายุสมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในระยะแรกจะจัดพร้อมกับวันที่ผู้สูงอายุมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยมีแพทย์ตรวจในวันคลินิกโรคเรื้อรัง ทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน ใช้สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย เป็นสถานที่จัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

2) กลุ่มกองทุนวันละบาทตำบลคลองข่อย ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2553 โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีสมาชิกจำนวน 1,170 คน มีเงินหมุนเวียน 531,468.34 บาท มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุน มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในชุมชน ด้านสวัสดิการต่างๆ ในชีวิต ตั้งแต่การเกิดการเจ็บป่วย การตาย โดยใช้สมาชิกให้สัจจะร่วมกันว่าจะออมเงินวันละ 1 บาท และนำเงินมาทำบุญ ช่วยเหลือ เกื้อกูลกันและกันในชุมชน โดยมีการตั้งเป็นกฎระเบียบกันเองภายในกลุ่ม โดยนำเงินสัจจะมาจัดสวัสดิการดังนี้ ให้ค่าเยี่ยมคลอด

ครอบครัวที่มีสมาชิกเกิดใหม่ รายละ 500 บาท เยี่ยมไข้ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล 100 บาทต่อคืน เยี่ยมเครพศพ โดยวางพวงหรีด 1 พวง และมอบเงินชดเชยตามระยะเวลาการเป็นสมาชิก ตั้งแต่ 2,500 - 30,000 บาท

3) กองทุนหมู่บ้าน (กองทุน 1 ล้าน) ก่อตั้งโดยรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการกองทุนเงินล้านของหมู่บ้านนำเงินมาปล่อยให้สมาชิกในหมู่บ้านกู้ และกระจายหุ้นให้ประชาชนถือหุ้น 50 บาทต่อหุ้น กฎระเบียบการปล่อยเงินกู้ ได้แก่ การกู้เพื่อประกอบอาชีพต่างๆ ดอกเบี้ยจากเงินกู้อาจจะสมทบเข้ากองทุน ร้อยละ 40 ส่วนอีกร้อยละ 60 นำมาบริหารจัดการในเรื่องการจ่ายเงินปันผลสวัสดิการแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย จะได้รับการเยี่ยมไข้ 200 บาทต่อครั้ง

4) กลุ่มเกษตรกรรม ปศุสัตว์ พืชไร่ มีการรวมกลุ่มและสนับสนุนการทำเกษตร โดยเกษตรอำเภอ เกษตรตำบล ในเรื่องการบำรุงดิน การป้องกันศัตรูพืช การสนับสนุนการปลูกผักปลอดสารพิษ พืชสมุนไพรในครัวเรือน ประชาชนบางกลุ่มมีความสนใจด้านพืชสมุนไพรพื้นบ้าน ที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ นำมาทำเป็นน้ำสมุนไพรดื่มกันเองในชุมชน

5) กลุ่มแม่บ้านสตรี มีการรวมกลุ่มกันเป็นคุ้มบ้าน กู้ยืมเงินจากกองทุนหมู่บ้านมาซื้อจักรเย็บผ้า ผลิตชิ้นส่วนตุ๊กตาผ้า ของชำร่วย พิมเสนน้ำ หารายได้เสริมแก่ครอบครัว

6) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน ที่ได้รับการคัดเลือกและแต่งตั้งโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนหมู่ที่ 1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และทำหน้าที่ดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนในละแวกบ้าน คนละประมาณ 20 - 30 ครัวเรือน

ระบบสุขภาพในชุมชน

ชุมชนบ้านคลองข่อย มีระบบสุขภาพที่หลากหลาย ชาวบ้านไม่ได้พึ่งระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว แต่คนในชุมชนยังมีความเชื่อในภูมิปัญญาท้องถิ่น และรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้านในการรักษาตนเองและญาติพี่น้องของตน จากการทำแผนที่เดินดิน พบว่า เมื่อสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วย คนในชุมชนต้องไปบนบาลศาลตันโพธิ์ เพื่อขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้หายป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เสาะแสวงหาสมุนไพรมาต้มน้ำดื่ม เพื่อควบคุมโรคให้อยู่ในระดับปกติ เช่น น้ำสมุนไพร “ปอกระบิด” “ไม้ขวาง” มาต้มน้ำดื่ม เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด นำน้ำสมุนไพร “น้ำคลอโรฟิล” มาดื่มแทนน้ำ เพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง บางคนก็มีความเชื่อในเรื่อง “น้ำหมักป่าเขง” “น้ำหมักสัปะรด” นำมาเป็นยารักษาสารพัดโรค เป็นต้น สำหรับระบบสุขภาพนอกชุมชนที่เป็นการแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นสถานบริการของรัฐ มีหลายระดับตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย สถาน

บริการภาคเอกชน ที่ประชาชนนิยมใช้บริการ ได้แก่ คลินิกแพทย์ในตลาดโพธาราม และโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ใกล้เคียง

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

จากการสังเกตภาคสนามพบว่า ประชาชนหมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย โดยส่วนใหญ่มีภารกิจในการประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานขนาดเล็กซึ่งมีอยู่หลายแห่ง เช่น โรงงานผลิตหัวผักกาด โรงงานขนมจีน โรงงานทำวุ้นมะพร้าว โรงงานทำเต้าหู้ และมีประชากรบางส่วนเดินทางออกไปทำงานในระบบโรงงานขนาดใหญ่ในเขตพื้นที่อำเภอโพธาราม และละแวกใกล้เคียง ทำให้ประชากรวัยทำงานเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคค่อนข้างน้อย ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยในการออกตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รายงานสรุปผลการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชนพบว่า มีอัตราความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพียงร้อยละ 50.7

ปฏิทินชุมชน

การศึกษาปฏิทินชุมชน ใช้วิธีสังเกตและพูดคุยกับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับวิถีชีวิตของชุมชนในรอบปี ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลปฏิทินทางเศรษฐกิจ และปฏิทินทางวัฒนธรรม/สังคม เพื่อนำข้อมูลชุดนี้มาวิเคราะห์เป็นภาพรวม นำไปสู่การทำงานสุขภาพเชิงรุกสรุปได้ดังตารางดังนี้

ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุแต่ละราย เมื่อนำมาวิเคราะห์รวมกัน ทำให้เห็นภาพและความเข้าใจบริบทเชิงพฤติกรรม ความคาดหวังของผู้สูงอายุบ้านคลองข่อย สรุปโดยภาพรวมพบว่าชุมชนแห่งนี้เป็นชุมชนเก่าแก่ดั้งเดิม มีผู้สูงอายุ 98 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 37 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 21 ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 16 ราย ได้ทำการสุ่มสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พร้อมกับสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 15 คน ผู้ดูแล 13 คน (ไม่อยู่บ้าน 2 คน) ประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตั้งแต่เช้า-จรดเย็น ส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณบ้าน และรอบๆ บ้าน ทำงานเล็กๆ น้อยๆ เดินไปเก็บผัก ไปไร่ 2-3 ชม. ก็กลับมาพักผ่อนที่บ้าน การเตรียมอาหารรับประทานง่ายๆ ทำอาหารตั้งแต่เช้า และเก็บไว้รับประทานทั้งวัน 3 มื้อ เช้าวันรุ่งขึ้นหุงหาอาหาร และทำกับข้าวใหม่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านพักอาศัยที่เป็นของตนเอง ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเงินที่ลูกหลานให้เป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาเงินมากนัก

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง จะออกไปเก็บผักพื้นบ้านในแถวป่า เช่น ผักตำลึง ผักกฐิน ผักบุ้ง มากำส่งขายตลาด ทำให้มีรายได้ เกิดความภาคภูมิใจ ซื้อหาของกินของใช้ได้สะดวกสบายมากขึ้น ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกายตามหลักการออกกำลังกายทั่วไป แต่จะออกกำลังกายจากการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ตายหญ้า ปลูกผัก กวาดบ้าน ภูบ้าน เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี เช่น การหุงหาอาหารเตรียมอาหารรับประทานเอง

“...ระหว่างวัน ไปทำสวน ถอนหญ้า ดูแลต้นไม้ เก็บผักให้ลูกชาย
เอาไปขายที่กรุงเทพฯ...ได้เงินเล็กๆน้อยๆเอาไว้ใช้ส่วนตัวบ้าง ทำบุญบ้าง...”

ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุบางคนที่ยังหุงหาอาหารไม่ได้ ลูกหลานที่อยู่ไกลจะสั่งอาหารสำเร็จรูปมาส่งให้ วันละ 2 ถูง อุ่นกินตลอดทั้งวัน ซึ่งอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่จะปรุงรสจัดให้ถูกปากชาวบ้านส่วนใหญ่ที่นิยมรับประทานอาหารรสจัด

“...เข้ามาเขาก็เอาอาหารถุงมาแขวนไว้หน้าบ้าน วันละ 2 ถูง เรา
อยากกินอะไรก็สั่งเขาไว้ล่วงหน้า...”

“...ตื่นเช้า ตี 5 ซื้ออาหารสำเร็จรูปที่เขาทำขายมากิน เพราะต้อง
รีบมาทำงาน นึกไปต้องสำหรับส่งห่อขนม...”

“...ตื่นเช้าทำงานบ้าน เตรียมอาหารกินเอง 3 มื้อ กินอาหารตรง
เวลา”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1)

ด้านพฤติกรรมการณ์ผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุชอบพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ดูทีวี ฟัง
ธรรมะ ใ้พระสวดมนต์ ดูลิเกงานดาวเทียม เป็นต้น

“...กลางวัน บางครั้งเดินไปคุยกับเพื่อนบ้านใกล้เคียงบ้าง ไป
เที่ยวกับเพื่อนบ้าง ไปเข้า-กลับเย็น รู้สึกสบายใจ...”

“...ออกเดินเล่น ตอนเย็นไปพบเพื่อนบ้าน พูดคุยกัน กลับบ้านกิน
ข้าว แล้วก็ดูทีวี นอนหลับหลังละครจบ 4 ทุ่มครึ่ง สวดมนต์ใ้พระก่อน
นอนทุกวัน...”

“...ดูลิเกงานดาวเทียมเขามิให้ดูตลอดทั้งวัน บางครั้งเดินไปคุยกับ
เพื่อนบ้านใกล้เคียงบ้าง คนแก่แถวนี้ชอบดูกันทั้งนั้นจ...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1)

ประเด็นที่ 2 ด้านปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีสภาพเสื่อมโทรมของร่างกายวัยชรา ทำให้ปวดกล้ามเนื้อ ปวดเข่า ฟันผุ ฟันหลุด
ร่วง ตามัว หูตึง ผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจเช็คสุขภาพ ตรวจฟัน ตรวจตา และดูแลรักษาโดยทำฟัน
ปลอม ผ่าตัดตาใส่เลนส์ มีผู้สูงอายุบางคนที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาแล้ว และบางคนยัง
ไม่ได้รักษาด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ยังไม่กล้าตัดสินใจผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ เพราะกลัวภาวะแทรกซ้อนทำ
ให้ตาบอด ไม่มีคนดูแลระหว่างผ่าตัดตา เพราะลูกหลานต้องทำงาน

“...ตามัว มีต้อเนื้อ ตอนนี้อยังไม่มัวมาก จึงไม่ไปหาหมอ...”

“...หูตึง ไม่ค่อยได้ยิน อยากใ้ลูกหลานพูดเสียงดังๆ ใ้ได้ยินแบบ
นุ่มนวล...”

“...นี้ก็อยากกินผัก อยากใ้ฟันดี เคี้ยวผักได้ แต่คิดว่าแก่แล้ว ก็
เลยไม่ยอมใส่ฟันปลอม ฟันโยก หลุดไปที่ละซี่...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1)

ประเด็นที่ 3 ด้านความรู้ ทักษะ ทักษะ ความคาดหวังต่อการปฏิบัติตัวต่อโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบและมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนที่
เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น การเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต การเป็นแผลที่เท้า การต้องถูกตัดขาเมื่อแผล
ลุกลาม การควบคุมอาหารทั้งปริมาณ และลดเค็ม ลดหวาน ความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับ
ความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขใ้ความรู้ขณะไปรับยาในคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาล ทักษะต่อการ
การเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังนานหลายปี กินยาต่อเนื่อง มีความรู้สึกรู้ว่า
เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ยอมรับกับโรคที่เป็น สำหรับผู้ที่เริ่มป่วยหรือเพิ่งทราบ
ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน จะรู้สึกวิตกกังวลมาก น้ำหนักลด กลัวและอยากใ้

โรคหายขาด มียาอะไรที่โฆษณาว่าดีก็จะซื้อมาทดลองกิน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการดูแลตนเอง โดย ฟังพาดูมีปัญญาท้องถิ่นควบคุมไปกับการกินยาแผนปัจจุบัน เช่น กินน้ำสมุนไพรคลอโรฟิล กินน้ำสมุนไพรน้ำขวาง (ไม้ขวาง) เพื่อช่วยควบคุมโรคให้อยู่ในระดับปกติ

“...พยายามกินยาควบคุมไว้ มันไม่หายหรอก อย่าไปคิดมากให้ สุขภาพแย่ไปอีก ดูแลตัวเองอย่าให้โรคกำเริบขึ้นมา...”

“...คิดว่าคงไม่หาย ต้องกินยาไปจนตาย ควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม ควบคุมน้ำหนัก...”

“...ยังรู้สึกเครียด กังวลกับโรคเบาหวานที่เพิ่งเป็น ไปนั่งหาเพื่อน คุย ทำให้ลืม ไม่อยู่คนเดียว ดูทีวี ดูลิเก ให้เพลิดเพลินไปแล้วก็นอน...”

“...อยากให้อุณหภูมิแข็งแรง กินสมุนไพรพื้นบ้าน ใครว่าอะไรดีก็ กิน เช่น กินน้ำขิง กินน้ำผักคลอโรฟิล น้ำใบหญ้านาง ...”

“...กำลังกินสมุนไพร “ต้นขวาง” ต้มกินแทนน้ำ รู้สึกว่าเบาหวาน ดีขึ้น เพิ่งเริ่มกิน 2 เดือน เดือนที่แล้วเบาหวานลดลงมาจาก 130 เหลือ 94 ทดลองด้วยตนเอง เดือนหน้าจะลองอีกรอบหนึ่ง...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1)

ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุในอนาคต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากให้ตนเองมี สุขภาพแข็งแรง รักษาภาวะร่างกายให้คงเดิม คาดหวังให้มีอายุยืนยาวเท่าที่เป็นไปได้ ไม่อยากให้ เจ็บป่วยหรือมีโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุอยากมีสุขภาพแข็งแรงด้วยตนเอง ไม่อยากพึ่งพิงแพทย์ แผนปัจจุบัน ที่จะต้องกินยารักษาโรคไปตลอดชีวิต

“...เป็นแล้วต้องยอมรับ และดูแลตนเองให้ได้ ปฏิบัติตัวตามหมอ แนะนำ ทำจิตใจสบาย ไม่กังวล เราต้องดูแลตนเอง ควบคุมการกิน และ ควบคุมอาหาร...”

“...ยอมรับและต้องดูแลตนเองให้ได้ ทำจิตใจให้สบาย ไม่กังวล เราต้องดูแลตนเอง ระวังเรื่องการกิน ควบคุมรสเค็ม รสจัด...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1)

ตารางที่ 10 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1

สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1		
ข้อมูลประเด็นที่ 1 วิถีชีวิต	ข้อมูลประเด็นที่ 2 ปัญหาความต้องการดูแลสุขภาพ	ข้อมูลประเด็นที่ 3 ความรู้ ทักษะคติ ความคาดหวัง
<p>ผู้สูงอายุ มีวิถีชีวิตประจำวันเรียบง่าย ไม่พึ่งพาเงินมากนัก เพราะมีบ้านเป็นของตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาหารหาได้ตามสวน ไร่ ป่า ลูกหลานเตรียมไว้ในตู้เย็น อาหารเข้าเป็นมื้อสำคัญ เพราะต้องกินยาก่อน หรือ หลังอาหาร /เที่ยงเป็นแบบง่ายๆ /เย็นกินกับลูกหลาน - ออกกำลังกาย คือ การทำกิจกรรมประจำวันในบ้าน ในสวน - มีการจัดการความเครียดโดยดูลิเกจากงานดาวเทียมดูทีวี ดูละครเดินไปพบปะผู้คนเพื่อนบ้านใกล้ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ กล้ามเนื้อ กระตุก ปากพัน ตา หู เป็นปัญหาหลักในการดำเนินชีวิตได้ลำบาก - ปัญหาความต้องการด้านครอบครัว ลูกหลาน อาจรู้สึกเหงา กังวลเกี่ยวกับสุขภาพกลัวเป็นภาระ ในชุมชนมีการเอื้อเฟื้อช่วยเหลือ - ปัญหาการเดินทางไปรับยา โรคเรื้อรังต่างๆ เดือน - ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม <p>เมื่อมีปัญหาบ้านทรุดโทรม ต้องการมีคนมาช่วยซ่อมแซมให้มั่นคงแข็งแรง หรือถนนหนทางเป็นบ่อ ต้องการให้ซ่อมแซมเพื่อเดินทางปลอดภัย</p>	<p>ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคในระดับดีเพราะได้รับความรู้รับยาตามนัด ได้รับการสอนวิธีออกกำลังกายและมาปฏิบัติที่บ้าน มีทัศนคติต่อโรคโดยปล่อยวาง ยอมรับ ไปรับยามากิน ควบคุมไว้ ตรวจสอบสุขภาพทุกนัด คาดหวังให้สุขภาพแข็งแรง ไม่กลัวตายและขอให้ไปสบาย</p>
<p>สรุปภาพรวมการตีความจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1</p> <p>ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านพักอาศัยที่เป็นของตนเอง ผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้ดี เช่น การหุงหาอาหาร เตรียมอาหารรับประทานเอง ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการควบคุมอาหารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คือ ลดเค็ม โรคเบาหวาน ลดหวาน กินข้าววันน้อยลง และการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกายเป็นรูปแบบออกกำลังกายทั่วไป แต่จะออกกำลังกายจากการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ทำสวน ปลูกผัก ทำงานบ้าน เป็นต้น การผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุชอบพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และดูลิเกจากงานดาวเทียม ไขว้พระสวดมนต์ ดูทีวี เป็นต้น ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ ความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต คาดหวังอายุยืน ไม่อยากมีโรคเพิ่ม ดูแลสุขภาพไปเรื่อยๆช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคในระดับดี เพราะความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข ไปรับยาตามนัด ได้รับการสอนวิธีออกกำลังกายและมาปฏิบัติที่บ้าน มีทัศนคติต่อโรคโดยปล่อยวาง ยอมรับได้</p>		

ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 บ้านคลองข่อย จำนวน 13 คน สรุปโดยภาพรวมพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เป็นลูกหลาน หรือญาติพี่น้อง ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว คอยดูแลใกล้ชิด อยู่อาศัยในบ้านเดียวกัน มีเพียง 2 ราย ที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน ประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 วิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลทราบวิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นกิจกรรม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติได้

“...ทราบวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากที่หมอโรงพยาบาล แนะนำและสอนเวลาพาแม่ไปตรวจ นำมาปฏิบัติดูแลแม่ที่บ้าน...”

“...โรคเบาหวานต้องคอยดูแลเรื่องน้ำตาลในเลือดให้ดี บางช่วง แม่แอบซื้อข้าวเหนียวมะม่วงมากิน น้ำตาลขึ้นสูงมาก ต้องคอยบอกคอยเตือน...”

(สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1)

ประเด็นที่ 2 ความคาดหวังต่อสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีความสามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระดับปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ ไปไหนมาไหนได้

“...อยากให้แม่ดูแลตัวเอง หาข้าวกินเอง เลือกอาหารการกินได้ ถูกต้อง หยิบยากินเองได้ เวลาลูกๆ ไปธุระข้างนอก...”

“...ให้คุณแม่รักษาสุขภาพ ให้อยู่ระดับนี้ จะหายคงจะเป็นไปไม่ได้ เพราะอายุมากแล้ว...”

(สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1)

ประเด็นที่ 3 ความต้องการสนับสนุนจากชุมชน

ผู้ดูแลมีความคาดหวังการสนับสนุนกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุจากชุมชน ผู้ดูแลคาดหวังให้ชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุไปรวมกลุ่มกันในละแวกบ้านใกล้เคียง ไม่ต้องเดินทางไปไกล เพราะผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่สะดวกในการเดินทาง และกรณีวันนัดตรวจสุขภาพปรึกษาโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อยากให้ องค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้นำชุมชน จัดรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ ที่มีความยากลำบากไปไม่ไหว ไม่มีลูกหลานไปส่ง ให้ได้รับความสะดวกและเข้าถึงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง

“...อยากให้มีการจัดกลุ่มออกกำลังกาย มีครูมาสอนให้ถูกวิธี ของ เราได้แต่ยกแขน ยกขา อยู่ที่บ้าน...”

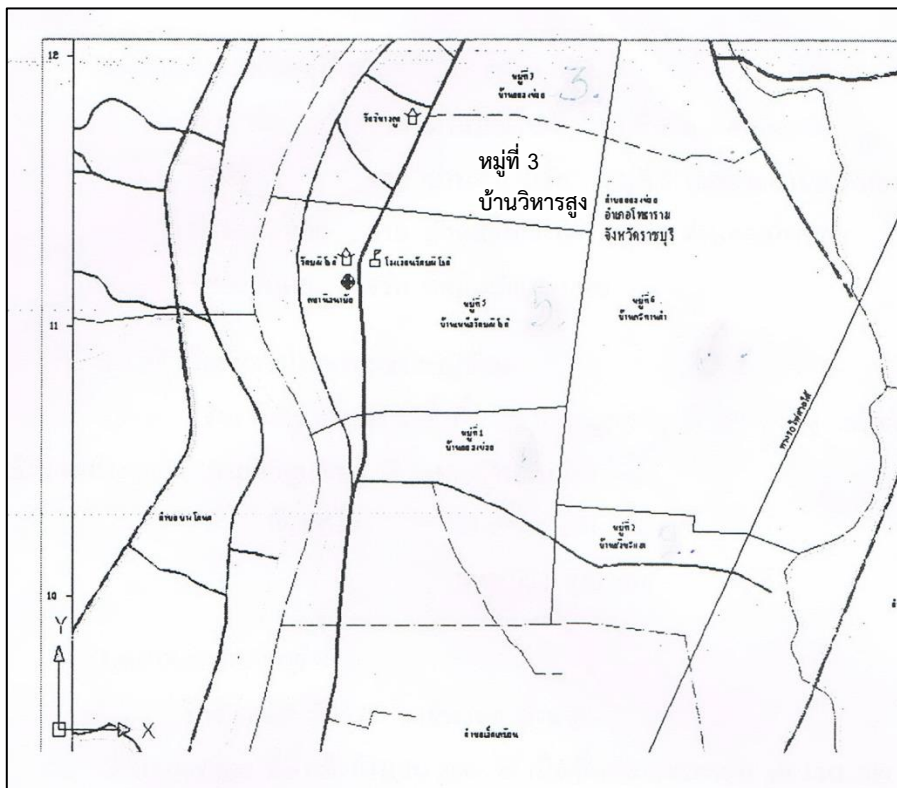
“...กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุปัจจุบันก็ได้อยู่แล้ว ถ้ามีกิจกรรมอื่นๆ ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ทุกคนก็จะดี ที่เป็นปัญหาตอนนี้คือ บางคนเข้าถึง บาง คนไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ควรจะมีการสำรวจรายชื่อและชักชวนเข้ากลุ่ม ทำ กิจกรรมให้สม่ำเสมอทุกหมู่บ้าน...”

(สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1)

ตารางที่ 11 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1

สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1		
ข้อมูลประเด็นที่ 1 วิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ข้อมูลประเด็นที่ 2 ความคาดหวังต่อสภาวะสุขภาพ	ข้อมูลประเด็นที่ 3 การสนับสนุนจากชุมชน
<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบวิธีดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้ถูกต้อง - กิจกรรม 3 อ เน้นการควบคุมอาหาร ลดหวานลดเค็ม ลดไขมัน ไม่ซื้ออาหารรสจัดมาให้ผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุที่ลูกหลานอยู่ไกลจะมีญาติหรือเพื่อนบ้านคอยให้การช่วยเหลือดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> - ความคาดหวังต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เน้นทำให้ผู้สูงอายุดูแลรักษาสุขภาพให้มีสภาวะสุขภาพคงเดิม หรือดีขึ้น - อยากให้มีอายุยืนยาว ให้ผู้สูงอายุไปไหนมาไหนได้ช่วยตนเองได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - คาดหวังให้ชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในละแวกหมู่บ้าน ให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกลุ่มต่างๆ เข้าถึงกิจกรรมได้ง่าย - คาดหวังให้ องค์การบริหารส่วนตำบลจัดรถรับ-ส่งให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสะดวก เพียงเดือนละ 1 ครั้งก็เพียงพอ
<p>สรุปภาพรวมการตีความจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1</p> <p>ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบวิธีดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และกิจกรรม 3 อ ผู้สูงอายุที่ลูกหลานอยู่ไกล มีญาติหรือเพื่อนบ้านคอยให้การช่วยเหลือดูแลตามสมควร ความคาดหวังต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยากให้ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพคงเดิม หรือดีขึ้น อยากให้มีอายุยืนยาว ให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ มีความคาดหวังอยากให้ชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในละแวกหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อให้เข้าถึงกิจกรรมได้ง่าย และคาดหวังให้องค์การบริหารส่วนตำบล จัดรถรับ-ส่งให้ผู้สูงอายุที่ยากลำบากเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุได้สะดวก</p>		

3.4 ผลการศึกษาบริบทชุมชน หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี



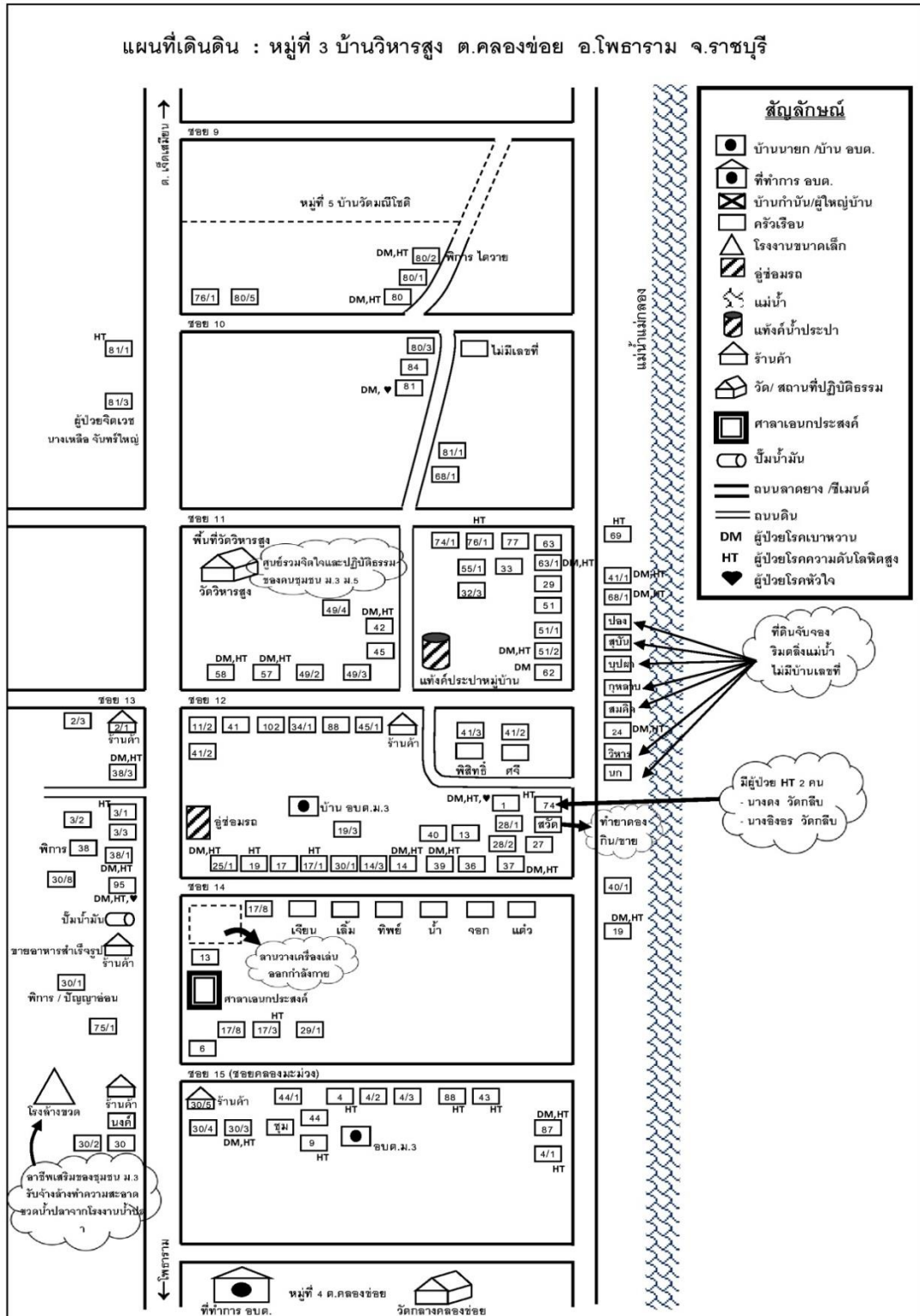
แผนภาพที่ 16 แผนที่แสดงขอบเขตหมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง

ข้อมูลทั่วไป

บ้านวิหารสูง ห่างจากอำเภอโพธารามไปทางทิศใต้ ประมาณ 4 กิโลเมตร มีวิหารสูงเป็นวัดประจำหมู่บ้าน เป็นสถานที่ร่วมกิจกรรมทางศาสนาและงานประเพณี บ้านวิหารสูงมีเนื้อที่ทั้งหมด 500ไร่ ใช้พื้นที่ประกอบเกษตรกรรม 160 ไร่ คริวเรือน สามารถเข้าถึงสาธารณูปโภค ไฟฟ้า ประปา หมู่บ้าน โทรศัพท์ ครอบคลุมทุกครัวเรือนมีแหล่งน้ำธรรมชาติ คือ แม่น้ำแม่กลอง

อาณาเขตของหมู่บ้าน

- ทิศเหนือ จรดบ้านจอมปราสาท หมู่ที่ 4 ตำบลคลองข่อย
- ทิศใต้ จรดบ้านมณีโชติ หมู่ที่ 5 ตำบลคลองข่อย
- ทิศตะวันออก จรดบ้านสะพานดำ หมู่ที่ 6 ตำบลคลองข่อย
- ทิศตะวันตก จรดติดแม่น้ำแม่กลอง



แผนภาพที่ 17 แผนที่เดินดิน หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ผลการศึกษาริบทของชุมชนโดยวิธีทำแผนที่เดินดิน หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง

ประวัติความเป็นมา

บ้านวิหารสูง มีอายุประมาณ 100 ปี เดิมเรียกว่า บ้านบางแขยง มีวัดประจำหมู่บ้าน มีวิหารไม้ทั้งหลังสร้างแบบยกพื้นสูง มีลักษณะแปลกกว่าวัดอื่นๆ ทั่วไปในตำบล ชาวบ้านมักเรียกชื่อว่าวัดวิหารสูง แต่ต่อมาเมื่อมีการประกาศจัดตั้งหมู่บ้านจึงตั้งชื่อหมู่บ้านว่า “บ้านวิหารสูง” ตามชื่อวัดที่อยู่ในหมู่บ้าน

จำนวนประชากรและครัวเรือน

จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 166 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 547 คน เป็นเพศชาย 263 คน เพศหญิง 284 คน

การประกอบอาชีพ

บ้านวิหารสูง มีครัวเรือนประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 113 ครัวเรือน ทำนา 15 ครัวเรือน ทำไร่ 13 ครัวเรือน ปลูกผัก 11 ครัวเรือน ไม้ยืนต้น 21 ครัวเรือน ประมง 2 ครัวเรือน ไม้ดอกไม้ประดับ 2 ไร่ และปศุสัตว์ 24 ครัวเรือน อาชีพเกษตรกรรมประกอบด้วย การปลูกพืชไร่ ได้แก่ ข้าวโพด พืชทอง กระเจี๊ยบ กล้าย ไม้ยืนต้น ได้แก่ มะขามเทศ มะพร้าว มะขามหวาน มะม่วง ไม้ดอกไม้ประดับ ได้แก่ ดาวเรือง มะลิ พุด ใบปร่ง ทำประมง ได้แก่ เลี้ยงปลานิล ปลาทับทิม เลี้ยงสัตว์ ได้แก่ เลี้ยงโคขุน สุกร เป็ด ไก่ รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ได้แก่ รับจ้างล้างขวดน้ำปลา รับจ้างเย็บผ้า เย็บตุ๊กตา อาชีพค้าขาย ได้แก่ การรับซื้อผักสวนครัวในชุมชนไปขายในตลาดวงเวียนใหญ่ ขายอาหารตามสั่ง อาหารปรุงสำเร็จในชุมชน ร้านค้าขายของชำ เป็นต้น

สถานที่สำคัญของหมู่บ้าน

สถานที่สำคัญของหมู่บ้าน คือ วัดวิหารสูงเป็นแหล่งรวมทำกิจกรรมทางศาสนา และงานประเพณี ศาลพ่อปู่ อยู่บริเวณกำแพงวัดวิหารสูง ศาลหลวงปู่โต๊ะ จะมีการทำบุญร่วมกันในวันขึ้น 8 ค่ำ เดือน 6 ของทุกปี

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

หมู่ 3 บ้านวิหารสูง มีผู้สูงอายุ จำนวน 98 คน เพศชาย 46 คน เพศหญิง 52 คน ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการ ร้อยละ 80 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุโดยแบ่งประเภทโรคดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ราย โรคเบาหวาน จำนวน 14 ราย โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 12 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือด 3 ราย โรคจิตเวช พิการทางสติปัญญาและอื่นๆ จำนวน 5 ราย

ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะอยู่กับครอบครัวและมีลูกหลานเป็นผู้ให้การดูแลเช่นเดียวกับหมู่ที่ 1 แต่ลักษณะชุมชนหมู่ที่ 3 เป็นชุมชนที่มีภาวะเศรษฐกิจสังคมที่ค่อนข้างยากจน ที่อยู่อาศัยบ้านเรือนค่อนข้างแออัด ลูกหลานในครอบครัวต้องออกไปทำงาน

นอกบ้านในช่วงกลางวัน เช่น ทำงานรับจ้างล้างขวด รับจ้างทั่วไป ค้าขายในพื้นที่อื่น ผู้สูงอายุบางคน ต้องอยู่ตามลำพัง หรือมีภาระช่วยดูแลหลานๆ ในช่วงที่พ่อแม่ออกไปทำงาน

การใช้ประโยชน์ที่ดินในหมู่บ้าน

บ้านวิหารสูงมีพื้นที่วัดวิหารสูง เป็นพื้นที่สาธารณะ ศูนย์รวมในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น งานบุญประเพณี งานฌาปนกิจศพ งานประชุมประชาคมหมู่บ้าน บริเวณวัดมีต้นไม้ใหญ่ ร่มรื่น เหมาะแก่การพักผ่อนหย่อนใจ และใช้ปฏิบัติธรรมในช่วงเช้าพรรษา ซึ่งประชาชนในชุมชนจะพร้อมใจกันมาทำบุญปฏิบัติธรรมถือศีลแปด นอนค้างที่วัดทุกๆ วันพระ ในช่วงเวลาเช้าพรรษาลดอด 3 เดือน นอกจากนี้บริเวณที่ว่างมุมถนน ซอย 14 จะมีการวางเครื่องเล่นออกกำลังกายไว้ในชุมชน 1 จุด มีศาลาอเนกประสงค์ของชุมชนไว้ทำกิจกรรมส่วนรวมในวันสำคัญๆ เช่น การจัดกิจกรรมวันเด็ก การประชุมกองทุนพัฒนาการสตรี เป็นต้น

โครงสร้างองค์กรชุมชน

โครงสร้างองค์กรชุมชนบ้านวิหารสูง มีกิจกรรมของกลุ่มสมาชิกต่างๆ ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์สตรีอำเภอโพธาราม ก่อตั้งโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการกองทุนของชุมชนหมู่ที่ 3 โดยมีสวัสดิการให้สตรีที่เป็นสมาชิก ช่วยค่าทำศพ กรณีเสียชีวิต พวงหรีด 1 พวง เงินค่าทำศพ 15,000 บาทต่อราย
- 2) กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง เพื่อเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีการบริหารจัดการภายในหมู่บ้าน โดยการนำของตัวแทนผู้สูงอายุ นำผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในวันชมรมผู้สูงอายุ ในทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย แต่เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนบ้านวิหารสูง ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง หรือมีภาระเลี้ยงดูหลาน จึงทำให้ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
- 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน ซึ่งได้รับคัดเลือกและแต่งตั้งโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ปฏิบัติหน้าที่ดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประชาชนหมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง ประกอบด้วย 1.นายรติพงศ์ ภูมิอ๊กโข 2.นางสะอาด ภูมิอ๊กโข 3.นางสม ยั่งประยูร 4.นางอัมไพ สมจิตร 5.นางเรวดี กล้องเจริญ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีการแบ่งโซนครัวเรือนในหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน จะดูแลครัวเรือนในเขตรับผิดชอบประมาณ 30-35 ครัวเรือน

4) กลุ่มพัฒนาอาชีพสตรี บ้านวิหารสูง ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2541 โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการพัฒนาอาชีพสตรี บ้านวิหารสูง โดยประธานกรรมการจะประสานงานกับพัฒนาชุมชน ขอฝึกอบรมอาชีพต่างๆ ที่ชุมชนต้องการ เช่น การทำผ้าใบบัว ทำเทียน เขียนสี ปั้นผลไม้จิว ดอกไม้จันทน์ งานของชำร่วย ถูใส่จิวเวอร์รี่ กลุ่มสตรีที่มาร่วมกลุ่มทำอาชีพเสริมจะมีรายได้ประมาณ 200-300 บาทต่อวัน กลุ่มแม่บ้านบางกลุ่มได้มาร่วมกลุ่มกันทำผลิตภัณฑ์ชุมชน โดยได้รับการอบรมและมีการพาไปศึกษาดูงานโดยพัฒนาชุมชน และนำมาประยุกต์ทำงานในชุมชน และปรับเปลี่ยนรูปแบบไปตามความต้องการของตลาด กลุ่มสตรีที่เป็นสมาชิกสามารถกู้ยืมเงินดอกเบี้ยต่ำไปพัฒนาอาชีพ เกิดการกระจายรายได้ในกลุ่มแม่บ้าน และสามารถส่งเงินกู้ยืมคืนกองทุน พร้อมดอกเบี้ย เป็นทุนหมุนเวียนในชุมชน ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ช่วยให้กลุ่มยังคงอยู่ คือ ความสามัคคีและร่วมคิดร่วมทำ กลุ่มสตรีบางคนพูดว่า “ผู้หญิงมีส่วนร่วมและอดทนมากกว่าผู้ชาย” “หมู่บ้านมีแม่มายเยอะ เพราะผู้ชายตายก่อน” “มีพลังสตรีแข็งแกร่งในชุมชน”

5) กลุ่มกองทุนวันละบาท บ้านวิหารสูง ดำเนินการเช่นเดียวกันกับ บ้านคลองข่อย สวัสดิการที่สนับสนุนให้แก่สมาชิกเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งตำบล กลุ่มกองทุนวันละบาทนี้เป็นที่นิยมและชุมชนให้การตอบรับเป็นอย่างดี

6) กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มผู้เลี้ยงโค กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต เป็นต้น

ระบบสุขภาพชุมชน

ชุมชนบ้านวิหารสูง มีระบบสุขภาพชุมชนที่คล้ายคลึงกับชุมชนบ้านคลองข่อย เนื่องจากมีพื้นที่ใกล้เคียงกัน คนในชุมชนยังใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้าน และภูมิปัญญาท้องถิ่นผสมผสานกับการใช้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน สถานบริการของรัฐที่ชุมชนนิยม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย และโรงพยาบาลโพธาราม สถานบริการภาคเอกชน ได้แก่ คลินิกแพทย์ในตลาดโพธาราม และโรงพยาบาลเอกชน

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ชุมชนบ้านวิหารสูง โดยส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างและค้าขายนอกพื้นที่ ลักษณะการประกอบอาชีพ การขนส่งนำผลิตภัณฑ์ในชุมชนนำไปขายในตลาดวงเวียนใหญ่ ออกเดินทางตั้งแต่เช้ามีดเมื่อขายของหมดก็จะกลับมาพักผ่อนเวลาบ่าย ชาวบ้านที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จะออกจากบ้านตอนเช้า เพื่อไปทำงานรับจ้างในโรงงาน รับจ้างล้างขวดน้ำปลา กลับถึงบ้านตอนเย็น กลุ่มสตรีที่รับงานเหมามาทำที่บ้าน เช่น งานตัดเย็บตุ๊กตาผ้า งานของชำร่วย ก็ต้องรีบเร่งทำงานส่งงานให้ทันเวลา ทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีภาระในการทำมาหา

กิน เลี้ยงชีพเลี้ยงครอบครัว และระยะเวลาทำงานของชาวบ้านในชุมชนไม่เอื้อให้ได้พบปะกับบุคลากร สาธารณสุขซึ่งทำงานในเวลาราชการ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ช่วยเหลือตนเองได้ จะรับภาระช่วยเหลือหลานอยู่ที่บ้าน และรับงานทำ ของชำร่วยมาทำหารายได้เสริมแก่ครอบครัว ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ชุมชน ผู้สูงอายุบางคนอยู่บ้านตามลำพัง เวลาลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่สะดวกในการเดินทาง เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากไม่มีคนรับส่ง



ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง ตำบลคลองข่อย อำเภोधุดาธรรม จังหวัดราชบุรี

สรุปภาพรวมของการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง พบว่า บ้านวิหารสูง มีอายุการก่อตั้งรองจากบ้านคลองข่อย ก่อตั้งประมาณ 100 ปี ประชาชนมีศรัทธารวมจิตใจและร่วมทำกิจกรรมบุญประเพณี ที่วัดวิหารสูง มีผู้สูงอายุ จำนวน 98 คนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 22 คน เป็นโรคเบาหวาน 14 คน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 12 คน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 15 คน ผู้ดูแลจำนวน 11 คน (ไม่อยู่บ้าน 4 คน) สรุปประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการสังเกตภาคสนามพบว่า ชุมชนแห่งนี้มีลักษณะบ้านเรือนค่อนข้างแออัด ไม่เป็นระเบียบ มีกองขยะ เศษวัสดุกองไว้ตามละแวกบ้าน มีการเผาขยะที่กองรวมๆ ไว้ ทำให้เกิดควันปนเปื้อนผ่านปลิวฟุ้งกระจายในชุมชน ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการรับ-ส่งหลานไปโรงเรียน ดูแลหาอาหารให้หลานไประหว่างวัน เนื่องจากพ่อ-แม่ต้องออกไปรับจ้างหรือค้าขายข้างนอกหมู่บ้าน บางครอบครัวไปขายของนอกอำเภอ และเขตปริมณฑลกรุงเทพฯ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ลูกหลานจะผูกปิ่นโต คือ สั่งอาหารสำเร็จรูปบรรจุถุงจากร้านค้าที่ทำอาหารขายในชุมชน นำมาส่งตามบ้านตอนเช้า ผู้สูงอายุจะนำอาหารที่บรรจุถุงพลาสติกไปวางในหม้อหุงข้าว เพื่ออุ่นให้ร้อน แบ่งกินทั้งวัน 3 มื้อ วิถีชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง จะตื่นตอนเช้ามีด ลูกขึ้นมาเตรียมทำอาหารใส่บาตร และเตรียมอาหารให้ลูกหลานก่อนออกไปทำงาน บางคนก็รีบออกไปเก็บผักมากำขายก่อน เพื่อเป็นรายได้เสริมเพิ่มเติมจากการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ได้ในแต่ละเดือน นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน มีหน้าที่คอยรับ-ส่งหลานไปโรงเรียนเป็นต้น

“... หุงข้าว ทำกับข้าวให้หลาน กินข้าวเย็นกับหลาน ไปรับหลาน
ที่โรงเรียนวัดมณีโชติ ประมาณ 4 โมงเย็น....”

“.....อาหารส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมเอง ซื้อมากิน....”

“...ลูกไปทำงานกรุงเทพฯ นานๆ กลับที เขาสั่งอาหารปิ่นโตให้มา
ส่งกับข้าววันละ 2 อย่าง เอามาอุ่นกินเรื่อยไป ทั้งวัน....”

“...ตื่นนอนตี 4 ทำงานบ้านเสร็จแล้วออกไปเก็บใบตองขาย รีบ
ไปส่งหลานที่โรงเรียน กลับมานอนพักผ่อน 2 ชั่วโมง กินข้าวเที่ยง แล้วก็ลุก
ไปทำงานตากหญ้า ทำไร่ ทำสวน....”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3)

ประเด็นที่ 2 ด้านปัญหาความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายตามวัย อาการที่พบบ่อยคือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดขา ฟันผุ โรคเหงือก ปัญหาการมองเห็น เนื่องจากตาเสื่อม เป็นต้อ และได้รับการตรวจคัดกรองและให้บริการด้านทันตกรรม และการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตา

“...มีปัญหาฟันผุ หักเป็นต้อ เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องไปถอน และใส่ฟันปลอม หมอจะนัดตรวจสัปดาห์หน้า...”

“...มีปัญหาปวดเข่า เดินไม่ค่อยสะดวก ต้องใช้ยาบีนวดด้วยตัวเองทุกวัน...”

“...ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดไหล่ ปวดแขน ใช้วิธีบีนวดตัวเองบ้าง ให้หลานๆ ช่วยบีนวดบ้าง...”

“...ตามองไม่เห็นต้องเข้าคิวรอผ่าตัดตาที่โรงพยาบาลโพธาราม...”

“...กลัวตาจะบอด เป็นภรรยาลูกหลาน...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3)

ประเด็นที่ 3 ด้านความรู้ทัศนคติ และความคาดหวังต่อการปฏิบัติตัวต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกลัวว่า โรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงและน่ากลัวกว่าโรคเบาหวาน เพราะคนในชุมชนเป็นมากกว่า และเห็นโรคแทรกซ้อนที่ทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้แขนขาอ่อนแรง นอนติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะต้องกินยาต่อเนื่อง ทัศนคติที่มีต่อโรคที่เผชิญอยู่ คือ คิดว่าเป็นแล้วไม่หาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต

“... คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงนี้เป็นโรคร้ายแรง ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก กลัวเป็นอัมพาต...”

“...คิดอยากให้หาย แต่คงเป็นไปได้ ต้องกินยาไปตลอดชีวิต...”

“...ไม่หาย ต้องกินยาตลอดไป ทุกๆ คนก็เป็นไม่หาย อย่าคิดอะไรมาก เขาเป็นกันทั่วประเทศ...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3)

ตารางที่ 13 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3

สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3		
ข้อมูลประเด็นที่ 1 วิถีชีวิต	ข้อมูลประเด็นที่ 2 ปัญหาความต้องการดูแลสุขภาพ	ข้อมูลประเด็นที่ 3 ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความคาดหวัง
วิถีชีวิตของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงกว่าเดิม ชุมชนปรับเปลี่ยนการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง และมีภาระต้องเลี้ยงดูหลาน แทนพ่อแม่ ที่ออกไปทำงานนอกบ้าน	ผู้สูงอายุมีสุขภาพเสื่อมตามวัย มีความต้องการให้ลูกหลานอยู่ดูแลเอาใจใส่ อยากรักษาสุขภาพ ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ด้านการติดต่อสื่อสาร การคมนาคม มีเพื่อนบ้านมาคอยดูแลเวลาอยู่ลำพัง	ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคใกล้ตัว จากการได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข แต่เวลาปฏิบัติดูแลตนเองยังขาดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ผู้สูงอายุรู้สึกสิ้นหวังกับโรคที่เป็นอยู่
<p>สรุปภาพรวมการตีความจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3</p> <p>เมื่อนำข้อมูลประเด็นที่ 1, 2 และ 3 มาเชื่อมโยงกัน สามารถบอกได้ว่าชุมชนแห่งนี้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากดั้งเดิมที่มีวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรม สู่การเป็นสังคมอุตสาหกรรม สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทั้งผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังกับหลาน มีภาระไปรับ-ส่งที่โรงเรียน ความจำเป็นทางเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุต้องทำงานหารายได้เสริม เบียดขีพที่ได้ไม่ค่อยพอใช้ สำหรับด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีสุขภาพเสื่อมโทรมไปตามวัย ต้องการให้มีคนดูแลเอาใจใส่ อยากรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมีเพื่อนมาเยี่ยมพุดคุยบ้าน โรคที่เป็นอยู่คิดว่าไม่หาย ต้องอยู่กับโรคแบบเดิมๆ จนกว่าจะจากกันไป ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ถึงแม้จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรสาธารณสุข จนมีความรู้ความเข้าใจ แต่เวลาปฏิบัติตัวดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านควบคุมป้องกันโรค ผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจ และขาดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน</p>		

ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3 บ้านวิหารสูง จำนวน 15 คน สรุปภาพรวม ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 วิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทราบวิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้ถูกต้อง ในด้านการดูแลเรื่องการกินยาต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์ตามนัด การควบคุมดูแลเรื่องการบริโภคอาหารที่ต้องลดหวาน ลดเค็ม ลดไขมัน ผู้ดูแลจะคอยบอกคอยเตือนเวลาผู้สูงอายุรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ผู้ดูแลคิดว่าผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ อยู่แล้ว ถือเป็นการออกกำลังกาย จึงไม่ค่อยได้เน้น เพราะเห็นว่าอายุมากแล้ว ให้ทำตามที่ผู้สูงอายุชอบ ด้านการผ่อนคลายความเครียด ผู้ดูแลจะเปิดทีวีลิเกให้ดูเวลากลางวัน และพาไปทำบุญที่วัดตามโอกาส

“... พาไปพบหมอตตามนัด คอยเตือนเรื่องอาหารรสเค็ม ไขมันสูง...”

“...เรื่องอาหารจะควบคุมให้กินรสจืด ไม่เค็ม อาหารส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมเอง ซื้อมากิน ก็ต้องคอยเลือกซื้อที่รสชาติไม่จัด...”

“... เตือนเรื่องสูบบุหรี่ ซึ่งตอนนี้ยังเลิกไม่ได้...”

“...ให้ดูลิเกคลายเครียด วันหยุดลูกหลานมาเยี่ยม ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข...”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3)

ประเด็นที่ 2 ด้านความคาดหวังต่อสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลอยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถควบคุมโรคที่เป็นให้อยู่ในระดับปกติ รักษาสุขภาพไม่ให้ทรุดโทรมจนเกิดโรคแทรกซ้อน อยากให้มีอายุยืนยาวอยู่กับลูกหลานไปนานๆ ผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีความสามารถดูแลตนเองได้ดี

“... อยากให้แม่สุขภาพดี คงสภาพอย่างนี้เรื่อยๆ ไปไหนมาไหนได้...”

“... ไม่คาดหวังอะไรมาก แม่อายุเยอะแล้ว ให้แม่ทรงตัวอยู่แค่นี้ก็พอใจแล้ว ช่วยเหลือตัวเองได้ เข้าห้องน้ำเองได้...”

“...คาดหวังว่าสุขภาพจะดีขึ้น ไม่ให้มีโรคอัมพาต ต้องนอนติดเตียง...”

(สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3)

ประเด็นที่ 3 ความต้องการสนับสนุนจากชุมชน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุอยากให้บุคลากรสาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านบ่อยๆ ต้องการให้ชุมชนสนับสนุนอำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทางไปพบแพทย์ เช่น จัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาด้วยตนเองได้ ต้องการให้ผู้ใหญ่บ้านออกมาดูแลเยี่ยมเยียน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และให้กำลังใจผู้ดูแลผู้สูงอายุบ้าง

“.... ผู้ใหญ่บ้านออกมาเยี่ยม มาถามลูกบ้านบ้างว่าเป็นอย่างไร
เดินมาถามไถ่ทุกข์สุขผู้สูงอายุบ้าง ก็พอใจค่ะ....”

“....กิจกรรมที่มีก็ได้อยู่แล้ว แต่ผู้สูงอายุบางคนไปร่วมไม่ได้ ไม่มีลูกหลานขับ
ไปส่ง....”

“.... อยากให้มีกิจกรรมรวมกลุ่มออกกำลังกายของผู้สูงอายุบ้าง เช่น
ลานวัด....”

“....อยากให้หมออนามัยออกมาเยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้านบ่อยๆ คุณ
หมอมานั่งก็ดีใจ มีกำลังใจขึ้น....”

(สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3)

ตารางที่ 14 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3

สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3		
ข้อมูลกลุ่มที่ 1 วิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ข้อมูลกลุ่มที่ 2 ความคาดหวังต่อสภาวะสุขภาพ	ข้อมูลกลุ่มที่ 3 การสนับสนุนจากชุมชน
ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส หรือสมาชิกที่เป็นลูกหลานในครอบครัว และทราบวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับดี แต่มีกลุ่มผู้สูงอายุบางกลุ่มที่อยู่ลำพัง ต้องดูแลตนเอง อาศัยอาหารถุงปรุงสำเร็จที่มาส่งตามบ้าน ทำให้ควบคุมรสชาติไม่ได้ ไม่มีการออกกำลังกายแบบรวมกลุ่ม	ความคาดหวังต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ อยากให้มีความสุข แข็งแรง ดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ดูแลอยากให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลานมากนัก	ผู้ดูแลผู้สูงอายุคาดหวังให้ชุมชนเห็นความสำคัญและศักยภาพของผู้สูงอายุ อยากให้มีการเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจจากหลายๆ ส่วน ทั้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน หรือจากเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน
<p>สรุปภาพรวมการตีความจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3</p> <p>เมื่อนำข้อมูลประเด็นที่ 1, 2 และ 3 มาเชื่อมโยงกัน สามารถบอกได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการควบคุมด้านอาหาร การกินยารักษาโรค แต่ผู้ดูแลไม่ค่อยแน่ใจเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คิดว่าผู้สูงอายุขยับทำกิจวัตรประจำวัน ก็เพียงพอแล้ว ความคาดหวังต่อสุขภาพผู้สูงอายุ อยากให้แข็งแรง และดูแลตนเองได้ ไม่มีโรคแทรกซ้อนอันตราย คาดหวังอยากให้ชุมชนมาเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจผู้สูงอายุ ทั้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน มาเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน</p>		

3.5 ผลการศึกษาบริบทชุมชน หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี



แผนภาพที่ 18 แผนที่แสดงขอบเขตหมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ

ข้อมูลทั่วไป

หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี อยู่ห่างอำเภอโพธาราม ไปทางทิศใต้ประมาณ 5 กิโลเมตร ลักษณะบ้านมณีโชติ เป็นหมู่บ้านที่ตั้งอยู่ริมแม่น้ำแม่กลอง ลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การเพาะปลูกเกษตรกรรม แต่เมื่อมีถนนเลียบบคลองบ้านใหม่ – เจ็ดเสมียนตัดผ่านทำให้แม่น้ำแม่กลองไม่ไหลผ่านเข้าหมู่บ้านจึงทำให้น้ำไม่เพียงพอต่อการทำเกษตร จึงมีการขุดคลองชลประทาน เพื่อช่วยเหลือเกษตรกร โดยการสูบน้ำจากแม่น้ำแม่กลองขึ้นมาทำการเกษตร ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ โดยมีวัดมณีโชติเป็นวัดประจำหมู่บ้าน เป็นสถานที่ร่วมงานกิจกรรมทางศาสนาและงานประเพณีประจำปี ประชากรทุกครัวเรือนเข้าถึงสาธารณูปโภค

อาณาเขตของหมู่บ้าน

- ทิศเหนือ จรดบ้านวิหารสูง หมู่ที่ 3 ตำบลคลองข่อย
- ทิศใต้ จรดบ้านคลองข่อย หมู่ที่ 1 ตำบลคลองข่อย
- ทิศตะวันออก จรดบ้านสะพานดำ หมู่ที่ 6 ตำบลคลองข่อย
- ทิศตะวันตก จรดติดแม่น้ำแม่กลอง

ผลการศึกษาริบทของชุมชนโดยวิธีทำแผนที่เดินดิน หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ

ประวัติความเป็นมา

บ้านมณีโชติ มีอายุก่อตั้งประมาณ 100 ปี ในอดีตบ้านมณีโชติเป็นส่วนหนึ่งของบ้านคลองข่อย และมีการเรียกกันว่า บ้านมณีโชติ เพราะหมู่บ้านตั้งอยู่ใต้วัดมณีโชติ เหนือวัดมณีโชติขึ้นไป เรียกว่าบ้านบางแขยง ตำบลเจ็ดเสมียน แต่เมื่อมีการจัดตั้งหมู่บ้าน ซึ่งแยกจากหมู่ที่ 1 ตำบลคลองข่อย ประชาชนจึงร่วมกันจัดตั้งชื่อหมู่บ้านว่า “บ้านมณีโชติ” ตามชื่อวัดที่มีอยู่ในหมู่บ้าน

จำนวนครัวเรือนและประชากร

จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 128 ครัวเรือน ประชากร รวม 356 คน เพศชาย 169 คน เพศหญิง 187 คน

การประกอบอาชีพ

อาชีพหลักรับจ้าง ได้แก่ การทำงานรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม โรงงานสับปะรดกระป๋อง โรงงานทอผ้า โรงงานเจียรนัยพลอย ซึ่งเป็นนิคมอุตสาหกรรมอยู่ในตำบลเจ็ดเสมียน โรงงานอุตสาหกรรมในหมู่บ้าน ได้แก่ โรงงานเต้าหู้ โรงงานถั่วงอก โรงงานหัวผักกาด โรงงานทำขนมจีน อาชีพรองค้าขาย เกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ปลูกผัก ปลูกไม้ยืนต้นชุมชนมีวิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้านได้มีการรวมตัวทำสินค้าหัตถกรรมได้แก่ งานสานพัด งานตัดเย็บตุ๊กตาผ้า ขำร่วย งานแต่งงาน ส่งขายเพื่อเพิ่มรายได้ให้ครอบครัว

สถานที่สำคัญของหมู่บ้าน

สถานที่สำคัญของหมู่บ้านประกอบด้วยสถานที่ต่างๆ ดังนี้ วัดมณีโชติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย โรงเรียนวัดมณีโชติ ศูนย์เด็กเล็กวัดมณีโชติ ที่ทำการกลุ่มแม่บ้านชุมชนพอเพียง

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

บ้านมณีโชติ มีผู้สูงอายุทั้งหมด 89 คน เป็นเพศชาย 36 คน เพศหญิง 53 คน ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 49 ราย ร้อยละ 90 เป็นผู้สูงอายุแบ่งจำแนกประเภทโรคดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ราย โรคเบาหวาน จำนวน 8 ราย โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 10 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ราย โรคเรื้อรังอื่นๆ และผู้พิการ 12 ราย ข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุหมู่ที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวและมีลูกหลานเป็นผู้ให้การดูแลเช่นเดียวกับหมู่ที่ 1 และ หมู่ที่ 3 ลักษณะชุมชนหมู่ที่ 5 เป็นชุมชนที่มีภาวะเศรษฐกิจสังคมดี มีที่อยู่อาศัยบ้านเรือนเป็นสัดส่วนไม่แออัด ลูกหลานในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านในช่วงกลางวันเช่นเดียวกัน แต่มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เช่น “กลุ่มสาม ม.” (สามแม่หม้าย) ทำให้เกิดแกนนำผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง เป็นแกนนำพาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ทางชุมชนจัดขึ้น

การใช้ประโยชน์ที่ดินในหมู่บ้าน

ชุมชนบ้านมณีโชติ มีวัดมณีโชติเป็นศูนย์รวมในการจัดกิจกรรมพุทธศาสนาตามวัฒนธรรม ประเพณี เจ้าอาวาสเป็นที่เคารพศรัทธาของประชาชนตำบลคลองข่อย ได้สร้างโรงเรียนวัดมณีโชติ และศูนย์เด็กเล็กวัดมณีโชติขึ้นในที่ดินของวัด ภายในวัดเป็นสถานที่ที่ร่มรื่น มีต้นไม้ใหญ่เหมาะแก่การ ปฏิบัติธรรม มีศาลาการเปรียญที่กว้างขวางสำหรับชุมชนมาใช้จัดงานบวช งานศพ และการประชุม ประชาคมต่างๆ ของชุมชน บริเวณลานทำน้าหน้าวัดมณีโชติฝั่งติดแม่น้ำแม่กลองมีพื้นที่ที่ริมน้ำที่มีภูมิ ทัศน์เหมาะแก่การพักผ่อนหย่อนใจยามเย็น ผู้สูงอายุจะพาหลานมาเดินเล่น ป้อนข้าวช่วงที่แม่น้ำตื้น จะมองเห็นทรายกันแม่น้ำ ชาวบ้านนิยมพาลูกหลานมาลงเล่นน้ำ ผู้นำชุมชนบ้านมณีโชติจึงมีโครงการ จะพัฒนาพื้นที่ลานทำน้าวัดมณีโชติให้เป็นสวนสาธารณะและเป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจของชุมชน บ้านมณีโชติมีพื้นที่สาธารณะของส่วนรวมอีกหลายจุด ได้แก่ ศาลาอเนกประสงค์ของโรงเรียนวัดมณี โชติใช้จัดกิจกรรมออกกำลังกายในที่ร่ม จัดงานสำคัญๆ ต่างของโรงเรียน บางครั้งโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลคลองข่อยจะมาขอใช้สถานที่ทำกิจกรรมรณรงค์ต่างๆ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่อยู่ใกล้เคียง กัน นอกจากนี้ภายในโรงเรียนวัดมณีโชติมีการพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ผักปลอดสารพิษของชุมชน โดย ให้นักเรียนเป็นผู้นำกล้าต้นไม้จากโรงเรียนไปเพาะปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษที่บ้าน มีการนำเครื่อง เล่นออกกำลังกายมาวางในพื้นที่สาธารณะบ้านมณีโชติ 2 จุด ได้แก่ บริเวณหน้าวัดมณีโชติ และ บริเวณริมรั้วโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย

โครงสร้างองค์กรชุมชน

ปัจจุบันในชุมชนบ้านมณีโชติ มีกิจกรรมของกลุ่มสมาชิกที่มีความเข้มแข็งหลายกลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน “บ้านมณีโชติ” (กองทุนแม่) บริหารจัดการโดย คณะกรรมการกองทุนแม่ หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ มีอดีตกำนันจุลภักดิ์ ทิมสุข เป็นประธานกองทุน ทุน เริ่มต้นดั้งเดิม 8,000 บาท มีการระดมทุนจากชาวบ้านในชุมชนเพิ่มเติมเพื่อนำมาบริหารจัดการให้ ชุมชนได้รับประโยชน์จากกองทุนโดยการได้กู้ยืมดอกเบี้ยต่ำ เพื่อใช้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

2) กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต หมู่ 5 บ้านมณีโชติ ก่อตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เริ่มต้นจากการตั้งกองทุนสัจจะหมู่บ้าน เริ่มระดมทุนจากชาวบ้านคนละ 20 บาท นำมาฝากเข้า ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ ทุกวันที่ 24 ของเดือน ปัจจุบันชุมชนได้บริหารจัดการกองทุนโดย คณะกรรมการกองทุน จนกองทุนเติบโตขึ้น ปัจจุบันมีเงินหมุนเวียนประมาณ 10 ล้านบาท ประชาชน ในชุมชนกู้ยืมเงินโดยชำระดอกเบี้ยร้อยละ 2 ต่อปี เพื่อนำไปลงทุนประกอบอาชีพต่างๆ ในชุมชน สถิติ กู้ยืมวงเงินไม่เกิน 3 แสนบาท แบ่งผ่อนจ่าย 2 งวด พร้อมดอกเบี้ยเงินกู้ ชุมชนมีข้อตกลงนัดประชุม

ประจำเดือนทุกวันที่ 7 ของเดือน ที่บ้านผู้ใหญ่จุลย์ มีชาวบ้านมารวมกลุ่มประชุมกันอย่างพร้อมเพรียงทุกๆ เดือน

3) กองทุนเงินล้าน ก่อตั้งโดยรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร โอนเงินกองทุนให้เป็นทุนหมู่บ้านละ 1 ล้านบาท บริหารจัดการโดยกรรมการหมู่บ้าน ตั้งอยู่ ณ ที่ทำการอดีตกำนันจุลย์ ทิมสุข เป็นกองทุนสำหรับกู้ยืมไปประกอบอาชีพต่างๆ ในชุมชน เช่น ซื้ออาหารสัตว์ ซื้อพันธุ์ปลา อุปกรณ์ผลิตของชำร่วย โดยมีการทำสัญญากู้ยืมให้เป็นหลักฐาน อัตราดอกเบี้ยร้อยละ 1.2 วงเงินครอบครัวละไม่เกิน 20,000 บาท ต่อปี โดยกำหนดให้ชาวบ้านกู้พร้อมกันและส่งเงินต้นพร้อมดอกเบี้ยพร้อมกันทั้งหมู่บ้าน

4) กองทุน SML มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชาวบ้านจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้เป็นสาธารณะประโยชน์ เพื่ออำนวยความสะดวกให้คนในชุมชน เช่น เต็นท์ เก้าอี้ ที่นั่ง โต๊ะ เครื่องพ่นหมอกควันไต้ยุง เครื่องมือแพทย์ ไม่มีวัตถุประสงค์ให้ออกเป็นเงินกู้ วัสดุอุปกรณ์ที่จัดซื้อและหมุนเวียนให้เข้าเป็นรายได้ส่วนกลางของหมู่บ้าน เก็บไว้ที่วัดมณีโชติ ชาวบ้านที่มีความประสงค์จะใช้งานก็มาเช่าราคาถูกใช้กันเองในชุมชน เงินค่าเช่าบางส่วนจะนำมาเป็นค่าซ่อมแซม บำรุงรักษา วัสดุอุปกรณ์ ผลงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมคิดแก้ไขปัญหาของชุมชน คือ การลงมติจัดทำตู้กักน้ำสาธารณะ 3 จุด ได้แก่ โรงเรียนวัดมณีโชติ หน้าบ้านผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หน้าบ้านตาฉะโอด ทำให้ชาวบ้านได้ดื่มน้ำสะอาดจากเครื่องกรองน้ำที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย เนื่องจากชุมชนมีระบบน้ำประปาที่ยังไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน ช่วงหน้าฝนน้ำประปาจะมีสีโคลน น้ำฝนที่รองรับไว้ไม่สามารถใช้ดื่มได้ เนื่องจากมีมลพิษจากการสร้างโรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่งในอำเภอโพธาราม ชาวบ้านจึงต้องใช้น้ำกรองจากตู้กักน้ำที่ติดตั้งขึ้นในชุมชน ติดตั้งโดยใช้งบประมาณจากกองทุน SML

5) กองทุนพัฒนาสตรี ก่อตั้งโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีกองทุนเริ่มต้น 1 แสนบาท ประธานกลุ่มสตรีบ้านมณีโชติ คือ นางจรรยา อินทร์บาง จัดสรรเงินให้กลุ่มสตรีนำไปประกอบอาชีพ โดยรับสมัครสมาชิกกลุ่มสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้มิถุมิลาเนา และทะเบียนบ้านในหมู่ที่ 5 กิจกรรมที่เกิดจากเงินกองทุน ได้แก่ การทำของชำร่วย ดอกไม้จันทร์ ทำขนมไทย ผลไม้ดอง ทำปุ๋ยสัตว์ เลี้ยงเป็ด ไก่ สุกร นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มจะได้รับสวัสดิการมาปนกิจ สงเคราะห์ กรณีเสียชีวิตรายละ 15,000 บาท กรณีเจ็บป่วยเยี่ยมไข้ 1,000 บาทต่อ 3 วัน มีพัฒนากรอำเภอเป็นที่ปรึกษากองทุน คณะกรรมการมี 2 ระดับได้แก่ คณะกรรมการระดับอำเภอ ประกอบด้วย นายอำเภอ (ประธาน) ประธานกลุ่มสตรีอำเภอ (19 ตำบล) หัวหน้าพัฒนาชุมชนกองทุนสตรี

คณะกรรมการระดับตำบล ประกอบด้วย นางจรรยา อินทร์บาง ประธานตำบล รองประธานสตรีแต่ละหมู่บ้าน (8 หมู่บ้าน) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ทำให้กลุ่มเข้มแข็ง เติบโต คือ ชุมชนมีสัจจะและความซื่อสัตย์ คณะกรรมการกองทุนและชาวบ้านมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ เพื่อให้ชาวบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพสินค้าที่ผลิตได้มีคุณภาพดี ราคาย่อมเยา และมีการช่วยอุดหนุนกันเองในชุมชน คนในชุมชนมีความไว้วางใจกัน นับถือกัน ไม่พูดโกหก มีสัจจะต่อกัน

ปัญหาอุปสรรคที่พบในชุมชนได้แก่ ปัญหาการระบาดของรุนแรงของยาบ้า กลุ่มวัยรุ่นติดยา ทำให้มีปัญหาอาชญากรรมเล็กน้อย มีการตั้งด่านตรวจ คัดกรองผู้เสพและนำไปบำบัดในค่ายหลวงพ่อบ้านไร่ อำเภอโพธาราม เมื่อกลับมาสู่สิ่งแวดล้อมเดิม กลุ่มวัยรุ่นก็จะกลับไปเสพติดอีก

ระบบสุขภาพชุมชน

ชุมชนบ้านมณีโชติ มีระบบสุขภาพชุมชนที่มีความหลากหลายเช่นเดียวกับชุมชนบ้านคลองข่อย และชุมชนบ้านวิหารสูง เนื่องจากมีพื้นที่ติดต่อกัน คนในชุมชนไปมาหาสู่และแลกเปลี่ยนภูมิปัญญาท้องถิ่น และรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้านซึ่งกันและกัน ชุมชนบ้านมณีโชติตั้งอยู่ระหว่างชุมชนบ้านคลองข่อย หมู่ที่ 1 และ ชุมชนบ้านวิหารสูง ดังนั้นระบบสุขภาพชุมชนจึงไม่แตกต่างจากทั้ง 2 ชุมชนที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งมีการผสมผสานกันระหว่างการใช้แพทย์ทางเลือกและการใช้บริการจากแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากชุมชนบ้านมณีโชติเป็นสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายของโรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ได้เผยแพร่การแพทย์ทางเลือก “แพทย์วิถีธรรม” สุขภาพพึ่งตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง โดย “หมอเขียว” (ใจเพชร กล้าจน) นำมาเผยแพร่และนำชาวบ้านในชุมชนไปเข้าค่ายสุขภาพหมอเขียว ปีละ 2 ครั้ง ในเดือนธันวาคม และเดือนเมษายนของทุกปี มีประชาชนที่สนใจสุขภาพแพทย์ทางเลือกในชุมชน สมัครเข้าค่ายเพื่อเรียนรู้ฝึกทักษะด้วยตนเอง และนำกลับมาเผยแพร่องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน ได้มีการนำสมุนไพรฤทธิ์เย็นมาช่วยบำบัดรักษาโรค เช่น การทำน้ำสมุนไพร “น้ำคลอโรฟิล” ต้มในครีวเรือน การปรุงอาหารรสจืดและไม่มัน การปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน การฝึกออกกำลังกายแบบโยคะ การฝึกสมาธิผ่อนคลายความเครียด แกนนำชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรมจากค่ายสุขภาพหมอเขียว สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ฝึกอบรมมาถ่ายทอดสู่กลุ่มผู้สูงอายุในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสมัครเข้าฝึกอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้ทุกๆ ปี พร้อมทั้งชักชวนผู้ที่สนใจไปเข้าร่วมเรียนรู้ในค่ายสุขภาพหมอเขียวทุกปี

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ชุมชนบ้านมณีโชติเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนและกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ประชาชนในหมู่บ้านมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การก่อตั้งกองทุนต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสวัสดิการให้แก่คนในชุมชน มีความคิดริเริ่มในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมสันทนาการในชมรมผู้สูงอายุ การทำอาหารเพื่อสุขภาพ จัดเลี้ยงในชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ มีกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งเรียกว่ากลุ่ม 3 ม. (3 แม่หม้าย) ได้มารวมตัวกันเป็นแกนนำ คอยสนับสนุนและชักชวนให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายที่ทำน้ำวัดมณีโชติ กิจกรรมลำตัดสร้างเสริมสุขภาพ 3 อ กิจกรรมชมรมจักรยาน ชุมชนมีครัวเรือนที่อยู่ใกล้ชิดกัน ทำให้การสื่อสารชักชวนให้เข้ามาร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างง่าย ผู้สูงอายุในชุมชนให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพรียง



ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ จำนวน 15 ราย สรุปประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 วิธีของผู้สูงอายุ

วิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5 คล้ายคลึงกับผู้สูงอายุหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 3 โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะตื่นแต่เช้า 5-6 นาฬิกา ลุกขึ้นหุงข้าวใส่บาตร ทำความสะอาดบ้าน กวาดใบไม้ ดายหญ้า แล้วจึงมารับประทานอาหาร ส่วนใหญ่นิยมทำอาหารรับประทานเอง มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่มีลูกหลานอยู่ด้วย เนื่องจากต้องไปทำงานที่อื่น ผู้สูงอายุจะใช้บริการกับข้าวสำเร็จรูปเจ้าประจำ ซึ่งจะมาส่งทุกวัน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะกินอยู่ง่ายๆ กับข้าวที่สั่งมาจะกินทั้งวัน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตนเองและจัดยากินได้ถูกต้อง โดยมีผู้ดูแลคือคู่สมรส หรือลูกหลาน คอยบอกคอยเตือนและแนะนำเมื่อได้ยาตัวใหม่มา ถ้าเป็นยาตัวเดิมผู้สูงอายุจะจำได้แม่นยำและกินยาได้ถูกต้อง ออกกำลังกายโดยยืดเหยียดแกว่งแขน และทำงานบ้าน ผู้สูงอายุหมู่ที่ 5 นิยมสานพัดไม้ไผ่ (จักสาน) เป็นรายได้เสริม เมื่อเสร็จจากงานบ้านก็นั่งสานพัดเมื่อมีเวลาว่าง ปลูกผักสวนครัวในไร่ เป็นต้น

“....อาหารเช้า เตรียมเองแบบง่ายๆ เช่น ผัดผัก น้ำพริก ผักต้ม แล้วกินยาหลังอาหาร หลังกินข้าวเช้าก็จะแต่งผักกำขาย ไปฝากขายที่ตลาด...”

“....ตื่นเช้าตี 5 ใส่บาตรพระตอน 6 โมงเช้า แล้วเดินไปเก็บผักริมรั้ว เตรียมกำผักไปขายที่ตลาด กลับมากินข้าวเช้า กินยาตอน 3 โมงเช้า กับข้าวก็ซื้อสำเร็จ หมุนเวียนแกงกะทิบ้าง แกงส้มบ้าง บางทีก็มีไข่ทอด ผักต้ม....”

“...ติดอาหารรสจัด เค็ม เผ็ด ต้องเติมน้ำปลาอยู่เรื่อย ถ้ากินรสจัดจะกินไม่ได้....”

“....ตื่น 6 โมงเช้า ทำกับข้าว ทำงานบ้าน ดูแลหลาน ว่างจากงานอื่นๆ แล้วจึงทำงานจักสาน ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ต้องเร่งงานจักสานพัดไม้ไผ่”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5)

ประเด็นที่ 2 ด้านปัญหาความต้องการดูแลสุขภาพ

ด้านปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ โดยรวมจะเป็นเกี่ยวกับความเสื่อมสภาพของร่างกาย เช่น ตามัวมองไม่ชัด หูเสื่อม ฟันผุ ปวดขา วิงเวียนศีรษะ สำหรับโรคตา จะมีการนัดตรวจสายตาโดยจักษุแพทย์เป็นประจำ ถ้ามีปัญหาจักษุแพทย์จะนัดไปผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาตามคิวนัด ผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์ส่วนใหญ่บอกว่า ลูกหลานดูแลดีแล้ว ไม่ต้องการความช่วยเหลืออะไร

“...ตอนนี้ปัญหาสุขภาพที่เป็นกันมาก คือ โรคปวดขา ปวดเข่า ต้องไปขอยาหมอนามัยมากินเป็นประจำ...”

“...ตามัวมองไม่ค่อยเห็น เป็นโรคเบาหวาน กลัวว่าจะขึ้นตา ไปหาหมอ เขานัดตรวจตาทุกปีๆ ละครั้ง ไปไม่เคยขาด แต่หมอยังไม่ได้นัดให้ไปผ่าตัด ให้ดูอาการไปก่อน...”

“...หูเสื่อม ใครพูดมาก็ไม่ค่อยได้ยิน ต้องพูดเสียงดังๆ ข้างหู...”

“...อยากให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลมาช่วยดูแลเรื่องถนนหนทางในหมู่บ้าน บางที่เป็นหลุมเป็นบ่อ เดินไปเดินมาไม่ค่อยสะดวก...”

“...บ้านอยู่ใกล้ๆ กัน เวลาลูกหลานไม่อยู่ก็เดินไปคอยดูแลกัน บ้านโน้นบ้าง บ้านนี้บ้าง ช่วยๆ กัน...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5)

ประเด็นที่ 3 ด้านความรู้ทัศนคติ ความคาดหวังต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ผู้สูงอายุคิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องกินยาไปตลอดชีวิต ต้องอดทนด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ยังมีผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มสุรา/สูบบุหรี่อยู่บ้างเป็นส่วนน้อย ทัศนคติต่อโรคที่เป็นอยู่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับการเป็นโรค และพยายามดูแลตนเอง กินยาไม่ให้ขาด ไปหาหมอตตามนัด ผู้สูงอายุหมู่ที่ 5 บางคนมีความเชื่อเรื่องยาบำรุง ยาสมุนไพร ที่โฆษณาทางรายการวิทยุ นอกจากนั้นก็เป็นการกินยาสมุนไพรต้มเพื่อสุขภาพ ความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้สูงอายุไม่ได้คาดหวังอะไรมากกว่าให้สุขภาพแข็งแรงเหมือนเดิม ไม่เกิดโรคแทรกซ้อน คิดปลงสังขาร ตามอายุขัย

“...ปลงแล้ว เป็นก็เป็น ตอนนี้กินยาที่หมอให้สม่ำเสมอ กลัวว่าจะไปหาหมอไม่ได้ ต้องให้ลูกหลานช่วยพาไป...”

“...ไม่คิดอะไร โรคที่เป็นไปแล้ว ให้เป็นไป ทำไมกินยาไม่หาย โรคเบาหวานนี้เป็อกินยาเท่าไรก็ไม่หาย แต่ก็ต้องอดทนกิน แต่ก่อนกินยาก...”

“...ควบคุมอาหารตามหมอลั้ง มีอะไรดีก็จะมาเสริม อย่างเช่นยาโกเรจิน ที่โฆษณาทางวิทยุชุมชน กินแล้วดี อาการปวดขาหายดีขึ้น คิดอยากลองดูสั่งมากินอีกชุด...”

“...สุขภาพที่คาดหวังของคุณยายคือ “หมดอายุขัยก็คือไป” ไม่คิดมาก ดูแลควบคุมโรคได้ตามที่เป็นอยู่ก็ดีแล้ว...”

“...อยากอยู่ให้แข็งแรงอย่างนี้ตลอดไป ไม่อยากเป็นภาระใคร ต้องดูแลสุขภาพ ออกกำลังกาย ขยันทำงาน เข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดให้ รู้สึกภาคภูมิใจที่เราทำได้...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5)

ตารางที่ 16 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5

สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5		
ข้อมูลประเด็นที่ 1 วิถีชีวิต	ข้อมูลประเด็นที่ 2 ปัญหาความต้องการดูแลสุขภาพ	ข้อมูลประเด็นที่ 3 ความรู้ ทักษะคติ ความคาดหวัง
<p>วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีบ้านเป็นของตนเอง และอยู่อาศัยกับลูกหลาน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในละแวกบ้าน มีการรวมกลุ่ม 3 ม. (3 หมู่บ้าน) ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างทำงานสวนผักไม่ไผ่เป็นอาชีพเสริมปลูกผักสวนครัว ทำสวนทำไร่ เป็นต้น</p>	<p>ผู้สูงอายุมีสุขภาพเสื่อมตามวัย ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดเข่า โรคตา หูเสื่อม ต้อกระจก ฟันผุมีความต้องการให้ลูกหลานอยู่ดูแลเอาใจใส่ อยากให้ชุมชนช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกด้านการติดต่อสื่อสาร การคมนาคม มีเพื่อนบ้านมาคอยดูแลเวลาอยู่ลำพัง</p>	<p>ด้านความรู้ ทักษะคติ ความคาดหวังพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคใกล้ตัว การกินยาต่อเนื่อง และมาพบแพทย์ตามนัด ผู้สูงอายุรู้สึกปลงและปล่อยวางกับโรคที่เป็นอยู่ เพราะคิดว่าไม่หายต้องกินยาไปตลอดชีวิตไม่คิดมาก บางคนอยากมีสุขภาพแข็งแรง ดูแลสุขภาพได้ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดให้และมีความภาคภูมิใจในตนเอง</p>
<p>สรุปภาพรวมการตีความจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5</p> <p>เมื่อนำข้อมูลประเด็นที่ 1, 2 และ 3 มาเชื่อมโยงกัน พบว่าชุมชนแห่งนี้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากดั้งเดิมที่มีวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรม สู่การเป็นสังคมอุตสาหกรรม สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทั้งผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังกับหลาน มีภาระการเลี้ยงดูหลาน ความจำเป็นทางเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุต้องทำงานหารายได้เสริม เช่น การทำจักสานผักไม่ไผ่ สำหรับด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีสุขภาพเสื่อมโทรมไปตามวัย ปัญหาสุขภาพที่พบได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดเข่า โรคฟันผุ โรคตา ต้อกระจก โรคหูเสื่อม ต้องการให้มีคนดูแลเอาใจใส่ อยากให้มีเพื่อนมาเยี่ยมพูดคุยบ้าง โรคที่เป็นอยู่คิดว่าไม่หาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ถึงแม้จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรสาธารณสุข จนมีความรู้ความเข้าใจ แต่เวลาปฏิบัติตัวดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านควบคุมป้องกันโรค ผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจ เพราะคิดว่าอายุมากแล้ว แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่อยากมีสุขภาพแข็งแรง และเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ</p>		

ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ จำนวน 11 คน สรุปภาพรวมตามประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 วิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส หรือสมาชิกที่เป็นลูกหลานในครอบครัว และทราบวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องการกินยา การควบคุมเรื่องอาหาร และการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดในระดับดี มีกลุ่มผู้สูงอายุบางกลุ่มที่เป็นส่วนน้อยที่อยู่ตามลำพัง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ดี มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง อาศัยอาหารปรุงสำเร็จที่มาส่งตามบ้าน กิจกรรมการออกกำลังกายที่แนะนำให้ผู้สูงอายุทำ ผู้ดูแลไม่ได้กำหนดรูปแบบเฉพาะ เน้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายโดยทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น เดินไปคุยกับเพื่อนบ้าน เดินไปทำบุญที่วัด ยืดเหยียดแกว่งแขนอยู่กับบ้าน เป็นต้น ด้านการผ่อนคลายความเครียด จะพาไปทำบุญที่วัดและจัดให้ผู้สูงอายุดูรายการที่ชอบ เช่น รายการลิเก เป็นต้น

“...เรื่องอาหารต้องควบคุมตามที่หมอบอก ลดหวาน ลดเค็ม ลดมันออกกำลังกาย จัดการความเครียด ต้องไม่พูดให้คิดมาก ไม่ให้กระทบจิตใจ...”

“...ดูแลเรื่องอาหาร ให้กินรสจืด ให้ออกกำลังกายโดยปั่นจักรยานอยู่กับที่ ที่บ้านทุกวัน ผ่อนคลายโดยให้ดูหนังลิเกที่ชอบ พาไปถือศีลวันพระใหญ่ที่วัด...”

“...ส่วนใหญ่แม่ดูแลตัวเองได้ดี ผู้ดูแลก็ช่วยให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน นอนด้วยกัน กินด้วยกัน ช่วยแบ่งเบาภาระ ทำงานบ้าน...”

“...ไม่ให้อินเค็ม อาหารที่กินต้องย่อยง่าย ช่วยจัดยาให้ กินตามแพทย์สั่ง ก่อนอาหาร หลังอาหาร นั่งคุยเป็นเพื่อนใกล้ๆ ซื้ออาหารที่พ่อแม่ชอบมาให้กิน...”

(สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5)

ประเด็นที่ 2 ความคาดหวังต่อสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลอยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ดูแลตนเองได้ ป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ ออกกำลังกายในหมู่บ้าน และเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุที่บ้าน

“...แม่ดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี สม่่าเสมอ พยายามให้คุณแม่ไม่เครียด จิตใจดี ร่างกายจะดีด้วย...”

“...อยากให้มีกิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุในหมู่บ้านทุกวัน ผู้สูงอายุจะได้พบปะสังสรรค์กัน...”

“...ไม่อยากให้แม่ทำงานหนัก ให้ปล่อยงานจักสานลงบ้าง อยากให้พักผ่อนในบั้นปลาย อยากให้สุขภาพแข็งแรง...”

“...ให้แม่สุขภาพแข็งแรง ให้ชุมชน หมออนามัยมาเยี่ยมดูแลคนแก่ และให้กำลังใจบ้าง...”

“...อยากให้คุณยายสุขสบาย ดูแลสุขภาพขอลไม่ให้ทรุดโทรม...”

“...คาดหวังให้แม่มีสุขภาพดีขึ้น ความดันลดลง เบาหวานลดลง เพราะโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นอันตรายมาก...”

(สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5)

ประเด็นที่ 3 ความต้องการสนับสนุนจากชุมชน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุคาดหวังให้ชุมชนเห็นความสำคัญและศักยภาพของผู้สูงอายุ อยากให้มีการเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจจากหลายส่วน ได้แก่ ส่วนสาธารณสุขและส่วนผู้นำชุมชน และจากเพื่อนๆ ผู้สูงอายุในชุมชนด้วยกัน และต้องการให้ชุมชนสนับสนุนอำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง จัดรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติพามาพบแพทย์ในวันนัดคลินิกโรคเรื้อรัง และวันที่มีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

“...อยากให้ชุมชนสนับสนุนกิจกรรมกลุ่มพบปะสังสรรค์ในละแวกหมู่บ้าน หรือกิจกรรมออกกำลังกายในแต่ละหมู่บ้าน ผู้สูงอายุจะได้มารวมกลุ่มกัน...”

“...อยากให้มีการฝึกอบรมความรู้เรื่องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สอนวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ...”

“...ต้องการให้หมออนามัยออกมาดูแลผู้สูงอายุให้ดีกว่านี้ หมออนามัยไม่ค่อยมีเวลาออกเยี่ยมบ้านเหมือนรุ่นก่อน...”

“...สนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกาย แต่ควรมีรถรับ-ส่งไปร่วมกิจกรรม เดินไกลไม่ไหว ความดันโลหิตขึ้น เหนื่อย บางคนต้องจ้างรถ บางครั้งลูกหลานไม่อยู่บ้าน...”

“...กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จ คนไปร่วมน้อย ผู้สูงอายุไปยาก เพราะลูกหลานไม่มาไปส่ง...”

(สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5)

ตารางที่ 17 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5

สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5		
ข้อมูลประเด็นที่ 1 วิธีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ข้อมูลประเด็นที่ 2 ความคาดหวังต่อสภาวะสุขภาพ	ข้อมูลประเด็นที่ 3 การสนับสนุนจากชุมชน
<p>ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส หรือสมาชิกที่เป็นลูกหลานในครอบครัว และทราบวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับดี หน้าที่หลักของผู้ดูแลคือการดูแลเรื่องการกินยาต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์ตามนัด การควบคุมเรื่องอาหารลดเค็ม ลดหวาน ไขมันต่ำ แต่มีกลุ่มผู้สูงอายุบางกลุ่มที่อยู่ลำพัง ต้องดูแลตนเองอาศัยอาหารปรุงสำเร็จที่มาส่งตามบ้าน ทำให้ไม่สามารถควบคุมเรื่องอาหารได้ การออกกำลังกายไม่ได้เน้น และไม่มีการออกกำลังกายรวมกลุ่ม การผ่อนคลายความเครียดผู้สูงอายุชอบไปทำบุญ ดูทีวี</p>	<p>ความคาดหวังของผู้ดูแลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คืออยากให้มีความแข็งแรง ดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ดูแลอยากให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลานมากนัก</p>	<p>ด้านความคาดหวังการสนับสนุนจากชุมชน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุคาดหวังให้ชุมชนเห็นความสำคัญและศักยภาพของผู้สูงอายุ อยากให้มีการเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจจากหลายส่วนทั้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน หรือจากเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันและต้องการให้ชุมชนสนับสนุนเรื่องการเดินทาง มีรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติพามาหาพบแพทย์ตามนัด และวันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ</p>
<p>สรุปภาพรวมการตีความจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5</p> <p>เมื่อนำข้อมูลประเด็นที่ 1, 2 และ 3 มาเชื่อมโยงกัน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการควบคุมด้านอาหาร การกินยารักษาโรค แต่ผู้ดูแลไม่ค่อยแน่ใจเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คิดว่าผู้สูงอายุขยับทำกิจวัตรประจำวัน ก็เพียงพอแล้ว ความคาดหวังต่อสุขภาพผู้สูงอายุ อยากให้แข็งแรง และดูแลตนเองได้ ไม่มีโรคแทรกซ้อนอันตราย คาดหวังอยากให้ชุมชนมาเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจผู้สูงอายุ และเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ ทั้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน และต้องการให้ชุมชนมีบริการรถรับ-ส่ง อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม</p>		

ข้อมูลจากการสำรวจแบบสอบถามผู้สูงอายุ

มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ แบบสอบถามด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามผู้สูงอายุด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ตารางที่ 18 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

	รายการ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
1. อายุ	60 – 70	12	26.7
	71 – 80	28	62.2
	81 - 90	5	11.1
2. เพศ	เพศชาย	4	8.9
	เพศหญิง	41	91.1
3. ศาสนา	พุทธ	45	100
4. สถานภาพ	โสด	7	15.6
	สมรส	23	51.1
	หม้าย	15	33.3
5. การศึกษา	ประถมศึกษา	43	95.6
	สูงกว่าหรืออื่นๆ	2	4.4
6. อาชีพ	ทำเกษตรกรรม	10	22.2
	ค้าขาย	4	8.9
	ไม่ได้ทำงาน	31	68.9
7. โรคที่เป็น	โรคความดันโลหิตสูง	25	55.6
	โรคเบาหวาน	4	8.9
	โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	16	35.6

จากตารางที่ 15 พบว่า ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 91.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีช่วงอายุตั้งแต่ 71-80 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 รองลงมา มีช่วงอายุ 60-70 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ช่วงอายุ 81-90 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 สถานะภาพ สมรสจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 หม้ายจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 โสด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.6 อาชีพ ทำเกษตรกรรม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ค้าขายจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.9 ไม่ได้ทำงาน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6

ตารางที่ 19 แบบสอบถามผู้สูงอายุด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

รายการ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ดี	31	73.8
ระดับความรู้ปานกลาง	8	19.0
ระดับความรู้น้อย	3	7.1

จากตารางที่ 16 การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระดับความรู้ดี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 ระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ระดับความรู้น้อย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1

ตารางที่ 20 แบบสอบถามผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

รายการ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
1. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร		
1.1 ดูแลตนเองได้เหมาะสม	0	0
1.2 ดูแลตนเองได้ปานกลาง	22	52.4
1.3 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม	20	47.6
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย		
2.1 ดูแลตนเองได้เหมาะสม	27	64.3
2.2 ดูแลตนเองได้ปานกลาง	11	26.2
2.3 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม	4	9.5
3. พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด		
3.1 ดูแลตนเองได้เหมาะสม	30	71.4
3.2 ดูแลตนเองได้ปานกลาง	12	28.6
3.3 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม	0	0

จากตารางที่ 17 การสอบถามผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายผู้สูงอายุดูแลตนเองได้เหมาะสม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5 พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดผู้สูงอายุดูแลตนเองได้เหมาะสม จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 71.1 ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ปานกลางจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6

ตารางที่ 21 แบบสอบถามผู้สูงอายุด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

รายการ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ดี	0	0
ระดับความรู้ปานกลาง	0	0
ระดับความรู้น้อย	17	100

จากตารางที่ 18 การสอบถามผู้สูงอายุด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานผู้สูงอายุมีระดับความรู้ น้อย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 22 การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

รายการ	ความถี่(คน)	ร้อยละ
1. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร		
1.1 ดูแลตนเองได้เหมาะสม	1	5.9
1.2 ดูแลตนเองได้ปานกลาง	12	70.6
1.3 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม	4	22.5
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย		
2.1 ดูแลตนเองได้เหมาะสม	6	35.3
2.2 ดูแลตนเองได้ปานกลาง	7	41.2
2.3 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม	4	23.5
3. พฤติกรรมด้านการรับประทานยาเบาหวาน		
3.1 ดูแลตนเองได้เหมาะสม	10	58.8
3.2 ดูแลตนเองได้ปานกลาง	4	23.5
3.3 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม	3	17.6
4. พฤติกรรมด้านการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
4.1 ดูแลตนเองได้เหมาะสม	16	94.1
4.2 ดูแลตนเองได้ปานกลาง	1	5.9
4.3 ดูแลตนเองไม่เหมาะสม	0	0

จากตารางที่ 19 การสอบถามผู้สูงอายุด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการรับประทานยาเบาหวาน พฤติกรรมด้านการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารผู้สูงอายุดูแลตนเองได้เหมาะสม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ปานกลาง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 41.2 พฤติกรรมด้านการรับประทานยาเบาหวานผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้เหมาะสม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 พฤติกรรมด้านการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้เหมาะสม จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 94.1

บทที่ 5

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหา

ผลจากการศึกษาบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนจะเห็นว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาความต้องการในการดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นมุมมองจากตัวแทนผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้วยกัน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ศักยภาพของชุมชน การให้ชุมชนมีบทบาทในการวางแผนแก้ไขปัญหของชุมชนโดยชุมชนเอง

ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยมีกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสนทนากลุ่ม (Focus group)

ส่วนที่ 2 การจัดเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลและรับฟังข้อสรุปและข้อบ่งชี้ปัญหาโรคเรื้อรัง และคัดเลือกแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปใช้วางแผนแก้ไขปัญหา

ส่วนที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำแผนงานโครงการ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 การสนทนากลุ่ม (Focus group)

ประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ 6 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย จำนวน 11 คน ประกอบด้วย นายก องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย เจ้าหน้าที่สวัสดิการผู้สูงอายุ สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลประจำหมู่บ้าน จากหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5 ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

1.2 กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน จากหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5 ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

1.3 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่ละ 3 คน จากหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5 ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

1.4 กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ประธานชมรมผู้สูงอายุ และ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

1.5 กลุ่มตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน รวม 9 คน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 คน โรคเบาหวาน 3 คน โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 3 คน ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5 ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

1.6 กลุ่มตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ จากหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5 ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

ประเด็น “ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในชุมชน” ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้นำชุมชน มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานว่าเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นภัยเงียบใกล้ตัว ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคตา โรคหัวใจ คนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ได้ตรวจเช็คสุขภาพประจำปี ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

“...โรคความดันและเบาหวานนี้ มันไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค เกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น การกิน การอยู่ การใช้ชีวิตประจำวัน....”

“...ผมคิดว่าเกิดจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง การอยู่การกิน การไม่ออกกำลังกาย จริงๆ แล้ว 2 โรคนี้ มันไม่เกิดกับตัวเราก็ได้ ถ้าเราออกกำลังกายดี ปฏิบัติตัวดี ทานอาหารที่ดี มันอาจไม่เกิดกับเราเลย....”

“...โรคความดัน เบาหวาน เป็นโรคที่เป็นภัยเงียบ ที่หลายๆ คนไม่สนใจ ก่อนที่จะเป็นผู้สูงอายุ ผู้คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้สนใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้ตรวจความดัน เช็คน้ำตาลในเลือด จนกระทั่งพบว่า มีอาการแย่มากๆ จึงได้ไปตรวจรักษา....”

“...โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คิดว่าส่วนหนึ่งมีเหตุเกิดจากความเครียด เราต้องมาช่วยกันหาทางป้องกัน ไม่ให้คนคิดมาก ส่วนการควบคุมอาหารก็ต้องเป็นหลักอีกส่วนหนึ่ง เพราะอาหารบางตัวนี้มีทั้งคุณและโทษ ส่วนการออกกำลังกายก็มีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายทำให้มีจิตใจเบิกบาน คลายเครียดได้....”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชนตำบลคลองข่อย)

2. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข มีมุมมองแนวคิดที่เจาะลึกลงในรายละเอียดมากกว่าผู้อำนวยการบริหารส่วนตำบล เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน ได้มีโอกาสลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้สังเกตพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง ลูกหลานจะซื้ออาหารสำเร็จรูปมาให้ผู้สูงอายุรับประทานที่บ้านด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ชอบออกกำลังกายที่มีรูปแบบ เช่น การเดินแอโรบิก แต่ชอบทำกิจกรรมทางกายโดยการทำงานบ้าน การปลูกผักสวนครัว ถางหญ้า เป็นต้น ด้านการผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านคนเดียว เหงา ไม่มีคนพูดคุยด้วย ลูกหลานไม่มีเวลาดูแลใกล้ชิด เนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้สะท้อนภาพของชุมชนในประเด็นสำคัญๆ ด้านการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การไม่ออกกำลังกาย และการมีภาวะความเครียดในผู้สูงอายุ ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง เช่น การแลกยากันรับประทาน การไม่มาตรวจตามนัดของผู้ป่วย เป็นต้น

“...ที่นี้มีปัญหาเรื่องอาหารการกิน เดียวนี้คือไม่ได้ทำเอง โดยมากจะซื้อมา เขาทำอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม ตามที่ชาวบ้านชอบ โดยมากลูกหลานไม่มีเวลา เขาจะซื้ออาหารให้ผู้สูงอายุกินกัน...”

“...ลูกหลานไม่มีเวลาหรอก ถึงบ้านก็ทงโหมงเย็นแล้ว อาหารส่วนมากคนแถวนี้ติดหวาน โพรทารามนี่หวานหมดเลย ใส่น้ำตาลซะไม่มีเลย เราไม่สามารถทำอะไรได้ตอนนี้...”

“...บางที่บ้านนี้เป็นโรคนี้ เขาเอายามากินแล้วหาย บ้านข้างๆ ก็ไปขอแบ่งยามากินมั่ง ยาความดันสูง ยาอะไรก็ตามแหละ ยาของเราหมอให้มาแบบนี้กินแล้วไม่หาย พอถามข้างบ้านเขามียาตัวอื่น เขากินหาย ก็ไปขอแบ่งเขามากินบ้าง ไม่รู้เป็นโรคอะไรบ้างแล้ว กินยาสารพัดอย่าง...”

“...เวลาไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ติดตามการขาดนัด ถามว่าทำไมไม่ค้อยมาหาหมอ เขาบอกว่าไม่ว่าง เดินทางไปไม่สะดวก ไม่มีคนพาไป...”

“...ผู้สูงอายุ เขาไม่ชอบออกกำลังกาย ถ้าให้มารวมกลุ่มก็จะบ่นว่า ให้มาเดินแรงเดินกา มันไม่ใช่เรื่อง แคทำงานบ้านเลี้ยงหลาน ก็เหนื่อยแล้ว มาชวนกันไป ถ้าเกิดฉันทกล้มไปแขนขาหักจะทำอย่างไร...”

“...ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว จะเครียดจากการไม่มีคนมาพูดคุย อาหารก็ใส่ชามวางไว้ให้ตรงนั้น กินเข้าย่นเย็น ไปเยี่ยมผู้สูงอายุก็พบว่าอาหารวางไว้ให้ตั้งแต่เช้าเย็น ทิวเมื่อไหร่ก็กิน มดขึ้นด้วยซ้ำไป ลูกหลานเขาไม่มีเวลา เขาวางไว้อย่างนั้น คนแก่ก็ต้องคิดมั่งละว่า สมัยลูกเล็กๆ ข้าวต้องร้อนๆ ป้อนลูก ตอนนี้อาหารวางให้ผู้สูงอายุกินเหมือนอะไร เครียดซี

แต่พูดไม่ได้ ถ้าพูดมากๆ เขาก็ไล่ส่งเอาด้วย อยู่ไม่ได้ก็ไปอยู่กับคนอื่นซิ ไปยุ่งกับเขาเยอะเขาไล่นะ....”

“...ผู้สูงอายุจะเก็บสะสมความเครียดไว้ ทีนี้ถ้าเขาจะคลายเครียดได้ เขาต้องมีคนมาชวนพูดชวนคุยให้หายเหงาบ้าง มีคนไปเยี่ยมไปดูแล แต่ไอ้เราจะไม่พูดคุยกับทุกคนก็ไม่ครบ เพราะหมดเวลาไปก่อน....”

(สนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลคลองข่อย)

3. กลุ่มคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ แกนนำคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุมีความเห็นตรงกันว่า ผู้สูงอายุควรจะต้องมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกายอย่างน้อย 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที และควรมาพบหมอเพื่อตรวจสุขภาพเป็นประจำผู้สูงอายุบางคนลืมหินยา หรือกินยาผิดขนาด ควรจะมีคนคอยให้ความช่วยเหลือให้กินยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และกินปลา กินผักผลไม้ หลีกเลียงอาหารรสจัด ควรจัดกิจกรรมสันทนาการ และส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้มาร่วมกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุบางคนเป็นต้นแบบที่ดีในการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน โดยการถีบจักรยาน ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย

“...ผู้สูงอายุควรดูแลตนเอง ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายบ้าง และจะต้องมาพบหมอเป็นประจำ รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด การออกกำลังกายควรออกกำลังกาย 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 30 นาที....”

“...ถ้าอยากให้ความดัน เบาหวานลดลง ต้องให้กินผักผลไม้เพิ่มมากขึ้น ถ้าที่บ้านปลูกเอามากินเองจะดี มาตรวจตามหมอนัด กินยาตามหมอสั่ง ออกกำลังกายให้แข็งแรง จะช่วยลดภาวะความรุนแรงของโรคได้ อยากให้คนในหมู่บ้านของเราสุขภาพแข็งแรงกันทุกคน ต้องดูแลตนเอง ควบคุมโรคให้ได้ ไม่ควรกินเค็ม กินหวาน ไม่กินกะทิ....”

“...ผู้สูงอายุบางคนกินยาผิด กินยาไม่ครบ เนื่องจากหุตาไม่ดี บางครั้งแ้กกินยาผิด ไม่มีลูกหลานอยู่ใกล้ บางทีก็เพลินลืมหินยาก็มี แต่เป็นผู้สูงอายุส่วนน้อย ส่วนใหญ่ก็ไม่ลืม บางทีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุก็จะช่วยดูแลเรื่องยาให้....”

“...ผมนี้ถีบจักรยานเป็นประจำ ออกกำลังกายตอน 6 โมงเช้า ใช้เวลา 30 นาทีเท่านั้นแหละ สุขภาพแข็งแรงดีไม่เจ็บไม่ป่วย....”

(สนทนากลุ่มแกนนำคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ตำบลคลองข่อย)

4. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความคิดเห็นว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่อยากกินยาแผนปัจจุบัน ซึ่งมีแนวโน้มจะต้องกินยาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อควบคุมอาการของโรค ผู้ป่วยจึงเสาะแสวงหาแพทย์ทางเลือก เช่น การกินยาสมุนไพรควบคู่ไปกับยาแพทย์แผนปัจจุบัน ตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน และทดลองกิน ทดลองใช้กันเอง เพื่อหวังผลว่าจะได้ลดการกินยาแพทย์แผนปัจจุบันลงได้บ้าง ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคแต่บางครั้งไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินที่เคยชินได้ ทำให้การควบคุมโรคไม่ดี ใกล้จะพบแพทย์จึงเคร่งครัดในการบริโภคอาหาร เพื่อไม่ให้ระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์

“...โรคเบาหวาน มันไม่หาย มันเป็นแล้วเป็นเลย คนเก่าไม่หาย คนใหม่ก็เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ต้องกินยาไปตลอดชีวิต....”

“...ในบ้านฉันมีสมุนไพรหลายอย่าง นำมากินผสมผสาน ควบคู่ไปกับหลวงที่หมอให้มา น้ำตาลก็ลดลงจาก 140 กว่า เหลือ 88 อย่างเช่น สมุนไพรยอดมะระ กินควบคู่กับยาที่หมอให้ กินควบคู่ไปกับสมุนไพรยอดมะระเอามาแกงเลียงกินเป็นอาหารด้วย น้ำตาลลดลงเยอะจาก 140 เหลือ 88 ไปตรวจมาเมื่อวันจันทร์นี้เอง หมอเขาก็ลดยาหลวงลง ปรับใหม่จาก 6 เม็ด เหลือเป็นเช้า 2 เม็ด เย็น 2 เม็ด ลดไปมีโอละ 1 เม็ด....”

“...ก็อยู่ที่ตัวเรานี้แหละว่าจะควบคุมได้ไหม อาหารการกินสำคัญที่สุด เพราะว่าเขาห้ามกินของหวาน แล้วยังดันทุรังกิน มันก็เป็น ถ้ารู้จักควบคุม เมื่อก่อนฉันชอบกินทองหยิบทองหยอด ตอนนี้ออกลูกไม่ต้องซื้อมากินผลไม้ แต่น้อยๆ ทีละ 2 ลูก 3 ลูกก็พอ....”

(สนทนากลุ่มตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน ตำบลคลองข่อย)

5. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีมุมมองสะท้อนความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุปัจจุบันถูกปล่อยให้อยู่บ้านตามลำพัง เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงาน ผู้สูงอายุถูกปล่อยปละเลย ไม่ได้ควบคุมดูแลตนเองจนเกิดโรคแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความคิดเห็นว่า ชุมชนต้องมาร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ อย่าปล่อยทิ้งไว้ให้ต่างคนต่างอยู่ จะทำให้เกิดความท้อแท้ โดยรวมกลุ่มกันเพื่อให้เกิดพลังในการแก้ไขปัญหา ทำอย่างไรให้ครอบครัวหันมาดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุมากขึ้น

“...ลูกหลานตอนนี้ไม่ค่อยดูแลปู่ย่าตายายให้ดีเหมือนก่อน ปล่อยให้อยู่คนเดียว เขาก็ออกไปทำงาน เย็นก็ค่อยกลับมา แต่ที่บ้านฉันออกไปทำงานในไร่ สายๆ ก็กลับมาดูแล คอยมาถามว่า กินข้าวหรือยัง กินยาหรือยัง จะคอยถามอยู่เรื่อย...”

“...เราต้องช่วยกันดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนะ ไม่ใช่จะให้แต่อาสาสมัครสาธารณสุข หรือหมออนามัยเขาทำฝ่ายเดียว...”

“...คุณยายเป็นโรคความดันโลหิตสูง หนูดูแลคุณยายค่ะ ยายเขาไม่ยอมไปหาหมอ ตอนนี้คุมความดันได้ไม่สูงมาก เท่าที่หนูเห็นคนที่เป็โรคนี้ เขาไม่ค่อยจะกินยากัน เป็นบางคนนะ บางคนเขาไม่ได้สนใจกินยา ไม่สนใจตนเอง ลูกหลานเขาดูแลนะ แต่ตัวผู้สูงอายุไม่สนใจตนเอง...”

“...โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น อย่าไปโทษคนดูแลเลย เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ควบคุมดูแลตนเอง เกิดจากตัวเขาเอง เกิดจากอาหารการกินของเขากรมไครกรรมมัน...”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สนทนากลุ่มตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลคลองข่อย)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทั้ง 6 กลุ่ม ในประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน สรุปโดยภาพรวมดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีสถานการณ์และแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยนานๆ จะเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคตา โรคหัวใจ ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ไม่ได้ตรวจคัดกรองโรคแต่เนิ่นๆ สาเหตุของโรคเกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย และการมีภาวะเครียด การเปลี่ยนแปลงในสังคมจากวิถีชีวิตเกษตรกรรม มาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้ลูกหลานไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการมีภาวะเครียด การเจ็บป่วย การขาดนัด การรับประทานยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น ทั้งผู้นำชุมชนและแกนนำผู้สูงอายุ มีความเห็นตรงกันว่า ผู้สูงอายุควรจะต้องมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การผ่อนคลายความเครียด ได้รับการเยี่ยมบ้าน พุดคุยและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองและการกินยารักษาโรคได้อย่างถูกต้อง โดยการจัดกิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ดี เพราะได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับเพื่อนๆ และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นอย่างดี แต่บางคนก็ไม่สามารถควบคุมให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในด้านการรับประทานอาหาร จะควบคุมเฉพาะเวลาใกล้มาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมป้องกันโรค

สรุปข้อค้นพบประเด็นย่อยจากการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่มเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลและกลุ่มผู้นำชุมชน 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 3) กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ 4) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้สูงอายุ สรุปข้อค้นพบเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และประเด็นปัญหาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้าน 3 ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยสรุปเป็นตารางเพื่อเปรียบเทียบข้อคิดเห็นที่ตรงกันและแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 23 ประเด็นย่อย “ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน”

กลุ่ม ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มผู้นำชุมชน	กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข	กลุ่ม แกนนำผู้สูงอายุ	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ
<ul style="list-style-type: none"> - โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคแต่เกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น วิธีการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ - โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมการมีวิถีชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การมีภาวะเครียด - ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่สนใจและตระหนักในการดูแลสุขภาพ ไม่ได้มาตรวจคัดกรองโรคแต่เนิ่นๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง เช่น การชอบบริโภคอาหารที่มีรสจัด หวาน มัน เค็ม การไม่ออกกำลังกาย การมีภาวะความเครียดในผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังบางคนเดินทางไม่สะดวกเพื่อมาพบแพทย์ตามนัด - ผู้สูงอายุกินอาหารปรุงสำเร็จ/อาหารตามสั่ง ไม่ได้ปรุงเอง ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดโรคเรื้อรัง 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ทำให้มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยอื่นๆ - กลุ่มผู้สูงอายุขาดการกระตุ้นให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลาย 	<ul style="list-style-type: none"> - โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายต้องกินยาไปตลอดชีวิต - ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค แต่บางครั้งไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ทำให้การควบคุมโรคไม่ดี เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น - ผู้ดูแลต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพและให้การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุมากขึ้น

ตารางที่ 24 ประเด็นย่อย “ปัญหาการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ 3 ของผู้สูงอายุในชุมชน”

ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มผู้นำชุมชน	อาสาสมัครสาธารณสุข	แกนนำผู้สูงอายุ	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ
<p>- โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นภัยเงียบ ที่ไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้สูงอายุละเลยไม่สนใจ ตรวจสอบสุขภาพแต่เนิ่นๆ ก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุ</p> <p>- ผู้สูงอายุที่ลูกหลานไม่มีเวลาดูแลและมี ความเครียดสะสม ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการควบคุมโรค</p>	<p>- พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในชุมชน เน้นอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม</p> <p>อาหารสำเร็จรูปที่ผู้สูงอายุบริโภคจึงไม่เหมาะสมกับสุขภาพสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง</p> <p>- ผู้สูงอายุที่ได้รับยารักษาโรคเรื้อรังในชุมชนมีการแลกเปลี่ยนยา กันเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์</p>	<p>- ผู้สูงอายุบางคนกินยาผิด กินยาไม่ครบ เนื่องจากการหลงลืม และสายตาไม่ดี</p> <p>ขาดลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด</p> <p>- ผู้สูงอายุบางคนชอบรับประทานอาหารรสหวาน รสเค็มไม่ได้</p> <p>รับประทานอาหารตามที่แพทย์ พยาบาลแนะนำ</p>	<p>- ผู้ป่วยรู้สึกไม่อยากกินยาแผนปัจจุบันไปตลอด จึงเสาะแสวงหาแพทย์ทางเลือกมาทดแทน เช่น กินยาสมุนไพร อาหารเสริมที่โฆษณาทางวิทยุ กินควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน หรือบางคนเลิกยาแผนปัจจุบัน หันไปกินยาสมุนไพรอย่างเดียว</p> <p>- ผู้สูงอายุบางคนไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่ยอมไปพบแพทย์ตามนัด และไม่สนใจกินยาให้สม่ำเสมอ แม้ว่าลูกหลานจะคอยบอกคอยเตือนก็ตาม</p>

ประเด็น “กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม มีดังต่อไปนี้

- กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน ได้ให้ความสำคัญในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตลอดจนผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้เจ็บป่วย เช่น การนำเครื่องเล่นออกกำลังกายมาจัดวางไว้ในที่สาธารณะของหมู่บ้านๆ ละ 2 จุด เพื่อให้ผู้สูงอายุและคนทั่วไปได้ออกกำลังกาย แต่มีคนมาใช้บริการน้อย องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุทุกเดือน โดยจัดรวมในวันเดียวกับคลินิกโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ได้จัดตั้งชมรมจักรยาน เพื่อออกกำลังกายและเชิญชวนให้ชมรมผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมด้วย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ไปร่วมทำกิจกรรมทำบุญ ปฏิบัติธรรมที่วัดใกล้บ้าน ได้พบปะเพื่อนฝูง ได้พูดคุย และทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยกันที่วัด จัดกิจกรรมนวดแผนไทย แขน่มือแช่เท้าด้วยสมุนไพร ส่งเสริมการดื่มน้ำสมุนไพร การนำผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความเครียด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยจะจัดบริการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง ปีละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เข้าระบบการรักษาพยาบาล และมีคลินิกตรวจรักษาโรคเรื้อรัง เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน โดยมีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย นำทีมแพทย์ พยาบาล มาตรวจรักษาแบบครบวงจร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีกิจกรรมสอนสุขศึกษาให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานยาที่ถูกต้อง การมาตรวจตามนัด เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติพามาตรวจสุขภาพตามนัด องค์การบริหารส่วนตำบลจะจัดบริการรถรับ-ส่งให้ โดยผู้สูงอายุจะต้องแจ้งความประสงค์ล่วงหน้า มีกิจกรรมให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัด และให้การช่วยเหลือดูแล ให้คำแนะนำประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

“...ตั้งแต่มีโอกาสเข้ามาทำงานในองค์การบริหารส่วนตำบล ก็พอใจเรื่องสุขภาพอนามัย เครื่องออกกำลังกายทุกหมู่บ้านในตำบล เกิดจากการที่ได้ของบอ้าเภอ และงบขององค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนหนึ่ง จัดซื้อเครื่องเล่นลงในพื้นที่หมู่ละ 2 จุด แต่ปรากฏว่า ถึงแม้จะตั้งอยู่ในหมู่บ้านใกล้ชุมชนที่สุดแล้ว บางที่ก็กลายเป็นอนุสาวรีย์ ไม่ค่อยมีคนไปใช้บริการออกกำลังกายเท่าไร...”

“...ชมรมจักรยาน ตอนที่เริ่มทำครั้งแรก ทำในช่วงปิดเทอม โดยขี่จักรยานร่วมกันรอบตำบล ช่วงเย็นจะรวมตัวกันประมาณ 4 โมงครึ่ง ทุกหมู่บ้านรวมตัวกันตามจุดนัดหมาย แล้วจึงถีบจักรยานรอบตำบล ที่นี้เวลาถึงช่วงเปิดเทอม เด็กบางคนก็ติดเรียนพิเศษ สมาชิกจะลดน้อยลง ไม่ค่อยจะมาช่วย

กิจกรรม จะเยอะช่วงเสาร์-อาทิตย์ ช่วงปลายปีที่แล้วดิฉันประสบอุบัติเหตุ กิจกรรมก็เลยหยุดไป คิดว่าจะต้องมาเริ่มต้นฟื้นฟูกันใหม่อีกที....”

“...ทางองค์การบริหารส่วนตำบลจะมีการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ทุกเดือนอยู่แล้ว ในช่วงเช้าจะให้ไปตรวจสุขภาพที่คลินิกรักษาโรค ภัยที่ อนามัย พอสายๆ ให้ผู้สูงอายุมารวมตัวกัน จัดกิจกรรมต่างๆ เช่น ไหว้พระ สวด มนต์ นวดแผนไทย แห่หม้อแช่เท้าด้วยสมุนไพร แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้องวิธี มีการเล่นรำกลองยาว และมีการพาผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา แชน้ำพุร้อน ที่ จังหวัดกาญจนบุรี....”

“...ตัวที่ได้รับการสนใจจากผู้สูงอายุ คือ น้ำสมุนไพร ประกอบด้วย สมุนไพร 5 อย่างคือเบญจรงค์ ใบเตย ใบบัวบก ใบหม่อน ใบหญ้านาง ทำให้ ผู้สูงอายุดื่มทุกเดือน....”

“...หมออนามัยออกตรวจและคัดกรองหาคนที่ป่วยเป็นโรคความดัน เบาหวาน ปีละครั้ง ผู้สูงอายุที่เป็นความดัน เบาหวาน ที่เห็นๆ โดยมากก็ไปที่ อนามัยกันทุกคน เขามีหม้อจากโรงพยาบาลเจ็ดเสมียนมาตรวจ จ่ายยาให้ทุก เดือน....”

“...ที่เห็น ที่อนามัยจะมีการตรวจในคลินิกโรคเรื้อรังทุกเดือน และมีการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการกินยา การดูแลเท้า โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดัน เบาหวาน....”

“...ในส่วนของชุมชน ถ้าเป็นขององค์การบริหารส่วนตำบลจะมีการ จัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่มาตรวจที่อนามัย แต่ต้องมีการแจ้งมาว่าประสงค์ จะให้ไปรับ องค์การบริหารส่วนตำบลก็จะไปให้บริการ....”

“...ผู้สูงอายุที่ขาดนัดไม่ได้มาตรวจ จะมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้าน ไปถามไถ่ให้การช่วยเหลือ บางรายมาไม่ได้ก็ประสานงานกับ หมออนามัย เอายาไปให้ที่บ้าน....”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชนตำบลคลองข่อย)

- **กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข** สรุปรูปโดยภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองข่อย ได้ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลคลองข่อย จัดกิจกรรมตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานทุกๆ ปีๆ ละ 1 ครั้ง โดยการคัดกรองประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจวัดความดันโลหิตสูง ตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือด วัดดัชนีมวลกาย และวัดรอบเอว เพื่อประเมินความเสี่ยง โดยจะมีการรณรงค์ตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายทุกหมู่บ้าน ในเดือนมิถุนายน ของทุกปี เมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่ จะให้คำแนะนำและนัดมาตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขได้ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย จัดตั้งให้มี กิจกรรมบริการน้ำสมุนไพร กิจกรรมแช่มือแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร ผู้สูงอายุมีกิจกรรมเข้าวัดปฏิบัติธรรมในช่วงเข้าพรรษา มีกิจกรรมทำบุญกลางบ้าน ทำบุญศาลพ่อปู่ ทุกหมู่บ้านจะมีงานบุญประจำปี ชาวบ้านจะทำอาหารมาเลี้ยงกันที่วัด นอกจากนี้ที่หมู่ 5 บ้านมณีโชติ จะมีการประชุมกองทุนแม่ ทุกวันที่ 7 ของเดือน ชาวบ้านประชุมพร้อมเพรียงกันที่บ้านอดีตกำนันจุลภ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่า เครื่องออกกำลังกายที่วางไว้ตามจุดสาธารณะของชุมชน ไม่มีคนคอยแนะนำวิธีการใช้ เครื่องออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าไปใช้ออกกำลังกาย อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีกิจกรรม ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ช่วยดูแลและให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย และติดตามผู้สูงอายุที่ขาดนัด

“...มีกิจกรรมคัดกรองโรคความดัน เบาหวาน ทุกๆ ปีๆ ละ 1 ครั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขจะคัดกรองคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จะเพิ่มความเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงที่มีค่า BMI วัดรอบเอวผู้หญิงมากกว่า 80 ซม. ผู้ชาย 90 ซม. ขึ้นไป ตรวจคัดกรองทุกหมู่บ้านในตำบลคลองข่อย ไม่เกินมิถุนายนของทุกๆ ปี...”

“...การตรวจคัดกรองจะออกไปคัดกรองตามบ้าน หรือนัดตรวจเป็นจุดๆ ถ้าพบผู้ป่วยรายใหม่ จะแนะนำให้เข้ามาตรวจกับหมอที่อนามัย...”

“...มีกิจกรรมบริการน้ำสมุนไพร กิจกรรมแช่มือแช่เท้า ทำความสะอาดเท้า สำคัญที่เป็นเบาหวาน คนแก่ที่มาร่วมกิจกรรม คนไหนที่ทำเองได้ เราจะมีสูตรให้อาไปทำเองได้เลย ส่วนผสมผสมของน้ำสมุนไพรแช่มือแช่เท้า ได้แก่ มะกรูด ไพร ตำลึง เวลาผู้สูงอายุได้แช่มือแช่เท้าจะผ่อนคลาย ความเครียด...”

“...นอกจากนี้ก็ยังมีการวันเทศกาล เช่น วันสงกรานต์ วันลอยกระทง วันพ่อ วันแม่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมเข้ากิจกรรมทุกครั้งไป วันเข้าพรรษาจะมีผู้สูงอายุไปถือศีลบวชชี และถือศีล 8 ทุกวันพระที่วัดตลอดเข้าพรรษา...”

“...หมู่ที่ 5 บ้านมณีโชติ จะมีการประชุมกองทุนแม่ ทุกวันที่ 7 ของเดือน ชาวบ้านจะมาประชุมพร้อมเพรียงกันที่บ้านกำนันจุลภ...”

“...กิจกรรมวันทำบุญกลางบ้าน ทำบุญศาลพ่อปู่ทุกหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัวจะทำอาหารมาเลี้ยงกันที่วัด ได้พบปะสังสรรค์กันเป็นประจำทุกปี...”

“...มีกิจกรรมทำบุญกลางบ้าน ที่ถนนแยกคลองข่อย ลูกหลานมารวมกลุ่มทำบุญเลี้ยงพระ และทุกๆ บ้านจะนำเอากับข้าวมารวมกัน ทำทุกวันที่ 5 ธันวาคม (วันพ่อ)....”

“...ที่ผู้สูงอายุไม่ได้มาใช้บริการเครื่องออกกำลังกาย เพราะว่าไม่มีการแนะนำการใช้ ไม่มีใครบอกวิธีใช้ ก็เลยไปยืนดูกันเฉยๆ ตั้งโต๊ะอยู่อย่างนั้น ความจริงไม่มีอะไรหรอก ต้องบอกวิธีใช้ วิธีออกกำลังกาย แก่ก็กลัวหยาหลัง หายหน้า เพราะทำผิดท่า มันไม่มีคนบอก วางๆ ไว้ไม่มีคนแนะนำสาธิต....”

“...อาสาสมัครสาธารณสุขจะออกเยี่ยมบ้าน พูดคุยกับผู้สูงอายุ ช่วยดูแลให้คำแนะนำ ช่วยเหลือตามที่ต้องการ บางคนไม่ได้มาเอายาตามนัดก็ต้องออกไปเยี่ยมที่บ้านเช่นกัน....”

(สนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลคลองข่อย)

- กลุ่มคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ สรุปโดยภาพรวมพบว่า คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มการให้แก่ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมในชมรม ได้แก่ กิจกรรมรำกลองยาว กิจกรรมการนวดแผนไทย การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อบรมฝึกอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น เช่น การฝึกอาชีพสานตะกร้า ทำไม้กวาดทางมะพร้าว สานพัด ทำพวงกุญแจ เป็นต้น

“...มีกิจกรรมรำกลองยาว ผู้สูงอายุมาตีกลองยาวในวันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ทำให้สนุกสนาน เฮฮา ผ่อนคลาย....”

“...คณะกรรมการเราได้ช่วยกันพิจารณาถึงคุณภาพอาหารที่จัดให้ผู้สูงอายุรับประทาน ไม่เอาแกงกะทิ เน้นผักผลไม้....”

“...กิจกรรมแฮ่มมือ แฮ่เท้า นวดแผนไทย ดื่มน้ำสมุนไพร ผู้สูงอายุก็ชอบกัน....”

“...กลุ่มทำไม้กวาดทางมะพร้าว ให้ผู้สูงอายุไปเก็บทางมะพร้าวมาทำไม้กวาด มีการอบรมฝึกอาชีพสานตะกร้า พลาสติก สานพัด กระบุง ทำพวง

บุญแจ เรียกว่ากลุ่มฝึกอาชีพผู้สูงอายุ จัดทำที่วัดมณีโชติ ให้ผู้สูงอายุที่สนใจมา
ทำกิจกรรมร่วมกัน....”

(สนทนากลุ่มคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ)

- **กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน** สรุปโดยภาพรวมดังนี้ ผู้ป่วยจะไปร่วม
กิจกรรมในคลินิกตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลในเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลอง
ข่อย โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน โรงพยาบาลโพธาราม และได้รับการสอนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุม
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคเรื้อรังชอบมาร่วม
กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมสนทนากันต่าง ๆ เช่น รำกลองยาว และร่วมกิจกรรมที่วัด
ในช่วงเข้าพรรษา

“...ก็ไปร่วมกิจกรรมในคลินิกตรวจสุขภาพที่ โรงพยาบาลโพธาราม
ตอนนั้นหมอนามัยส่งไป เพราะเบาหวานขึ้นเยื่อ ได้อบรมด้านความรู้เรื่อง
การออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ไม่ทานของแสลง....”

“...ยายชอบมาร่วมกิจกรรมตรวจสุขภาพที่อนามัย กิจกรรมชมรม
ผู้สูงอายุจัดที่วัดมณีโชติ นอกจากนั้นก็ไม่ได้ไปไหนเลย เพราะว่าเราเดินไม่ไหว
อายุมากแล้ว อยู่บ้านคนเดียวก็เครียด เพราะทำอะไรไม่ได้ ลูกหลานเขาจะดูเรา
บ้างว่าเราบ้าง เราก็คิดมาก ความดันก็ขึ้นใจ....”

“...ได้ร่วมกิจกรรมรำกลองยาว ทำให้ผ่อนคลาย สอนเรื่องออกกำลังกาย
กาย การควบคุมอาหารการกิน ทำกิจกรรมเสร็จก็กินข้าวร่วมกัน อาหารที่เขา
เลี้ยงก็อาหารจืดๆ รสไม่จัด....”

“...คิดว่า กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่ทำดินะ เดือนละครึ่งก็มาได้....”

“...ช่วงเข้าพรรษา ผู้สูงอายุจะไปปฏิบัติธรรมกันที่วัดกลางทุกวัน
พระ ไปถือศีลในช่วงเข้าพรรษา ต้องไปนอนค้างคืนที่วัด....”

(สนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน)

- **กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ** สรุปโดยภาพรวมพบว่า ผู้ดูแลอยากให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมใช้เวลา
ว่างให้เป็นประโยชน์ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประดิษฐ์ของชำร่วย เช่น การผูกเชือก
ของชำร่วย ทำให้ผู้สูงอายุได้บริหารมือ มีรายได้เสริมเล็กๆ น้อยๆ ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่ากิจกรรม
ชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะกัน มาออกกำลังกาย และรับประทานอาหารร่วมกัน ได้
พบปะสังสรรค์ ผ่อนคลายความเครียด การได้เข้าร่วมกิจกรรมไปทัศนศึกษา และไหว้พระที่องค์การ
บริหารส่วนตำบลจัดขึ้น สำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีใจ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีการบอกต่อซึ่งกัน

และกัน คือ การกินสมุนไพรที่เชื่อว่าช่วยรักษาอาการโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานได้ เช่น การกินน้ำสมุนไพร การกินสมุนไพร “ปอกระบิด” เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากินเสริมควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน และบอกต่อๆ กัน

“...ให้ผู้สูงอายุทำของชำร่วยได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ผูกเชือกของชำร่วย ทำให้ผู้สูงอายุได้บริหารมือ มีรายได้เสริมเล็กๆ น้อยๆ แต่ไม่ได้ทำทุกวัน นานๆ จะมีคนจากกลุ่มแม่บ้านมากระจายให้ผู้สูงอายุได้ทำตามบ้าน...”

“...การมีชมรมผู้สูงอายุที่ดีนะ ทำให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะกันบ้าง ไม่อดอ้อยู่แต่ในบ้าน ได้มาออกกำลังกาย ร้องรำทำเพลง ทานข้าวด้วยกัน...”

“...มีกิจกรรมหนึ่งที่ดีมากคือ องค์กรบริหารส่วนตำบลพาผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา เขาก็ดีใจกันนะ ไม่เคยได้ไป ไม่เคยนั่งรถ 2 ชั้น ได้ไปเปิดหูเปิดตาได้ไปแช่น้ำพุร้อน เขาอุตุสำหรับพาไปก็ดีนะทุกอย่างนะ...”

“...ตอนนี้กำลังทดลองกินยาสมุนไพร ตาเชื่อม แก้วฮุย แกบอกว่าเป็นแล้วหายจากโรคความดัน เบาหวาน ส่วนผลสมใบมะยม 1 กำ ใบเตย 1 ต้น (ราก+ใบ)...”

“...ได้มาจากสระบุรี เขาให้มาเป็นว่าน เป็นเถาเลยคะ ต้มทีละ 25 เกลียว (ปอกระบิด) ต่อน้ำลิตร์ครึ่ง เพื่อนๆ เขากินอยู่ กินเหมือนน้ำชา แทนน้ำวันละ 3 เวลา หลังอาหาร...”

(สนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในชุมชน จากการสนทนากลุ่มต่างๆ สรุปโดยภาพรวมดังนี้ องค์กรบริหารส่วนตำบลคลองข่อยมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยการนำเครื่องเล่นออกกำลังกายมาวางไว้ตามพื้นที่สาธารณะของหมู่บ้านๆ ละ 2 จุด เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้ออกกำลังกายในละแวกใกล้บ้าน แต่มีข้อสังเกตว่า เครื่องออกกำลังกายที่องค์กรบริหารส่วนตำบลนำมาวางไว้ในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุไม่ค่อยกล้าไปใช้เนื่องจากขาดคำแนะนำวิธีการใช้เครื่องเล่นออกกำลังกายที่ต้องปลอดภัย ประกอบกับกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบออกกำลังกายแบบร้องรำทำเพลง สนุกสนานเฮฮาเป็นกลุ่มมากกว่าการออกกำลังกายโดยใช้เครื่องออกกำลังกายแบบเดี่ยวเฉพาะคน นอกจากนี้ องค์กรบริหารส่วนตำบลได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นในชุมชน เช่น ชมรมจักรยาน การจัดทำน้ำสมุนไพรแจกจ่ายให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย จัดกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นประจำทุกปีๆ ละ 1 ครั้ง โดยตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่มี

อายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชน เมื่อค้นพบกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยรายใหม่จะนัดไปตรวจวินิจฉัยยืนยัน เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังต่อไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยมีคลินิกตรวจรักษาโรคเรื้อรัง เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน โดยมีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน มีทีมแพทย์ พยาบาล หมุนเวียนมาให้บริการแบบครบวงจร มีกิจกรรมการสอนสุขศึกษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ มีตัวแทนผู้สูงอายุเป็นคณะกรรมการชมรมทำงานร่วมกับผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มาพบปะและร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เน้นการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมสันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมรำกลองยาว กิจกรรมนวดแผนไทย สาธิตการทำน้ำสมุนไพร สาธิตการออกกำลังกายในผู้สูงอายุแบบต่างๆ ส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อบรมการฝึกอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น ข้อสังเกตที่ค้นพบจากการสังเกตภาคสนามพบว่า ชมรมผู้สูงอายุกำลังอยู่ระหว่างการประชุมทบทวนการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ถูกต้อง เป็นทางการ ตามข้อกำหนดของชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เพื่อให้ตรงกับข้อกำหนดและสามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานของชมรมได้อย่างถูกต้อง ตามระเบียบข้อบังคับ ปัจจุบันกิจกรรมของชมรมได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (สปสช.) ของ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะพูดคุยกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และได้เรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ที่วิทยากรได้หมุนเวียน สาธิต และฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติได้เองที่บ้านผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมอาชีพเสริมเพิ่มรายได้ ผู้สูงอายุบางกลุ่มพยายามเสาะแสวงหาพืชสมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกมาช่วยควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควบคู่กันไป

สรุปข้อค้นพบประเด็นย่อยจากการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มในประเด็น “กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน” สรุปรวมเปรียบเทียบเป็นตาราง เพื่อเปรียบเทียบข้อคิดเห็นที่ตรงกันและแตกต่างกันใน 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 3) กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ 4) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปข้อค้นพบเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยองค์การภาครัฐ และกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคชุมชน ในตารางดังนี้

ตารางที่ 25 ประเด็นย่อย “กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่สนับสนุนโดยองค์กรภาครัฐ”

<p>กลุ่ม ผู้นำองค์กรบริหารส่วนตำบล กลุ่มผู้นำชุมชน</p>	<p>กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข</p>	<p>กลุ่ม แกนนำผู้สูงอายุ</p>	<p>กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p>
<p>- มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายในทุกลุ่มวัย ทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย โดยนำเครื่องเล่นออกกำลังกายมาจัดวางไว้ในที่สาธารณะของหมู่บ้านๆ ละ 2 จุด</p> <p>- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย จัดบริการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง ปีละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เข้าระบบการรักษาพยาบาลและนำกลุ่มเสี่ยงเข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยร่วมกับโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ตรวจรักษาคลินิกโรคเรื้อรัง เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน มีการให้สุขศึกษา คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมป้องกันโรค</p> <p>- สนับสนุนงบประมาณ โครงการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง ทุกปี</p> <p>- สนับสนุนกิจกรรมชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ</p>	<p>- อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ ทุกๆ ปีๆ ละ 1 ครั้ง ช่วงเดือนมิถุนายน</p>	<p>- เป็นคณะกรรมการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยและองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมสนทนากับผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ หลากหลายรูปแบบ เช่น การออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ การผ่อนคลายความเครียด โดยการหม้อแช่เท้าด้วยสมุนไพร ฟังเทศน์ ฟังธรรม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดหวาน ลดเค็ม เพิ่มผักผลไม้ เป็นต้น</p>	<p>- ได้รับการสอนสุขศึกษาด้านการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลในเครือข่ายอำเภอโพธาราม</p>

ตารางที่ 26 ประเด็นย่อย “กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่สนับสนุนโดยองค์กรภาคชุมชน”

กลุ่ม ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มผู้นำชุมชน	กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข	กลุ่ม แกนนำผู้สูงอายุ	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ
<ul style="list-style-type: none"> - วัดเป็นศูนย์รวมจิตใจและเป็นแหล่งทำกิจกรรมทำบุญตามประเพณี ดังนั้นผู้นำชุมชนจึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำบุญ ปฏิบัติธรรม ณ วัดใกล้เคียง ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน - ผู้นำชุมชนมีการประชุมกองทุนหมู่บ้าน ทุกวันที่ 7 ของเดือน และมีกิจกรรมทำบุญประเพณีในชุมชน เช่น ทำบุญกลางบ้าน ทำบุญศาลพ่อปู่ ชาวบ้านจะมาประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน เป็นโอกาสที่จะประชาสัมพันธ์งานและบูรณาการงานดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเพื่อชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการออกเยี่ยมบ้าน พูดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ และการติดตามผู้สูงอายุที่ขาดนัด - ร่วมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีใช้เครื่องเล่นออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุในชุมชน - สอนและสาธิตการทำน้ำสมุนไพรและการปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนได้แสดงศักยภาพในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุรำกลองยาว กลุ่มฝึกอาชีพผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ 3 แม่เฒ่า เป็นต้น - สนับสนุนให้แกนนำผู้สูงอายุได้สอน/สาธิต กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในวันชมรมผู้สูงอายุ เช่น สาธิตการออกกำลังกาย /การผ่อนคลาย ความเครียด การรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกหลักโภชนาการ 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มผู้ป่วยที่มาร่วมกิจกรรมในคลินิกตรวจสุขภาพและในชมรมผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพตนเอง และนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน - กลุ่มผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น เข้ากลุ่มทำของชำร่วยของชุมชน ทำให้มีรายได้เสริมและเกิดความภาคภูมิใจ - สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ดื่มด่ำสมุนไพรเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ - สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ไปร่วมกิจกรรมทัศนศึกษาที่ชุมชนจัดขึ้น

ประเด็น “การดำเนินงานแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน”

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม มีดังต่อไปนี้

- **กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน** พบว่า ชุมชนควรมีการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไว้ก่อน โดยเน้นให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การมีสุขภาพจิตที่ดี รมรงศ์ให้ประชาชนในชุมชนที่ยังไม่มีอาการของโรคให้ความสนใจด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และหาวิธีการประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักทำอย่างไรก็ได้ให้ชุมชนกลับมาดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวให้มากขึ้น ผู้นำชุมชนเสนอแนะให้มีการศึกษาภูมิปัญญาเรื่องสมุนไพร เป็นคลังความรู้ในชุมชน ที่ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้เป็นทางเลือกในการดูแลตนเอง นอกเหนือจากการกินยารักษาโรคแผนปัจจุบัน

“...คิดว่า การแก้ปัญหาที่ดีที่สุดคือ การป้องกันไว้ก่อน อย่างในวัยที่ยังไม่มีเป็นโรคก็ควรมีการออกกำลังกาย กินอาหารปลอดสารพิษ อาหารกากใยสูง อาหารไขมันต่ำ คิดว่าการป้องกันไว้ก่อนจะดีกว่า...”

“...ทำอย่างไรให้คนในชุมชนที่ยังไม่มีอาการ ให้ความสนใจด้านสุขภาพ และคนที่เป็นโรคอยู่หันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการกินการอยู่ ใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง ทุกวันนี้มีสื่อด้านสุขภาพจากทีวีต่างๆ อยู่มาก หมออนามัยก็บอกแนะนำ แต่ว่าผู้คนไม่ได้นำมาปฏิบัติ ส่วนใหญ่เคยทำอย่างไรก็ทำอย่างนั้นด้วยความเคยชิน ต้องหาวิธีทำอย่างไรก็ได้ให้ชุมชนกลับมาดูแลสุขภาพตนเองให้มากกว่านี้...”

“...อยากส่งเสริมเรื่องการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับอาหารการกิน ตอนนี้ทั้งหวานจัด มัน เค็มจัด พวกเหล้า บุหรี่ พวกสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนี้ ทำอย่างไรจึงจะบอกให้ชาวบ้านเขารู้ว่าเขาเสี่ยงกับโรคนี้...”

“...ขออนุญาตครับ ผมว่าถ้าเราบอกกล่าวประชาชนโดยใช้เทคนิคการสนทนาชวนเชื่อของบริษัทขายตรงที่โฆษณาทางวิทยุชุมชน สามารถดึงดูดให้ประชาชนคล้อยตามได้ ถ้าเรามาทำเองในชุมชนโดยประชาสัมพันธ์แบบง่ายๆ เหมือนการโฆษณาขายตรง จะช่วยทำให้การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาหารการกิน การออกกำลังกาย มีรูปแบบที่ดีขึ้นกว่านี้...”

“...การให้ความรู้กับชุมชน ทำอย่างไรให้เขาเข้าใจให้ได้ กระจายความรู้ให้ทั่วถึง มันอยู่ที่วิธีการ ซึ่งตอนนี้ยังไม่เจอว่าจะทำอย่างไร ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนี้...”

“...ก็ต้องรณรงค์แบบให้มีรูปแบบเปรียบเทียบ เช่น เอาคนสุขภาพดี มาคนหนึ่ง เอาคนสุขภาพไม่ดีมาเปรียบเทียบว่าอยากเป็นอย่างไร ถ้าอยาก สุขภาพดีก็ต้องปฏิบัติให้ได้อย่างที่เขาสุขภาพดี ให้เลือกเอาเอง...”

“...ถ้ามีข้อมูลเรื่องสมุนไพร ตัวโน้นก็ใช้ได้ ตัวนี้ก็ใช้ได้ แนะนำ ผู้สูงอายุบางที่บางคนกินยาหลวงไม่ถูก โดยเฉพาะผู้สูงอายุระบบการทำงาน ภายในร่างกายไม่ค่อยดี ถ้ามีความรู้เรื่องสมุนไพรหลากหลายก็จะช่วยแก้ปัญหา สุขภาพได้...”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชนตำบลคลองข่อย)

- **กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข** สรุปภาพรวมพบว่า ชุมชนควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย คลายเครียด เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขอยากให้ชุมชนมีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เรื่องอาหาร ตั้งแต่การปลูกผักปลอดสารพิษ การปรุงอาหารให้ผู้ป่วย การเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีศูนย์เผยแพร่ความรู้ที่ตั้งอยู่ในชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยมีรถรับส่งผู้สูงอายุเพียง 1 คัน ทำให้มีปัญหาในด้านการบริหารจัดการ ดังนั้นชุมชนควรมีการบริหารจัดการรถรับส่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ให้สามารถเข้ามารับการรักษาโรคเรื้อรังและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขได้เสนอให้นำกลุ่มคนอายุ 40-50 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน มารวมกลุ่มทำกิจกรรมด้วยกัน เพื่อเตรียมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้วัดเป็นศูนย์รวมในการร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย

“...อยากจะทำให้มีสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมในตำบลของเรา มีอาหารที่มีคุณภาพมาขาย ไม่ให้มีอะไรเจือปนมาเลย แล้วให้ผู้สูงอายุหรือคนที่ทำกับข้าว มาซื้อไปปรุงอาหาร และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การปรุงอาหารให้ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง...”

“...ท่านนายกท่านก็มีรถไม่พอรับ-ส่งผู้สูงอายุ รถองค์การบริหารส่วนตำบลมีคันเดียว บางครั้งก็ไม่มีคนขับรถอีก บางทีมาส่งแล้วก็ไม่ได้รับกลับ...”

“...ถ้าหากจะทำกิจกรรมรวมกลุ่ม ควรจะให้กลุ่มอายุ 40-50 ปี มาร่วมด้วย ชวนเขามาเข้ากลุ่มพูดคุย เมื่อเขาจับกลุ่มสนิทสนมกันแล้ว พอถึงวัยสูงอายุเขาก็จะจับกลุ่มทำกิจกรรมด้วยกัน เกิดความเคยชิน...”

“...อยากให้มีศูนย์รวม เช่น จุดศูนย์รวมให้ผู้สูงอายุมารวมตัวกัน เรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ การผ่อนคลายความเครียด เอาที่วัดก็ได้ เพราะผู้สูงอายุไปวัดอยู่แล้ว...”

(สนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลคลองข่อย)

- **กลุ่มคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ** สรุปโดยภาพรวมพบว่า การที่ชุมชนจะดำเนินการแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้นั้น นอกจากการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุมาดูแลสุขภาพตนเองแล้ว จะต้องอาศัยครอบครัวเข้ามาช่วยส่งเสริมสุขภาพด้วย โดยเฉพาะกิจกรรมเรื่อง 3อ คือ การออกกำลังกาย การกินอาหาร และการมีอารมณ์ดีไม่เครียด การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้ออกกำลังกายและผ่อนคลาย เช่น การจัดให้ผู้สูงอายุได้ใกล้ชิดธรรมชาติ การปลูกต้นไม้ การพบปะสังสรรค์

“...อยากเห็นว่าคนเป็นโรคความดัน เบาหวานลดลง โดยกระตุ้นรณรงค์สร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่อง 3อ ทั้งด้านอาหาร ออกกำลังกาย และทำให้อารมณ์ดี ไม่เหงาไม่เครียด...”

“...การที่จะให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพเองได้ดี ต้องอาศัยครอบครัวเข้ามาช่วยส่งเสริมด้วย...”

“...โรคความดัน เกิดจากความเครียด ถ้าปวดหัวก็พาออกไปข้างนอก บ้าน ดูวิวทิวทัศน์ แม่น้ำ ดูข้าว ดูปลา ดูธรรมชาติ ลมพัดเย็นๆ ก็สบายใจ อាកการจะดีขึ้น...”

“...เสนอให้มีกิจกรรมพาผู้สูงอายุไปปลูกต้นไม้ ปลูกหญ้าแฝกตามริมคลอง ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระเจ้าอยู่หัว ผู้สูงอายุบางคนยังมีแรงพอไปร่วมกิจกรรมได้ ผู้สูงอายุที่ออกมาทำกิจกรรมจะได้พบปะสังสรรค์ เข้าสังคม สนุกสนาน เฮฮากัน...”

(สนทนากลุ่มคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ตำบลคลองข่อย)

- **กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้สูงอายุ** สรุปลงโดยภาพรวมพบว่า กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย การคอยดูแลจิตใจไม่ให้เคร่งเครียดเกินไป ผู้ป่วยที่มีความยากลำบาก ไม่มีลูกหลานไปส่งเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้ดูแลประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อขอความช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ลูกหลานต้องพึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จในชุมชน สิ่งเป็นอาหารปิ่นโตมาให้ผู้สูงอายุรับประทานเนื่องจากลูกหลานต้องออกไปทำงาน

“...อยากให้รณรงค์เรื่องเบาหวาน ความดัน ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเอง ทุกกลุ่มวัย ปรับปรุงแก้ไขเรื่องอาหารการกิน ไม่เครียดจนเกินไปจนเกิดโรค...”

“...เวลาอยู่บ้านไม่ใช่ว่านอนนิ่งๆ ให้ออกกำลังกายกันบ้าง...”

“...ชุมชนมีบริการที่ได้อยู่แล้ว ให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมกันให้มากขึ้น แต่มีข้อจำกัดเรื่องรถรับ-ส่ง ตอนนี้ถ้าใครไปไม่ได้ก็ให้แจ้งความประสงค์ไว้ คนไหนไปไม่ได้ ไม่มีลูกหลานไปส่ง องค์การบริหารส่วนตำบลจะจัดรถรับ-ส่งให้...”

“...อาหารปิ่นโต อาหารสำเร็จรูป คนทำเขาชื่อนายนพพร นางทองใบ หมอนพุ่ม ชายข้าวแกง อาหารรสชาติใช้ได้ ราคาถุงละ 10 บาท บางทีลูกหลานก็มาส่งให้ไปส่งปิ่นโตผู้สูงอายุที่บ้าน ชาวบ้านทั่วไปก็ซื้อใส่บาตร บางทีองค์การบริหารส่วนตำบลมีจัดเลี้ยงก็จะสั่งเป็นอาหารกล่องไปจัดเลี้ยง...”

(สนทนากลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากการสนทนากลุ่ม ในประเด็น “การดำเนินงานแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน” สรุปลงโดยภาพรวมดังนี้ ชุมชนควรมีการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยเน้นการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ก่อนที่จะเจ็บป่วย และมีอาการของโรค โดยเน้นให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงหลัก 3 อ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีอารมณ์ดี ควรมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อนำเข้าไปทำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคในอนาคต ชุมชนควรมีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ เรื่องอาหารปลอดภัย อาหารเพื่อสุขภาพ และมีการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และคนในครอบครัว รวมถึงการบริหารจัดการให้มีรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ ส่งเสริมให้กลุ่มวัยก่อนสูงอายุได้มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน

สรุปข้อค้นพบประเด็นย่อยจากการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยได้สรุปข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มในประเด็น “การดำเนินงานแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน” สรุปเป็นตารางเพื่อเปรียบเทียบข้อคิดเห็นที่ตรงกันและแตกต่างกันใน 4 กลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 3) กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ 4) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีมุมมองและข้อคิดเห็นที่ตรงกันและแตกต่างกัน ทำให้สรุปข้อค้นพบเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามตารางดังนี้



ตารางที่ 27 ประเด็นย่อย “การดำเนินงานรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน”

กลุ่ม ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มผู้นำชุมชน	กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข	กลุ่ม แกนนำผู้สูงอายุ	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ
<ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนควรมีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไว้ก่อน โดยเน้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ มีสุขภาพจิตที่ดี - รณรงค์ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยที่ยังไม่ป่วย ให้สนใจสร้างเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และหาวิธีการสนับสนุนให้ชุมชนกลับมาดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวให้มากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุ ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองแล้วควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย โดยเฉพาะกิจกรรม 3๐ คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการมีอารมณ์ดี ไม่เครียด - เสนอแนะให้ชุมชนส่งเสริมกิจกรรมการพบปะสังสรรค์ เข้าสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย ไม่รู้สึกเหงา 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรให้ความสำคัญกับเรื่องการเดินทางในชีวิตประจำวัน ที่สร้างเสริมสุขภาพที่ดีต่อตนเอง ได้แก่ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลจิตใจตนเองไม่ให้เคร่งเครียดจนเกินไป - รณรงค์ให้ชุมชนลดการบริโภคอาหารสำเร็จรูป อาหารปิ้งทอด ของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ตารางที่ 28 ประเด็นย่อย “การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน”

<p>กลุ่ม ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มผู้นำชุมชน</p>	<p>กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข</p>	<p>กลุ่ม แกนนำผู้สูงอายุ</p>	<p>กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p>
<p>- ผู้นำชุมชนเสนอแนะให้มีการศึกษาภูมิปัญญา เรื่อง สมุนไพร เป็นคลังความรู้ในชุมชน เพื่อเป็นทางเลือกให้ชุมชนนำมาใช้ส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในชุมชนอย่างถูกต้องและปลอดภัย</p> <p>- ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์แบบโฆษณาขายตรง และรณรงค์ให้มีรูปแบบเปรียบเทียบ เช่น นำคนสุขภาพดีต้นแบบมาเป็นโมเดล</p> <p>- นำแผนการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเสนอผ่านการประชุมเวทีประชาคม และนำเข้าสู่แผนสุขภาพชุมชน</p>	<p>- อาสาสมัครสาธารณสุข เสนอแนะให้ชุมชนมีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เรื่องอาหารตั้งแต่การปลูกผักปลอดสารพิษ การปรุงอาหารให้ผู้ป่วย การเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นศูนย์เผยแพร่ความรู้ที่ตั้งอยู่ในชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน</p> <p>- ชุมชนควรมีการบริหารจัดการรถรับส่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ให้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนจัดขึ้น</p> <p>- ส่งเสริมให้กลุ่มวัยทำงานเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>	<p>- เสนอแนะให้ผู้สูงอายุได้มีความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การเป็นจิตอาสา การบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ เช่น การปลูกต้นไม้ในที่สาธารณะ เป็นต้น</p>	<p>- เสนอแนะให้มีการดำเนินการแก้ปัญหาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความยากลำบาก ไม่มีลูกหลานมาส่ง ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุให้มากขึ้น โดยจัดให้มีการบริหารจัดการรถรับ-ส่งที่มีประสิทธิภาพ</p>

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเพิ่มเติม

ผู้วิจัยได้ติดตามเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย เนื่องจากทั้ง 2 ท่าน ดิราชการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการสนทนากลุ่มตามวันที่นัดหมาย จากการสัมภาษณ์ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย สรุปประเด็นโดยภาพรวมดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน
2. แนวทางการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในหมู่บ้าน
3. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและนโยบายสาธารณะในชุมชน
4. การบริหารจัดการด้านงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
5. การบริหารจัดการรับส่งผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการโดยเสมอภาค
6. การบริหารจัดการโครงการและกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
7. การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ในการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง

และโรคเบาหวานในชุมชน

1. ประเด็น “ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวมดังนี้ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชนตำบลคลองข่อย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพความเป็นอยู่ การใช้ชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปตามกระแสโลก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการผลิตและการบริโภคอาหาร การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้การออกกำลังกายในชีวิตประจำวันลดน้อยลง และสุดท้ายวิถีชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปมีผลต่อการเกิดภาวะความเครียด ซึ่งทั้งหมดมีผลกระทบต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

“...สถานการณ์โรค จะพบว่าไม่ได้เป็นทีคลองข่อยที่เดียว ถ้าไปติดต่อที่โรงพยาบาลจะเห็นว่าแน่นมาก ไปดูที่คลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลเต็มแน่นไปหมด...”

“...จากการวิเคราะห์เบื้องต้นแบบผม...สาเหตุที่สถานการณ์โรคเพิ่มขึ้น...หนึ่งจากสภาพความเป็นอยู่ มีการใช้ชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปตามสังคมหรือกระแสโลก เช่น อาหาร นี้อุดจางจากตลาดหมด ทำให้เกิดสภาวะที่ทำให้คนเจ็บป่วยมาก นั่นคือเรื่องอาหาร...”

“...สอง คือ เรื่องของการดำเนินชีวิต ทุกคร้วเรือนจากประสบการณ์
ที่ผมเห็น สิ่งที่ขาดหายไปคือ ผักสวนครัว รั้วกินได้ เดียวนี้ทุกคนซื้อหาจากตลาด
ที่แม่บ้านซื้อมาคืออาหารถุง...”

“...สาม คือ เรื่องของสภาพแวดล้อม ตอนนี้ทุกคนอาศัยอยู่ใน Wall
building คือ สภาพคอนกรีตล้อมรอบ ฉะนั้นที่ในการเดินออกกำลังกาย การใช้
ชีวิตในการออกกำลังกายหรือพื้นที่ในการใช้ชีวิตแบบสมัยโบราณ มันน้อยไป
เหมือนคนแก่อยู่ในกรง...”

“...เดี๋ยวนี้ทุกๆ คนที่เป็นคนแก่ต้องอยู่บนโซฟาดูทีวี การออกกำลังกาย
กาย การซักผ้าก็น้อยลง ใช้เทคโนโลยีในการปั่น ก็มองว่าเมื่อสภาพการออก
กำลังกายที่น้อยไปนี้ ส่งผลให้ร่างกายระบบฮอร์โมนถูกลดการทำงาน...ฉะนั้นผม
ว่าวิถีชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปก็มีผลต่อการเกิดโรคเช่นกัน...”

“...วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปก็มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดเช่นกัน คนแก่ที่
อยู่บ้าน แม่ผมก็เป็นนะ เพราะว่าลูกแบบผมนี้ไปทำงานเช้า บางทีกลับมืด คน
แก่ที่อยู่บ้านก็นั่งจินตนาการทั้งวัน จะอยู่กับคนดูแลหรืออาจอยู่กับโทรทัศน์
หรือฟังธรรมะ ฟังวิทยุ เป็นการฆ่าเวลา ถึงเวลาก็เอาอาหารให้ ผมว่าตัวนี้เป็น
ตัวเร่งของการกดดัน เป็นภาวะทางอารมณ์ ความดันก็มา เบาหวานก็มา...”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

2. ประเด็น “แนวทางการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปภาพรวมดังนี้

การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในครัวเรือน โดยเน้นเรื่องการบริโภคอาหาร ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการกิน ผสมผสานให้ได้อาหารที่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น ไม่จำเจอยู่กับอาหารสำเร็จรูป การออกกำลังกาย การพักผ่อน ผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ หรือสภาพความเจ็บป่วย รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ดีในชุมชน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มากขึ้น

“...ในเรื่องโภชนาการ ผมว่าต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีกัน สมมุติว่ากินแกงถุง 5 วัน ก็เปลี่ยนมากินแกงซี่เหล็ก กินดอกแคข้างรั้ว ลัก 2 วัน หรือ 3 มื้อ อาจมีผักพื้นบ้านลวกมี้อสลับกันดีกว่ากินแกงถุงทั้ง 3 มื้อ...”

“...อย่างแกงถุงที่ตลาดโพธาราม แกงส้มรสหวานมาก ผมทานไม่ได้ แต่เพราะว่าผู้บริโภครู้จักใส่ใจกินตามนั้น เพราะลูกหลานไม่มีเวลา...”

“...ครอบครัวผู้สูงอายุรุ่นใหม่ ผมมองว่ายิ่งเป็นมากขึ้น แก่นสำคัญคือ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายในครัวเรือน...”

“...แต่ละครอบครัว อาจจะหาวิธีให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ หรือสภาพความเจ็บป่วย...”

“...ต้องให้ผู้สูงอายุได้ขยับเคลื่อนไหว และสภาพแวดล้อมก็ต้องปรับให้เหมาะสม โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยในครัวเรือน...”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3. ประเด็น “แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและนโยบายสาธารณะในชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวม ดังนี้

ต้นทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด คือ “ทรัพยากรมนุษย์” และต้องให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของชุมชน ปัญหาสุขภาพนี้เป็นสิ่งที่ยิ่งใหญ่ สุขภาพร่างกายต้องมาก่อน เมื่อมีร่างกายที่สมบูรณ์ดี รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ดี จะนำมาซึ่งจิตใจดี มีปัญญาดี สิ่งที่จะตามมาคือ การให้การศึกษาแก่ชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพดี ก่อนที่จะไปสอดส่องเรื่องโรค หรือการรักษาพยาบาล การส่งเสริมให้คนสุขภาพดี เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอันดับแรก ต่อมาคือการควบคุมป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามลำดับ

“...ต้นทุนทางสังคมที่ใหญ่ที่สุด คือ คน ฉะนั้นเมื่อคนมีร่างกายสมบูรณ์ดี รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ดี มันจะนำมาซึ่งจิตใจที่ดี มีปัญญาที่ดี...”

“...ในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ผมได้นำเสนอในส่วนของผู้บริหารในการประชุมทุกครั้งว่า ในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณตำบลคลองข่อย จะเน้นในเรื่องของสุขภาพและการศึกษา...”

“...วิธีคิดขององค์กรหรือชุมชน ผมว่าต้องให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของชุมชน และสิ่งที่ตามมาก็คือ เรื่องของการศึกษา...”

“...การรักษาพยาบาล หมอนี้มันเป็นปลายเหตุแล้ว ถ้าว้าว้าววิฤติแล้ว...”

“...ที่นี้ตำบลของเราคงไม่ถึงขั้นรักษาพยาบาลอย่างเดียว จากที่ผมทราบมาจะต้องมีเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพให้คนมีสุขภาพดี เป็นสิ่งที่ถูกต้องแล้ว...”

“...สิ่งที่เป็น Final คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึงว่า คุณเสียหายมาแล้ว คุณเยียวยา ทำให้กลับคืนสู่สภาพเดิม...”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

4. ประเด็น “การบริหารจัดการด้านงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวม ดังนี้

ในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย มีกระบวนการจัดสรรงบประมาณ 3 ระดับ คือ การประชุมทำแผนชุมชน 3 ปี ผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ งบประมาณที่จัดสรรเป็นการวางแผนระยะยาว ตามความต้องการของชุมชน ในลำดับที่สองคือ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย จะพิจารณาจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามชมรมผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ร่วมกันกำหนดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยมีคณะกรรมการรับผิดชอบและเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ ลำดับที่สามคือ การผลักดันงบประมาณไปให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข หรือโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอื่นๆ ตามที่ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“.....ในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย มีกระบวนการจัดสรรงบประมาณโดยผ่านเวทีประชาคม ให้ประชาชนเสนอความต้องการขึ้นมา เพื่อให้ได้สภาพปัญหาตามต้องการ วิธีแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน ในกระบวนการจัดทำแผน 3 ปี....”

“...ส่วนที่เราทำทุกปีอยู่แล้ว ไม่ใช่เฉพาะโรคเบาหวาน ความดัน รวมถึงโรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า และการฝึกอบรมความรู้ พัฒนาศักยภาพต่างๆ ในชุมชน....”

“....ในส่วนขั้นที่สอง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทุกเดือน โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยเป็นคนจัด แต่ชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมต่างๆ....”

“....ส่วนที่สาม คือ การผลักดันงบประมาณไปให้ทางอนามัย คือ เราใช้งบกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีนายกเป็นประธาน ทางผมเป็นเลขาฯ จริงๆ มันทำได้หลากหลาย แต่ต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ปีที่แล้วจัดสรรให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยไปดำเนินการโครงการตลาดนัดสุขภาพ ใช้ในกระบวนการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน....”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

5. ประเด็น “การบริหารจัดการรับส่งผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการโดยเสมอภาค”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวม ดังนี้

จากการสะท้อนปัญหาของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ลูกหลานไม่มีเวลา ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการกินยาต่อเนื่อง องค์กรบริหารส่วนตำบลคลองข่อยมีความยินดีให้ใช้รถขององค์กรบริหารส่วนตำบล โดยจัดระบบการบริหารจัดการใหม่มีการสำรวจล่วงหน้า และวางแผนการใช้รถรับ-ส่งผู้สูงอายุ ที่มีความยากลำบากให้สามารถเข้าถึงบริการ ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเข้ามาสนับสนุนการจัดบริการรถรับส่งผู้สูงอายุ เช่น รถซาเล้งในชุมชน รถผู้นำชุมชน ที่มีจิตอาสา เป็นต้น

“....เรื่องนี้ผมได้บอกกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยแล้วว่า มีความยินดีให้ใช้รถขององค์กรบริหารส่วนตำบล ให้แจ้งเรื่องมาได้เลย ถ้าอย่างนี้ในการประชุมของผู้สูงอายุ จะต้องเป็นลักษณะสำรวจล่วงหน้าว่าใครมาไม่ได้ จะได้วางแผนนัดหมายไปรับได้ถูกต้อง....”

“....รถซาเล้ง สามารถใช้ได้ เราสามารถตะเวนเป็นวงกลม สมมุติว่ารับหมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 5 รับมาส่งก่อน พอหมดตรวจเสร็จก็ทยอยรับ-ส่งไป ขึ้นอยู่กับวิธีบริหารจัดการมากกว่า....”

“....ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 4 ท่านก็เสียสละนำรถส่วนตัวมาคอยรับส่งผู้สูงอายุในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรัง....”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์กรบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

6. ประเด็น “การบริหารจัดการและกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวม ดังนี้

6.1 โครงการนำผู้สูงอายุไปศึกษาดูงานและทัศนศึกษา

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ได้จัดทำโครงการนำผู้สูงอายุไปศึกษาดูงาน ทัศนศึกษา และไหว้พระ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ได้มีโอกาสไปเที่ยวพักผ่อนกับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้เกิดการสร้างพลังในกลุ่มผู้สูงอายุ และสร้างสัมพันธ์ภาพครอบครัวทางอ้อม ทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายดูแลซึ่งกันและกันในละแวกบ้านใกล้เคียง ถึงแม้ว่าจะมีเสียงสะท้อนจากชุมชนบางกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการใช้งบประมาณในโครงการนี้ เพราะคิดว่าการนำผู้สูงอายุไปเที่ยวไม่เกิดประโยชน์ ในประเด็นนี้ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยได้ยอมรับฟังข้อคิดเห็นที่แตกต่างของชุมชน และจะต้องหาช่องทางสื่อสารให้กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยได้เข้าใจวิถีชีวิตที่แตกต่างระหว่างองค์กรกับกลุ่มในชุมชน เพื่อให้เข้าใจถึงประโยชน์ที่ได้รับ

“...ผมมองว่าในเรื่องภาวะผู้สูงอายุที่พูดตั้งแต่แรกว่าเขาจะรู้สึกโดดเดี่ยว ฉะนั้นผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่กันสองคนตายในครัวเรือน หรือบางท่านโซคร้ายอยู่ท่านเดียว เป็นภาวะที่สะสมความเครียด ความเหงา ความกดดัน เมื่อจิตใจเครียดก็ส่งผลกระทบต่อร่างกาย...”

“...แนวความคิดพาไปทัศนศึกษาเนี่ย ผมแฝงด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต คือ คนเราเหมือนปลาเปลี่ยนน้ำนะครับ ถ้าได้ไปเปิดหูเปิดตา อย่างน้อยออกนอกบ้านไปเจอดอกไม้ใบหญ้า เจอพระพุทธรูปข้างทาง ก็รู้สึกสบายใจ คนแก่ก็ยกมือไหว้...” จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“...การไปรวมกลุ่มกัน ผมว่าดีแล้ว เขาได้มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้พูด ได้คุย ได้เรื่องของจิตใจผ่อนคลาย พูดคุยแลกเปลี่ยน เหมือนระบาย มีความสุขต่างคนต่างรับ...”

“...อยู่บ้านมีแต่ความเฉื่อยชา พอได้ไปก็มีความกระฉับกระเฉงขึ้น ต้องไปดูตรงนั้น ต้องไปไหว้พระตรงนี้ ต้องไปซื้อของฝากหลานหน่อย กลายเป็นเรื่องได้สร้างสัมพันธ์ภาพครอบครัวทางอ้อม...”

“...เขาคิดถึงลูกถึงหลาน บ้านใกล้เคียงเนี่ย เป็นการสร้างความสัมพันธ์ ทำให้ครอบครัวมีรั้วที่เข้มแข็ง ถามว่าต่อไปถ้าฉันเจ็บป่วยบ้าง บ้านใกล้เคียงก็คงจะมีน้ำใจมาช่วยเหลือเยียวยาฉันบ้าง ผู้สูงอายุเขาจะมีเครือข่ายดูแลซึ่งกันและกันในละแวกบ้านใกล้เคียง...”

“...ตอนนี้ผมมองว่า สิ่งที่เราบอกว่าเงินที่เสียไปกับค่ารถ ค่าอาหาร ข้าวกล่อง ผมมองว่ามันเทียบไม่ได้กับสิ่งที่เห็นผลที่เกิดขึ้น 3-4 จุด ที่ผมพูดมาแล้ว...”

“...ตรงนี้เป็นวิธีคิดที่แตกต่างกัน และนำมาซึ่งการปฏิบัติที่ต่างกัน บางคนคิดว่าสูญเสียเงินไป ไม่ได้ประโยชน์ บางคนบอกว่าดีมีประโยชน์ เราต้องยอมรับความคิดที่แตกต่าง เราต้องชี้แจงให้เขาเข้าใจถึงประโยชน์ที่ได้รับ...”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

6.2 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ติดบ้านติดเตียง

กรณีของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งไม่สามารถออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ ควรจะมีวิธีการนำกิจกรรมเข้าไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุที่บ้าน แต่จะต้องมีการวิเคราะห์บริบทที่แตกต่างกันของชุมชน กระบวนการนี้จำเป็นต้องมีการประชุมวางแผนการดำเนินงาน และกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งจะต้องมีฐานข้อมูลที่ชัดเจน นำฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ให้เกิดเป็น Information และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนงานโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ได้เข้าถึงบริการทั่วถึงและเท่าเทียมกับทุกกลุ่ม

“...ผมมองว่าผู้สูงอายุที่เขาออกมาไม่ได้ เราต้องมีวิธีการนำเข้าไป แต่ต้องถูกกับจริตถูกกับกาลเทศะ ขึ้นอยู่กับวิธีการของแต่ละภาคส่วน...”

“...มันมีธรรมชาติบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละหมู่บ้าน ก็ต้องมานั่งประชุมโต๊ะกลมก่อนว่าจะเข้าไปอย่างไร กิจกรรมที่จะนำเขาต้องให้เขาสนใจ เกิดประโยชน์ ไม่ใช่เราไปบังคับยัดให้เขา คนที่คิดกิจกรรมขึ้นมา ต้องมีความคิดสร้างสรรค์ อะไรใหม่ๆ ขึ้นมา...”

“...ท้ายสุดจากประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมา ทุกกระบวนการเปิดงาน ต้องมีฐานข้อมูลที่ชัดเจนมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เป็น Information ให้ได้ ไม่ใช่เรามีแต่ข้อมูลดิบ ถ้าไม่มีการพัฒนาเป็น Information ก็จบ เพราะฉะนั้นคนที่เห็นหน้าหน้าหน่วยต้องสามารถ Focus ตรงนี้ก่อน มิฉะนั้นจะหยิบฉวยข้อมูลเอาไปใช้ไม่ได้...”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

6.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการที่ชุมชนตำบลคลองข่อยมีวัดถึง 4 แห่ง สถาบันหลักๆ ของชุมชน คือ บ้าน วัด โรงเรียน และองค์การบริหารส่วนตำบล ต้องผนึกกันในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต วัดเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในชุมชน วัดยังเป็นแหล่งศูนย์รวมของผู้มีจิตอาสา และเชื่อมโยงถึงสิ่งแวดล้อมในวัดที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตให้สงบเย็น ในการส่งเสริมสุขภาพ ควรจะได้สร้างภาคีเครือข่าย ผนึกกำลังกับเจ้าอาวาส และพระภิกษุ ให้มีความรู้เรื่องสุขภาพ และช่วยเทศน์ให้ประชาชนหรือผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติดูแลตนเองได้ถูกต้อง จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน และช่วยลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข

“...สถาบันหลักๆ ของชุมชน คือ บ้าน วัด โรงเรียน เมื่อมีองค์การบริหารส่วนตำบล ต้องเพิ่มองค์การบริหารส่วนตำบลเข้าไปร่วมด้วย ต้องผนึกกำลังกันในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต...”

“...วัดเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในชุมชน วัดยังเป็นแหล่งที่เป็นศูนย์รวมVolunteer ดีที่สุด การไปวัดทำให้รู้จักกันได้ช่วยเหลือกัน ลูกหลานได้มาพบหน้ากัน...”

“...การเข้าวัดทำให้จิตใจสบาย เย็น พอไปเจอพระที่ปฏิบัติดี ท่านแนะนำหนทางแก้ไขช่วยให้เย็นลง ความเจ็บป่วยที่หนักก็เบาลง เพราะเรามีจิตใจที่ดีขึ้น...”

“...สมัยก่อนวัดเป็นศูนย์รวมของภูมิปัญญาท้องถิ่น เรื่อง การรักษาสมุนไพร แพทย์ทางเลือก วัดเกี่ยวข้องกับทางสาธารณสุขอีกเยอะ ถ้าท่านเป็นพระแล้วมีความรู้เรื่องสุขภาพ ท่านช่วยเทศน์ให้ญาติโยมฟังเกี่ยวกับการรักษา ภาย จิต ในวันพระ ถ้าท่านพูดให้ฟัง 100 คน มีคนเชื่อหลวงพ่อนำไปปฏิบัติ 10 คน ผมว่าได้กำไรแล้ว...”

“...ถ้าวัดช่วยสาธารณสุขในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ มองตรงนี้ว่า น่าจะเข้าไปติดต่อกับทางวัด โดยเข้าไปเล่าสู่ท่านฟัง ให้ท่านสอดแทรกไปในการเทศน์โปรดญาติโยม...”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

7. ประเด็น “การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ในการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวม ดังนี้

7.1 กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ประเด็นแรกต้องให้ความรู้แก่ประชาชนทั้งกลุ่มที่เจ็บป่วยแล้ว และกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ป่วย ให้ตระหนักถึงพิษภัยของโรคเรื้อรังที่มาใกล้ตัว และวิธีการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน โภชนาการ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น ประเด็นที่สองคือ การสร้างกลุ่มองค์กรเอกชนหรือจิตอาสา เช่น การรวมกลุ่มจิตอาสาผู้สูงอายุที่เกษียณแล้ว เป็นกลุ่มคลังสมองของแพทย์ พยาบาล มารวมตัวเป็นกลุ่มจิตอาสาให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุเรื่องสุขภาพ ทำให้เกิดการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพและการนำไปปฏิบัติตน สามารถสร้างเป็นนวัตกรรมใหม่ของตำบล เพื่อการมีสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุได้

“...ประเด็นแรก ต้องให้ความรู้ก่อน ถ้าไม่ให้ความรู้ ชาวบ้านทั้งกลุ่มเก่ากลุ่มใหม่จะเข้าสู่ภาวะเสี่ยงตรงนี้ มันมีแต่จะผสมกลมกลืนเพิ่มขึ้น ฉะนั้นในส่วนของสาธารณสุขต้องทำความเข้าใจในเรื่องของโรค ชี้ให้เห็นว่ามันเป็นโรคที่มาใกล้ตัวคุณแล้วนะ....”

“...ต้องพูดคุยกัน ถึงการใช้ชีวิตประจำวัน โภชนาการ สภาพแวดล้อม อะไรต่างๆ สร้างภาวะทางจิตใจ....”

“...ต้องมีวิธีการอย่างไร มาตรการอย่างไรที่จะส่งเสริมป้องกันไว้ก่อน เราไม่ต้องการแค่ไปรักษาหรือฟื้นฟู....”

“...ถ้าเรามีกลุ่มองค์กรเอกชน สมมุติว่ามีกลุ่มคลังสมองของหมอหรือพยาบาลที่เกษียณ กลุ่มจิตอาสา กลุ่ม 60 ปี ที่มารวมตัวทำเป็นกลุ่มจิตอาสา ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ....”

“...ในเรื่องสุขภาพ ผมว่าไม่จำเป็นต้องเป็น 2 โรคนี้นะ ผมอยากเห็นคลังสมองจิตอาสาเคลื่อนที่ไปในชุมชน ให้ความรู้หมู่บ้านนี้บ้าง หมู่บ้านโน้นบ้าง แล้วก็อาจจะเป็นการจัดประชุม ถ้าเราเปิดประเด็น ผมเองว่าอันนี้น่าจะเป็นมิติใหม่ นวัตกรรมใหม่ของตำบล และสิ่งทีเหนือกว่าการแบ่งเบาภาระของบุคลากรสาธารณสุข คือ พวกนี้เขามีความรู้ และมีประสบการณ์เชี่ยวชาญในเรื่องของโรค ดังนั้นกระบวนการถ่ายทอดของเขาจะเหนือกว่า เพราะเขามีประสบการณ์....”

“...ผมว่าอันนี้อาจจะเป็นมิติใหม่ นวัตกรรมใหม่ของตำบล มันก็เหมือนครูบาอาจารย์ ที่กลับมารวมทีมแล้วก็คิดอะไรเพื่อสังคม....”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

7.2 กลยุทธ์การสร้างเสริมศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

กรณีของการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองข่อย ซึ่งตั้งชมรมมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 มีกรรมการมาแล้ว 2 ชุด แต่ปัจจุบันยังไม่เป็นชมรมที่ถูกต้องตามกฎหมายระเบียบการจัดตั้งชมรมที่เป็นเครือข่ายของสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยมีข้อคิดเห็นว่า จะต้องเข้าไปประสานกับประธานชมรมผู้สูงอายุ และคณะกรรมการให้มีการกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการ และกำหนดระเบียบที่กำหนดเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ของสมาชิก และกำหนดกฎระเบียบตามข้อกำหนด ให้กฎหมายรับรอง และมีการเติบโตขึ้น นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น วันผู้สูงอายุ การแสดงต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเอง

“...จากที่ผมมีประสบการณ์ ถ้าพูดถึงชมรมต้องมีโครงสร้าง คณะกรรมการ มีสมาชิก มีระเบียบที่กำหนดเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ของสมาชิก เรื่องกฎ กติกา มารยาท...”

“...ถ้ามีโครงสร้างที่ชัดเจน เมื่อมีเอกสารชัดเจน ส่งเอกสารให้กฎหมายรับรองให้ถูกต้องตามกฎหมาย ก็จะง่ายต่อการสนับสนุนงบประมาณ หรือเราจะขยายรับสมัครสมาชิกมากขึ้น ตรงนี้เดี่ยวเราจะต้องไปคุยกับประชาชนและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุอีกครั้งหนึ่ง...”

“...ผมจะให้งานพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยเข้าไปประสานงานกับประธานชมรมผู้สูงอายุ ก็จะทำให้เกิดการพัฒนา รูปแบบที่ชัดเจนขึ้น...”

“...กิจกรรมที่โดดเด่นอีกกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องมาทุกปี คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพบนเวทีงานวันผู้สูงอายุ ในเทศกาลสงกรานต์ เช่น การแสดงลิเกผู้สูงอายุ การรำกลองยาว เป็นต้น เป็นกิจกรรมซึ่งทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยได้สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในการจัดกิจกรรมวันสงกรานต์ ทำให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายและกระตือรือร้น ฝึกซ้อม และแสดงความสามารถต่อชุมชน เกิดความสามัคคี และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง...”

“...ใช่ครับ เป็นกิจกรรมที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยได้มอบหมายให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมวันสงกรานต์ ทำให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมาย ช่วง 2 - 3 เดือนถึงสงกรานต์ เขาจะรู้ว่าเขามีกิจกรรมฝึกซ้อมอะไร

ทำให้ผู้สูงอายุใช้เวลาแบบมีเป้าหมาย ทำให้กล้าแสดงออก ทำให้ลูกหลานมีความสุข เพราะเห็นปู่ ย่า ตา ยาย มารวมกลุ่มกัน ร้องรำลือ....”

“...วิธีคิดของชุมชนเปลี่ยนไป ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมแสดงให้ลูกหลานดู ร้องผีดบ้างถูกบ้างก็ไม่ใช่ไร มันสนุก ปีที่แล้วลืเก ปีนี้มีโจทย์ต่อแล้วถามว่าปีนี้จะเล่นอะไร ต้องมานั่งคิดกันแล้ว ฉะนั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกคิด และมีความหวังแล้วว่าจะเล่นอะไร ทำให้เรามีความหวังและมีเป้าหมาย....”

“...ผู้สูงอายุในละแวกต่างๆ ที่พากันเดินจากบ้านมารวมกลุ่มกันตามเวลาที่นัดหมาย เวลาร้องเล่นลืเกก็สนุกสนาน ยืดเหยียด ลูกขึ้นร้องรำได้หัวเราะ บทลืเกก็ต้องท่องให้จำได้ ทำซ้ำทุกวัน เป็นการออกกำลังกายแบบองค์รวม...ใช้ครบ มันเป็นการออกกำลังกายที่เรามองไม่เห็น เป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี และทำให้ลดความเครียด....”

“...ต้องหารูปแบบพัฒนาไปเรื่อยๆ งานที่เขาไม่เบื่อ และเขาทำได้ ไม่สร้างความกดดันว่ามันยากเกินไป แต่แท้ที่สุดควรจะต้องระเบิดมาจากข้างในใจ เขานั้นแหละถึงจะดี....”

(สนทนากลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

ตารางที่ 29 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ และนโยบายสาธารณะ	การบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพชุมชน	กลยุทธ์การดำเนินงานแก้ไข ปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน
<ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพชุมชนเป็นเรื่องสำคัญลำดับแรกที่จะต้องปรับเปลี่ยนฐานคิดของชุมชนให้ความสำคัญมากกว่าการทำสิ่งก่อสร้าง ทำถนน สาธารณูปโภคต่างๆ - การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นสิ่งที่ช่วยลดต้นทุนของโรงพยาบาลและงบประมาณของประเทศ การส่งเสริมสุขภาพให้คนมีสุขภาพดี เป็นสิ่งที่ถูกต้อง - การประชุมของผู้บริหาร องค์การบริหารส่วนตำบล คลองข่อย ทุกครั้งจะเน้นในเรื่องของสุขภาพและการศึกษา และเชื่อมโยงบูรณาการแผนสุขภาพชุมชนที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายจิตใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมในภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย จัดสรรงบประมาณผ่านเวทีประชาคม ตามความต้องการของประชาชนผ่านกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาชุมชน 3 ปี /การจัดงานวันผู้สูงอายุ /การจัดสรรงบประมาณผ่านโครงการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ชมรมผู้สูงอายุเสนอของบประมาณประจำปี 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้ตระหนักถึงพิษภัยของโรคเรื้อรังที่มาใกล้ตัวและกำหนดวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยเน้นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน โภชนาการ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต - ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาที่เป็นองค์กรภาคเอกชน ให้มีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุและสามารถนำไปปฏิบัติดูแลตนเองได้ - พัฒนาโครงสร้างชมรมผู้สูงอายุให้ถูกต้องตามกฎระเบียบ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ของสมาชิก เพื่อให้มีการพัฒนาและเติบโตถูกต้องตามกฎหมาย และได้รับการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง - พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการแสดงโชว์บนเวทีวันผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง

ตารางที่ 30 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย

<p>ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน/แนวทางแก้ไขปัญหา</p>	<p>การบริหารจัดการโครงการ/กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p>	<p>การบริหารจัดการการรับส่งผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการ</p>
<p>- โรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย และการสะสมความเครียดเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่จะก่อให้เกิดโรคเพิ่มขึ้น</p> <p>- การป้องกันและแก้ไขปัญหาระยะเริ่มต้นต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชนร่วมกันปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในครัวเรือน โดยเน้นเรื่องพฤติกรรม 3อ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนคลายความเครียด การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย</p>	<p>- โครงการทัศนศึกษาดูงาน เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สร้างเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุ/ครอบครัว/เพื่อนบ้าน</p> <p>- มีแนวความคิดพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงให้มีโอกาสเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยใช้ฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม</p> <p>- การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>- การประสานงานและบริหารจัดการ นำรถยนต์ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยช่วยรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ยากลำบาก ไม่มีลูกหลานให้สามารถเข้าถึงบริการที่ชุมชนจัดบริการขึ้น</p> <p>-</p>

จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย สรุปรประเด็น โดยภาพรวมดังนี้

1. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในชุมชน
2. การบริหารจัดการโครงการและกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
3. แนวทางการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน

1. ประเด็น “สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวม ดังนี้

จากสถิติข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคส่วนใหญ่ของประชาชนตำบลคลองข่อยชอบรับประทานอาหารรสจัด รสหวาน รสเค็ม ผลจากการออกตรวจคัดกรองโรคประจำปี พบว่า คนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยมีจำนวนมาก คนที่ตรวจพบว่าเป็นโรคที่ไม่มารับการรักษามีเป็นจำนวนมากเช่นกัน วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่ออาการร่างกาย การรับประทานอาหาร และภาวะความเครียด ทำให้อัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้น

“...โรคมันเพิ่มขึ้น เพราะว่าพฤติกรรมบริโภคส่วนใหญ่ยังติดเค็ม ติดหวาน คนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงยังไม่มารับการตรวจคัดกรองก็มีอีกเยอะ คนที่เราเจอว่าเป็นโรคที่ไม่มารับรักษาก็ยังมีอีกเยอะนะคะ...”

“...เวลาเราไปตรวจคัดกรอง แล้วเห็นกลุ่มเสี่ยง เขาก็ไม่ยอมเข้าคลินิก รับการรักษาอะ ผู้ชายยังมีปัญหาเรื่องทำมาหากิน หาเงินเลี้ยงครอบครัว แม้แต่ผู้สูงอายุซึ่งไม่ต้องประกอบอาชีพแล้วก็ยังวิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจ...”

(สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พบเป็นปัญหาในตำบลคลองข่อยพบว่า พฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะออกกำลังกายตามวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินไปเก็บผัก ดายหญ้า การทำงานบ้าน การทำจักสานอยู่กับบ้าน พยาบาลวิชาชีพให้ข้อคิดเห็นว่า ไม่น่าจะเป็นนิยามของการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ควรเลือกรูปแบบที่เป็นขั้นตอนการออกกำลังกายตามหลักวิชาการโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ปัญหาอื่นๆ ที่พบได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาการรับประทานยารักษาโรค ปัญหาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง

“...การออกกำลังกาย ควรเลือกรูปแบบที่เป็นขั้นตอนการออกกำลังกายตามหลักวิชาการ บางคนนั่งจักสานอยู่ที่บ้าน ไม่ได้เดินไปเดินมา ให้แต่ขยับมือ

แต่ไม่ได้แอโรบิก ต้องดูว่าเขาขยับออกกำลังกายแบบไหน ถ้าเดินออกกำลังกายไปทำสวน ดายหญ้า พอรับได้....”

“...อีกเรื่องหนึ่ง ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ค่อยดี ทำให้มีปัญหาหลายอย่าง เช่น ปัญหาเสพติด ลูกหลานติดยา ติดคุก ก็ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุที่ป่วยถึงมีลูกหลานอยู่ในบ้านก็ไม่มีคนสนใจพามาหาหมอ รับยา....”

“...ด้านการกินยา เท่าที่สอบถามตอนไปเยี่ยมบ้าน ไม่ค่อยมีปัญหา หยิบกินเองได้ถูกต้อง แต่ที่พบปัญหามากกว่าคือ ผู้ป่วยไม่ชอบกินยา เช่น อาชีพค้าขาย เวลาในวิถีชีวิตไม่สัมพันธ์กับมียา กลางวันนอน กลางคืนขับรถไปซื้อของมาขาย ก็เลยไม่ได้กินยา....”

“...การปรับพฤติกรรมการกินยาของคนไข้ ให้กินยาควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมระดับเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้ โดยไม่ต้องปรับเพิ่มยา ดังนั้นถ้าสามารถสร้างความตระหนักให้คนไข้กินยาสม่ำเสมอ ควบคุมโรคได้ในเกณฑ์ปกติ สามารถลดการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังได้....”

“...ความจริงคนไข้รู้ แต่ถามว่าทำไมไม่ทำ เป็นเรื่องความตระหนักในการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ....”

“...โรคแทรกที่พบ เช่น มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โรคตา โรคไตเยอะกว่าโรคตา แต่ว่าเรายังไม่มีระบบจัดการเรื่องโรคแทรกซ้อนในระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หมอที่ตรวจพบน่าจะมีการปรับยาและส่งต่อไปรับบริการดูแลในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัด....”

(สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย)

2. ประเด็น “การบริหารจัดการโครงการและกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวม ดังนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย มีการจัดทำโครงการตลาดนัดสุขภาพขึ้น โดยรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายออกมาตรวจคัดกรองโรค พบว่ากลุ่มเป้าหมายรายใหม่ไม่ค่อยให้ความสำคัญ ใช้งบประมาณมาก แต่ประสิทธิผลไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ในคลินิกตรวจรักษาโรคเรื้อรัง มีกิจกรรมการให้ความรู้ การดูแลตนเอง เนื้อหาส่วนใหญ่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) โดยพยาบาลจากแผนกสุขศึกษาของโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน มีการปรับเนื้อหาและวางแผนการสอนตลอดทั้งปี ในช่วงปีที่ผ่านมาชมรมผู้สูงอายุได้มาร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้สถานที่ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ในวันเดียวกับการตรวจรักษาคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่าควรจะแยกวันจัดกิจกรรม จะทำให้มีเวลาจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น

“...ในรอบปีที่ผ่านมา มีการจัดกิจกรรมตลาดนัดสุขภาพขึ้น โดยรณรงค์ให้ประชาชนออกมาตรวจคัดกรองสุขภาพ ใช้จ่ายงบประมาณลงทุนเยอะ แต่คิดว่าไม่คุ้มกับการลงทุน เพราะคนใหม่ๆ ที่เราอยากได้ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไปไม่ค่อยออกมา...”

“...ปัญหาคือ เวลาผู้สูงอายุจะต้องมารอตรวจ รอรับยา คิดว่าถ้าเป็นกิจกรรมส่งเสริม ควรจะแยกวัน เพราะการตรวจเช็คสุขภาพจะมีหลายขั้นตอน จะมีเวลาแค่ครึ่งชั่วโมงก่อนพบหมอตรวจเท่านั้น ผู้สูงอายุจะไม่ได้อะไรเลย ถ้าแยกวันไปทำกิจกรรมส่งเสริมอย่างน้อยก็ใช้เวลาทำกิจกรรม 2 – 3 ชั่วโมง...”

(สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย)

กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คือ การจัดทำโครงการต่างๆ ดังนี้ โครงการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยกำหนดการจัดอบรมเป็นโซนอำเภอ เพื่อส่งอาสาสมัครสาธารณสุขลงไปดูแลผู้ป่วยในหมู่บ้าน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ + 2 ส. โดยผสมผสานกับแพทย์ทางเลือก ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของหมอเขียว โครงการป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี โดยมีแนวทางในการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มไม่ป่วยในชุมชน ซึ่งเป็นนโยบายใหม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยยังไม่ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบ โดยเน้นการผสมผสานไปกับแพทย์ทางเลือกภูมิปัญญาไทยที่มีอยู่ในชุมชน

“...3อ 2 ส. เราก็พูดกันมาเยอะแล้ว แต่ยังไม่เป็นรูปธรรม ทุกคนรู้ แต่ปฏิบัติยาก 2 ส. คือ สิบบุตรี สุรา ก็ไม่รู้ว่าจะติดตามประเมินผลกลุ่มนี้ได้

อย่างไร ตอนนี้ตั้งเป้าเฉพาะกลุ่มเสี่ยงนำร่องก่อน ส่วนกลุ่มป่วยก็ยังคงรอไว้ก่อน....”

“...สำหรับโรคเรื้อรังตอนนี้ทางกระทรวงมีแนวคิดเผยแพร่นวัตกรรม การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า นวัตกรรมป้องกัน 7 สี โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มป่วย และกลุ่มไม่ป่วย มีการอบรมพัฒนาความรู้เป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขเชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อออกติดตาม เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ....”

“...กลุ่มไม่ป่วย มี 3 สี คือ สีขาว เขียวอ่อน เขียวแก่ กลุ่มนี้ดูแลและ ให้คำแนะนำโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน....”

“...ตอนนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บุคลากรสาธารณสุข ผสมผสานภูมิปัญญาไทยแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพประชาชน เช่น เผยแพร่การกินน้ำสมุนไพร เน้นการกินอาหารปรับธาตุ ลดธาตุร้อน นำน้ำคอกอโรฟิลมาเผยแพร่ตามศาสตร์แพทย์ทางเลือก....”

(สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย)

3. ประเด็น “แนวทางการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปภาพรวม ดังนี้

ชุมชนควรมีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนหันมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น ที่ผ่านมากการขับเคลื่อนทางด้านนี้ยังมีน้อย ควรเน้นให้ประชาชนหันมาสนใจดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ไม่ผลักภาระให้เป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ปัญหาที่พบจากการส่งเสริมสุขภาพโดยแพทย์ทางเลือก คือ ผู้ป่วยขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผสมผสานการใช้ยา ระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์ทางเลือก ทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดยา หันไปใช้ยาต้มยาหม้อ โดยไม่กลับมาตรวจวัดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ไม่ทราบสภาวะสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคของตนเองที่แท้จริง

“...ก็เห็นด้วยกับแนวทางตามนโยบายแพทย์ทางเลือก อยากให้คนใช้หันมาใช้แพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคอกอโรฟิล หรืออาหารสมุนไพร ผักสวนครัวต่างๆ กินผักเพิ่มขึ้น ควบคุมความดัน เบาหวานให้ลดลงได้....”

“...ปัญหาที่พบมาก คือ การผลักภาระให้อาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากตามไปวัดความดัน เจาะเลือดให้ที่บ้านแล้ว ยังต้องเบิกยาเอาไปให้

คนไข้ที่บ้านด้วย ไม่ต้องมาหาหมอ จริงๆ แล้วหน้าที่ของญาติหรือคนไข้จะต้องมารับยา ญาติต้องมีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้ ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข....”

“...คนไข้บางทีกินยาหลายตัวแล้วมีผลข้างเคียง มีน้ิรชะ ไม่สบายตัว ส่วนใหญ่หยุดยาไปเลย ไม่บอกหมอ ความดันส่วนใหญ่จะสูงขึ้น หมอเพิ่มตัวยาให้ เพื่อการควบคุมโรค....”

“...คนไข้กลุ่มนี้พูดคุยกันเป็นปี ไปเยี่ยมบ้าน ความดันสูงตลอด แนะนำให้มาพบหมอปรับยาให้ถูกกับแก พุดอยู่นานกว่าจะได้ บางคนก็ไม่กลับมา หันไปกินยาหม้อยาต้ม เราก็บอกว่าถึงจะกินยาหม้อยาต้มครบปี ก็มาเจาะเลือดวัดความดันเถอะ เราจะได้รู้ว่ามันจริงไหม อาการของโรคเราเป็นอย่างไร มาเช็คดูว่าความดันเท่าไร น้ำตาลเท่าไร ตอนนีแก็ม่มา....”

(สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย)

ด้านประเด็นปัญหาอื่นๆ เกี่ยวกับการจัดการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน พยาบาลวิชาชีพให้ข้อคิดเห็นว่า ควรมีการแบ่งความรับผิดชอบงานแบบมีผู้จัดการหมู่บ้าน มีบุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบดูแลเป็นหมู่บ้าน ไม่ให้เป็นภาระรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่มีเพียง 1 คน ดูแลทั้ง 8 หมู่บ้านในตำบล แต่ถ้ามีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น นอนติดเตียง จะเป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพเข้าไปช่วยดูแล ปัญหาที่พบอีกประเด็นคือ การประสานงานการทำงานระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในชุมชน การสนับสนุนงบประมาณ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการทำงานระหว่างภาคราชการ และภาคการเมือง ต้องอาศัยการสื่อสารพูดคุยทำความเข้าใจและมีบุคลากรที่เป็นแกนกลางคอยประสานแผนให้บรรลุวัตถุประสงค์ของทุกฝ่าย คือ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย

“...อยากให้มีการแบ่งความรับผิดชอบ พยาบาลคนเดียวดูทั้งตำบลไม่ทั่วถึง อยากให้แบ่งมีผู้จัดการหมู่บ้าน แต่ละคนรับผิดชอบดูแลสุขภาพคนในหมู่บ้าน แต่ถ้ามีผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อน เช่น นอนติดเตียง ก็จะเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพเข้าไปช่วยดูแล....”

“...ถ้าเป็นคนไข้ที่สามารถควบคุมอาการได้ เราก็อยากให้มีคนมาร่วมกระจายความรับผิดชอบ....”

“...ฉะนั้น ตอนนีก็ต้องใช้อาสาสมัครสาธารณสุขมาช่วยเป็นมือเป็นแขนให้....”

“...อยากบอกอีกอย่างหนึ่งว่า โครงการที่องค์การบริหารส่วนตำบล คลองข่อยทำ บางอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยไม่รู้เรื่อง อย่างเช่นโครงการแจกน้ำสมุนไพร ทำให้งานไม่ได้เชื่อมต่อกัน ขาดการบูรณา การงานกัน....”

“...โชคดีที่ได้ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเก่งๆ มาช่วยบริหารงาน ตอนนี่ปลัดท่านโด่งดังในเรื่องการทำตำบลนาร่อง ป้องกันโรคไข้เลือดออก เมื่อก่อนมีปัญหา ปลัดมาช่วยบริหารจัดการ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นตำบลตัวอย่างในการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นที่ศึกษาดูงานของ ตำบลอื่น....”

“...เพราะว่าปลัดช่วยหลายอย่างหลายงาน ปลัดเป็นฝ่ายราชการไม่ ยุ่งกับการเมือง เราก็ทำงานอย่างสบายใจ....”

(สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย)



ตารางที่ 31 สรุปข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน	การบริหารจัดการโครงการและกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ	แนวทางการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน
<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และภาวะความเครียด ทำให้อัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้น - ประชาชนตำบลคลองข่อยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารรสจัด รสหวาน รสเค็ม กลุ่มเสี่ยงยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นจำนวนมาก ผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นโรคไม่มารับการรักษาเป็นจำนวนมาก - วิถีชีวิตการประกอบอาชีพของผู้ป่วยในบางหมู่บ้านไม่สัมพันธ์กับมีอาชีพที่แพทย์สั่ง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้กินยา - ผู้ป่วยได้รับการสอนและถ่ายทอดความรู้ในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ไม่ตระหนักในการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน - โรคแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่พบมากในชุมชน คือ โรคไต รองลงมา คือ โรคตาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยยังไม่มีระบบจัดการเรื่องโรคแทรกซ้อนในชุมชน แต่มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด ที่มีแพทย์เฉพาะทาง 	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการตลาดนัดสุขภาพจัด รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ออกมาตรวจคัดกรองโรค - โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยในหมู่บ้าน - โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ 2 ส. โดยผสมผสานแพทย์ทางเลือก แนวทางส่งเสริมสุขภาพหมอเขียว - โครงการป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี แนวทางดูแลสุขภาพป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน กิจกรรมโครงการเป็นนโยบายจากระดับกระทรวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อยได้เริ่มดำเนินการในระยะเริ่มต้น แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้บางโครงการต้องรอไว้ก่อน ยังไม่ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบ - กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุควรแยกวันดำเนินการจากคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมได้เต็มที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมนโยบายแพทย์ทางเลือกให้ประชาชนหันมาตระหนักในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะด้านอาหาร พืชผัก สมุนไพร - ส่งเสริมการศึกษาความรู้ การผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์ทางเลือก เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตนดูแลตนเองได้ถูกต้อง - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ไม่ปล่อยเป็นภาระหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว - การแบ่งเบาภาระหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ โดยการบริหารจัดการงานในชุมชนแบบ “ผู้จัดการหมู่บ้าน” - เพิ่มการประสานแผนงานโครงการและบูรณาการงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ให้มากขึ้น

ส่วนที่ 2 การจัดเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลและรับฟังข้อสรุปและข้อบ่งชี้ปัญหาโรคเรื้อรัง และ คัดเลือกแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปใช้วางแผนแก้ปัญหา

รูปแบบการจัดเวทีประชาคม กำหนดให้มีการจัดเวทีประชาคม จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ณ ศาลาวัฒนธรรมโชติ โดยมีประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ กลุ่มผู้นำชุมชนและผู้นำองค์กรบริหารส่วนตำบลคลองข่อย จำนวน 15 คน กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 9 คน กลุ่มแกนนำชมรมผู้สูงอายุ 9 คน ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 9 คน ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน ผู้สูงอายุและผู้สนใจทั่วไปในชุมชน จำนวน 23 คน รวมผู้เข้าประชุมเวทีประชาคมทั้งสิ้น 70 คน การกำหนดปัญหาในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษาบริบทชุมชนการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลตลอดจนผลจากการสนทนากลุ่มรวมทั้งอธิบายเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหามาให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เห็นภาพและเกิดความเข้าใจตรงกันในเวทีประชาคม และเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นความต้องการและกำหนดปัญหาร่วมกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

กระบวนการดำเนินการเวทีประชาคม

กระบวนการจัดเวทีประชาคม เพื่อคืนข้อมูลให้ชุมชน ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยและคณะทำงานได้ทำความรู้จักกันระหว่างผู้เข้าร่วมประชาคมและทีมงานจัดการ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อละลายกำแพงในกลุ่มและระหว่างกลุ่มกับทีมงาน เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีระหว่างการอภิปราย
2. บอกวัตถุประสงค์ของการจัดเวทีประชาคม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอภิปรายได้เตรียมตัวในฐานะผู้เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา โดยเริ่มต้นด้วยการถามถึงสาเหตุของการมาเข้าร่วมในเวทีกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมโดยการให้พูดถึงปัญหาผู้สูงอายุกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในชุมชน วิทยาการกระบวนการสรุปและบอกวัตถุประสงค์ คือ 1) การนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาจากการสำรวจบริบทชุมชนและผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน มาเสนอในเวที 2) ร่วมกันกำหนดขอบเขตและคัดเลือกประเด็นสุขภาพเพื่อการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
3. นำเข้าสู่ประเด็นสำหรับอภิปรายในเวทีประชาคม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้เข้าใจความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นต่อการดำเนินชีวิต วิถีชีวิต และการบอกถึงความจำเป็นในการ

ร่วมมือกันในการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นสุขภาพพร้อมกันในการกำหนดจุดยืนและลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาที่ได้ถูกนำเสนอในเวที ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัญหาด้านพฤติกรรม 3อ 2) ปัญหาโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นในชุมชน 3) ปัญหาการผลิต/จำหน่ายอาหารปลอดภัย 4) ปัญหาด้านองค์ความรู้ด้านแพทย์ทางเลือกกับโรคเรื้อรัง 5) ปัญหาการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ บ้าน/วัด/โรงเรียน/องค์การบริหารส่วนตำบล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6) ปัญหาการตรวจคัดกรองโรคกลุ่มเป้าหมาย 7) การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ 8) การส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. การอภิปรายประเด็นปัญหา โดยวิทยากรกระบวนการ ซึ่งให้ผู้เข้าร่วมเวทีได้เขียนความเห็นลงในกระดาษที่เตรียมไว้ก่อน และให้วิทยากรกระบวนการนำความเห็นมาเริ่มอภิปราย โดยให้ผู้เข้าร่วมเวทีมีส่วนร่วมหมุนเวียนเข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกระตุ้นให้เกิดการอภิปรายในประเด็นนั้นๆ อย่างกว้างขวาง

5. การสรุป ในขั้นตอนสุดท้ายของการจัดเวทีประชาคม วิทยากรกระบวนการสรุปผลของการอภิปราย โดยแยกเป็นผลที่ได้จากการพูดคุยเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป ผลที่ไม่สามารถสรุปได้ในเวทีในขั้นตอนนี้วิทยากรกระบวนการได้ให้ผู้เข้าร่วมเวทีมีการทบทวนผลร่วมกันและทำข้อตกลงร่วมกันโดยโหวตลงคะแนนเสียง เพื่อกำหนดขอบเขตการดำเนินงานกับผลที่ได้จากเวทีประชาคม

ผลการลงคะแนนเสียงจากผู้เข้าร่วมประชุมเวทีประชาคม สรุปประเด็นสุขภาพเพื่อการพัฒนาตามลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) คะแนนรวม 94 คะแนน

ลำดับที่ 2 การรณรงค์เผยแพร่ความรู้ “โรคความดันโลหิตสูง..โรคเบาหวาน ภัยเงียบใกล้ตัว” สู่ประชาชนทุกกลุ่มวัย คะแนนรวม 74 คะแนน

ลำดับที่ 3 การบริหารจัดการรับส่งผู้สูงอายุในชุมชน คะแนนรวม 55 คะแนน

ลำดับที่ 4 การผลิต/จำหน่าย/การบริโภคอาหารปลอดภัย ปลอดภัย คะแนนรวม 52 คะแนน

ลำดับที่ 5 การพัฒนาลังความรู้ การใช้สมุนไพร แพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง คะแนนรวม 46 คะแนน

ลำดับที่ 6 การบูรณาการบ้าน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล ผนึกกำลัง
สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คະແນນรวม 45 คະແນน

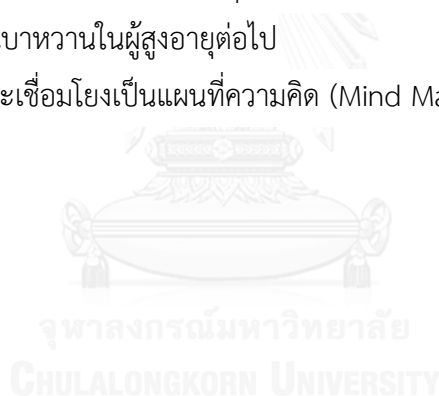
ลำดับที่ 7 การรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ให้
ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย คະແນນรวม 38 คະແນน

ลำดับที่ 8 การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุให้เติบโตแข็งแรง คະແນນรวม 36
คະແນน

ลำดับที่ 9 การส่งเสริมความรู้การใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คະແນນรวม 28 คະແນน
ผลจากการจัดเวทีประชาคมและระดมความคิดเห็นโดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนว่า
เป็นปัญหาเรื่องใดบ้าง และผลกระทบของปัญหาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนได้ร่วมกัน
พิจารณาและมีโอกาสได้ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อปัญหา ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและ
นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการกับปัญหาของชุมชนร่วมกัน มติที่ประชุมประชาคมได้
คัดเลือกประเด็นสุขภาพที่มีคะแนนมากเป็นลำดับที่ 1-3 เพื่อนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมี
ส่วนร่วมเพื่อจัดทำแผนงานโครงการ นำมาสรุปแผนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุต่อไป

สรุปข้อค้นพบและเชื่อมโยงเป็นแผนที่ความคิด (Mind Map)

ดังต่อไปนี้



ส่วนที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำแผนงานโครงการ พัฒนารูปแบบการ สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานใน ผู้สูงอายุ

การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จัดขึ้นในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2556 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ภายใต้ชื่อ “ชุมชนรวมพลัง สร้างเสริมสุขภาพดี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแผนงานและกำหนดกิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชุมระดมความคิดเห็น อภิปราย และให้ข้อเสนอแนะ การทำแผน การออกแบบกิจกรรม โดยใช้เวลาดังตั้ง 08.30 – 15.30 น. มีผู้แทนกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุมดังนี้ กลุ่มผู้นำชุมชน 10 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 9 คน กลุ่มผู้สูงอายุ 10 คน กลุ่มผู้แทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 9 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 9 คน ผู้แทนโรงเรียนวัดมณีโชติ นักเรียนจิตอาสา 3 คน เจ้าอาวาสวัดกลางคลองข่อยและพระภิกษุ 2 รูป กลุ่มจิตอาสาและผู้สนใจ 8 คน รวมจำนวน 2 รูป และ 58 คน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนและเอื้ออำนวยให้ผู้แทนจากกลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้ร่วมกันวางแผนและกำหนดการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ โดยผู้วิจัยได้สร้างเสริมการเรียนรู้แบบพหุภาคี บ้าน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นองค์กรหลักของชุมชนได้รวมกลุ่มทำงานร่วมกันโดยใช้เทคนิควิธีการจินตนาการภาพฝันที่ชุมชนต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต สร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำแผนงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ มีกระบวนการดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพและละลายพฤติกรรม

วิทยากรกระบวนการใช้กิจกรรมสร้างพลังให้ผู้เข้าร่วมประชุมสร้างความคุ้นเคยระหว่างกลุ่มกับทีมงานด้วยการทำกิจกรรมฝันดี-ฝันร้าย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อละลายกำแพงในกลุ่มและสร้างบรรยากาศที่ดีระหว่างการประชุม ผู้เข้าประชุมได้แสดงความคิดเห็นทางอ้อมเกี่ยวกับสิ่งที่คาดหวังและไม่คาดหวังจากการเข้าร่วมประชุม

2. การบอกวัตถุประสงค์ของการประชุม PAR

วิทยากรกระบวนการบอกวัตถุประสงค์ของการจัดประชุม PAR กระตุ้นให้ผู้เข้าประชุมเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

3. แบ่งกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดจัดทำแผน

วิทยาการกระบวนการทำกิจกรรมสหนาการ “พายเรือ” เพื่อแบ่งกลุ่มผู้เข้าประชุมออกเป็น 3 กลุ่ม แบบคละกลุ่ม เพื่อกระจายผู้มีส่วนร่วมเข้าระดมความคิดเห็นในการจัดทำแผน 3 ประเด็น ที่ได้คะแนนสูงสุดลำดับที่ 1-3 จากเวทีประชาคม ได้แก่

- 3.1 กลุ่มแผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ
- 3.2 แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้ “โรคเรื้อรัง” สู่ทุกกลุ่มวัย
- 3.3 แผนงานบริหารจัดการรองรับส่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสให้ร่วมบริการ

อย่างเสมอภาค

4. นำเสนอแผนงานสู่เวทีการประชุม

วิทยาการกระบวนการได้จัดทำกระบวนการ “ภาพฝัน” ให้ทั้ง 3 กลุ่ม ได้นั่งสมาธิและใช้กิจกรรมปะภาพ นำเสนอแนวคิด การพัฒนารูปแบบสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละกลุ่ม พร้อมทั้งจัดทำแผนงานตามช่องตารางแผนงานโครงการที่จัดเตรียมไว้ นำเสนอภาพฝันและแผนงานโครงการต่อที่ประชุม

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการระดมสมองการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแบ่งกลุ่มย่อย ทำให้ได้แผนงานจำนวน 3 แผนงาน ประกอบด้วย

- 1) แผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)
- 2) แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้ “โรคเรื้อรัง” สู่ทุกกลุ่มวัย
- 3) แผนงานบริหารจัดการรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส

5. สรุปการติดตาม ประเมินผล

วิทยาการกระบวนการได้สรุปข้อตกลงการดำเนินการแผนงานและจัดทำแผนการติดตามและกำหนดวิธีการติดตามร่วมกัน และมีการติดตามร่วมกันอย่างสม่ำเสมอตามแผนที่วางไว้ และร่วมกันกำหนดระยะเวลาในการติดตาม การสรุปข้อมูลเพื่อจะช่วยให้ผู้วิจัยและทีมงานมีบทเรียนร่วมกัน สรุปแผนงานต่างๆ นำเสนอในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 32 แผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้ร่วมกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	แหล่งเงินทุน	วันที่ทำกิจกรรม
1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในครอบครัว	ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการบริโภคอาหารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและลดโรคภัยด้วยการรับประทานอาหารพื้นบ้านสมุนไพร ผลไม้และลดการบริโภคเกลือ น้ำตาล	1. ผู้สูงอายุทั่วไป 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 3. ตัวแทนผู้ประกอบอาหารสำเร็จรูปในชุมชน	- รองนายก องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย คนที่ 1	1. กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย 2. กองทุนหมู่บ้าน 3. ทุนทรัพยากรในหมู่บ้าน	วันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุวันศุกร์ที่ 3 ของทุกเดือน ผู้ประกอบการร้านอาหารให้ความร่วมมือลดเค็ม ลดหวาน
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 – 45 นาที	1. ผู้สูงอายุทั่วไป 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4. ประชาชนในชุมชน	- รองนายก องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย คนที่ 2	1. องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย 2. กองทุนหมู่บ้าน 3. ทุนทรัพยากรที่อยู่ชุมชน	- วันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุวันศุกร์ที่ 3 ของทุกเดือน - วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ ณ ลานออกกำลังกายสาธารณะในหมู่บ้าน

ตารางที่ 29 แผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้ร่วมกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	แหล่งเงินทุน	วันที่ทำกิจกรรม
3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการผ่อนคลายความเครียด	ผู้สูงอายุมีความสุขสามารถผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง	1. ผู้สูงอายุ 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3. บุคคลในครอบครัว เช่น ลูกหลาน	- อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ 1, 3, 5 - นักเรียนจิตอาสา	1. องค์กรบริหารส่วนตำบล 2. โรงเรียน 3. กองทุนหมู่บ้าน 4. เงินบริจาค	วันกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุ วันศุกร์ที่ 3 ของทุกเดือน
4. อบรมให้ความรู้ 3อ ผ่านเยาวชนจิตอาสาในโรงเรียน	เยาวชนจิตอาสา มีความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ และเป็นสื่อบุคคลรณรงค์ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ ให้ถูกต้อง	นักเรียนจิตอาสา โรงเรียนวัดมณีโชติ โรงเรียนวัดจอมปราสาท จำนวน 35 คน	- โรงเรียนวัดมณีโชติ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย	- โรงเรียนวัดมณีโชติ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย	จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เยาวชนจิตอาสา ด้าน 3อ วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557

ตารางที่ 33 แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้ “โรคเรื้อรัง” สู่ทุกกลุ่มวัย

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้ร่วมกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	แหล่งเงินทุน	วันที่ทำกิจกรรม
<p>1. การเผยแพร่ความรู้สร้างความตระหนักเรื่องโรคเรื้อรังผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - สื่อบุคคลต้นแบบ - สื่อเยาวชนจิตอาสา - สื่อลำตัด 30 ชมรมผู้สูงอายุ - สื่ออาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญโรคความดัน/เบาหวาน - สื่อพระนักเทศน์ 30 - สื่อประชาสัมพันธ์เสียงตามสายหมู่บ้าน - สื่อรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ - รถซาเล้ง 	<p>เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชนมีความตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค</p>	<p>ประชาชนทุกกลุ่มวัยตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรบริหารส่วนตำบลคลองข่อย - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย - โรงเรียนวัดมณีโชติ - วัดกลาง - ชมรมผู้สูงอายุ - อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลคลองข่อย - ผู้นำชุมชน หมู่ 1, 3, 5 	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรบริหารส่วนตำบลคลองข่อย - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย - กองทุนหมู่บ้าน 	<p>รณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2557 เป็นต้นไป</p>
<p>2. กิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</p>	<p>ค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่</p>	<p>ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย 	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย 	<p>ตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มเป้าหมายปีละ 1 ครั้ง ในเดือนมิถุนายนของทุกปี</p>

ตารางที่ 34 แผนงานบริหารจัดการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เพื่อเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผู้ร่วมกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	แหล่งเงินทุน	วันที่ทำกิจกรรม
1. จัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุคลินิกโรคเรื้อรัง 1.1 รถรับ-ส่งขององค์การบริหารส่วนตำบล 1.2 รถรับ-ส่งของผู้นำชุมชนผู้ใหญ่บ้าน 1.3 รถรับ-ส่งของจิตอาสา	อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานคอยรับ-ส่ง	1. ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ไม่มีบุตรหลาน คอยดูแลรับ-ส่ง 2. จิตอาสาภาคประชาชน	- องค์การบริหารส่วนตำบล ช่วยเหลือ - ผู้นำชุมชน - คณะกรรมการหมู่บ้าน	- องค์การบริหารส่วนตำบล ช่วยเหลือและพนักงานขับรถ - ภาคประชาชนสนับสนุนรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลมาร่วมสนับสนุนในวันที่มีกิจกรรม	จัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ โดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เริ่มตั้งแต่ 1 มกราคม 2557 เป็นต้นไป

โดยสรุปขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำแผนงานโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ เป็นการกำหนดแผนงานและกำหนดกิจกรรมจากการจัดเวทีประชาคม เพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน การวางแผนเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน จากภาครัฐ ภาคประชาชน การเมืองท้องถิ่น ที่ได้ร่วมกันให้แนวทางจัดทำแผนงานโดยวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนตำบลคลองข่อย ผลการดำเนินการในขั้นตอนนี้ นำมาสู่การได้แผนงานจำนวน 3 แผนงาน ประกอบด้วย แผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้ “โรคเรื้อรัง” สู่ทุกกลุ่มวัย และแผนงานบริหารจัดการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ จากแผนงานที่ได้จะนำไปสู่การรวมพลังของชุมชน ส่งผ่านพลังความคิดเจตจำนง ด้วยการเขียนพันธะสัญญาลงในแผ่นผ้า พร้อมลงลายมือชื่อสลักไว้ เพื่อเป็นการประกาศพันธะสัญญาร่วมกันว่าจะนำแผนงานที่ได้นำไปสู่ขั้นตอนการนำแผนสู่การปฏิบัติต่อไป

บทที่ 6

ผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

หลังจากประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำแผนงานโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ และกำหนดแผนงานที่จะดำเนินการ ได้กำหนดกรอบในการดำเนินงาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรณรงค์เผยแพร่ความรู้สู่ทุกกลุ่มวัย 2) การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การบริหารจัดการรับ-ส่งผู้สูงอายุ เพื่อการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเสมอภาค จากแผนงานที่ได้นำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลลัพธ์การวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์ของการนำแผนสู่การปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์จากการถอดบทเรียนการดำเนินการแผนงาน

ส่วนที่ 3 รูปแบบการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์ของการนำแผนสู่การปฏิบัติ

1.1 แผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ

ผลการวิจัยพบว่า การนำแผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ไปปฏิบัติ มีรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองข่อย โดยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและสร้างแรงจูงใจควบคุมป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของชุมชน ผู้รับผิดชอบแผนงานได้ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ในวันที่ 21 มกราคม 2557 มีผู้เข้าร่วมประชุม 20 คน เพื่อกำหนดแผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ในผู้สูงอายุ โดยใช้หลักการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ และผนึกกำลังองค์กรชุมชนเป็นแนวร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู และนักเรียนจิตอาสา ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ร่วมกันเสริมกิจกรรมพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และทบทวน ทำซ้ำในด้าน 3 อ ดังนี้

1. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มการบริโภคผักสมุนไพร ผลไม้ เลือกริธีเตรียมอาหารด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง งดของทอด ผัด ที่ใช้น้ำมันมาก

1.1 จัดกิจกรรมหมუნเวียน สาธิตการทำน้ำสมุนไพร/ อาหารเพื่อสุขภาพ ในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน

1.2 จัดบริการอาหารเพื่อสุขภาพในวันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุ และลูกหลานได้เห็นตัวอย่าง ทดลองชิมรสชาติอาหารรสจัด

1.3 รณรงค์ประสานความร่วมมือผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง อาหารสำเร็จรูป เป็นแนวร่วมสนับสนุนการลดหวานลดเค็มเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงอาหารและโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม

1.4 ส่งเสริมการรับประทานผักสวนครัว พืชสมุนไพรในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ครอบครัวปลูกผักสวนครัวไว้บริโภคในครัวเรือน

1.5 นิมนต์พระนักเทศน์ 3 เทศน์ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ ลดหวาน ลดเค็ม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

2. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

2.1 จัดกิจกรรมสาธิตการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ และจิตอาสาชมรมผู้สูงอายุ หมุนเวียนกันสอนสาธิตการออกกำลังกายแบบต่างๆ เช่น การรำกระบอง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การร่าวงเพื่อออกกำลังกาย เป็นต้น

2.2 จัดให้มีผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบผสมผสานในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การขี่จักรยาน การทำสวนครัว ปลูกผักปลอดสารพิษ

2.3 จัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน เช่น ลานออกกำลังกายบริเวณทำน้ำวัดมณีโชติ ลานออกกำลังกายศาลาเอนกประสงค์ หมู่ที่ 4 ตำบลคลองข่อย โดยสนับสนุนให้แกนนำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์และจัดให้มีการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม สัปดาห์ละ 3 วัน

3. ส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียด มีอารมณ์ดี สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข กิจกรรมที่ดำเนินการได้แก่

3.1 การสาธิตการแช่มือ แช่เท้า ด้วยน้ำสมุนไพร เพื่อผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุได้สูดดมกลิ่นสมุนไพร ขณะแช่มือแช่เท้า ทำให้ผ่อนคลาย

3.2 สาธิตการฝึกหัวเราะในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึก ทบทวนและนำความรู้กลับไปใช้ได้ถูกต้อง

3.3 จัดให้ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกัน ทำกิจกรรมสนทนาการ ฝึกร้องเพลง รำ กลองยาว รำวง ร้องเพลงลำตัด

3.4 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าวัดปฏิบัติธรรม เจริญจิตภาวนา ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทุกวันพระที่วัดใกล้บ้าน

3.5 จัดกิจกรรมผู้สูงอายุจิตอาสาและเยาวชนจิตอาสา ร่วมกันออกเยี่ยม บ้าน ให้กำลังใจผู้สูงอายุที่นอนติดบ้านติดเตียง สมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้ร่วมกันทำ “ตะกร้ารวมน้ำใจ” เป็นของเยี่ยม สร้างขวัญกำลังใจและส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังจากได้ร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดได้ดีขึ้น เกิดการเรียนรู้จาก เพื่อนๆ ผู้สูงอายุด้วยกัน และได้ฝึกปฏิบัติทดลองทำด้วยตนเอง ทำให้มีความมั่นใจ และได้รับแรง สนับสนุนจากผู้นำชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัว สร้างเสริมแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการ ควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง

“...หลังจากไปเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ พอเพียง ของเรา ที่ชมรมผู้สูงอายุจัดขึ้น รู้สึกว่าตัวเบาขึ้นเยอะ อาหารก็รู้จักเลือกกิน ไม่กินรสจัดเหมือนเมื่อก่อน เวลามาร่วมทำกิจกรรมในชมรมเขาพาร้องรำทำ เพลง ก็รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย กลับบ้านไปก็นอนหลับสบาย...”

(สัมภาษณ์ตัวแทนผู้สูงอายุ คนที่ 1)

“...ฉันชอบไปออกกำลังกายรวมกลุ่มกับเพื่อนๆ ตอนเย็นๆ ก็จะ ชวนกันไปทำน้ำว้ดมณีโชติ ผู้ใหญ่บ้านเขาเอาเครื่องเสียงมาเปิดเพลง ให้ ผู้สูงอายุได้เต้นรำกัน สนุกและได้พูดคุยกับเพื่อน ตอนนี้อ้าวลูกหลานวางก็จะ ชวนกันมาออกกำลังกาย...”

(สัมภาษณ์ตัวแทนผู้สูงอายุ คนที่ 2)

“...เมื่อก่อนปรุงอาหารหนักเค็ม ตอนนี้พอรู้ว่ากินเค็มมากแล้วจะเป็น ความดัน ก็เลยลดการปรุง ลดเกลือลงมาครึ่งหนึ่ง แรกๆ ก็รู้สึกไม่อร่อย แต่พอ กินไปเรื่อยๆ ก็ชินแล้ว ตอนนี้กินถ้วยเดียวก็ไม่ปรุงรสใส่น้ำปลา น้ำตาล...”

(สัมภาษณ์ตัวแทนผู้สูงอายุ คนที่ 3)

“...ตอนสามีจากไป อยู่คนเดียว เหนงมาก เพื่อนๆ ชวนมาช่วย
กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ตอนนีไม่เหงาแล้ว ได้มาพบปะพูดคุย ร้องรำทำเพลง
กัน มีอะไรก็ช่วยดูแลกันดี...”

(สัมภาษณ์ตัวแทนผู้สูงอายุ คนที่ 4)

“...ตอนนี้ไม่ห้วงแม่แล้ว หลังจากพ่อเสีย กลัวจะเหงา แต่พอเข้า
ร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีเพื่อนเยอะ มีกิจกรรมทำไม่เหงา และดูแล
ตัวเองด้านอาหารการกินได้ดีขึ้น...”

(สัมภาษณ์ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

“...คนที่นี้หนักหวาน หนักเค็ม ใสน้ำตาลในก้วยเดี่ยวเป็นซ้อน
เดี่ยวนี้พ้อมีการรณรงค์ เราก็ลดการปรุงลง ช่วยแนะนำผู้ที่มาสั่งอาหารไม่ต้อง
ปรุงรสมาก...”

(สัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหาร)

สรุปผลการวิจัยพบว่า การจัดกิจกรรมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ในชมรมผู้สูงอายุ
ด้วยการติดตามสัมภาษณ์ และสังเกตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมชมรม
ผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย บริเวณลานออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม
มากขึ้น มีการช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเป็นจุดเริ่มต้นเรียนรู้สร้างเสริม
ความสามารถในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง

4. พัฒนาศักยภาพเยาวชน จิตอาสาในโรงเรียน ในโครงการ “เยาวชนจิตอาสา
นำพาผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้วยหลัก 3 อ” โดยจัดอบรมให้ลูกหลานผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เป็นเยาวชน
จิตอาสาในชุมชน เป็นสื่อบุคคลช่วยกระตุ้นและช่วยเหลือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ให้แก่
ผู้สูงอายุในครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อนบ้าน

รูปแบบกิจกรรมของการอบรมพัฒนาศักยภาพ เยาวชนจิตอาสาในโรงเรียน เป็นการจัดอบรม
ให้กับนักเรียนชั้น ป.5 ป.6 โรงเรียนวัดมณีโชติ โรงเรียนวัดจอมปราสาท ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ตั้งอยู่ใน
ชุมชน จำนวน 35 คน ระยะเวลาอบรม 1 วัน คือ วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557 ณ ห้องประชุม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก
ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 3 อ การดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง เยาวชนจิต
อาสาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการจากฐานการเรียนรู้ทั้ง 3 ฐาน ได้แก่ ฐานอาหาร (ธง
โภชนาการ) ฐานป้องกันจรรยาชีวิต และฐาน BMI การประเมินภาวะอ้วน โดยได้รับการอบรมให้
ความรู้จากทีมบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย การประเมินผล
การอบรมโดยใช้แบบวัดความรู้ ทักษะ การปฏิบัติพบว่า หลังการอบรมผู้รับการอบรมมีความรู้และ
ทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นในระดับดี และดีมาก คิดเป็นร้อยละ 95

ผลการวิจัยพบว่า การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านเยาวชนจิตอาสา ซึ่งเป็นลูกหลานของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นสื่อบุคคลที่ผู้สูงอายุสนิทสนมคุ้นเคย สามารถสร้างเสริมแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุและพ่อแม่ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว มีความตระหนักในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ในครอบครัวทั้ง 3 วัย

“...ผมได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับ 3อ และการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผมมีความรู้ในการดูแลตัวเอง และกลับไปช่วยคุณแม่ดูแลยายที่เป็นโรคความดัน เบาหวาน ที่บ้าน เมื่อก่อนผมไม่ค่อยได้สนใจ...”

(สัมภาษณ์เยาวชนจิตอาสาคนที่ 1)

“...หนูได้มีโอกาสไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ป่วยนอนบนเตียงในชุมชน ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ รู้สึกสงสาร ไม่อยากให้คนในครอบครัวหนูเจ็บป่วยแบบนั้น หนูมาเล่าให้คุณพ่อคุณแม่ฟัง อยากให้ท่านได้ดูแลตัวเองด้วยหลัก 3อ...”

(สัมภาษณ์เยาวชนจิตอาสาคนที่ 2)

“...ช่วยคุณยายจัดยาเป็นชุดๆ กินมื้อเช้ามื้อเย็น คุณยายสายตาไม่ค่อยดี บางครั้งลืมกินยาต้องคอยบอก คอยเตือน...”

(สัมภาษณ์เยาวชนจิตอาสาคนที่ 3)

“...ที่บ้านผม คุณพ่อเริ่มเป็นโรคความดันสูง ผมได้เล่าให้พ่อฟังเกี่ยวกับ 3 อ ตอนนี้พ่อพยายามลดการกินเค็ม และเดินออกกำลังกายมากขึ้น”

(สัมภาษณ์เยาวชนจิตอาสาคนที่ 4)

“...อยู่กับหลานๆ มันสดชื่นดี นอนดูทีวีด้วยกัน เขาจะคอยมาชวนพูดคุยหยอกล้อ ทำให้หัวเราะได้ หลังจากหมอนอนมียอบรมให้ ก็พยายามมาเล่าให้ยายฟัง คอยเตือนคอยบอกให้ระวังเรื่องอาหารการกิน”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในครอบครัวเยาวชน)

สรุปได้ว่า แผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ทำให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรวมกลุ่มทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ เพิ่มมากขึ้นและเกิดการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกันระหว่างผู้สูงอายุกับภาคีเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล การขับเคลื่อนกิจกรรมผ่านเยาวชนจิตอาสา และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพวัดมณีโชติ ยกระดับจิตสำนึกด้านสุขภาพและเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคให้แก่เยาวชนจิตอาสา ทำให้เยาวชนมีความรู้การสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ ได้มีส่วนร่วมออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่นอนติดบ้านติดเตียงกับชมรมผู้สูงอายุ เกิดการเผยแพร่สื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ ผ่านสื่อบุคคลซึ่งเป็นบุตรหลานสู่ครอบครัวและเพื่อนบ้าน

1.2 แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้ “โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน” สู่ทุกกลุ่มวัย

การรณรงค์เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ สื่อบุคคลต้นแบบ สื่อเยาวชนจิตอาสา สื่ออาสาสมัครสาธารณสุข สื่อพระนักเทศน์ 3 อ สื่อประชาสัมพันธ์เสียงตามสายหมู่บ้าน สื่อรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ รถซาเล้งขายผลไม้ในชุมชน โดยมีผู้รับผิดชอบแผนงานบูรณาการงานระหว่างองค์กรภาครัฐและภาคชุมชน ดังนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย โรงเรียนวัดมณีโชติ วัดกลางคลองข่อย ชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองข่อย อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลคลองข่อย และผู้นำชุมชนตำบลคลองข่อย หมู่ที่ 1, 3, 5 กิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป ผลการวิจัยพบว่า เกิดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังในชุมชนมีส่วนร่วมดังนี้

1. องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ได้สนับสนุนกิจกรรมประชาสัมพันธ์เสียงตามสายหมู่บ้าน โดยมีผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน พุทธธรรมาจารย์ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารสู่ชุมชน
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลคลองข่อย รณรงค์ให้ความรู้เผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชนในชุมชน และจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และตรวจคัดกรองโรคค้นหากลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยรายใหม่ ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ออกเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำและเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน
3. ชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองข่อยร่วมกับเจ้าอาวาสวัดกลางคลองข่อย จัดกิจกรรมรณรงค์ผ่านสื่อ “พระนักเทศน์ 3 อ” เทศน์รณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในชมรมเป็นประจำทุกๆ เดือน
4. แกนนำชมรมผู้สูงอายุได้ร่วมกันสร้างนวัตกรรมสื่อลำตัด 3 อ ชุด “สุขภาพดีกับหลัก 3 อ” เพื่อนำมาร้องเป็นเพลงประจำชมรม และรณรงค์เผยแพร่ความรู้ สร้างความตระหนักเรื่องโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุด้วยตนเอง ทำให้เกิดความสนุกสนาน มีส่วนร่วม และผู้สูงอายุสามารถจดจำเนื้อหาความรู้และนำไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้นขอรับรองบางตอนที่คัดลอกมาดังนี้

(สร้อย) โอ้วว่าคนสูงวัย ใช้ว่าแก่ เพราะเกิดนาน	เหมือนใบไม้ร่วงลงมา (ซ้ำ) เป็นเพราะกาลเวลา
(หญิง) ตั้งใจฟัง กันให้ดีๆ ฉันมีหลัก 3 อ อ ที่ 1 คือ อาหาร งดของทอด ผัดใช้น้ำมันเต็ม เล็กตีม เครื่องตีม ของหวาน ทั้งผลไม้ บรรจุกล่อง อ ที่ 2 ตามมา อาหารที่กิน เข้าไปนั้น ต้องออกกำลังกาย ทุกๆ วัน ต้องเผาผลาญ เท่ากับที่กิน ยังเหลืออีก 1 อ ฉันนำมาฝาก เพราะฉันกลัว	ทั้งน้องพี่ แม่ พ่อ เรื่องของ สุขภาพ อนามัย หลีกเลี่ยงของหวาน มันเค็ม ใช้นึ่ง ย่าง เอาก็ได้ นมเปรี้ยว เคี้ยวประทาน ทดลอง ก็ไม่ต้อง ไปสนใจ ต้องรู้ว่า ในแต่ละวัน การเผาผลาญ คือ ออกกำลังกาย เพื่อล้าง ไขมัน ให้หมดสิ้น จึงจะหมดสิ้น อันตราย อย่ากรู๋ใหม่ละพ่อ หุ่นหัว จึงบอกไปทั่ว คนสูงวัย
(สร้อย) ชีวิต คนเรา อาหาร อารมณ์	เด็กหนุ่มสาว คนสูงวัย (ซ้ำ) มาระดม ออกกำลังกาย
(ชาย) ทั้ง 2 อ ที่ว่ามา ทั้งของขม ขมน้ำ เลือกรับอาหาร ที่ดี แล้วอีก อ หนึ่ง ที่ตกค้าง ช่วยบอกให้ ครบถ้วน ขอเป็นตัวแทน สอบถาม	ฉันก็คิดว่า พวกฉันทำ หวานทำ อันตราย เพื่อที่จะ เพิ่มพลัง คือ อ อ่าง อะไร ตามกระ บวนความ กันเพื่อความ เข้าใจ
(หญิง) อ ที่ 3 คือ อารมณ์ ต้องมีความ มุ่งมั่น อย่าให้อารมณ์ ความอยาก ความอยาก จะหอบหิ้ว ทั้ง 3 อ มีความสำคัญ	ต้องคิดข่ม อดกลั้น จริงจังกับ นโยบาย มากระชาค ต่อมหิว ไปสู่การ ทำลาย ต้องมุ่งมั่น ตระหนัก

รักตนเอง ให้มากๆ	ใครเล่าจะรัก ตัวใคร
(สร้อย) ชีวิต คนเรา อาหาร อารมณ์	เด็กหนุ่มสาว คนสูงวัย (ซ้ำ) มาระดม ออกกำลังกาย
(ชาย) ก่อนจะจาก ท่านไป สิ่งที่ทำผิด มีมานาน เรื่องยากเย็น เห็นทาง โปรดจงมาร่วม กระทำ ต่อจากนี้ ให้คำมั่น จะได้ไม่ต้อง เตือดร้อน ขอให้ยึดหลัก 3 อ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ต้องปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ปฏิบัติด้วยความ มุ่งมั่น อย่าเก็บพลังงาน เอาไว้ อย่าทำเป็นเดิน พุงป่อง	ให้คิด นั่นใช่ ข้างหน้า ตามใจ กันก่อน ผ่อนคลาย พอเพียง ข่มใจ ที่เคยทำ ในแต่ละวัน เชิญชวนทุกท่าน ห่วงใย เป็นไขมัน ที่หน้าท้อง เหมือนคนมีท้อง น่าอาย

(สร้อย) ชีวิต คนเรา อาหาร อารมณ์	เด็กหนุ่มสาว คนสูงวัย (ซ้ำ) มาระดม ออกกำลังกาย
-------------------------------------	---

5. สร้างสื่อบุคคลรักสุขภาพต้นแบบ สื่อนี้เกิดจากแกนนำผู้สูงอายุที่มีความสนใจดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้แพทย์ทางเลือกและผู้สุขภาพแข็งแรง มีจิตอาสาเป็นสื่อบุคคลในการช่วยเผยแพร่รณรงค์ให้ความรู้และสร้างความตระหนัก เรื่อง การดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังแก่ประชาชนและผู้สูงอายุในชุมชน

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและผู้รับผิดชอบแผนงานนี้ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากการรณรงค์ผ่านสื่อหลายช่องทาง ซึ่งทุกช่องทางมีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ สร้างเสริมความตระหนักถึงภัยคุกคาม ลดโรคเรื้อรัง และมีความรู้ในการปฏิบัติตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

“...หลังจากรณรงค์เผยแพร่ความรู้มีประชาชนสนใจมาตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพิ่มมากขึ้น”

(สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย)

“...ตอนเย็นๆ ผู้ใหญ่บ้านเขาจะประกาศเสียงตามสาย และพูดรณรงค์เกี่ยวกับโรคความดันเบาหวาน ให้ชาวบ้านฟัง...”

(สัมภาษณ์ประชาชน หมู่ที่ 3 ตำบลคลองข่อย)

“...ตอนนี้ อสม. มาเยี่ยมถึงบ้าน เขาก็มาแนะนำเรื่องอาหารลดเค็ม ลดหวาน แนะนำเรื่องการกินยา...”

(สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ราย)

“...นิมนต์ท่านเทศน์ให้ชมรมผู้สูงอายุ ท่านช่วยเป็นกระบอกเสียงให้อีกทางหนึ่ง...”

(สัมภาษณ์ประธานชมรมผู้สูงอายุ)

“...ผู้สูงอายุที่นี้ขอรับรอง ขอบร้า บทร้องลำตัดชุด สุขภาพดีด้วยหลัก 3 อ ถ้าสมาชิกได้นำมาร้องจะช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุตระหนักและดูแลตนเองได้ถูกต้อง...”

(สัมภาษณ์รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

สรุปผลการวิจัยพบว่า แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังสู่ทุกกลุ่มวัย ก่อให้เกิดรูปแบบการสื่อสารความรู้ โดยการทำงานของแกนนำจิตอาสาในชุมชน บุคคลต้นแบบสุขภาพดีเยาวชนจิตอาสา พระนักเทศน์ 3 อ อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สื่อลำตัดสุขภาพดีด้วยหลัก 3 อ โดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุและผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อเสียงตามสายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เกิดการเสริมพลังอำนาจและยกระดับจิตสำนึกด้านสุขภาพ เสริมแรงจูงใจป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน บูรณาการร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคชุมชน

1.3 แผนงานบริหารจัดการรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส

การจัดบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง เกิดจากความต้องการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานคอยรับ-ส่ง มีผู้รับผิดชอบ 3 ส่วนร่วมกัน ได้แก่ องค์กรบริการส่วนตำบลคลองข่อย ผู้นำชุมชนภาคประชาชน ผู้รับผิดชอบแผนได้ดำเนินการจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องและกำหนดบทบาทหน้าที่ องค์กรบริการส่วนตำบลคลองข่อยสนับสนุนรถยนต์บรรทุกและพนักงานขับรถ ภาคประชาชนสนับสนุนรถซาเล้งรับ-ส่งผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนที่มีจิตอาสาทำบุญกับผู้สูงอายุ นำรถยนต์ส่วนบุคคลมาร่วมสนับสนุนในวันที่มีกิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า การร่วมกันวางแผนการดำเนินการเกิดการมีส่วนร่วมและบูรณาการงานกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุด เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสไม่มีบุตรหลานคอยดูแลรับ-ส่ง ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ และเกิดนวัตกรรมรถซาเล้งรับ-ส่งผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเมื่อได้ใช้บริการ ดังนี้

“...การบริการรับ-ส่ง เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ถือเป็นภารกิจหลักของ องค์กรบริการส่วนตำบลคลองข่อย เมื่อมีการจัดระบบบริหารจัดการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในขณะเดียวกันก็ได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากผู้นำชุมชนและภาคประชาชนในการร่วมกันสนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน นับว่าเป็นตัวอย่างกิจกรรมที่ดีๆ ที่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน...”

(สัมภาษณ์ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

“...รู้สึกดีใจที่มีรถรับ-ส่ง เวลาลูกหลานไม่ว่างก็สามารถใช้บริการได้...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ใช้บริการรถรับ-ส่ง คนที่ 1)

“...ใช้บริการแล้วรู้สึกประทับใจ เวลานั่ง มีลำโพงเปิดเพลงให้ผ่อนคลาย...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ใช้บริการรถรับ-ส่ง คนที่ 2)

“...ใช้บริการรถซาเล้ง เวลาขึ้นรถ ลงรถ รู้สึกสะดวกกว่ารถปิกอัพหรือมอเตอร์ไซด์...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ใช้บริการรถรับ-ส่ง คนที่ 3)

“...ผู้ใหญ่บ้านท่านเสียเวลา 1 วัน เพื่อนำรถของท่านมาบริการผู้สูงอายุในหมู่บ้านให้ได้มาร่วมกิจกรรม ลูกหลานไม่ต้องลางานก็สามารถมาร่วมกิจกรรมได้...”

(สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ใช้บริการรถรับ-ส่ง คนที่ 4)

สรุปได้ว่า แผนงานการบริหารจัดการรับส่งผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส เมื่อลูกหลานไม่มีเวลารับส่ง ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่ชุมชนจัดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสเกิด กำลังใจและมีความมุ่งมั่นในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการบริหารจัดการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ผู้นำชุมชน ภาคประชาชน ร่วมคิดร่วมทำจนเกิดแผนงานบริหารจัดการรับส่งผู้สูงอายุ โดยการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุด สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสให้เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

โดยภาพรวมสรุปการดำเนินงานของแผนงานทั้ง 3 แผนงาน ที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาสู่การปฏิบัติตามกิจกรรมและตามกรอบเวลา โดยมีผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน ในระหว่างการทำงานตามแผนงาน ผู้วิจัยได้เยี่ยมติดตามการดำเนินงานทดสอบรูปแบบในชุมชนและเสริมพลังอำนาจชุมชน โดยสร้างความเข้มแข็งและขับเคลื่อนกิจกรรมผ่านกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองข่อย ปรับรูปแบบกิจกรรมวันชมรมผู้สูงอายุ เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ เชื่อมโยงเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สรุปประเด็นกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มแกนนำต่างๆ ดังนี้

กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสา กรมมหาวิทยาลัย

เกิดจากการรวมกลุ่มของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงและมีจิตอาสาออกไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการสาน ถัก ทอ จะนำใบมะพร้าวมาสานเป็นตะกร้า นำมาวางไว้ในวันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและเชิญชวนให้สมาชิกชมรมนำของเยี่ยมไข้ ของฝากเล็กๆ น้อยๆ ที่นำมาจากบ้าน เช่น ผลไม้ ผักสวนครัว นม มารวบรวมใส่ไว้ในตะกร้า เกิดเป็น “ตะกร้ารวมน้ำใจ” นำไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจิตอาสาได้ร่วมกันบริจาคทรัพย์ก่อตั้ง “กองทุนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน” ซึ่งเกิดจากการร่วมกันบริจาคทรัพย์ตามศรัทธา นอกจากนี้ลูกหลานผู้สูงอายุบางคนที่มีฐานะ เศรษฐกิจดีก็มีส่วนร่วมบริจาคทรัพย์เข้าร่วมในกองทุนชมรมผู้สูงอายุด้วย กองทุนชมรมผู้สูงอายุนี้เกิดขึ้นจากความศรัทธาและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มแกนนำเยาวชนจิตอาสา

เกิดจากการมีส่วนร่วมของโรงเรียนวัดมณีโชติและวัดจอมปราสาท ซึ่งได้ร่วมขับเคลื่อนโดยการอบรมพัฒนาศักยภาพโครงการ “เยาวชนจิตอาสา นำพาผู้สูงอายุสุขภาพดีด้วยหลัก 3 อ” เกิดแกนนำเยาวชนจิตอาสาที่มีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ ร่วมออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมกับกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสา เยาวชนจิตอาสาเมื่อได้เห็นภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดเตียง เกิดความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ไม่อยากให้บุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยแบบที่ตนเองได้พบเห็น จึงเกิดการเผยแพร่สื่อสาร การสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ ผ่านสื่อที่เป็นบุตรหลานสู่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และเพื่อนบ้าน

กลุ่มพระนักเทศน์ 3 อ

เกิดจากการมีส่วนร่วมของเจ้าอาวาส วัดกลางคลองข่อย และพระภิกษุที่มีศักยภาพในการเทศน์ รับผิดชอบและเทศนาสอดแทรกเรื่องสุขภาพ 3 อ ในวันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักและมีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยการเน้นย้ำจากพระภิกษุสงฆ์ซึ่งเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อและมีความศรัทธาเป็นทุนเดิม

กลุ่มคนต้นแบบรักษสุขภาพ

ผลจากการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสู่ทุกกลุ่มวัย ทำให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมรณรงค์สร้างจิตสำนึกด้านการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เช่น กลุ่มปลูกผักสวนครัว ผักปลอดสารพิษ กลุ่มชมรมจักรยาน กลุ่มรักษสุขภาพแพทย์ทางเลือก กลุ่มชมรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ เป็นต้น

โดยสรุป จากกระบวนการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการเชื่อมโยงเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ในชุมชน ดังนี้

ด้านการออกกำลังกาย

ด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมการออกกำลังกายแก่ชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาลานกิจกรรมออกกำลังกายริมท่าน้ำวัดมณีโชติ และมีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วสุขภาพดี โดยมีการจ้างครูมาฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุได้ร่าอย่างถูกต้อง

ด้านการบริโภคอาหาร

ผู้สูงอายุที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจากที่เคยชินกับการรับประทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม

ปรับเปลี่ยนเป็นลดหวาน ลดเค็ม ไม้ใส่เครื่องปรุงรสเพิ่ม ลดการปรุงอาหารแบบผัด ทอด มีการรณรงค์ปลูกผักสวนครัว ผักปลอดสารพิษ และส่งเสริมการบริโภคน้ำสมุนไพรฤทธิ์เย็น เช่น น้ำคลอโรฟิลล์ ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำสูตรจากการสาธิตแนะนำในวันกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุนำมาเตรียมให้ผู้สูงอายุได้ดื่มที่บ้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากผู้ผลิตอาหารสำเร็จรูปในชุมชนนำเมนูสุขภาพที่มีการปรับลดการใช้เกลือและน้ำตาลลงครึ่งส่วนจากการปรุงตามปกติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน

ด้านการผ่อนคลายความเครียด

ผู้สูงอายุได้มาพบปะสังสรรค์ทำกิจกรรมสันทนาการในรูปแบบต่างๆ ซึ่งทางชมรมผู้สูงอายุได้จัดกิจกรรมในแต่ละเดือน เช่น การรำกลองยาว รำวง ลำตัด การฝึกหัดหิ้วธนู การแช่มือแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร การนวดผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายและได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนๆ ทำให้สภาพจิตใจดี นอกจากนี้การพบปะทำให้เกิดแกนนำจิตอาสาผู้สูงอายุที่มีความคิดดีๆ ร่วมกันเสียสละทุนทรัพย์ส่วนตัวก่อตั้ง “กองทุนชมรมผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุในชุมชน” มีการรวบรวมของเยี่ยมต่างๆ จากผู้สูงอายุในชุมชนรวมลงใน “ตะกร้ารวมน้ำใจ” เพื่อไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยนอนติดบ้านติดเตียง ทำให้ผู้สูงอายุที่ไปเยี่ยมเพื่อนๆ ในชุมชน รู้สึกภาคภูมิใจ ได้ฝึกการให้และการเสียสละ ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นที่ด้อยโอกาสในชุมชนเป็นการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

ด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ในระยะท้ายของการทดลองรูปแบบ ผู้วิจัยและทีมคณะทำงานในชุมชนได้นำเสนอผลงานเพื่อให้ผู้นำชุมชนรับทราบและเชื่อมโยงบูรณาการแผนงานที่ชุมชนได้ดำเนินการทดสอบรูปแบบนำสู่แผนยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งของชุมชนในเวทีประชาคม ปี 2557 ในระหว่างวันที่ 17-21 มีนาคม 2557 ซึ่งทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยได้จัดประชุมเวทีประชาคม รับฟังข้อคิดเห็นของประชาชนในพื้นที่ทั้ง 8 หมู่บ้าน โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ผู้นำชุมชน และประชาชนที่มาร่วมประชาคม ผลการนำเสนอในเวทีประชาคม ผู้นำชุมชนทุกระดับให้ความเห็นชอบแผนงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่นำเสนอและรับไปขับเคลื่อนต่อเนื่องในแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน ซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย โดยกำหนดลงในแผนพัฒนาชุมชน ดังนี้

- โครงการลานสุขภาพริมแม่น้ำแม่กลอง/ลานออกกำลังกายหน้าองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนตำบลคลองข่อยทุกกลุ่มวัย
- โครงการศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง ผักสวนครัว ผักปลอดสารพิษ และพืชสมุนไพร
- โครงการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์จากการถอดบทเรียนการดำเนินการแผนงาน

จากการดำเนินงานตามขั้นตอนของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุตามลำดับขั้นตอนแล้วนั้น ผู้วิจัยได้จัดประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในวันที่ 27 กรกฎาคม 2557 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คณะกรรมการ คณะทำงานผู้เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนแผนงานโครงการ เข้าร่วมประชุมจำนวน 40 คน ได้ช่วยกันทบทวนสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ทั้งที่เป็นผลสำเร็จหรือไม่สำเร็จ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนงานเพื่อความสำเร็จในอนาคต สรุปผลลัพธ์จากการถอดบทเรียน มีดังต่อไปนี้

2.1 ด้านความคาดหวังจากการทำแผนงาน

สมาชิกกลุ่มมีความคาดหวังว่าการดำเนินงานแผนงานโครงการที่ทำกรอบไว้จะได้รับความร่วมมือจากชุมชนและสามารถขับเคลื่อนไปจนบรรลุวัตถุประสงค์ อันจะทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง ประชาชนจะมีการตระหนักและตื่นตัวในการดูแลสุขภาพในด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่เป็นโรค เมื่อประชาชนมีสุขภาพดีจะทำให้เศรษฐกิจในชุมชนดี ลดรายจ่ายที่เสียไปจากการเจ็บป่วยและเพิ่มรายได้จากการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

“...เป้าหมายความคาดหวัง คือ ให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี แข็งแรง มีภารกิจดีอยู่ดี มีความสามัคคีกัน...”

“...อยากเชิญชวนให้ทุกคนที่ยังไม่มาร่วมกิจกรรมออกมาร่วมกิจกรรม 3 อ”

(การนำเสนอจากตัวแทนกลุ่ม 1, 2)

“...ผมคาดหวังว่า เมื่อเราดำเนินงานรณรงค์เรื่องการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ประชาชนจะมีความตระหนักและตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความรู้จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ได้ถูกต้องด้วยตนเอง...”

(การนำเสนอจากปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

2.2 ด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสูงกว่าความคาดหวัง

สมาชิกกลุ่มมีความคาดหวังตรงกัน คือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนที่มีการเชื่อมโยงประสานกันในระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการเสริมทักษะให้เกิดแรงจูงใจในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในชุมชน เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะ บูรณาการ 3 อ สู่แผนสุขภาพชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ สถานที่ปฏิบัติธรรม การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น จิตอาสาแกนนำผู้สูงอายุ คนต้นแบบรักษสุขภาพ เยาวชนจิตอาสา เป็นต้น

“...เมื่อมีการร่วมมือกันทำงานรณรงค์ด้านส่งเสริมสุขภาพหลายๆ ช่องทาง โดยมีบ้าน วัด โรงเรียน องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาร่วมมือกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วน มีการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น และท้ายสุดส่งผลต่อการประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ที่ยังไม่ป่วยก็ดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ไม่เจ็บป่วย ผู้ที่เริ่มป่วยได้รับการค้นหาในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อน...”

(ข้อคิดเห็นจากปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย)

“...ตอนนี้เท่าที่เห็นการออกกำลังกาย มีความสม่ำเสมอ มีคนเข้าร่วม กิจกรรมมากขึ้น บนฐานความเข้าใจรักสุขภาพมากขึ้น...”

(ข้อคิดเห็นจากผู้นำชุมชน)

“...ประชาชนตำบลคลองข่อยได้รับข้อมูลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง จากหลายช่องทาง เช่น ได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากพระนักเทศน์ 3 อ จากเยาวชนจิตอาสา และจากผู้สูงอายุด้วยกันเอง เกิดการเรียนรู้มีจิตสำนึกและนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน...”

(ข้อคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่ม 3)

2.3 ด้านสิ่งที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง

สมาชิกกลุ่มเห็นตรงกันว่า ความร่วมมือของประชาชนในชุมชน โดยรวมยังมีสัดส่วนน้อย โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานประชาชนส่วนใหญ่ยังคงชินกับพฤติกรรมแบบเดิมๆ ชอบอาหารรสจัด และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

“...ชาวบ้านยังซื้ออาหารปรุงสำเร็จมากิน ไม่มีเวลาทำอาหารกินเอง ชอบกินตามใจปาก เวลาไปตามให้มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันประจำปี ก็เลี้ยงไม่มา บอกว่าไม่มีเวลา ต้องไปทำมาหากิน...”

(ข้อคิดเห็นจากอาสาสมัครสาธารณสุข)

“...พฤติกรรมมารับประทานอาหารของชาวบ้าน ยังต้องปรับกันอีกมาก เพราะเป็นเรื่องของรสชาติ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละคน แต่ละครัวเรือน...”

(ข้อคิดเห็นจากปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล)

“...สาเหตุที่กินหวาน มัน เค็ม เพราะไม่ได้ปรุงเอง ต้องซื้อจากตลาดหรือร้านค้า...”

“...ไม่มีความรู้ในเรื่องโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่...”

“...ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากมีภาระการทำงานที่บ้านมาก...”

(ข้อคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่ม 1, 2, 3)

2.4 ด้านสิ่งที่ได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์

สมาชิกกลุ่มมีการสะท้อนการเรียนรู้ว่า การทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการรวมกลุ่มและสามัคคีกันทำให้เกิดการดูแลซึ่งกันและกัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการตื่นตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น การรวมกลุ่มกันทำงาน ทำให้เกิดการพูดคุยและเชื่อมโยงระหว่างองค์กรภาครัฐและภาคประชาชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน

“...ได้เรียนรู้จากการทำงานกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ได้ความสามัคคี การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดการตื่นตัว ในการดูแลตนเองมากขึ้น...”

“...สุขภาพของเราแข็งแรงขึ้น โรคลดลง ตอนนี้ น้ำหนักลด น้ำตาลในเลือดก็ลดลง ตัวเบาสบาย หลังจากมาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ...”

“...ได้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่อง 3 อ คุณภาพชีวิตดีขึ้น...”

(ข้อคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่ม 1, 2, 3)

2.5 ด้านสิ่งที่คิดว่าควรปรับปรุงพัฒนา

สมาชิกกลุ่มมีความเห็นตรงกันว่าควรปรับปรุงในด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ การสร้างนโยบายสาธารณะด้านการรณรงค์กิจกรรมสุขภาพ 3 อ การรณรงค์ให้มีคนมาร่วมออกกำลังกายให้มากขึ้น โดยเพิ่มกิจกรรมการประชาสัมพันธ์จัดสิ่งแวดล้อมที่ออกกำลังกายที่เอื้ออำนวยความสะดวก มีสวัสดิการต่างๆ เช่น น้ำดื่ม การรักษาความปลอดภัย มีสถานที่ออกกำลังกายในร่มเมื่อภูมิอากาศไม่เอื้ออำนวย เช่น มีฝนตก เป็นต้น ด้านอาหาร เพิ่มการรณรงค์ปลูกผักสวนครัว จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ทางการเกษตร ให้ความรู้ภาคเกษตร/โภชนาการแก่ประชาชน สร้างการมีส่วนร่วมให้ผู้ประกอบการร้านอาหารปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม จำหน่ายแก่คนในชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น ด้านอารมณ์ ปรับปรุงวัดให้เป็นศูนย์กลางของชุมชนในการยกระดับจิตใจ องค์การบริหารส่วนตำบลจัดทำงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมความรู้ด้านจิตใจ และควรมีนักจิตวิทยาชุมชนมาให้ความรู้แก่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

“...สถานที่ออกกำลังกายยังไม่ค่อยพร้อม มีน้อย ไม่ค่อยทั่วถึง คนที่บ้านอยู่ไกลๆ ก็ไม่อยากจะเดินมาออกกำลังกาย เวลาฝนตกหนักคนก็ไม่ค่อยสะดวก...”

“...อยากให้มีศูนย์เรียนรู้เกษตรปลอดภัย ให้ความรู้ภาคเกษตร/ภาคประชาชนในเรื่องโภชนาการบ้าง...”

“...องค์การบริหารส่วนตำบลควรจัดตั้งงบประมาณเพื่อใช้บริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้จัดเป็นศูนย์กลางและให้มีนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ชุมชน”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ข้อคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่ม 1, 2, 3)
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.6 ด้านการสะท้อนการเรียนรู้“หากจะต้องทำครั้งต่อไป จะปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้น”

สมาชิกกลุ่มสะท้อนการเรียนรู้จะต้องเร่งกระตุ้นและส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนทั้งภาครัฐ/ชุมชน/ครอบครัว ขยายรูปแบบการพัฒนาจาก 3 หมู่บ้าน ให้ครบ 8 หมู่บ้าน โดยพัฒนาชุมชนต่อเนื่องเชื่อมโยงในทุกมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเพิ่มเติมจากกิจกรรม 3 อ ได้แก่ ศูนย์การเรียนรู้ธนาคารขยะ การคัดแยกขยะในชุมชน ศูนย์การเรียนรู้เกษตรปลอดภัยในระดับหมู่บ้าน ศูนย์การเรียนรู้การปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ เช่น ถนนสำหรับขี่จักรยานในหมู่บ้าน ระบบรักษาความปลอดภัย เช่น การติดตั้งระบบกล้อง CCTV การจัดตั้งห้องสมุดตำบลขนาดใหญ่เพื่อส่งเสริมความรู้ การรณรงค์การอ่าน ติดตามข่าวสารทางปัญญาให้ประชาชน

“...สิ่งที่อยากทำต่อไปคือ ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวทุกบ้าน ทำอาหารกินเอง ซื้ออาหารถุงให้น้อยลง....”

“...การดูแลเผื่อระวังสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในชุมชน ผู้นำต้องเป็นผู้ชี้แนะ ชักชวนให้ชาวบ้านเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน....”

“...อยากให้ผู้นำแต่ละหมู่บ้านใส่ใจสื่อสารดูแล ถ้าใส่ใจแล้วก็จะหาอะไรมาพัฒนาหมู่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง”

“...ขยายรูปแบบที่ทำใน 3 หมู่บ้าน ไปสู่หมู่บ้านอื่นๆ ให้ครบทั้ง 8 หมู่บ้าน....”

“...จัดอบรมผู้ประกอบการปรุงสำเร็จให้มีความรู้เรื่องการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ....”

(ข้อคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่ม 1, 2, 3)

จากกระบวนการถอดบทเรียน AAR ดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดการสร้างความรู้จากการปฏิบัติจริง/ประสบการณ์ของคณะทำงาน โดยผ่านการสังเคราะห์และจัดระบบความรู้ใหม่ในการนำไปใช้การปฏิบัติงานครั้งต่อไป โดยผลลัพธ์จากการถอดบทเรียนได้สื่อให้เห็นถึงความเชื่อมโยง บูรณาการระหว่างการทำงานภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อการพัฒนาสุขภาวะชุมชนในมุมมองภาพกว้างมากกว่ามิติทางด้านสุขภาพเพียงด้านเดียว การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดกระบวนการชี้แนะและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยชุมชนสามารถสร้างกระแสจิตสำนึกด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและเกิดการขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ด้านต่างๆ อันนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป



ส่วนที่ 3 รูปแบบการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ

หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 1 ผลลัพธ์ของการนำแผนสู่การปฏิบัติและส่วนที่ 2 ผลลัพธ์จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานแผนงาน ในส่วนที่ 3 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลและนำเสนอกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างความเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

3.1.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (NCDs)

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและมีแนวโน้มอัตราป่วยสูงขึ้นเรื่อยๆ ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าว เกิดภาวะเจ็บป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นภาระในการดูแลของครอบครัว และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมของครอบครัวและชุมชน ชุมชนมีความตระหนักในปัญหาดังกล่าวและมีความคิดเห็นตรงกันทั้งแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง

3.1.2 ระบบสุขภาพชุมชน

ชุมชนมีรูปแบบการดูแลรักษาตนเองแบบพื้นบ้านและมีภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีความสนใจพืชสมุนไพรพื้นบ้านจัดทำเป็นน้ำสมุนไพรดื่มเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การปลูกผักปลอดสารพิษไว้รับประทานในครัวเรือนการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทำบุญกลางบ้าน การบวชบาลสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นกิจกรรมที่สร้างเสริมพลังใจและสร้างความรักสามัคคีในชุมชน เป็นปัจจัยเอื้อต่อการสร้างความเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

3.1.3 โครงสร้างองค์กรชุมชน

ชุมชนมีโครงสร้างองค์กรภาครัฐและภาคประชาชนที่เป็นทุนทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างความเสริมสุขภาพ ซึ่งในที่นี้ประกอบด้วย บ้าน วัด โรงเรียน องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการทำกิจกรรมของกลุ่มสมาชิกต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มกองทุนวันละบาท กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มเกษตรกรรม กลุ่มแม่บ้านสตรี กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น องค์กรต่างๆในชุมชนจึงเป็นพันธมิตรเชิงกลยุทธ์ (Strategic Partners) และเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ

3.1.4 ระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหน้าที่ในการรับนโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มาดำเนินงานในชุมชนในเขตรับผิดชอบ มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคและตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มเป้าหมาย มีภารกิจด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน จึงเป็นภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการร่วมขับเคลื่อนและปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจากเชิงรับเป็นเชิงรุกเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.2 กระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Process)

การพัฒนาโดยชุมชนเป็นฐาน ประชาชน บ้าน วัด โรงเรียน องค์การบริการส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจและการสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรค สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ไปสู่สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงในระดับปัจเจกและชุมชน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพด้านการชี้แนะและผลักดันนโยบาย (Advocacy) การเจรจาไกล่เกลี่ย (Mediation) และการสร้างเสริมความสามารถ (Enabling) ให้ชุมชนโดยใช้ศักยภาพตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้เกิดการยกระดับจิตสำนึกและสร้างกระแสสำนึกวิกฤตด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนสรุปกิจกรรมการพัฒนามีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 วัด

วัดเป็นศูนย์รวมจิตใจและการประกอบกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมที่สำคัญของชุมชนมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจึงเป็นทุนทางสังคมซึ่งมีศักยภาพสูง ผลจากกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ทุกองค์กรให้ความสนใจและสนับสนุนให้วัดเป็นศูนย์การเรียนรู้การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน เช่น ชุมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ การสนับสนุนพระนักเทศน์ 3อ ร่วมเผยแพร่ความรู้แก่ผู้สูงอายุ การเข้าวัดปฏิบัติธรรมพัฒนาจิตใจ และการจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณค่าและสร้างเสริมแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีลูกหลานแสดงความกตัญญูทเวทต่อผู้สูงอายุ สร้างจิตสำนึกให้ชุมชนใส่ใจและไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.2.2 บ้าน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในชุมชนแต่เป็นส่วนสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนา ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ เริ่มขับเคลื่อนโดยแกนนำผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเป็นตัวแทน สอนสาธิตสร้างเสริมการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3อ เพื่อให้ผู้สูงอายุสังเกตต้นแบบ ทำซ้ำ โดยครอบครัวให้การสนับสนุนและเสริมแรงจูงใจจนเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ และสามารถควบคุมตนเองได้อย่างต่อเนื่อง คราวเรือนมีกิจกรรมปลูกผักปลอดสารพิษ พิซซสมุนไพโร เพิ่มการบริโภคผักและลดการปรุงอาหารที่มีรสจัดและจัดทำเมนูสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.2.3 โรงเรียน

โรงเรียนเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ชุมชนส่งลูกหลานเข้ามาับการศึกษาอบรมพัฒนาศักยภาพในการเรียนรู้ สร้างระเบียบวินัย เพื่อให้เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ ในโรงเรียนมีการจัดทำโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การนำนักเรียนเข้าวัดปฏิบัติธรรม และเป็นแหล่งเรียนรู้ การปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อบริโภคในโรงเรียนและชุมชน ผู้วิจัยได้สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน

ภายใต้การสนับสนุนของผู้อำนวยการโรงเรียนและคณะครู ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนจิตอาสา 30 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นสื่อบุคคลคอยสนับสนุนและติดตามประเมินพฤติกรรม 30 ของผู้สูงอายุในครัวเรือนตลอดจนให้คำแนะนำและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30 แก่ผู้สูงอายุในครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้เคียงได้ถูกต้อง นอกจากนี้แกนนำเยาวชนจิตอาสาได้มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ตัดบ้านติดเตียง ร่วมกับแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกิดแรงจูงใจป้องกันโรค นำข้อมูลมาสื่อสารบอกต่อภายในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนทัศนคติ เกิดจิตสำนึกในการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

3.2.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เป็นสถานบริการสาธารณสุขอยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ในการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรสาธารณสุขได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสถานการณ์โรคเรื้อรังในชุมชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นจนมีผลกระทบต่อค่าบริการให้คำปรึกษาแนะนำ จำนวนบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ ต้องขอให้บุคลากรสาธารณสุขจากสถานบริการข้างเคียงมาช่วยในวันตรวจคลินิกโรคเรื้อรัง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อผสมผสานงานบริการสุขภาพกับระบบสุขภาพในชุมชนภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้มีการบริหารจัดการโดยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงรุกโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30 และร่วมกันเฝ้าระวังการตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มเป้าหมายและส่งต่อเข้าระบบการดูแลสุขภาพตามนโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.2.5 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการกระจายอำนาจให้มีบทบาทสำคัญในการบริหารพื้นฐาน บูรณาการสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ มีอำนาจสั่งการและจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนในกิจกรรมต่างๆแก่ภาคีเครือข่ายตามแผนพัฒนาชุมชน การวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากองค์การบริหารส่วนตำบลในการมีส่วนร่วมในระบบบริหารจัดการระบบนิเวศกำกับติดตามประมวผล และการบูรณาการภูมิปัญญาหรือทุนทางสังคมของท้องถิ่นทำให้เกิดการส่งเสริม สนับสนุนการบริหารพื้นฐาน เช่น การบูรณาการสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชน เช่น การสร้างสถานสาธารณะ/

ลานออกกำลังกาย/ ชมรมจักรยาน/ โครงการศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง ผักสวนครัว ผักปลอดสารพิษและพืชสมุนไพร/ โครงการสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

สรุปผลจากการมีส่วนร่วมจากทุกองค์กรในชุมชนในกระบวนการ PAR ก่อให้เกิดกลไกการบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานที่เชื่อมต่อกันระหว่าง บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย สนับสนุนและการประสานงานให้หน่วยงานต่างๆเข้ามามีส่วนร่วม จนเกิดผลผลิตและผลลัพธ์จากงานวิจัยดังต่อไปนี้

3.3 ผลผลิต (Output)

สิ่งที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุได้ผลลัพธ์ดังต่อไปนี้ แผนสุขภาพชุมชน นวัตกรรมชุมชน และการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 แผนสุขภาพชุมชน

องค์การบริหารส่วนตำบลได้รับฟังข้อคิดเห็นของประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านนำร่องการวิจัยโดยการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชนในเวทีประชาคม ผู้นำชุมชนทุกระดับให้ความเห็นชอบแผนงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่นำเสนอและรับไปขับเคลื่อนต่อเนื่องเป็นแผนสุขภาพชุมชน 3 ปี โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดทำแผนรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐ และแผนสื่อสารความรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

3.3.2 นวัตกรรมชุมชน

ผลผลิตด้านนวัตกรรมชุมชนซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดผลงานที่เป็นนวัตกรรมของชุมชนได้แก่ นวัตกรรมสื่อลำตัด 3๐ สื่อบุคคลต้นแบบ เยาวชนจิตอาสา ผู้สูงอายุต้นแบบรักษสุขภาพ นวัตกรรมรถซาเล้งรับส่งผู้สูงอายุ ศูนย์การเรียนรู้ผักปลอดสารพิษและสมุนไพรในครอบครัว นวัตกรรม “ตะกร้ารักรวมใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ” เป็นต้น

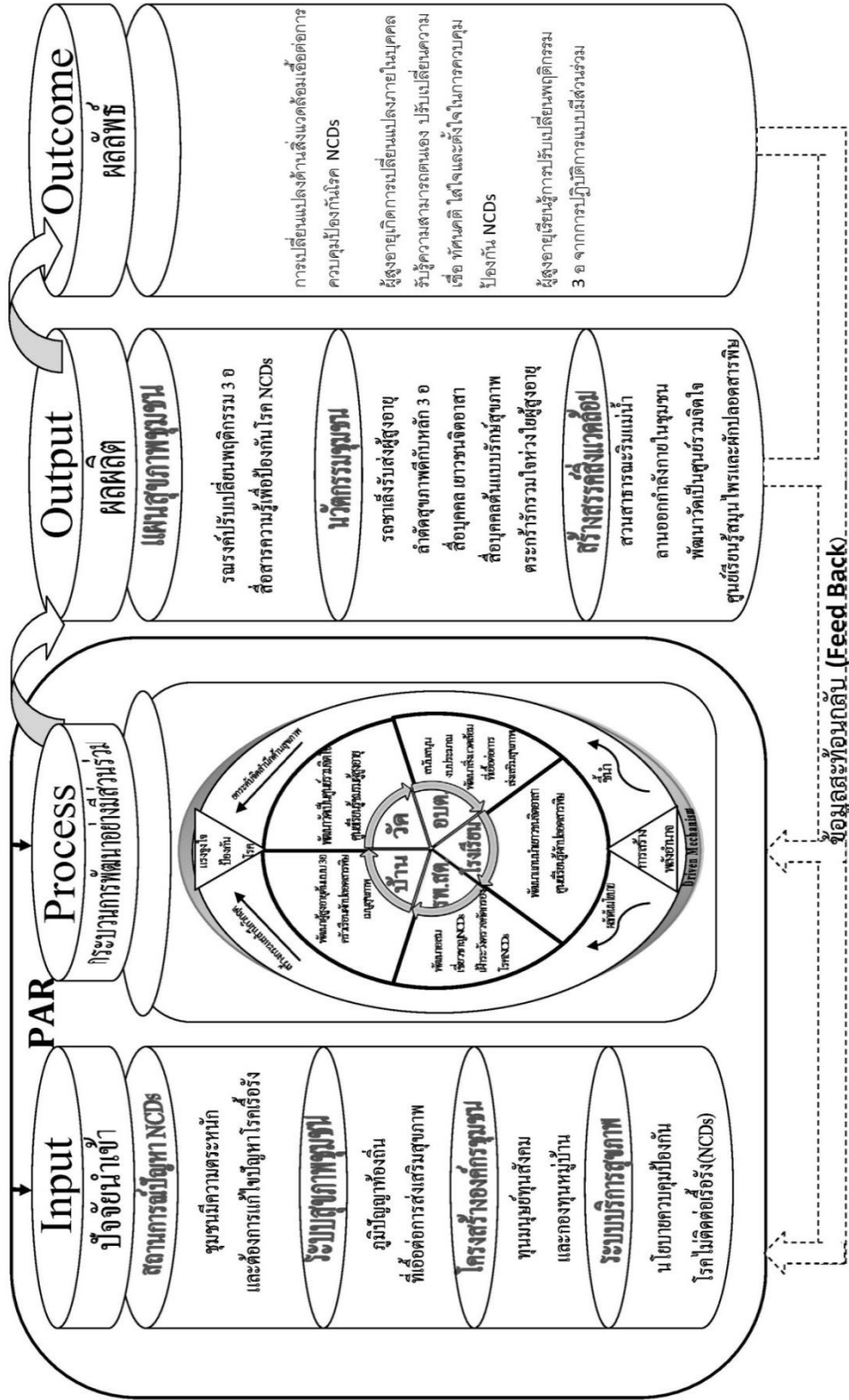
3.3.3 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลผลิตจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการต่อยอดของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดังนี้ การปรับภูมิทัศน์สวนสาธารณะริมแม่น้ำ สร้างลานออกกำลังกาย เส้นทางขี่จักรยานที่ปลอดภัย โครงการศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง ผักสวนครัว ผักปลอดสารพิษและพืชสมุนไพร โครงการสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.4 ผลลัพธ์ (Outcome)

ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมแบบมีบูรณาการเชื่อมโยงเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการออกกำลังกาย มีการพัฒนาพื้นที่สาธารณะเป็นสถานที่ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและอาหารปลอดภัย มีการส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษไว้รับประทานในครัวเรือน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลายความเครียด ชุมชนมีการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้มาร่วมกิจกรรมทุกเดือน นอกจากนี้้องค์การบริหารส่วนตำบลลงข้อได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้พืชสมุนไพร ผักปลอดสารพิษ เมล็ดพันธุ์/ต้นกล้าสมุนไพรให้ประชาชนนำไปเพาะปลูก และสนับสนุนแผนงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเข้าสู่แผนสุขภาพชุมชน 3 ปี เพื่อตั้งงบประมาณในการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ด้านองค์ประกอบส่วนบุคคลได้แก่ ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญาจากประสบการณ์ของตนเองและอีกส่วนหนึ่งจากการสังเกตพฤติกรรมของคนอื่น ซึ่งถือว่าการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้จากตัวแบบ (Observational Learning or Modeling) ดังนั้นกระบวนการเสนอตัวแบบ (Modeling Procedures) และเกิดการประมวลเป็นข้อมูลในการที่จะเลียนแบบ เกิดการสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ในกระบวนการความคิดและพฤติกรรมสร้างสรรค์ การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ เป็นต้น (Bandura, 1986) ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตลอดจนได้รับแรงจูงใจจากชุมชนจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ด้วยตนเอง

ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ องค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้หลักการให้ความหมายของข้อมูล (Encoding) ที่ได้จากกระบวนการวิจัยแล้วถอดรหัสออกมาเป็นโครงสร้าง (Constructs) ที่มีนัยสำคัญเชิงหลักการกลไกและองค์ประกอบที่สำคัญที่ต้องดำเนินการเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในบริบทของชุมชน ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยนำเอาองค์ประกอบสำคัญที่ได้มาเขียนในรูปแบบแผนภาพ (Schematic) ที่แสดงความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน (Logical From Work) ตามแผนภาพที่ 6.1 ดังนี้



แผนภาพที่ 21 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานใน
ผู้สูงอายุ ตำบลห้วย อำเภอฟากท่า จังหวัดราชบุรี

บทที่ 7

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการนำเสนอ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบแบบและการเรียนรู้จากการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาแบบสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบที่ได้มีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Process) ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) มีประเด็นต่อไปนี้ ชุมชนมีความตระหนักและต้องการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนมีโครงสร้างองค์กรชุมชนที่เอื้อและมีทุนทางสังคมได้แก่ทุนมนุษย์และกองทุนหมู่บ้าน และมีนโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อที่ขับเคลื่อนโดยสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน

1.2 ด้านกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Process) ผลการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อจัดทำแผนงานโครงการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ทำให้ได้แผนงานจำนวน 3 แผนงาน ประกอบด้วย แผนงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) แผนงานรณรงค์เผยแพร่ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสู่ทุกกลุ่มวัย และแผนงานบริหารจัดการธรรมาภิบาลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสเกิดกระบวนการขับเคลื่อน นำไปสู่การปฏิบัติตามที่ได้วางแผนไว้ โดยมีภาคีเครือข่าย บ้าน วัด

โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมขับเคลื่อนบูรณาการอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจ ควบคุมป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของชุมชน กระบวนการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้ทำให้เกิดการทำงานเชื่อมโยงบูรณาการงานระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ใช้ทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนกิจกรรมจนประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่าย เกิดการจัดการความรู้ในชุมชน และสร้างกลไกขับเคลื่อนใหม่เกิดขึ้น ได้แก่ การบูรณาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน เป็นต้น

1.3 ผลผลิตของการพัฒนารูปแบบ (Output) ผลผลิตจากการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถขับเคลื่อนไปจนบรรลุวัตถุประสงค์ ประชาชนมีความตระหนักและตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดการเรียนรู้จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ถูกต้องด้วยตนเอง เกิดผลงานที่ประจักษ์ต่อเนืองในพื้นที่ สรุปลงได้ดังนี้

1.3.1 เกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรับนโยบาย การดำเนินงานต่อเนื่อง โดยการจัดทำแผนสุขภาพระดับตำบล 3 ปี เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพควบคุม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน

1.3.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ผลจากการพัฒนารูปแบบและการต่อยอดของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เกิด ผลงานที่เป็นนวัตกรรมของชุมชน ดังนี้

- 1) นวัตกรรมสื่อลำตัด 3 อ ชุด “สุขภาพดีกับหลัก 3 อ”
- 2) นวัตกรรมสื่อบุคคลด้านการเผยแพร่ความรู้สู่ครอบครัว “เยาวชนจิตอาสา นำพาผู้สูงอายุสุขภาพดี”
- 3) นวัตกรรมคนต้นแบบสุขภาพดี “คนต้นแบบรักสุขภาพ”
- 4) นวัตกรรมรณรงค์ผู้สูงอายุ “ซาเล้งสะดุดรัก”
- 5) ศูนย์เรียนรู้ฝึกปลอดภัยในครัวเรือน
- 6) นวัตกรรม “ตะกร้ารักรวมใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ”

1.3.3 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ผลจากการพัฒนารูปแบบและการต่อยอดของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการออกกำลังกาย มีการพัฒนาพื้นที่สาธารณะเป็นสถานที่ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 2 แห่ง คือ สวนสาธารณะริมแม่น้ำท่าแร่วัดมณีโชติ เป็นสถานที่ออกกำลังกายของหมู่บ้าน และมีการสร้างศาลาเอนกประสงค์เป็นสถานที่ออกกำลังกายในร่มสำหรับประชาชนทั่วไป ณ บริเวณด้านข้างที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย และส่งเสริมการใช้รถจักรยานขี่ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและอาหารปลอดภัย มีการส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษไว้รับประทานในครัวเรือน โดยจัดตั้งเป็นศูนย์การเรียนรู้พืชสมุนไพร ผักปลอดสารพิษ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนเมล็ดพันธุ์/ต้นกล้าสมุนไพรให้ประชาชนนำไปเพาะปลูก นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุได้จัดสาธิตการปรุงอาหารลดโรค อาหารเพื่อสุขภาพ ร้านอาหาร ผู้ประกอบการอาหารตามสั่ง ให้ความร่วมมือลดการปรุงหวาน มัน เค็ม ในอาหารปรุงสำเร็จ หรืออาหารตามสั่ง เกิดศูนย์การเรียนรู้ 2 แห่ง คือ แปลงสาธิตการปลูกผักปลอดสารพิษและธนาคารพันธุ์ผัก ที่หมู่ 1 ตำบลคลองข่อย และศูนย์เรียนรู้แปลงสาธิตการปลูกผักปลอดสารพิษที่หมู่ 5 โรงเรียนวัดมณีโชติ เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหาร ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติจริงในครัวเรือน มีการขยายเครือข่ายครัวเรือนปลูกผักปลอดสารพิษไว้รับประทานเองเพิ่มขึ้นในชุมชนหลายครัวเรือน

ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการผ่อนคลายความเครียด ชุมชนมีการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้มาร่วมกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ได้พบปะสังสรรค์ ร้องเพลง รำวง ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าวัดปฏิบัติธรรมในช่วงเข้าพรรษา มีการจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและเชิดชูเกียรติ ได้แสดงความสามารถบนเวทีในวันผู้สูงอายุ สร้างเสริมโอกาสให้ได้พักผ่อนหย่อนใจ โดยสร้างสวนสาธารณะ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจให้ผู้สูงอายุได้พบบุตรหลานมาพักผ่อนยามเย็น เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ผลของการทดสอบรูปแบบและการเรียนรู้จากการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ

ผลการทดสอบรูปแบบและการเรียนรู้จากถอดบทเรียนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ตำบลคลองข่อย หมู่ที่ 1, 3, 5 ได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ด้านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน พบว่า กระบวนการศึกษาวิจัยได้ก่อให้เกิดการประสานการทำงานของทุกภาคส่วน บุคลากรบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล กล่าวคือ ภาคการเมืองท้องถิ่น ภาคราชการ ภาคประชาชน นักวิชาการ และผู้นำศาสนา ที่ได้มีการประสานความร่วมมือ การร่วมคิดวิเคราะห์และร่วมดำเนินงาน และร่วมถอดบทเรียนหลังดำเนินงาน ได้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ได้เรียนรู้ถึงสาเหตุของ

ปัญหา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และนำมาสู่การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างจริงจัง ในทุกกระบวนการของการทำงานได้รับความร่วมมือที่ดีจากทุกภาคส่วน

2.2 ด้านการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน จากการศึกษาวิจัย พบว่า ทุกขั้นตอนของการดำเนินงานได้สร้างให้ชุมชนเกิดความตระหนักและยกระดับจิตสำนึกด้านสุขภาพ เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง เกิดการสร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อควบคุมป้องกันโรค สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ผ่านกระบวนการจัดเวทีประชาคม สมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการเกิดการเรียนรู้ นำไปสู่การจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ที่ถูกต้องเหมาะสม

2.3 ด้านการพัฒนาบทบาทการทำงานของท้องถิ่น ในการจัดการปัญหาของชุมชน พบว่า ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ได้ผลักดันให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เข้ามามีบทบาทในการจัดการปัญหามากขึ้น โดยให้ความร่วมมือในการดำเนินงานสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยบรรจุอยู่ในแผนสุขภาพชุมชน 3 ปี

2.4 ด้านการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครั้งนี้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้จากหลายฝ่ายที่ได้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการวิจัย ตั้งแต่กระบวนการในการคิด ทำ เรียนรู้ พัฒนาทักษะในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่ควบคุมสถานการณ์ในบริบทสังคมที่เป็นอยู่ และได้มีความพยายามที่จะผสมผสานความรู้และทักษะใหม่ในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ของตนเองเพื่อการพัฒนาโดยมีพื้นฐานของความเชื่อที่ยอมรับถึงความแตกต่างและความหลากหลายที่มีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันของบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นสะท้อนโดยผู้สูงอายุที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ ได้ภายหลังจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวในชุมชนซึ่งได้รับการออกแบบให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ จดจำ ทำซ้ำและได้รับการทบทวนชี้แนะจากแกนนำต่างๆในชุมชน จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986) และผู้ดูแลในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพลดหวาน มัน เค็ม ชุมชนมีส่วนร่วมในการรณรงค์สร้างความร่วมมือกับผู้ประกอบการร้านอาหารปรุงสำเร็จ ลดหวาน ลดเค็ม เมนูสุขภาพ ตลอดจนการส่งเสริมการรับประทานผักสวนครัวซึ่งปลูกไว้รับประทานในครัวเรือน เป็นต้น ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย ผู้สูงอายุเรียนรู้จากการสาธิตการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุและจิตอาสาชมรมผู้สูงอายุ ชุมชนมีการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การขี่จักรยาน การทำสวนครัว ปลูกผักปลอดสารพิษ การสร้างลานออกกำลังกายประจำหมู่บ้านและจัดให้

มีกิจกรรมรวมกลุ่มออกกำลังกายและนันทนาการสัปดาห์ละ 3 วัน ด้านการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น การรวมกลุ่มกิจกรรมนันทนาการ ร้องเพลงลำตัด รำ กลองยาว รำวง การฝึกจิตภาวนา การเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผ่านกิจกรรม “ตะกร้ารวมน้ำใจ” เป็นต้น ผลจากการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต้นแบบดังกล่าวแล้วด้วยการเรียนรู้จากเพื่อนๆ ผู้สูงอายุด้วยกัน และได้ฝึกปฏิบัติทดลองด้วยตนเอง ทำให้มีความมั่นใจและได้รับแรงจูงใจ สนับสนุนจากครอบครัว ผู้นำชุมชน จนสามารถควบคุมและกำกับพฤติกรรมของตนเอง จนผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้และสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างถูกต้อง

การอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี สามารถนำไปใช้ในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชนจนเกิดกระบวนการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน มีประเด็นอภิปรายดังนี้

การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนมีปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือการค้นหาทุนทางสังคม (Social Capital) ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติในบริบทของชุมชนนั้นๆ จนค้นพบ “ทุนมนุษย์” ซึ่งเป็นทุนทางสังคมของชุมชนประกอบด้วย กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กนักเรียน เยาวชน ครู พระภิกษุ ผู้นำศาสนา กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนชุมชนให้มีความเข้มแข็งยั่งยืน นอกจากข้อมูลทั่วไปทางด้านภูมิศาสตร์แล้ว ควรที่จะใช้ “ภูมิสังคม” ของชุมชนมาประกอบใช้ในการทำงานกับชุมชนด้วย และในเรื่องทุนทางสังคมกับการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน ให้ความสำคัญกับ “ทุนมนุษย์” เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งในการสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังนั้นแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนชุมชนในระยะเริ่มแรกจึงมีความจำเป็นต้องใช้แนวคิดหลักการในการทำงานชุมชนแนวใหม่ คือการดึงศักยภาพทุนมนุษย์ทุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน (ประเวศ วะสี, 2547; สุขเมธ ตันติเวชกุล, 2552; ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2553)

การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือ ทำให้เกิดกลไกขับเคลื่อนการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนอย่างเข้มแข็ง ได้แก่ เกิดความร่วมมือระหว่าง บ้าน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถวิเคราะห์ปัญหาชุมชนได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุม เป็นการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมพลังอำนาจในชุมชนให้เกิด

ความร่วมมือกับทุกฝ่ายตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนชุมชน มีการประสานความร่วมมือกันกับองค์กรต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนชมรมสุขภาพต่างๆ ตลอดจนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการประเมินอุปสรรคและปัญหาและตรวจสอบทางเลือกที่เป็นไปได้ เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีจิตสำนึกไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนให้บรรลุความสำเร็จ (นิตยา เงินประเสริฐศรี, 2544; กมล สุตประเสริฐ, 2545) เกิดการผนึกกำลังร่วมกันโดยที่ ชุมชน บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ตลอดจนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานโครงการที่ดำเนินการอยู่ (อรุณรุ่ง บุญธนนิตพงศ์, 2549) จากการทำนงานตามกระบวนการดังกล่าว สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน นอกจากนี้ การผนึกกำลังภาคีเครือข่ายของชุมชน (Strategic Partners) เกิดกระบวนการเรียนรู้ จากการปฏิบัติการให้เห็นจริงและการมีส่วนร่วมในการประเมินติดตามผล โดยใช้หลักการพัฒนาจากล่างขึ้นบน ให้ชุมชนได้คิดวิเคราะห์และมีส่วนร่วมในการทำงานตั้งแต่เริ่มกำหนดนโยบายจนถึงขั้นตอนสุดท้ายในการประเมินผล เป็นการพัฒนาที่เน้นให้ชุมชนรู้จักคิดวิเคราะห์ด้วยเหตุผลและใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา พัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ให้ความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจในกิจกรรม โดยการผนึกกำลังแกนนำชุมชนเป็นแนวร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู นักเรียน ผู้นำชุมชน องค์กรบริการส่วนตำบล และชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการรับประโยชน์และมีส่วนร่วมในการประเมินผลสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้สู่สุขภาวะที่ยั่งยืน (ครรชิต พุทธิรักษา, 2554; อคิน รพีพัฒน์, 2547) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของทุกส่วนของสังคม ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน เข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาและบูรณาการความร่วมมือกันในการร่วมกันผลักดันนโยบายการขึ้นนำแนวทางดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การยกระดับจิตสำนึกด้านสุขภาพแก่ครอบครัวและชุมชน ด้วยการปรับเปลี่ยน กระบวนการทำงานเชื่อมโยงระหว่างภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชน โดยผ่านกระบวนการใช้ชุมชนเป็นฐานในการทำงาน (Community Based) โดยปรับเปลี่ยนจากภาครัฐทำงานชุมชนแบบให้การสงเคราะห์หรือจัดหาให้โดยผู้เชี่ยวชาญปรับเปลี่ยนเป็นการใช้ชุมชนเป็นฐานในการทำงานและให้ชุมชนมามีส่วนร่วมเป็นหุ้นส่วน เปลี่ยนจากการ “ทำให้” เป็นการ “ร่วมกันทำ” การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจและทฤษฎีการ

สร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคม่าเป็นฐานในการสนับสนุนให้กลไกขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งมีประเด็นอภิปรายดังนี้

การเสริมพลังอำนาจโดยใช้การสร้างการเรียนรู้และเสริมพลังคนในชุมชน โดยการทำงานชุมชนแบบการขับเคลื่อนทางสังคมและระเบิดศักยภาพภายในของบุคคลและชุมชน โดยกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่ม พัฒนาแกนนำในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เป็นต้น เกิดการจัดการกับคนในกลุ่มให้เกิดการทำงานร่วมกันได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน สอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างพลังของเฟลอร์รี่ (Fleury, 1991) ที่มีแนวคิดการสร้างพลังอำนาจที่เน้นการเกิดกระบวนการเสริมพลังอำนาจในบุคคลให้บุคคลมีพลังอำนาจในการควบคุมผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต นำไปสู่ความเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้ เป้าหมายสุดท้ายคือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน รู้จักปัญหาของตนเอง มีความสามารถในการระดมทรัพยากร และแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่หรือได้รับการพัฒนาจนเกิดการเรียนรู้และกำหนดทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์กลไกขับเคลื่อนการดำเนินการจนมีผลลัพธ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น กลุ่มคนต้นแบบรักสุขภาพ กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสา กลุ่มแกนนำเยาวชนจิตอาสา เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Counelly et al., 1993 (อ้างในประนอม โอทกานนท์, 2543) พบรูปแบบการสร้างพลังอำนาจ (Model of Empowerment) ที่เริ่มจากน้อยไปมาก มี 4 ระดับ คือ การมีส่วนร่วม (Participation) การเลือก (Choosing) การสนับสนุน (Supporting) การเจรจา (Negotiation) ผลลัพธ์จากกระบวนการสร้างพลังอำนาจโดยเมื่อบุคคลพัฒนาถึงระดับที่ 4 บุคคลจะรับรู้ผลทางการสร้างพลังอำนาจในตนเองได้ เช่น รับรู้ว่าตนเองมีความกล้าแสดงออกมากขึ้น มีอิสระและมีคุณค่าเพิ่มขึ้น เป็นต้น ก่อให้เกิดการปฏิบัติการที่เรียกว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจของชุมชนเริ่มจากคนในชุมชนจะเป็นทั้งผู้เรียนและผู้สอน รับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ซึ่งกันและกัน แสวงหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนของตนเอง (อำพล จินดาวัฒนะ, 2545; รุจา ภูโพบูลย์, 2547; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2549)

การเสริมสร้างแรงจูงใจป้องกันโรคทำให้ชุมชนเกิดรับรู้และตระหนักถึงอันตรายและความเสี่ยงของการเกิดโรค (Protection Motivation) โดยผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่นอนติดบ้านติดเตียงในชุมชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับที่กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มแกนนำเยาวชนแสดงความคิดเห็นว่ากิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ทำให้เด็กและและเยาวชนรับรู้และตระหนักถึงอันตรายและความเสี่ยงของการเกิดโรคและสอดคล้องทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Roger, 1983) ซึ่งมีความเชื่อว่าแรงจูงใจ

เพื่อป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อบุคคลเห็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง รู้สึกว่าตนเองเสี่ยงอันตรายนั้น ทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ รับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้โอกาสการเกิดโรค นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่พึงประสงค์ จากการผสมผสานกลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจและการสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคในการสนับสนุนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้มีผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบเพื่อจัดการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนในรูปแบบแผนสุขภาพชุมชน นวัตกรรมชุมชน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพในชุมชน สอดคล้องกับ ดารณี จามจรี และคณะ จินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ได้ทำการศึกษาหลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ในบริบทสังคมไทย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ผลการศึกษาพบว่า การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยสัมพันธ์กับการสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความมุ่งมั่นในการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง จนสามารถควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังได้สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน ที่สนับสนุนให้ชุมชนเกิดความสำนึกและมีพันธสัญญาต่อส่วนรวม การสร้างเสริมให้ชุมชนลงมือทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เน้นการสั่งสมความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงและเป็นการเรียนรู้แบบปฏิสัมพันธ์ โดยเริ่มจากการสร้างทีมงาน เขียนโครงการ จัดทำแผนดำเนินงานควบคู่ไปกับการสะท้อนความรู้สึกร่วมกัน จนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ตอนล่าง, 2543) นอกจากนี้ การสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุและพ่อแม่ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวมีความตระหนักเพิ่มขึ้น กระบวนการเรียนรู้ชั้นต้นนี้ แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) (Boer and Seyde 1996; Egger et al.1999; Protection Motivation Theory, 2009 : online) ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวจากการสื่อสาร 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย การรับรู้โอกาสของการปรากฏการณ์หรือรับรู้โอกาสของการเสี่ยงและความคาดหวังของการตอบสนองต่อคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย สอดคล้องกับ เตือนใจ หมากแก้ว (2542) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรครับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีความสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับอัญชลี นพรัตน์ (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเสริมโดยรวม ได้แก่ การ

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสื่อประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริมโดยรวมได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสื่อประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 01 นอกจากนี้กิจกรรมสื่อประชาสัมพันธ์ที่แกนนำชมรมผู้สูงอายุได้ร่วมกันสร้างนวัตกรรม นำมาร้องเป็นเพลงประจำชมรม และรณรงค์เผยแพร่ความรู้สร้างความตระหนักโดยผู้สูงอายุด้วยกันเอง ทำให้เกิดความสนุกสนาน มีส่วนร่วม และผู้สูงอายุสามารถจดจำเนื้อหาความรู้และนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของประชาชนและผู้เกี่ยวข้องที่แสดงความคิดเห็นว่าประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจากการรณรงค์ผ่านสื่อหลายช่องทาง ซึ่งทุกช่องทางมีวัตถุประสงค์เดียวกันคือ สร้างเสริมความตระหนักถึงภัยคุกคาม ลดโอกาสการเกิดโรคเรื้อรังและมีความรู้ในการปฏิบัติตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

ผลผลิตจากการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย ในการมีส่วนร่วมประสานงานความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน โดยทำหน้าที่ของภาคการเมืองท้องถิ่น ในการร่วมกันจัดการปัญหาโรคเรื้อรัง มีรูปแบบการทำงานที่เกิดจากการร่วมแรง ร่วมคิด จากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ตั้งแต่ภาคการเมืองท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน ครอบครัว ตัวแทนเยาวชน โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร่วมกันกำหนดแผนสุขภาพชุมชน 3 มิติขึ้นเพื่อรณรงค์สื่อสารความรู้การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนกับการปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากเป็นโอกาสให้ประชาชนมีความเป็นเจ้าของชุมชน มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น เกิดจากความเต็มใจและความตั้งใจของประชาชนที่จะเข้าร่วมจัดการปัญหา เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (อรทัย ก๊กผล, 2555) สอดคล้องกับ อัมพรพรรณ อธิราบุตร (2548) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ นโยบายที่ชัดเจน ภาวะผู้นำของแกนนำชุมชน เกิดกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมและเกิดการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เชื่อมโยงบูรณาการระหว่างบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เกิดนวัตกรรมชุมชนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และเน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ผนึกกำลังองค์กรภาครัฐและองค์กรชุมชน เป็นแนวร่วมในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ ทบทวน ทำซ้ำ เป็นทั้งผู้เรียน ผู้สอน (Bandura, 1986) รับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ซึ่งกันและกัน กำหนดแนวทางร่วมกัน

และนำแนวทางสู่การปฏิบัติจริงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ ชุมชนมาส่วนร่วมในการรณรงค์ประสานความร่วมมือผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่ง อาหารสำเร็จรูป เป็นแนวร่วมสนับสนุนการปรุงอาหาร ลดหวาน ลดเค็ม เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงอาหารและโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมการรับประทานผักสวนครัว พืชสมุนไพรในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ครอบครัวปลูกผักสวนครัว ไร่ผักในครัวเรือน ด้านการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้อง จัดกิจกรรมสัปดาห์การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ และจิตอาสาชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบผสมผสานในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การขี่จักรยาน การทำสวนครัวปลูกผักปลอดสารพิษ ส่งเสริมให้มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน เป็นต้น ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียด มีอารมณ์ดี สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบตัว และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข โดยการส่งเสริมการเข้าวัดปฏิบัติธรรม การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดในชมรมผู้สูงอายุและส่งเสริมการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสันทนาการร่วมกัน เป็นต้น นอกจากนี้การคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม “ตะกร้ารวมน้ำใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ” ไปเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงเป็นการสร้างพลังสุขภาพทางปัญญาและจิตวิญญาณของกลุ่มผู้สูงอายุที่จะแบ่งปันในสังคมและการมีจิตอาสาเป็นแบบอย่างที่ดีที่เน้นการรวมกลุ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม และยกย่องให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง ในการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุด้วยกัน ผลลัพธ์อีกด้านหนึ่งที่ได้จากกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสาและแกนนำเยาวชนจิตอาสา การสร้างความตระหนักในการรับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดบ้านติดเตียง จากการได้เห็นสื่อบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย มีประสบการณ์โดยตรง เห็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรงส่งผลให้บุคคลปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโรเจอร์ (Rogers, 1983) ซึ่งมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อบุคคลเห็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง และมีความรู้สึกว่าตนเองเสี่ยงต่ออันตรายนั้น กระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสารคือสิ่งแวดล้อมที่ได้พบเห็น การพูดคุยซักชวน การเรียนรู้จากสังเกต หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของเบนดูราที่อธิบายถึงการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม จนเกิดการเรียนรู้และแสดงพฤติกรรมเป้าหมายได้ถูกต้อง (Bandura, 1986) นอกจากนี้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการรับส่งผู้สูงอายุเพื่อ การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเสมอภาค การจัดการบริการรับส่งผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานคอยรับส่ง และขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดการบูรณาการทำงานกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาบริหารจัดการให้เกิด

ประโยชน์สูงสุด เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ เนาวรัตน์ ช่างไม้ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางรักน้อย อำเภอมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกสบายและสิ่งอำนวยความสะดวกทางทรัพยากร และการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุ คือ สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ ประภัสสร ผิวหอม (2557) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยเสริม ปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมาชิกชมรม และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว ได้รับการอำนวยความสะดวกด้านสิ่งของ ด้านการเงิน และการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการรับส่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ซึ่งเกิดจากความต้องการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีรายได้น้อย และไม่มีบุตรหลานคอยรับส่ง ได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและเป็นการสร้างปัจจัยสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุให้มีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และจากการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของชุมชน ก่อให้เกิดนวัตกรรมรถซาเล้งรับส่งผู้สูงอายุ โดยแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสาได้นำรถซาเล้งที่ไม่ใหม่มาดัดแปลงเป็นรถรับส่งผู้สูงอายุในวันกิจกรรมชมรม สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ใช้บริการรถรับส่งซาเล้ง มีความรู้สึกพึงพอใจ ประทับใจในบริการรถรับส่งของผู้สูงอายุจิตอาสาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดความเอื้ออาทรและสร้างเสริมความรักความสามัคคีให้เกิดขึ้นในชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสให้เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

ผลลัพธ์จากการทดสอบรูปแบบได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อม เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในบุคคลด้านความเชื่อ ทศนคติ และการรับรู้ความสามารถในตนเอง

ส่งผลต่อการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ ได้อย่างถูกต้อง และสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรมเกิดขึ้นในชุมชน ดังนี้ 1) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) องค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อยได้ประกาศนโยบายการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังบรรจุในแผนสุขภาพชุมชน 3 ปี และสนับสนุนงบประมาณในแผนพัฒนาสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในชุมชน ได้แก่ลานกีฬาในร่ม ปรับปรุงภูมิทัศน์สวนสาธารณะริมแม่น้ำแม่คลอง เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และลานออกกำลังกาย สนับสนุนการตั้งศูนย์เรียนรู้พืชสมุนไพรและผักปลอดสารพิษในชุมชน สนับสนุนงบประมาณให้ชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 2) ด้านผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในบุคคล จากการได้รับการเสริมพลังอำนาจการสร้างเสริมแรงจูงใจป้องกันโรค การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จนรับรู้ความสามารถในตนเอง ได้รับการเรียนรู้จากการสังเกต เก็บจำ จากผู้สูงอายุคนต้นแบบรักษสุขภาพ 3) ผู้สูงอายุเกิดเรียนรู้และสร้างพฤติกรรมสุขภาพใหม่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง โดยมีการสนับสนุนจากรอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1 การทำวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยควรเลือกที่พำอาศัยอยู่ในชุมชนและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ตามปฏิทินชุมชนเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 เนื่องจากในชุมชนมีข้าวจังหวัดเมืองทองถิ่นดังนั้นผู้วิจัยควรระมัดระวังในการวางตัวให้เป็นกลางไม่เอนเอียงในข้าวจังหวัดเมืองทองถิ่นฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งสามารถพูดคุยและร่วมงานได้ทุกฝ่ายโดยถือประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก

1.3 ในบริบทชุมชนมีโครงสร้างองค์กรชุมชนหลายฝ่ายซึ่งมีส่วนได้ส่วนเสียและมีผลประโยชน์ทับซ้อนกัน ผู้วิจัยควรใช้เทคนิคการเจรจาไกล่เกลี่ยทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและดึงทรัพยากรทุนทางสังคมของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับชุมชน

2.1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนต้องสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชนมาร่วมกันพัฒนารูปแบบซึ่งเกิดจากความต้องการที่

แท้จริงของชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้และสร้างการมีส่วนร่วม

2.2 บุคลากรภาครัฐซึ่งปฏิบัติงานในชุมชนควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำความรู้มาขับเคลื่อน ชี้นำ และผลักดันนโยบายการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (NCD Policy Advocacy)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามประเมินผลการดำเนินงานของพื้นที่ เพื่อให้เกิดรูปแบบที่ต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ควรมีการนำรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป
3. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดการถอดบทเรียนการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในประเด็นที่ทำทหายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชน เพิ่มเติมจากกิจกรรม 3 อ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาชุมชนต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมล สูดประเสริฐ.(2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กรกนก หล้าลาภ. (2554). การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยยั้ง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- กรณีกาญจน์ ภมรประวัติ. (2553). กินคลายโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย.(2553). สถิติประชากรไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dopa.go.th/stat/sumyour.html>. [7 กรกฎาคม 2554]
- กรมอนามัย. (2552). แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย 2553-2556. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์
- กล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2551). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โกวิท พวงงาม. (2549). การส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชนิษฐา กาญจนสินนท์.(2536). โครงการและการเข้าถึงเครือข่ายเศรษฐกิจนอกระบบในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
- ชนิษฐา นนทบุตร และคณะ.(2550). กรณีศึกษา นวัตกรรม การดูแลสุขภาพชุมชน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- ครรชิต พุทธิโกษา. (2554). คู่มือการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- จิตติมา บุญเกิด, แสงสุลี ธรรมไกรสร และดำรงรัตน์ เลิศรัตนานนท์. (2552). รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องพัฒนาระบบดูแลสูงอายุ : กระบวนทัศน์ทิศทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. วันที่ 22 - 23 มกราคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.).
- จิตรศิริ ชันเงิน.(2547). การศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ. (2546). **โครงการการทำงานของผู้สูงอายุ**. ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2553). **คู่มือทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อพัฒนางานกองทุน สปสช.** องค์การภาคีองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ.
- ชนาธิป ศรีพรหม.(2557). **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์การพัฒนากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชนิตาวดี สายีน. (2556). **การจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดปัญญาศึกษาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. (2552). **สารจากอธิบดีกรมอนามัย(2)**. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบบริการกรมอนามัย. (แผ่นพับ)
- เตือนใจ หมวกแก้ว (2542). **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหารชั้นประทวนจังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2527). **การมีส่วนร่วมของประชาชน**. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนาศู บุญทอง. (2543). **ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- นครินทร์ เมฆไตรรัตน์ และคณะ. (2552). **รายงานผลการศึกษาคำแนะนำของการกระจายอำนาจในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นรเศรษฐ์ เรืองพยุงค์ศักดิ์. (2549). **การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ปี 2549**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์การพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏจอมบึง
- นิตย์ ทัศนียม และคณะ. (2546). **การพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน: กระบวนการและปัญหาอุปสรรค**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยากร ลุนพรหม. (2552). **การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนบ้านดงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- เนาวรัตน์ พลายน้อย. (2546). การวิเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ในการถอดบทเรียนโดยเครื่องมือการวิเคราะห์หลังปฏิบัติการ(AfterAction Review). เอกสารประกอบการฝึกอบรมการสรุปบทเรียนสะท้อนกลับและปรับตัว จัดโดยสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2546 ณ อาคารคอนเวนชัน เซ็นเตอร์ อิมแพค เมืองทองธานี.
- เนาวรัตน์ ช่างไม้. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางรักน้อย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2552). รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องการพัฒนาาระบบดูแลสูงอายุ : กระบวนทัศน์ทิศทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. วันที่ 22-23 มกราคม 2552; โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.).
- บัณฑิต จันทยานี และคณะ. (2544). Ageing Male “Men’s Health Through the Ages”. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ประนอม โอทกานนท์. (2546). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ใน สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล บรรณาธิการ. การดูแลผู้สูงอายุ...คุณภาพที่คาดหวัง. การอบรมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2546 ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม พ.ศ. 2546; ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภัสสร ผิวหอม. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ประเวศ วะสี. (2547). ทูทางสังคมกับการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน. องค์ปาฐกในงานสัมมนาการจัดทำแผนที่ข้อมูลทางสังคม จังหวัดกาญจนบุรี
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี พลังวชิรา,ปิติ พลังวชิรา. (2539). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทางอายุรศาสตร์ครอบครัว. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา 9(3) (ส.ค. 2539) : 35-43

- ปานทอง ผุดผ่อง. (2555). **รูปแบบการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านกุดจอก ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พนมมาศ สุกีคำ. (2551). **การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
- พนัชญา ประดับสุข. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามสูง จังหวัดสุพรรณบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พันธ์ทิพย์ รามสูต.(2540). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม.** กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรรัตน์ ศรีวงศ์. (2552). **รายงานการวิจัย การศึกษาสภาวะสุขภาพ ภาวะพึ่งพาและการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.**
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ. (2544). **การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน : วิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 5(2). 183-197.**
- เพิ่มพูน ธรรมเจริญ. (2555). **ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.stouhealth.org/.html> [9 พฤษภาคม 2555]
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจจากภัย. (2557). **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 9(2) : 13-20**
- ไพโรจน์ ชลารักษ์. (2549). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารราชภัฏตะวันตก 1(1) (กรกฎาคม-ธันวาคม) : 17-23.**
- ไพศาล เกื้ออรุณ. (2541). **การศึกษาประสิทธิผลการให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัว :กรณีศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลย่านตาขาว. วารสารวิชาการเขต 9(3) (กรกฎาคม-กันยายน) : 15 – 18.**
- ไพศาล ไกรรัตน์. (2556). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ตำบลนาแสง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- มัลลิกามัตติโก และคณะ. (2546). **สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. รายงานการวิจัย.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2542). **ชุมชนกับการบริการผู้สูงอายุ: บทเรียนจากประสบการณ์ในคณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุด้านวิชาการ. สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ. การประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ. 22-24 พฤศจิกายน 2542: โรงแรมปรีณชพาเลซ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2542). **รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชน กับผู้สูงอายุไทย, สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต. 23-24 ธันวาคม พ.ศ. 2542; โรงแรมรอยัล ริเวอร์. กรุงเทพฯ:**
- รัตนา ด้วงแก้ว. (2551). **คู่มือการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาชุมชน.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.banprak-nfe.com/webboard/index.php?>. [14 พฤศจิกายน 2555]
- วชิระ บถพิบูลย์ และสุเทพ เพชรมาก. (2551). **การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ในอำพล จินดาวัฒนะ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกุล, บรรณาธิการ. การสร้างเสริมสุขภาพภาพ: แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วัชรภรณ์ ชัยวรรณ. (2550). **ทฤษฎีการเรียนรู้ของเบนดูรา.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://watcharaphonchai.blogspot.com/2007/08/bandura.html> [27 เมษายน 2559]
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). **บรรณาธิการ. การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อมูลการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย.** ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- วันดี โภคะกุล. (2548). **นโยบายและแผนด้านสุขภาพผู้สูงอายุในการดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.**
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). **การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- วารุณี สิงห์สุศักดิ์. (2551). **การศึกษาแนวทางการประยุกต์ใช้ทำรำไทยมาตรฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.**

- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาทิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรุษราช.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2551). รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- ศริญญา นพวิบูลย์. (2556). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านคูกเหนื่อ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2536). การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2542). แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ใน สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ. การประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ 22-24 พฤศจิกายน 2542. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย).
- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ตอนล่าง (2543). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ 14, 3 (เมษายน - มิถุนายน). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://advisor.anamai.moph.go.th/hph/text/part.html> [18 เมษายน 2555]
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารจังหวัดราชบุรี. (2552). ประวัติและความเป็นมาจังหวัดราชบุรี. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ratchaburi.go.th/centernews/index.htm> [2 กรกฎาคม 2553]
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548-256. กรุงเทพฯ: เอ็ดดิสัน เพรสโปรดักส์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). สารประชากรปีที่ 20 มกราคม 2554. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsth/PublicationGazette.html> [5 กันยายน 2554]

- สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2553). **สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/aging98.html [5 กันยายน 255]
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติด้วยคุณภาพ. (2542). **การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. 22-24 พฤศจิกายน 2542**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์. (2550). **รายงานวิจัยสถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง**. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมชาติ โลจายะ และคณะ. (2539). **มาตรฐานการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูง** กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สมชาย ต่อเพ็ง. (2552). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมาน ตั้งอรุณศิลป์. (2543). **รายงานผู้ป่วยหลอดเลือดแตกในสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูง ในสถาบันประสาทวิทยา. วารสารกรมการแพทย์ 25(9) กันยายน : 380 – 383.**
- สวัสดี ภูทอง. (2546). **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับใหญ่ในชุมชนชนบทภาคเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายสวาท เด่นดวงใจ (2554). **สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2554**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://61.19.188.25/healthpro/NCD54.pdf>. [23 พฤษภาคม 2555]
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2552). **สถิติการตาย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf> [5 กันยายน 2554]
- สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2545). **ชุดวิชาการวิจัยชุมชน**. กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินติ้ง.
- สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข.(2551). **รายงานผลการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20100829_59463275.pdf [5 กันยายน 2554]

- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. (2545). **สุขภาพกับผู้สูงอายุใน สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บรรณาธิการ. ผู้สูงอายุ ในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจน ข้อเสนอแนะ นโยบาย และการวิจัย.** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา กระจำนแดน. (2540). **ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลด ความเครียด และความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุปรिता มั่นคง. **สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย.**(2549). **การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพองค์กรรวมของผู้สูงอายุ. วันที่19-21 กรกฎาคม 2549.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย ศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวศ์ จันทวานิช.(2531). **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวินิจฉัยเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพฯ: สำนัก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเมธ ตันติเวชกุล. (2552). **การพัฒนาตามภูมิสังคมตามแนวพระราชดำริ : คำเสนอขอ, บรรณาธิการ. การพัฒนาภูมิสังคมอย่างยั่งยืน. สรุปรายการบรรยายในชั้นเรียน จาก ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล.**
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2551). **การสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพ: จากสากลสู่ ไทย ในอำพล จินดาวัฒนะ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, บรรณาธิการ. การสร้างเสริม สุขภาพภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุรียา วีรวงศ์. (2538). **การศึกษาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนในพื้นที่แนวกันชนของเขตรักษา พันธุ์สัตว์ป่า ห้วยขาแข้ง.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคมแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ และคณะ. (2547). **โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข: อนาคตของ ระบบบริการสาธารณสุข. วารสารนโยบายและแผนงานสาธารณสุข 1(2) : 48-58.**
- อคิน รพีพัฒน์. (2547). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา.** กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษา นโยบายสาธารณสุข.
- อมรรัตน์ อัครเศรษฐกุล และคณะ. (2551). **พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอ วังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 (เมษายน-มิถุนายน2551) : 1265-1272.**
- อรรถัย ก๊กผล. (2546). **คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน.** กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อรรถัย กักผล. (2552). **คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับผู้บริหารท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: ส.เจริญการพิมพ์.
- อรรถัย กักผล. (2555). **บทวิเคราะห์ร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- อรุณรุ่ง บุญธนนันทพงศ์. (2549). ไม่ใช่เรื่องง่ายกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. **วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร** 1(1) (มกราคม-มิถุนายน) : 19-26.
- อัญชลี นพรัตน์. (2552). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาศึกษาศาสตร์ ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัมพร เจริญชัย และคณะ. (2547). **สถานการณ์การให้บริการของรัฐและเอกชนที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อาจินต์ สงทับ. (2556). **การพัฒนาารูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง**. วิทยาลัยการสาธารณสุข จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อารีย์วัลยเสวี และคณะ. (2542). (ร่าง) **รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- อำพล จินดาวัฒน์, สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกุล. (2551) **บรรณาธิการ. การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2546). **การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**. **วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม** 26(4) : 28-33.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2545). **สู่บริการสาธารณสุขใหม่ที่มีหัวใจของการเป็นมนุษย์**. **วารสารหมออนามัย** 12(8) : 3 - 22.
- อิทธิพล คุ้มวงศ์. (2554). **ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตอำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ภาษาอังกฤษ

- Adili,F., Higgins,I., Koch,T. (2012). Inside the PAR group : The group dynamics of woman learning to live with diabetes. **Action Research** 10(4) : 373-386.
- Adili,F., Higgins,I., Koch,T. (2013). Older woman and chronic illness : Transitioning and learning to live with diabetes. **Action Research** 11(2) : 142-156.
- American Diabetes Association and National Institute of Diabetes (2003). Digestive and Kidneys Diseases. 2003. Prevention of Delay of Type2 Diabetes. **Diabetes Care** 26(s1) : 62-69.
- American Diabetes Association. (2004). Physical Activity / Exercise and Diabetes. **Diabetes Care** 27(s1) : 58-62.
- Archanupap, S., Jindawathana, O., & Pipatrotjanakamol, S. (2008). **Primary Health Care and Health Promotion: Concepts and lessons of Thailand**. Bangkok: Publisher Thai health books,
- Bandura, A. (1986). **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory**. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Bandura A. (1999). **A social cognitive theory of personality**. In **Handbook of Personality**, ed. L Pervin, O John. (2nd ed.). New York: Guilford.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. **Cognitive Theory and Re-search** 1 : 287-308.
- Boor, H. and Seydel, E.R. (1996). **Protection Motivation theory**. In Connor M, Norman P. editors. **Predicting health behavior**. Buckingham (UK): Open University Press.
- Bradley,H., Puoane,T. (2007). Prevention of Hypertension and Diabetes in Urban Setting in South Africa: Participatory Action Research with Community Health Workers. **Ethnicity & Disease**. 17 : 49-54
- Ministry of Public Health, Thailand, (2014). **Bureau of Non Communicable Disease**. [Online]. from: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- Ciu, F. (2003). Transformational potential of focus group practice in participatory action research. **Action Research Journal** 1(2) : 165-183.

- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., et al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure : The JNC 7 Report (erratum in :Journal of the American Medical Association. **Journal of the American Medical Association** 289(19) : 2560-2572.
- Connelly, L.M. (1993). A place to be your self: empowerment form the client's perspective. **Journal of Nursing Scholarship** 25(4) : 297-303.
- Davies, M., Francis, J., Martinello, R., Ordin, D., Roth, C., & Schatz, S.S. (2010). **Health Services Research & Development: Using Evaluation to Improve our Work: A Resource Guide**. U.S.: Department of Veterans Affairs.
- Etowa, J. B., Bernard, W. T., Oyinsan, B., & Clow, B. (2007). Participatory Action Research (PAR): An Approach for Improving Black Women's Health in Rural and Remote Communities. **Journal of Transcultural Nursing** 18(4) : 349-357.
- Fleury, J.F.(1991). Empowerment potential :A theory of wellness motivation. **Nursing Research** 40(5) : 354 - 291.
- Gibson,C.H. (1993). A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing** 16(1) : 354-361
- Goodyear, P. (2005). Educational design and networked learning: Patterns, pattern languages and design practice. **Australasian Journal of Educational Technology** 21(1) : 82-101.
- Gray,R.and Dona,B.(1990).Empowerment and person with cancer:Politics in cancer medicine. **Journal of Palliative Care** 6(2) : 33-45
- Green ,L.W. and Kreuter, M.W. (2005). **Health Program Planning: an educational and ecological approach** (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hackam D.G. et all. (2010). The 2010 Canadian Hypertension Education program recommendation for the management of Hypertension : part 2-therapy.The Canadian **Journal of cardiology** 26(5) : 249-258
- Holmes W., Joseph J. (2011). Social participation and healthy ageing: a neglected, significant protective factor for chronic non communicable condition. **Globalization and Health** 43(5) : 1-8.

- Hsieh, F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. **Quality Health Research** 15(9) : 1277-1288.
- Ingram, M., Murrietta, L., Zapien, J.G., Herman, P.M., Carbajal, S.C. (2015). Community health workers as focus group facilitators : A participatory action research method to improve behavioral health services for farmworkers in a primary care setting. **Action Research** 13(1) : 48-64.
- Ingram, M., Murrietta, L., Zapien, J.G., Herman, P M., & Carvajal, S. (2015). Community health workers as focus group facilitators: A participatory action research method to improve behavioral health services for fromworkers in primary care setting. **Global Journal of Health Science** 8(6).
- Joseph, J., Holmes, W.R. (2011). Social participation and healthy ageing : a neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions. **Globalization and Health** 7(43) : 1-8.
- Jungsatearnsup, K. (2002). **Structure and access to rural non-economic network.** Thesis, Education Development of Srinakharinwirot University.
- Justine, M., Azizan, A., Hassan, V., Salleh, Z., & Manaf, H. (2013). Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-age and elderly individuals. **Singapore Med** 54(10) : 581-589.
- Kazdin, A. E. (1979) Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 47 : 725-733
- Koch, T., & Kralik, D. (2001). Chronic illness: Reflections on a community-based action research programme. **Journal of Advanced Nursing** 36(1) : 23-31.
- Koch, T., & Kralik, D. (2006). **Participatory action research in health care.** Oxford: Blackwell Publishing.
- Koch, T., Jenkin, P., & Kralik, D. (2004). Chronic illness self-management: Locating the 'self'. **Journal of Advanced Nursing** 48(5) : 484-492.
- Laverack, G. (2005). **Public health: power, empowerment and professional practice.** New York: Palgrave Macmillan.
- Laws S, Harper C, Marcus R. (2003). **Research for Development: A Practical Guide.** London: SAGE Publications;

- Lax, W., Galvin, K. (2002). Reflection on a community action research project: inter-professional issues and methodological problems. **Journal of Clinical Nursing** 11 : 376-386.
- Lin, A., Zhang, G., Liu, Z., Gu, I., Chan, W., & Luo, F. (2014). Community - Based Lifestyle Intervention for Producing Blood Pressure and Glucose among Middle-Aged and Older Adults in China: A Pilot Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health** 11 : 11645-11663.
- Lukler, M. (2000). Using participatory action research to build health communities. **Public health report** 115 : 191-197.
- McTaggart R. (1990). Principles of participatory research. **J Participatory Action Res Netw.** 1 : 29-45.
- Mission-Centered Solutions, Inc. (2008). "The After Action Review" Franktown, Colorado. [Online]. from: <http://www.fireleadership.gov/toolbox/afteractionreview/arr.pdf>
- Monat, M., & Lazarus, R. (1991). **Stress and Coping: an anthology**. New York: Columbia University.
- Nuntaboot, K. (1994). **Cultural perception of illness in rural Northeastern**. Ph.D. Thesis, Department of philosophy, Massey University, Palmerton north, New Zealand.
- Oo, Y, M., Punpuing, S. & Chamchan, C. (2015). Factors Affecting Quality of Life of Older People in Taungu Township, Bago Region, Myanmar. **Journal of Health Reserch** 29(4) : 235-241.
- Ory, M, G., Altpeter, M., Belza, B., Helduser, J., Zhang, V., & Smith, M, L. (2015). Perceived utility of the RE-AIM framework for health promotion/disease prevention initiatives for older adults: a case study from the U.S. Evidence-based disease prevention initiative. **Original Research Article** 143(2) : 1-18
- Patel V, Prince M. (2001). Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, India. **Psychol Med** 31(1) : 29-3.
- Phlaynoi, N. (2003). **After Action Review**. The Bureau of Health Promotion Fund on November 11, 2003, at the Convent Center , Muang Thong Thani, Thailand.

- Plofnikoff, R.C. and Higginbotham, N. (2002). Protection motivation theory and exercise behavior change of the prevention of heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adults. **Psychology Health and Medicine** 7(1) : 87-89
- wikipedia. (2009). **Protection Motivation Theory**. [online]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Protection_Motivation_Theory [2009, March 11].
- Puttagosa, K. (2011). **Guide the development of a learning community complete**. Thailand: National Research Council.
- Rainex, S. (2013). Social Participation and Social Engagement of Elderly People. **Procedia-Social and Behavioral Sciences** 116(2014) : 780-785.
- Robert S.M. (1998). ACSM Position Stand on Exercise and Physical Activity for Older Adults. **Medicine & Science in Sport Exercise** 30(6) : 992-1008
- Rogers, R.W. (1983). **Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation**. In Cacioppo, J. and Petty, R. (Eds.), *Social psychology: A source book*. New York: Guilford Press.
- Satari, B. (2007). Investigating the social and health situation of rural older people with the approach of empowering rural older people. **Iranian Journal of Ageing** 1 : 132-139.
- Shrestha LB. (2000). Population ageing in developing countries. **Health Affairs** 19(3) : 204-212.
- Smeltzer SC, Bare BG. (2004). **Assessment and management of patients with hypertension**. In : *Brunner & Suddarth's textbook of medical – surgical nursing*. (10th ed.). Philadelphia : Lippincott William & Wilkin.
- Springett J, Leavey C. (1995). Participatory action research: the development of a paradigm, dilemmas and prospects. In: Bruce N, ed. *Research and Change in Urban Community Health*. Aldershot: Avebury 1995 : 57–66.
- Stuckler D. (2008). Population causes and consequences of leading chronic diseases: a comparative analysis of prevailing explanations. **Milbank Q**. 86(2) : 273-326.

- Tanasukren, C. (2010). **Guide the work of community health workers to fund development NHSO. Tambon Administration Organization of corporate parties or civic community and Health Network.** [Online]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3408?locale-attribute=th>
- Thurston RC, Kubzansky LD. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosom Med* 71(8) : 836-42.
- UN General Assembly. (2011). **Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.** UN New York.
- Vapatthanapong, P., Prasartkul, P. (2006). **Aging population.**Institute for Population and Social Research. Thailand: Mahidol University.
- Whitehead, D., Taket, A., & Smith, P. (2003). Action research in health promotion. *Health Education Journal* 62(1) : 5-22.
- World Health Organization. (1986). **Ottawa charter for Health Promotion. The First Global Conference on Health Promotion.** November 17-26, Ottawa, Ontario, Canada.
- World Health Organization. (1988). **The Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. The Second Global Conference on Health Promotion.** April 5-9, Adelaide, South Australia.
- World Health Organization.(2005). **Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action.** Geneva.
- World Health Organization (2009). **Action plan for the global strategy for the prevention and control of Non communicable diseases.** Geneva.
- World Health Organization (2011). **Global status report on non-communicable diseases 2010.** Geneva.
- World Health Organization (2013). **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs.** Geneva.



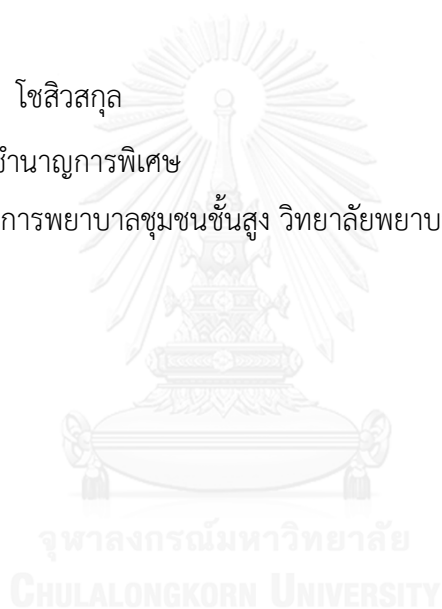
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิญญู มิตรานนท์
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอายุรกรรมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลส์
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
3. อาจารย์กัลปิงหา โขสิวิสกุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชนชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพฯ





ภาคผนวก ข

ใบรับรองโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 095/2556

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 033.1/56 : การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ผู้วิจัยหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุนทรทรัพย์
หน่วยงาน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประดิษฐ)

ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 28 พฤษภาคม 2556

วันหมดอายุ : 27 พฤษภาคม 2557

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



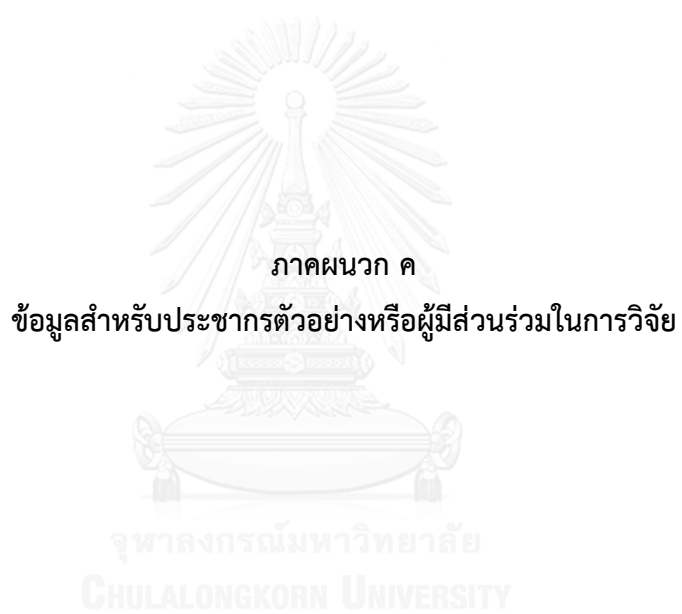
เลขที่โครงการวิจัย..... 033.1/56

วันที่รับรอง..... 28 พ.ค. 2556

วันหมดอายุ..... 27 พ.ค. 2557

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน (A HEALTH PROMOTION DEVELOPMENT MODEL FOR HYPERTENSION AND DIABETES MILLITUS PREVENTION AND CONTROL IN THE ELDER COMMUNITY PARTICIPATION)

ชื่อผู้วิจัยหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุนทรทรัพย์ ตำแหน่ง (นิสิต/นักวิจัย/อาจารย์) อาจารย์
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

โทรศัพท์ 02-2181009 โทรสาร 02-2181018

(ที่บ้าน) 023892770

มือถือ 0817104992 E-mail Address : sukonthasab@hotmail.com



เลขที่โครงการวิจัย 033.1/56

วันที่รับชม 26 พ.ค. 2556

วันที่มอบ 27 พ.ค. 2557

ขอเรียนเชิญท่านให้เกียรติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วัตถุประสงค์การวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการดังนี้

1. ตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยอ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟังและเช็คคำตอบให้ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ
2. ให้สัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์เจาะลึกสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง
3. ร่วมสนทนากลุ่มตามแนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นในระยะศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา จำนวน 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลากลุ่มละ 1-2 ชั่วโมง
4. ร่วมประชุมเวทีประชาคมในพื้นที่วิจัย 2 ครั้งๆที่ 1 ระยะศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ครั้งที่ 2 ระยะวางแผนแก้ปัญหาเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุข้อบ่งชี้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและตกลงข้อสรุปเบื้องต้นในการวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง เวลา 17.00 – 20.00 น.
5. ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการตามกำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 จำนวน 2 วัน ครั้งที่ 2 จำนวน 1 วัน และครั้งที่ 3 จำนวน 1 วัน เพื่อจัดทำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
6. ร่วมประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2 ครั้งๆ 1 วัน

ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1,2 ทุกคน การตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกจะเน้นเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้สูงอายุ สำหรับกิจกรรมที่ 3,4,5,6 ผู้วิจัยขอให้ผู้สูงอายุอาสาสมัครเป็นตัวแทนหมู่บ้านละ 3 คน ร่วมการสนทนากลุ่ม ประชุมเวทีประชาคม ประชุมร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ โดยอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุด้วยการใช้พื้นที่ประชุมของหมู่บ้าน โดยมีผู้วิจัย รองศาสตราจารย์ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ และผู้ช่วยวิจัย นางศิริพรรณ บุตรศรี เป็นผู้ดำเนินการ แต่ละกิจกรรมไม่ได้ทำในเวลาเดียวกัน แต่จะดำเนินการเป็นระยะ ๆ ตลอดระยะเวลาการวิจัย

รายละเอียดของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมมีดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่วัดระดับความดันโลหิตขณะพักอยู่ในกลุ่มสูงกว่าปกติ (120/80 – 139/89 มิลลิเมตรปรอท), กลุ่มความดันโลหิตสูงระดับ 1 (140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท), กลุ่มความดันโลหิตสูงระดับ 2 (160/100 – 179/109 มิลลิเมตรปรอท)

2) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 126 -250 มิลลิกรัม /เดซิลิตร

3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเป็นโรคเบาหวาน (ตามเกณฑ์ที่ระบุในข้อ 1,2)

เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ในหมู่บ้านเป้าหมายที่ได้รับการคัดเลือก 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1,3,5 ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี หมู่บ้านละ 15 คน โดยกำหนดให้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเบาหวานจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 คน ที่สามารถช่วยเหลือตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านจะเป็นโดยสมัครใจและท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และ ไม่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของท่าน หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ ข้อมูลในการสัมภาษณ์เจาะลึกจะขออนุญาตบันทึกเทปทุกครั้ง การตอบแบบสอบถาม และข้อมูลบันทึกการสังเกตภาคสนาม ที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการทำลายและลบทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และ



เลขที่โครงการวิจัย..... 033.1/56
วันที่รับทราบ..... 27 พ.ค. 2556
วันพจนานุกรม..... 27 พ.ค. 2557

กิจกรรมต่างๆครั้งละ 100 บาท ให้ผู้สูงอายุ เพื่อแสดงความขอบคุณต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกท่านพร้อมทั้งจะจัดการจัดเลี้ยงอาหารว่างเครื่องดื่มและอาหารกลางวันที่ถูกหลักโภชนาการอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของการวิจัย

กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและวิธีการติดต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในพื้นที่ทำโดยผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตและเข้าพบโดยขออนุญาตจากกำนันและนายกองจัดการบริหารส่วนตำบลคลองข่อย รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย พร้อมแนบหนังสือยินยอมเพื่อศึกษาบริบทชุมชนและคัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมาย 3 หมู่บ้าน ได้แก่หมู่ที่ 1, 3, 5 ในตำบลคลองข่อย การวิจัยนี้ผู้วิจัยจะไปพบปะและเชิญชวนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม

งานวิจัยนี้ไม่มีอันตรายหรือไม่มีความเสี่ยง แต่จะเป็นประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ ช่วยสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค เป็นการเสริมพลังอำนาจในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถจัดการจัดการปัญหาสุขภาพจากการร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติการ และการแบ่งปันผลประโยชน์ตามแนวทางกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตามอาจมีความไม่สะดวกต่าง ๆ เนื่องจากอาจต้องรบกวนผู้เข้าร่วมการวิจัยเสียเวลาในการตอบคำถามและทำกิจกรรม หรืออาจจะมีคำถามที่ไม่อยากตอบหรือไม่สบายใจในการตอบได้ หากมีผู้สูงอายุสนใจสมัครเข้าร่วมเกินกว่าจำนวนที่ต้องการ อาจจะมีโอกาสไม่ได้รับคัดเลือก เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย หากมีผู้เข้าเกณฑ์เกินกว่าจำนวนที่ต้องการ ผู้วิจัยจะคัดเลือกตัวแทนผู้สูงอายุแบบเฉพาะเจาะจงผู้ที่มีความสามารถให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์ที่ระบุในระเบียบวิธีวิจัยคือผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเบาหวานจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 คน รวมหมู่บ้านละ 15 คน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นที่ 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10800 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย..... 033.1/56

วันที่รับรอง..... 28 พ.ค. 2556

วันหมดอายุ..... 27 พ.ค. 2557

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล / กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
 กลุ่มผู้นำชุมชน / กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน (A HEALTH PROMOTION DEVELOPMENT MODEL FOR HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS PREVENTION AND CONTROL IN THE ELDERLY BY COMMUNITY PARTICIPATION)

ชื่อผู้วิจัยหลักรองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุนทรทรัพย์ ตำแหน่ง (นิสิต/นักวิจัย/อาจารย์).....อาจารย์
 สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ... คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา.....

โทรศัพท์ 02-2181009..... โทรสาร 02-2181018

(ที่บ้าน) .023892770.

เลขที่โครงการวิจัย..... 02-1156

วันที่รับของ..... 28 พ.ค. 2556

มือถือ 0817104992..... E-mail Address : sukonthasab@hotmail.com..... วันหมดอายุ..... 27 พ.ค. 2557

ขอเรียนเชิญท่านให้เกียรติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วัตถุประสงค์การวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการดังนี้

1. ร่วมสนทนากลุ่มตามแนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นในระดศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา จำนวน 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลากลุ่มละ 1-2 ชั่วโมง
2. ร่วมประชุมเวทีประชาคมในพื้นที่วิจัย 2 ครั้งๆที่ 1 ระยะเวลาและวิเคราะห์ปัญหา ครั้งที่ 2 ระยะเวลาวางแผนแก้ปัญหาเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุงชี้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและตกลงข้อสรุปเบื้องต้นในการวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง เวลา 17.00 – 20.00 น.
3. ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการตามกำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 จำนวน 2 วัน ครั้งที่ 2 จำนวน 1 วัน และครั้งที่ 3 จำนวน 1 วัน เพื่อจัดทำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. ร่วมประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2 ครั้งๆ 1 วัน ตามกำหนดการประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ

ผู้มีส่วนร่วมกลุ่มต่างๆที่ได้รับการคัดเลือกจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1,2 ทุกคน การสนทนากลุ่มมี 4 กลุ่มๆละ 9 คน จะเน้นเรื่อง การระดมความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ชุมชนเผชิญอยู่ บทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทูทางสังคม ศักยภาพชุมชน และความคาดหวังเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ปัญหาโรคความดัน

โลหิตสูงและโรคเบาหวานในอนาคต สำหรับกิจกรรมที่ 3, 4 ผู้วิจัยขอให้ผู้มีส่วนร่วมกับกลุ่มต่างๆ อาสาสมัครเป็นตัวแทนหมู่บ้านละ 1 คน ประชุมร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการและร่วมประชุมถอดบทเรียน หลังปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้อำนวยความสะดวกโดยใช้สถานที่สาธารณะในชุมชนในการจัดประชุม เช่น บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน ศาลาประชาคมในชุมชน ห้องประชุมอบต. นำประชุมโดยผู้วิจัยหลัก คือ รอง ศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ และผู้ช่วยวิจัย นางศิริพรรณ บุตรศรี แต่ละกิจกรรมไม่ได้ทำใน เวลาเดียวกัน แต่จะดำเนินการเป็นระยะๆ ตลอดระยะเวลาการวิจัย

รายละเอียดของผู้มีส่วนร่วมกับในการวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนร่วมกับ 4 กลุ่มๆ ละ 9 คน ดังนี้

- 1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเลือกจาก 3 หมู่บ้านได้แก่หมู่ที่ 1, 3, 5 หมู่บ้านละ 3 คน
- 2) กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุได้แก่ประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน รองประธานชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และ แกนนำคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเลือกจาก 3 หมู่บ้านๆ ละ 2 คน
- 3) กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลและสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลประจำหมู่บ้านใน ชุมชนตำบลคลองข่อย ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย รองนายกองค์การบริหารส่วน ตำบลคลองข่อย 2 คน และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงาน สวัสดิการผู้สูงอายุอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสมส) จำนวน 5 คน
- 4) กลุ่มผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนคณะกรรมการหมู่บ้านจาก 3 หมู่บ้านได้แก่หมู่ที่ 1, 3, 5 หมู่บ้านๆ ละ 2 คน

ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้ที่มีคุณวุฒิ มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านการสร้าง เสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การดูแลสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน สามารถให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาและร่วมดำเนินการจัดทำการพัฒนา รูปแบบพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการ มีส่วนร่วมของชุมชนได้เป็นอย่างดี จึงเรียนเชิญท่านแบบเฉพาะเจาะจงในการเป็นผู้มีส่วนร่วมกับในการวิจัย ครั้งนี้โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ระยะเตรียมการ ระยะการค้นหาปัญหา ระยะการจัดทำ แผนงานโครงการ ระยะนำแผนสู่การปฏิบัติ และระยะติดตามประเมินผล การถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ โดยข้าพเจ้าขออนุญาตเข้าทำการศึกษาในพื้นที่การวิจัย โดยขออนุญาตจากกำนันและนายกองค์การ บริหารส่วนตำบลคลองข่อย รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย พร้อมแนบหนังสือยินยอม เพื่อดำเนินการศึกษาริบทชุมชนและคัดเลือกพื้นที่ หมู่บ้านเป้าหมายที่มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นลำดับต้นๆ หมู่บ้าน ได้แก่หมู่ที่ 1, 3, 5 ในตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจและสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการศึกษาได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และ ไม่มีผลกระทบต่อ การศึกษาของท่าน หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้



เลขที่โครงการวิจัย..... 023.1/56
วันที่รับรอง..... 28 พ.ค. 2556
วันหมดอายุ..... 27 พ.ค. 2557

ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ คำตอบใด ๆ ของท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มจะขออนุญาตบันทึกเทปทุกครั้ง ข้อมูลการบันทึกเทปและข้อมูลต่างๆที่ได้เก็บรวบรวมในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะทำการทำลายและลบทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการประชุมต่างๆ ข้าพเจ้าจะมอบของที่ระลึกในราคา 80 บาทและค่าเดินทางเข้าร่วมสนทนากลุ่มคนละ 100 บาท เพื่อแสดงความขอบคุณต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกท่านพร้อมทั้งจะจัดการจัดเลี้ยงอาหารว่างเครื่องดื่มและอาหารกลางวันแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของการวิจัย

กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และวิธีการติดต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในพื้นที่ทำโดยผู้วิจัยได้นำหนังสือจากคณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเข้าพบกำนัน นายกนกายนกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย และรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย พร้อมแนบหนังสือยินยอมเพื่อศึกษาบริบทชุมชน และคัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมาย 3 หมู่บ้านได้แก่หมู่ที่ 1, 3, 5 ในตำบลคลองข่อย โดยผู้วิจัยเข้าไปพบปะและเชิญชวนกลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มผู้นำชุมชนด้วยตัวเอง เพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมในกระบวนการวิจัยและเพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม

งานวิจัยนี้ไม่มีอันตรายหรือไม่มีความเสี่ยง แต่จะเป็นประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค เป็นการเสริมพลังอำนาจในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถจัดการจัดการปัญหาสุขภาพจากการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติการ และการแบ่งปันผลประโยชน์ตามแนวทางกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตามอาจมีความไม่สะดวกต่าง ๆ เนื่องจากอาจต้องรบกวนผู้เข้าร่วมการวิจัยเสียเวลาในการตอบคำถามและทำกิจกรรม หรืออาจจะมีคำถามที่ไม่อยากตอบหรือไม่สบายใจในการตอบได้

หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ชื่อโครงการวิจัย..... 033.1/56
28 พ.ค. 2556
วันที่รับรอง.....
27 พ.ค. 2557
รับชมแล้ว.....

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (A HEALTH PROMOTION DEVELOPMENT MODEL FOR HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS PREVENTION AND CONTROL IN THE ELDERLY COMMUNITY PARTICIPATION)



ชื่อผู้วิจัยหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ ตำแหน่ง (นิสิต/นักวิจัย/อาจารย์) อาจารย์ผู้ดูแลชุมชนต้นแบบ 1
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ... คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา ... ขงทิโครงการวิจัย... 033.1/56

โทรศัพท์ 02-2181009 โทรสาร 02-2181018 วันที่รับชม 28 พ.ค. 2556
(ที่บ้าน) 023892770 วันหมดอายุ 27 พ.ค. 2556

มือถือ 0817104992 E-mail Address : sukonthasab@hotmail.com...

ขอเรียนเชิญท่านให้เกียรติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วัตถุประสงค์การวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ท่านจะได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆดังนี้

1. ให้สัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์เจาะลึกถึงโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง
2. ร่วมสนทนากลุ่มตามแนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นในระยาศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา จำนวน 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลากลุ่มละ 1-2 ชั่วโมง
3. ร่วมประชุมเวทีประชาคมในพื้นที่วิจัย 2 ครั้งๆที่ 1 ระยะเวลาและวิเคราะห์ปัญหา ครั้งที่ 2 ระยะเวลาวางแผนแก้ปัญหาเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุข้อบ่งชี้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและตกลงข้อสรุปเบื้องต้นในการวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง เวลา 17.00 – 20.00 น.
4. ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการตามกำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 จำนวน 2 วัน ครั้งที่ 2 จำนวน 1 วัน และครั้งที่ 3 จำนวน 1 วัน เพื่อจัดทำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. ร่วมประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2 ครั้งๆ 1 วัน ตามกำหนดการประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกจะได้ร่วมกิจกรรมที่ 1, 2 ทุกคนการสัมภาษณ์เชิงลึกจะเน้นเรื่อง ความรู้ ทศนคติ การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ความคาดหวัง ความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การ

สนทนากลุ่มจะเน้นเรื่อง การระดมความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ชุมชนเผชิญอยู่ บทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทูตทางสังคม ศักยภาพชุมชน และความคาดหวังเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สำหรับกิจกรรมที่ 3,4,5 ผู้วิจัยขอให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาสาสมัครเป็นตัวแทนหมู่บ้านละ 1 คน ประชุมเวทีประชาคม ประชุมร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการและประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ โดยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมสัมภาษณ์ที่บ้านและใช้สถานที่สาธารณะในชุมชนในการจัดประชุม ผู้วิจัยหลัก รองศาสตราจารย์ดร.สุจิตรา สุคนทรทรัพย์ และผู้ช่วยวิจัย นางศิริพรรณ นุตรศรี เป็นผู้ดำเนินการ แต่ละกิจกรรมไม่ได้ทำในเวลาเดียวกัน แต่จะดำเนินการเป็นระยะๆตลอดระยะเวลาการวิจัย

รายละเอียดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่เป็นกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ คือ

- 1) เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่บรรลุนิติภาวะอายุ 20 ปี ขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ดูแลหลักในการให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา การนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์
- 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ดูแลหลักตามจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 15 คน X 3 หมู่บ้านจำนวน 45 คน

ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้ที่มีคุณวุฒิ มีประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สามารถให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาและร่วมดำเนินการจัดทำกรพัฒนารูปแบบพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้เป็นอย่างดี จึงเรียนเชิญท่านแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ระยะเตรียมการ ระยะการค้นหาปัญหา ระยะการจัดทำแผนงานโครงการ ระยะนำแผนสู่การปฏิบัติ และระยะติดตามประเมินผล การถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ โดยข้าพเจ้าขออนุญาตเข้าทำการศึกษาในพื้นที่การวิจัย โดยขออนุญาตจากกำนันและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองข่อย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย พร้อมแนบหนังสือยินยอม เพื่อดำเนินการศึกษาบริบทชุมชนและคัดเลือกพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายที่มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากเป็นลำดับต้นๆ หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 3, 5 ในตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจาก

ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และ ไม่มีผลกระทบต่อการ



บันทึกโครงการวิจัย..... 033-1/86

วันที่รับรอง..... 27 พ.ค. 2556

ในพจนานุกรม..... 27 พ.ค. 2557

ทำงาน/ผลต่อการศึกษาของท่าน หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ โดยข้อมูลในการสัมภาษณ์เราจะหลีกเลี่ยงการระบุตัวตนที่แท้จริงทุกครั้ง และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการบันทึกการสังเกตภาคสนามที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการทำลายและลบทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ข้าพเจ้าจะขออนุญาตมอบของที่ระลึกมูลค่า 80 บาทค่าเดินทางเข้าร่วมสนทนากลุ่มคนละ 100 บาท เพื่อแสดงความขอบคุณต่อผู้มีส่วนร่วมทุกท่าน พร้อมทั้งมีการจัดเลี้ยงอาหารว่างเครื่องดื่มและอาหารกลางวันแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมตามกำหนดการกิจกรรมของการวิจัย

กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และวิธีการเข้าถึงประชากรกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในพื้นที่ ทำโดยผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตและเข้าพบโดยขออนุญาตจากกำนันและนายกองการปกครองส่วนตำบลคลองข่อย รองนายกองการปกครองส่วนตำบลคลองข่อย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย พร้อมแนบหนังสือยินยอมเพื่อศึกษาบริบทชุมชนและคัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมาย 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 3, 5 ในตำบลคลองข่อย โดยเข้าไปพบปะและเชิญชวนกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานด้วยตัวเอง เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมและขอความอนุเคราะห์การเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้ไม่มีอันตรายหรือไม่มีความเสี่ยง แต่จะเป็นประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค เป็นการเสริมพลังอำนาจในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถจัดการจัดการปัญหา เป็นการช่วยฝึกการร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมปฏิบัติการ และการแบ่งปันผลประโยชน์ตาม แนวทางกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตามอาจมีความไม่สะดวกต่าง ๆ เนื่องจากอาจต้องรบกวนผู้เข้าร่วมการวิจัยเสียเวลาในการตอบคำถามและทำกิจกรรม หรืออาจมีคำถามที่ไม่อยากตอบหรือไม่สบายใจในการตอบได้

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นที่ 4 อาคารสถาบัน 2 ขอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10820 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



เขตโครงการวิจัย..... 033.1/56
วันที่รับรอง..... 28 พ.ค. 2556
วันที่ผลออก..... 27 พ.ค. 2557



ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

ชื่อผู้วิจัยหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุนทรทรัพย์ โทรศัพท์มือถือ 0817104992

ชื่อผู้วิจัยร่วม นางศิริพรรณ บุตรศรี โทรศัพท์มือถือ 0899271770

ที่อยู่ติดต่อ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

E-mail: sukonthasab@hotmail.com



สภที่โครงการวิจัย..... 033.1/56

วันที่รับรอง..... 28 พ.ค. 2556

วันหมดอายุ..... 27 พ.ค. 2556

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา วัตถุประสงค์ และรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ รวมทั้งทราบถึงประโยชน์ ความเสี่ยง/อันตราย ซึ่งเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้า จึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม

ตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ให้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ตามแบบสัมภาษณ์เจาะลึกสำหรับผู้สูงอายุแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ให้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ร่วมประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน 1 ครั้ง ในระยะศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ใช้ระยะเวลากลุ่มละ 1-2 ชั่วโมง ตามแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวแทนผู้ปวยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ร่วมประชุมเวทีประชาคมในพื้นที่วิจัย 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ระยะเวลาและวิเคราะห์ปัญหา ครั้งที่ 2 ระยะเวลาแผนแก้ปัญหา เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุข้อร้องปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและตกลงข้อสรุปเบื้องต้นในการวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง เวลา 17.00 – 20.00 น.

ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 3 ครั้งๆละ 3 วัน ตามกำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1-3

ร่วมประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 2 วัน ตามกำหนดการประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ

ร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การอัดเทปบันทึกเสียง การสังเกตและบันทึกภาคสนามในกิจกรรมต่างๆ

ข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูล การวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลจากการอัดเทป บันทึกเสียงและการสังเกตภาคสนาม ผู้วิจัยจะทำการทำลายและลบทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัย

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุคนธทรัพย์)



ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่โครงการวิจัย..... 033.1/56

พยาน

วันที่รับรอง..... 28 พ.ค. 2556

ลงนามโดย..... 27 พ.ค. 2556



แบบสำรวจข้อมูลบริบทชุมชน

หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบลคลองข่อย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

1.ที่ตั้งและลักษณะทั่วไป.....

2.ความเป็นมาและประวัติของชุมชน

2.1 ชื่อหมู่บ้าน.....

2.2 หมู่บ้านตั้งขึ้นเมื่อใด.....

2.3 คนในหมู่บ้านเป็นคนในท้องถิ่นหรือย้ายมาจากที่ไหน.....

2.4 ตระกูลหลักของหมู่บ้านมีตระกูลอะไรบ้าง.....

2.5 พัฒนาการจนถึงปัจจุบัน ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง ในแต่ละช่วงโดยลำดับ
กระบวนการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของชาวบ้านในชุมชน (เกิด
การเปลี่ยนแปลงอย่างไร ผลกระทบต่อชุมชนเป็นอย่างไร)

.....

...

.....

...

2.6 วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ

.....

2.7 เศรษฐกิจและการอาชีพ

.....

3.ข้อมูลประชากรปัจจุบันในหมู่บ้าน

3.1 จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด.....หลังคาเรือน

3.2 ประชากรทั้งหมด.....คน ผู้ชาย.....คน ผู้หญิง.....คน

วัยเด็กเล็ก อายุ 1-3 ปี.....คน วัยเรียน อายุ 4-25 ปี.....คน

วัยแรงงาน อายุ 26-59 ปี.....คน วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป.....คน

3.3 ระดับการศึกษาของประชากรในหมู่บ้าน

จบ ป.4 จำนวน.....คน จบ ม.3 หรือเทียบเท่า.....คน

จบ ป.6 จำนวน.....คน จบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า.....คน

จบ ม.6 จำนวน.....คน จบปริญญาตรีขึ้นไป.....คน

4. ข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่ดินในหมู่บ้าน

- 4.1 พื้นที่ทั้งหมดของหมู่บ้าน.....ไร่ เป็นที่อยู่อาศัยทั้งหมด.....ไร่
- 4.2 พื้นที่ทำการเกษตรผสมผสาน (มีทั้งไม้ผล พืชผัก เลี้ยงสัตว์).....ไร่
- 4.3 พื้นที่เลี้ยงปลาอย่างเดียว.....ไร่ ส่วนใหญ่เลี้ยงปลาอะไร.....
- 4.4 พื้นที่ว่างเปล่า หรือพื้นที่สาธารณะ.....ไร่
- 4.5 พื้นที่บริเวณสาธารณะและ/หรือมีอุปกรณ์ที่สนับสนุนการออกกำลังกาย.....แห่ง
- 4.6 พื้นที่ที่เป็นสถานที่สำคัญ สถานที่ราชการต่างๆ..... (ระบุชื่อสถานที่)
- วัด.....
- โรงเรียน.....
- โรงพยาบาล.....
- สถานที่อื่นๆ.....



5. ข้อมูลโครงสร้างองค์กรชุมชน

ปัจจุบันในชุมชนมีกิจกรรมอะไรบ้าง

ชื่อกลุ่ม.....

ก่อตั้งเมื่อ.....ใครก่อตั้ง.....

มีสมาชิกจำนวน.....คน มีเงินจำนวน.....บาท

มีการบริหารอย่างไร.....

ทำไมกลุ่มยังไม่ล้มเลิก.....

ชื่อกลุ่ม.....

ก่อตั้งเมื่อ.....ใครก่อตั้ง.....

มีสมาชิกจำนวน.....คน มีเงินจำนวน.....บาท

มีการบริหารอย่างไร.....

ทำไมกลุ่มยังไม่ล้มเลิก.....

ชื่อกลุ่ม.....

ก่อตั้งเมื่อ.....ใครก่อตั้ง.....

มีสมาชิกจำนวน.....คน มีเงินจำนวน.....บาท

มีการบริหารอย่างไร.....

ทำไมกลุ่มยังไม่ล้มเลิก.....

6. ข้อมูลปฏิทินชุมชน

ช่วงเวลาที่ชุมชนดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ มีอะไรบ้าง

เดือน	กิจกรรม
มกราคม	
กุมภาพันธ์	
มีนาคม	
เมษายน	
พฤษภาคม	
มิถุนายน	
กรกฎาคม	
สิงหาคม	
กันยายน	
ตุลาคม	
พฤศจิกายน	
ธันวาคม	

7. แผนที่เดินดิน หมู่ที่..... ต.คลองข่อย อ.โพธาราม จังหวัดราชบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

8.ระบบสุขภาพของชุมชน

8.1 ระบบสุขภาพในชุมชน (ทุกภาคส่วนของวิถีชุมชนที่บูรณาการเชื่อมโยงเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน)

8.1.1 ความรู้ภูมิปัญญาเพื่อดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

8.1.2 ความมั่นคงทางด้านอาหารและการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าต่อสุขภาพ

8.1.3 ความมั่นคงด้านอาชีพ ซึ่งทำให้ได้ปัจจัยพื้นฐานเพื่อการดำรงชีพ

8.2 ระบบสุขภาพนอกชุมชน (การแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาล ,คลินิก. รพสต.)

8.2.1 สถานบริการภาครัฐ

8.2.2 สถานบริการภาคเอกชน

8.3 สถิติข้อมูลภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

- ความดันโลหิตสูง.....ราย

- เบาหวาน.....ราย

- หัวใจ.....ราย

- อัมพาต/อัมพฤกษ์.....ราย

- มะเร็ง.....ราย

- ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ.....ราย

- ความดันโลหิตสูง และอัมพฤกษ์/อัมพาต.....ราย

8.4 สถิติชีพประชากร/อัตรารับวัย อัตราตาย.....

9.การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ชุมชนมีการรวมตัวกันจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสร้างสิ่งแวดล้อมที่
 เกื้อกูลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างไร

9.1 กิจกรรมการดูแลสุขภาพด้านอาหารและการบริโภค

.....

9.2 กิจกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

.....

9.3 กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด

.....

9.4 กิจกรรมรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่หรือยาเสพติด

.....

9.5 กิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล

.....

ภาคผนวก ฉ
แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงและ
แบบประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ โดยการขีดเครื่องหมาย / หรือเติมข้อความ ลงในช่อง
ที่ตรงกับความเป็นจริงของตัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

เพศ 1. ชาย 2. หญิง อายุ.....ปี

ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ.....

สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หย่า 4. หย่า

ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวศ.ต้น

4. ปวส./อนุปริญญา/ปวท. 5.ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ

1. ทำสวน/ทำนา/ไร่/เลี้ยงสัตว์ 2. รับจ้างทั่วไป

3. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ 4. ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน

5. ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว 6. ทำงานบ้าน / แม่บ้าน/พ่อบ้าน

7. ไม่มีงานทำ/ว่างงาน 8. อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน

โรคประจำตัว

1.เบาหวาน 2. ความดันโลหิตสูง 3.โรคข้อ 4. อื่นๆ ระบุ

ผลการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด

1. น้ำตาลในเลือด.....mg.% 2.ความดันโลหิต.....mm.Hg

3. ไขมันในเลือด.....mg.% 4.อื่นๆ (ระบุ).....

5. น้ำหนัก.....kg. 6.ส่วนสูง.....cm.

เลขที่โครงการวิจัย 033.1/56

วันที่รับรอง 28 พ.ค. 2556

ในหลอดอายุ 27 พ.ค. 2557



จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่านที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันในปัจจุบัน

สมาชิกในครอบครัว	จำนวน	อายุ	หมายเหตุ
บิดา/มารดา			
คู่สมรส(สามี/ภรรยา)			
บุตรชาย			
บุตรสาว			
หลาน			
พี่			
น้อง			
ญาติ ระบุ.....			
อื่นๆ			



เลขที่โครงการวิจัย..... 033.1/56

วันที่รับของ..... 28 พ.ค. 2556

วันที่หมดอายุ..... 27 พ.ค. 2657



เลขที่โครงการวิจัย 033.1/56

วันที่รับขอ 28 พ.ค. 2556

วันที่อนุมัติ 27 พ.ค. 2557

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้เพื่อต้องการทราบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของท่าน ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์เพียงข้อละ 1 คำตอบที่ตรงกับความเข้าใจของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้ทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องคำตอบซึ่งตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ ขอให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดที่สูบฉีดให้เลือดไปเลี้ยง ส่วนต่างๆ ของร่างกาย			
2. ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท			
3. โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงใดๆในระยะแรก ท่านจึงไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูง			
4. ความดันโลหิตที่สูงมากจะทำให้มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ			
5. ความดันโลหิตสูงถ้าปล่อยให้เป็นนานโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต อาจทำให้เป็นอัมพาตได้			
6. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากขึ้น			
7. เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับประทานยาควบคุมระดับความดันให้อยู่ในระดับไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท			
8. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วยสำคัญ คือ หัวใจวาย เส้นเลือดในสมองแตก ตาพร่ามัวและไตวาย			
9. การรับประทานอาหารรสเค็มจัดเป็นประจำ ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
10. การสูบบุหรี่มีผลทำให้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น			
11. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากๆ โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ ทำให้มีไขมันในเส้นเลือดสูง และมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้			
12. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก			
13. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงในระดับปกติได้			
14. การผ่อนคลายความเครียดช่วยลดระดับความดันโลหิตได้			
15. การดื่มสุราในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไม่มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้			
16. การรับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้หรืออาหารที่มีกากใยสูง มีผลช่วยลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้			



ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตสูง

ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์เพียงข้อละ 1 คำตอบ ตามความเป็นจริง โดยผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย (✓) ลงใน

ช่องที่ตรงกับข้อความที่ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ

เลขที่โครงการวิจัย..... 033.1/56

วันที่รับของ..... 28 พ.ค. 2556

เกณฑ์ในการตอบแบบสอบถาม

ทำเป็นประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน

วันที่รับของ..... 27 พ.ค. 2557

ทำบ่อย หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นบ่อยๆหรือเกือบทุกวัน(ตั้งแต่3ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป)

ทำนานๆครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)

ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

การปฏิบัติตัว	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อย	ทำนานๆครั้ง	ไม่เคยทำ
ด้านการรับประทานอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หนังกุ้ง หมูสามชั้น				
2. ท่านเติมเกลือป่น น้ำปลา หรือ ซอสีขาวระหว่างรับประทานอาหาร				
3. ท่านรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ผักกาดดอง ปลาร้า ปลาจ่อม หน่อไม้เปรี้ยว				
4. ท่านใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร				
5. ท่านรับประทานผักหรือผลไม้				
6. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอย				
7. ท่านรับประทานอาหารประเภททอดหรือผัด				
ด้านการออกกำลังกาย				
8. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ เล่นกีฬาเบาๆ รำมวยจีน หรือ อื่นๆ				
9. ท่านออกกำลังกายภายในบริเวณบ้านของท่าน วันละ 20 - 30 นาที				
10. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์				
ด้านการผ่อนคลายความเครียด				
11. ท่านนอนหลับสนิทอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง/วัน				
12. ท่านทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เคร่งเครียด				
13. ท่านปรึกษาหรือกับคนที่ท่านไว้วางใจเมื่อมีความทุกข์				
14. เมื่อท่านมีความเครียดท่านมีวิธีคลายเครียดของตนเอง เช่น ทำสมาธิ ฟังธรรมะ ทำบุญตักบาตร ฟังเพลง ดูทีวี				
ด้านรับประทานยาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน				
15. ท่านรับประทานยาควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่ง				
16. ท่านไปตรวจสุขภาพและรับยาโรคความดันโลหิตสูงตามแพทย์นัด				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์เพียงข้อละ 1 คำตอบที่ตรงกับความเข้าใจของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องคำตอบซึ่งตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุขอให้ผู้สูงอายุตอบให้ครบทุกข้อ รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ			
2. เมื่อตรวจพบน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์แสดงแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวาน			
3. อาการของโรคเบาหวานคือ บัสสาวะบ่อย กินจุ แต่น้ำหนักลด			
4. ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ เป็นอันตรายถึงกับเป็นลมหมดสติได้			
5. ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรออกกำลังกายเมื่อมีอาการหน้ามืด ใจสั่น ต้องหยุดพักทันที			
6. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถกินผักและผลไม้ได้ทุกชนิดไม่จำกัดจำนวน			
7. ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานสามารถดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ได้โดยไม่มีข้อห้าม			
8. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานลืมนับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ในวันเดียวกัน			
9. ยาเม็ดที่ต้องกินก่อนอาหารควรให้ผู้สูงอายุกินก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง			
10. ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้เองถ้าเห็นว่าโดยทั่วไปรู้สึกสบายดี			
11. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีอาการหน้ามืด เหงื่อออก ใจสั่น ควรดื่มน้ำหวานหรืออมลูกอมทันที			
12. ในการออกกำลังกายผู้ป่วยเบาหวานควรสวมรองเท้าที่เหมาะสม เช่น รองเท้าที่ใส่สบาย กระชับเท้า และพยางค์รองเท้าเพียงพอ			
13. ผู้ป่วยเบาหวานถ้าไม่มีอาการผิดปกติ ญาติมารับยาแทนได้			
14. อาการตาพร่ามัวในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเป็นภาวะปกติของคนที่มีอายุมาก ไม่จำเป็นต้องตรวจจากแพทย์			
15. การมีเรื่องกังวล ไม่สบายใจมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น			



งบทวิโครงการวิจัย 033.1/56
วันที่รับรอง 28 พ.ค. 2556
วันผลอาช 27 พ.ค. 2557

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในการควบคุมโรคเบาหวาน ให้ผู้สูงอายุ ตอบแบบสัมภาษณ์เพียงข้อละ 1 คำตอบ ตามความเป็นจริง โดยใส่ชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อความที่ผู้สูงอายุ ตอบแบบสัมภาษณ์รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ

เกณฑ์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

ทำเป็นประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน

ทำบ่อย หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นบ่อยๆหรือเกือบทุกวัน(ตั้งแต่3ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป)

ทำนานๆครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)

ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่เคยกิจกรรมนั้นเลย

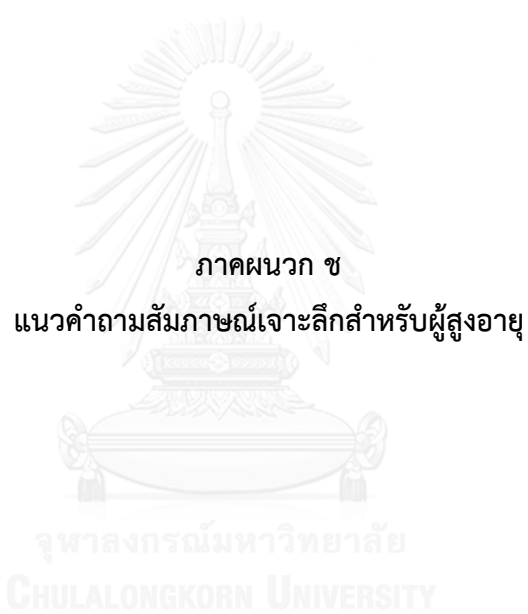


โครงการวิจัย ๐33.1/56

วันที่รับรอง 28 พ.ค. 2556

วันที่รับรอง 27 พ.ค. 2557

การปฏิบัติตัว	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อย	ทำนานๆครั้ง	ไม่เคยทำ
ด้านการรับประทานอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ขนุน ทุเรียน องุ่น ไม่จำกัดจำนวน				
2. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาทั้ง 3 มื้อ				
3. ท่านรับประทานอาหารจำพวกแกงส้ม ผักต้ม เป็นประจำ				
4. ท่านไม่ดื่ม น้ำอัดลม หรือ ชา กาแฟ หรือ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ทุกชนิด				
ด้านการออกกำลังกาย				
5. ขณะท่านออกกำลังกาย ท่านมีคนดูแลอยู่เป็นเพื่อน				
6. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที				
7. ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารเบาหวานครึ่งชั่วโมง				
ด้านการผ่อนคลายความเครียด				
8. ท่านนอนหลับสนิทอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง/วัน				
9. ท่านทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เคร่งเครียด				
ด้านรับประทานยาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน				
10. ท่านรับประทานยาเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง				
11. ท่านไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามแพทย์นัด				
12. ท่านเติมน้ำหวานหรือลูกอมทันทีที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น				
13. ท่านไปตรวจหาความผิดปกติของสายตาจากโรคเบาหวานทุกปี				
14. ท่านตรวจดูแลรักษาความสะอาดเท้าเป็นประจำทุกวันและสวมรองเท้าทุกครั้งเวลาออกนอกบ้าน				
15. หากเกิดแผลเล็กน้อย ท่านจะรีบล้างด้วยสบู่ใส่ยาฆ่าเชื้อและไปพบแพทย์ทันที				



ภาคผนวก ช

แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกสำหรับผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	ผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินชีวิตประจำวัน 2. ปัญหาและความต้องการดูแลด้านต่างๆ 3. ความรู้ ทักษะ และปฏิบัติตัวต่อโรคความดันโลหิตสูง
แนวคำถาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขณะนี้ท่านมีการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด พฤติกรรมเสี่ยงต่ออบายมุขและพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล) 2. ขณะนี้ท่านมีปัญหาและความต้องการดูแลด้านใดบ้าง <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ปัญหาสุขภาพ ระบุ..... 2.2 ปัญหาด้านการเงิน/เศรษฐกิจ ระบุ..... 2.3 ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับลูกหลาน..... 2.4 ปัญหาอื่นๆ..... 3. ท่านอยากให้ลูกหลานและชุมชนช่วยเหลืออะไรบ้าง 4. ท่านคิดอย่างไรกับโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านเผชิญอยู่ 5. ท่านทราบวิธีการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร 6. ปัจจุบันท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร 7. ท่านคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเองในอนาคตอย่างไรบ้าง



- ผู้ให้ข้อมูลหลัก** สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- วัตถุประสงค์** เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 2. ความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะโรค
ความดันโลหิตสูง
 3. ความคาดหวังและความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือต่อการจัด
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- แนวคำถาม**
1. ข้อมูลทั่วไป
 - 1.1 เพศ ชาย หญิง
 - 1.2 อายุ.....ปี
 - 1.3 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (บุตร/หลาน/พี่น้อง)
 - 1.4 สถานภาพสมรส.....
 - 1.5 ระดับการศึกษา.....
 - 1.6 อาชีพ.....
 - 1.7 รายได้ต่อเดือน.....บาท/เดือน
 - 1.8 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ถ้ามีระบุ.....)
 - 1.9 ท่านพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุเป็นเวลานานเท่าไร.....
 2. ท่านทราบวิธีการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร
 3. ปัจจุบันท่านมีวิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร
 4. ท่านคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตอย่างไร
 5. ท่านคาดหวังว่าชุมชนควรจะสนับสนุนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร
 - 5.1 ผู้นำชุมชน/คณะกรรมการหมู่บ้าน/สมาชิก อบต.ระบุ.....
 - 5.2 อาสาสมัครสาธารณสุข ระบุ.....
 - 5.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....
 - 5.4 อื่นๆ ระบุ.....



ผู้ให้ข้อมูลหลัก

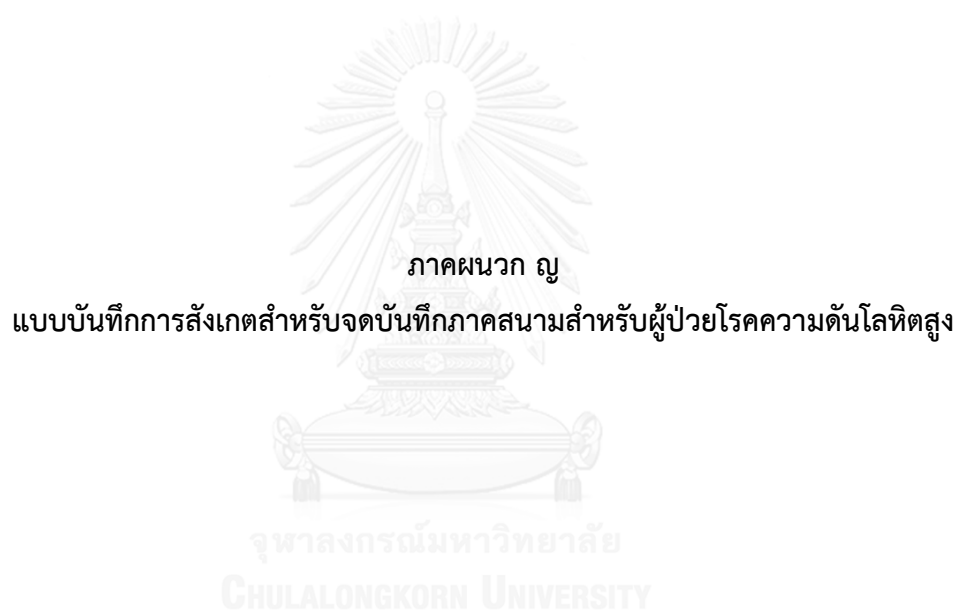
1. กลุ่มผู้นำชุมชน
2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
4. กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ
5. กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ได้ข้อมูลในระยะเตรียมการเพื่อการวางแผน PAR โดยการระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

แนวคำถาม

1. ท่านคิดอย่างไรกับโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนเผชิญอยู่
2. ปัจจุบันท่านมีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างไร
3. ท่านทราบวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหรือไม่ อย่างไร
4. ปัจจุบันชุมชนมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุอะไรบ้าง/ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ
5. ปัจจุบันชุมชนมีทุนทางสังคม ศักยภาพชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่นอะไรบ้าง ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
6. ท่านคาดหวังเกี่ยวกับการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตอย่างไรบ้าง



ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย.....ครั้งที่เยี่ยม.....
 วันที่เยี่ยม..... เวลา.....
 ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัว.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.

ประเด็นการเยี่ยม/การสังเกต

1.สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมทั่วไป/ประวัติครอบครัว

.....

2.ลักษณะนิสัยและพฤติกรรมส่วนตัว

.....

3.อนามัยส่วนบุคคล

.....

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

- ด้านอาหาร/การเตรียม/การปรุงอาหาร/อาหารที่รับประทาน.....
- ด้านการออกกำลังกาย.....
- ด้านการผ่อนคลายความเครียด.....
- ด้านการละเว้นอบายมุข (สุรา บุหรี่ ยาเสพติด อื่นๆ).....

5.การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป.....

6.อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก



<p>ผู้ให้ข้อมูลหลัก</p> <p>6. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มผู้นำชุมชน 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 4. กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ 5. กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อให้ได้ข้อมูลในระบะการวางแผน PAR โดยการระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน</p>
<p>แนวคำถาม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ท่านคิดอย่างไรกับการคืนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ชุมชนเกี่ยวกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนเผชิญอยู่ 2. โรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนเผชิญอยู่มีผลกระทบต่อท่าน คนในครอบครัวและชุมชนอย่างไรบ้าง 3. ในปัจจุบันท่านทราบแนวโน้มนวิธีการเด่นๆอะไรบ้างที่เห็นว่ามีความสำคัญต่อการนำมาสร้างเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 4. ปัจจุบันท่านทำกิจกรรมที่ภาคภูมิใจอะไรบ้างเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 5. ท่านคาดหวังเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตอย่างไรบ้าง 6. ท่านจะกำหนดจุดยืนร่วมกันอย่างไรเพื่อการการสร้างเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน



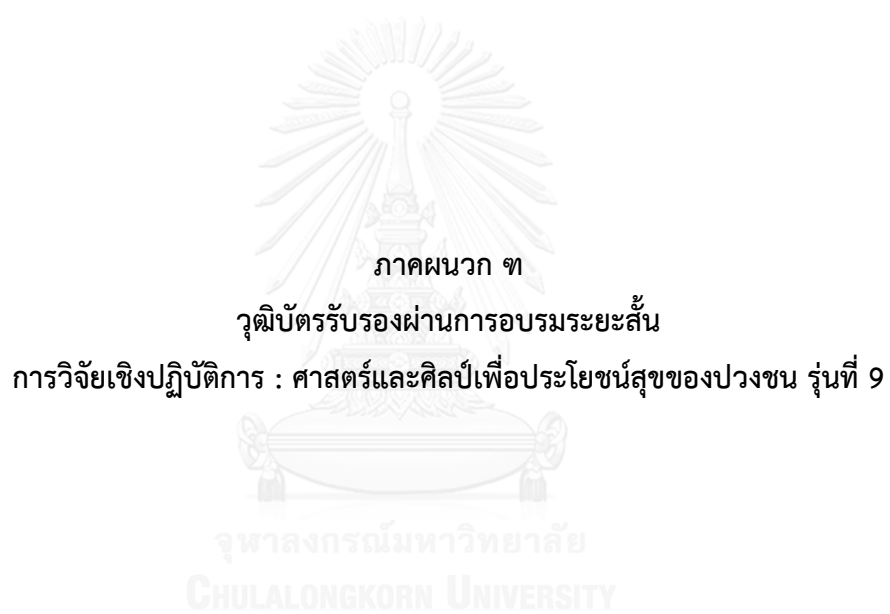
รายการที่บันทึก/รายละเอียด (ใคร อะไร/ทำอะไร/พูดอะไร ที่ไหน เมื่อใด ฯลฯ)	ข้อสังเกต ของนักวิจัย	ประเด็นสำคัญ ของแต่ละราย
		

ลงชื่อผู้บันทึก.....

วัน/เดือน/ปี.....



ผู้ให้ข้อมูลหลัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มผู้นำชุมชน 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 4. กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ 5. กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ได้ข้อมูลในระยะเวลาการวางแผนปฏิบัติการ</p> <p>เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ</p> <p>เพื่อให้ได้ทีมงานติดตามควบคุมกำกับและประเมินผลแผนปฏิบัติการ</p>
แนวคำถาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปัจจุบันชุมชนมีทุนทางสังคม ศักยภาพชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น อะไรบ้าง ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำแผนปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2. แผนปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรมีกิจกรรม อะไรบ้าง/มีวิธีการและตัวชี้วัดอย่างไร 3. แผนปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องการทำงานกับใครบ้าง มีหน่วยงานใดที่ควรมาร่วม 4. แผนปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องการทีมงานควบคุมกำกับและประเมินผลการปฏิบัติการทุกระยะควรมีใครบ้าง มีหน่วยงานใดที่ควรมาร่วม





สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอเชิญให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางศิริพรวิมล บุตรศิริ

สำเร็จหลักสูตรการอบรมระยะสั้น

เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: ศาสตร์และศิลป์เพื่อประโยชน์สุขของปวงชน รุ่นที่ ๙

ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๕

(รองศาสตราจารย์ อรทัย อาจอ่ำ)
ประธานจัดการอบรม
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์พร พันพื้ง)
ผู้อำนวยการ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

