

รายงานผลการวิจัยฉบับย่อ (Research Summary)

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

อุทัยวรรณ โคกตาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
เกษณี โคกตาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
มณฑา ไชยะวัฒน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
ชัชฎาภรณ์ จิตตา	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 5 และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เก็บข้อมูลโดยวิธี สุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) 105 คน แกนนำชุมชน 105 คน และผู้สูงอายุ 3,465 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สำนัอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square tests)

ผลการวิจัย พบว่า ตำบล LTC ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ (61.90%) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.62%) มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านผู้นำสุขภาพชุมชน ด้านการจัดระเบียบและการจัดกลุ่มในชุมชน ด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน และด้านการจัดหาทรัพยากร อยู่ในระดับมาก (40.95% 52.38% 41.90% และ 40.95% ตามลำดับ) แต่ด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง (47.62%) แกนนำชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (54.29%) มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชนประชาชน และภาพรวมของชุมชน อยู่ในระดับมาก (52.38% 46.67% และ 49.52% ตามลำดับ) ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.96%) มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน ประชาชน และภาพรวมของชุมชน อยู่ในระดับมาก (61.74% 60.89% และ 63.38% ตามลำดับ) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC การรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ด้านแกนนำชุมชน พบว่า ตัวแปรด้านการรู้จักคนในชุมชนและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านผู้สูงอายุ พบว่า การรู้จักคนในชุมชนและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ประสบผลสำเร็จประกอบด้วย 1) ด้านองค์ประกอบของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ชุมชน จิตอาสา องค์กรภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ และประชาชนในชุมชน และ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การทำกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชนเป็นความเข้มแข็งของชุมชนที่นำไปสู่ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุและชมรมอื่นๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของตน และพัฒนารูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความหลากหลาย และเหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ

Abstract

Community Participation Model to Implement the Health Promotion for the Ageing, the 5th health district

Utaiwan Koktatong B.N., M.sc.*

Kessanee Koktatong B.N., M.A., Ph.D.EE.*

Montha Chaipayattana M.D.Thai Board of Pediatrics,Thai Board of Clinical Preventive Medicine.*

Chachadaporn Jitta B.Sc. (Public Health), M.Sc. (Nutrition)*

*The 5th Regional Health Promotion Center, Ratchaburi, Department of Health

The research aims to study the participation of the community in health promotion for the ageing in **the 5th health district**, and the variables correlated to implementation of the health promotion for the ageing in the community. The samples were collected by simple sampling in Tambon Long Term Care (LTC). They were 105 public health providers, 105 community leaders, and 3,465 ageing. Data were collected using a questionnaire developed by the Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, average, maximum, minimum, standard deviation, percentage and Chi-square tests.

The results showed that most of LTC passed the standard (61.90%). The majority of public health providers are female (67.62%). They had positive opinions on community participation in ageing health promotion. The opinions which were at high level are: community health leaders, organizing and grouping in the community, the problem assessment and community needs, and resources (40.95%, 52.38%, 41.90% and 40.95%, respectively); but the opinion about management was moderate (47.62%).

The majority of the community leaders were male (54.29%). Their opinions in health promotion participation for ageing which are at high level are the opinions of: the community leaders, people, and community overview (52.38%, 46.67% and 49.52%, respectively).

Most of ageing were the female respondents (66.96%). Their opinions in health promotion participation for ageing of: the community leaders, people, and community overview, are at high level (61.74%, 60.89% and 63.38%, respectively).

For the variables correlated to health promotion for ageing in the community such as 1) The public health providers were found that the aspects of the success of LTC, getting to know the people in the community, and the relationships of people in the community have statistically significant (p -value <0.05) correlation with the overall level of community participation. 2) The community leaders were found that the aspects of getting to know the people in the community, and the relationships of people in the community do not correlate with an overview of the level of community participation in the ageing health promotion operation. And 3) the ageing have statistically significant (p -value <0.05) correlation with an overview of the level of community participation.

The concept of successful community participation consists of 1) the composition of the community including to Public health officers in the area, local community leaders, the ageing, community leaders in law, volunteer clubs, public and private organizations in the area and the people in the community. And 2) the process including of 2.1) Activities to strengthen relationships among people in the community. And 2.2) health promotion activities for the ageing.

Suggestions for those involved in health promotion for the ageing in the area are to organize activities to strengthen the relationships among people in the community, the ageing, community leaders, officials and stakeholders because the good relationship of the people in the community is the strength of the community, leading to the success of community participation in the implementation of health promotion for the ageing. The ageing in the elders clubs or other clubs should be encouraged to participate in health promotion activities in their communities. A variety of health promotion activities suitable for the ageing should be developed.

Keywords: Community Participation, Health Promotion, Ageing

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.80 และปี 2557 มีร้อยละ 14.90 (10,014,699 คน) ของประชากรทั้งหมด เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 54.90 และเพศชายร้อยละ 45.10) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุในช่วงวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 56.50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีสัดส่วนของผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปี 2537 ร้อยละ 3.60 และปี 2557 ร้อยละ 10.40⁽¹⁾ ในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปี 2552 ผู้สูงอายุไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปีในเพศชาย (ร้อยละ 14.30) และ 60-69 ปีในเพศหญิง (ร้อยละ 19.20) มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ภาวะซึมเศร้ามีความชุกเพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไปในทั้งสองเพศ เป็นร้อยละ 3.70 ในเพศชาย และร้อยละ 7.00 ในเพศหญิง⁽²⁾ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทยแบบย่อ (MMSE-Thai version 2002) พบว่า ความชุกในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 7.10 (เพศหญิงร้อยละ 8.30 และเพศชายร้อยละ 5.60) ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นร้อยละ 32.50 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (เพศหญิงร้อยละ 40.00 และเพศชายร้อยละ 22.10)⁽²⁾ การหกล้มในผู้สูงอายุพบว่า เพศหญิงหกล้มร้อยละ 21.90 และเพศชายร้อยละ 14.40 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ (60-69, 70-79 และ 80 ปีขึ้นไป) มีความชุกของการหกล้มใกล้เคียงกัน⁽²⁾ การพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ปี 2552 ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาร้อยละ 15.50 เพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย (เพศชายร้อยละ 12.70 เพศหญิงร้อยละ 17.80) และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น⁽²⁾ ในด้านการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุมีไม่เพียงพอในกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีร้อยละ 35.60 และมีมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.40 การกินผักและผลไม้มีสัดส่วนลดลงในผู้สูงอายุ และลดลงต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8.00)⁽²⁾ ในด้านการมีส่วนร่วมในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมหมู่บ้าน/ชมรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.90 ปี 2554 เป็นร้อยละ 69.60 ปี 2557⁽¹⁾

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยแนวคิดใช้ชุมชนเป็นฐานการให้บริการ มุ่งใช้ศักยภาพและทรัพยากรของชุมชน เป็นกลไกสร้างจิตสำนึกร่วมกับประชาชน ดำเนินงานเพื่อชุมชนโดยชุมชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้เกิดการแก้ไขปัญหา โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีศักยภาพและงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีหน่วยงานสาธารณสุขระดับชุมชนทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีเครือข่ายภาคประชาสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยเหลือเกื้อกูลยามเจ็บป่วย ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ⁽³⁾ ซึ่งกรมอนามัยดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านกลไกที่สำคัญ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ชุมชน/ท้องถิ่น สุขภาพ และสังคม⁽⁴⁾ ดังนั้นกรมอนามัยและศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จึงศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน และผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอาศัยอยู่ในชุมชนที่เอื้ออาทรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ

4. เพื่อศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการศึกษาวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสำรวจและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในเขตสุขภาพที่ 5

พื้นที่ในการศึกษาวิจัย ศึกษาวิจัยในเขตสุขภาพที่ 5 ในตำบล LTC จำนวน 38 แห่งต่อจังหวัด โดยเป็นตำบล LTC ที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมิน 6 องค์ประกอบ จำนวน 19 แห่ง และไม่ผ่านตามเกณฑ์ฯ จำนวน 19 แห่ง ศึกษาวิจัยใน 3 จังหวัดของเขตฯ 5 (มี 8 จังหวัด) สุ่มได้จังหวัดสุพรรณบุรี สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์ รวมจำนวนตำบล LTC 114 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบตำบล LTC แกนนำชุมชนที่เป็นทางการ และผู้สูงอายุไทย ที่ปฏิบัติงานหรือพักอาศัยในตำบล LTC ที่สุ่มได้ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง มีคุณลักษณะ ดังนี้

1. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบตำบล LTC ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มได้ และยินดีให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม
2. เป็นตัวแทนแกนนำชุมชนที่เป็นทางการ เช่น อสม. คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ในตำบล LTC ที่สุ่มได้ และยินดีให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม
3. เป็นผู้สูงอายุในตำบล LTC ที่สุ่มได้ โดยการสุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างแบบง่าย และเป็นผู้ที่ยินดีให้ข้อมูลหรือสัมภาษณ์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2557 มี รพ.สต. จำนวน 976 แห่ง⁽⁵⁾ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (1995)⁽⁶⁾ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 384 คน

กำหนดให้ อัตราที่อาจจะไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ ร้อยละ 10 จึงมีจำนวนทั้งหมด 422 คน

ในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ 38 คน แกนนำชุมชน 38 คน และผู้สูงอายุ 1,254 คนต่อจังหวัด เก็บข้อมูล 3 จังหวัด ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันกับที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่งให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ มีรายละเอียดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุพรรณบุรี สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์

จังหวัด	ตำบล LTC			จนท.สร.ในตำบล LTC			แกนนำในตำบล LTC			ผู้สูงอายุในตำบล LTC			รวมกลุ่มตัวอย่าง
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	
สุพรรณบุรี	19	19	38	19	19	38	19	19	38	627	627	1,254	1,368
สมุทรสงคราม	19	19	38	19	19	38	19	19	38	627	627	1,254	1,368
ประจวบฯ	19	19	38	19	19	38	19	19	38	627	627	1,254	1,368
รวม3จังหวัด	57	57	114	57	57	114	57	57	114	1,881	1,881	3,762	4,104

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ มี 3 ฉบับ ดังนี้

ได้แก่

1. แบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบตำบล LTC ประกอบด้วย คำถาม 5 ส่วน

- 1) ข้อมูลพื้นฐานตำบล LTC
- 2) ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ตอบแบบสอบถาม
- 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 4) ปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ
- 5) ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามตัวแทนแกนนำชุมชน

3. แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย คำถาม 4 ส่วน ได้แก่

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ตอบแบบสอบถาม
- 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3) ปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 4) ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. เข้าร่วมการประชุมพัฒนาและชี้แจงเครื่องมือวิจัย จัดโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ
2. จัดทำโครงการวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 ได้รับการอนุมัติในเดือนมิถุนายน 2558
3. ทำหนังสือแจ้ง สสจ.สุพรรณบุรี สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์ เพื่อชี้แจงโครงการและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล สสจ.สุพรรณบุรี ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ได้เข้าร่วมประชุมพัฒนาเครื่องมือวิจัยกับสำนักอนามัยผู้สูงอายุด้วยทุกครั้ง
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2558-กุมภาพันธ์ 2559 จังหวัดสมุทรสงคราม จัดประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลวิจัยในวันที่ 20 สิงหาคม 2558 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2558-กุมภาพันธ์ 2559 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จัดประชุมในวันที่ 7 กันยายน 2558 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
6. เก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2558-กุมภาพันธ์ 2559
7. บันทึกข้อมูลการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2559 และวิเคราะห์ข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2559

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย และได้รับการอนุมัติรับรองโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและข้อมูล
2. ความเป็นอิสระและความยินยอมในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง
3. ลงชื่อในใบแสดงความยินยอมให้ข้อมูล
4. ผู้เก็บข้อมูลแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ข้อมูล และผู้ปฏิเสธการให้ข้อมูล

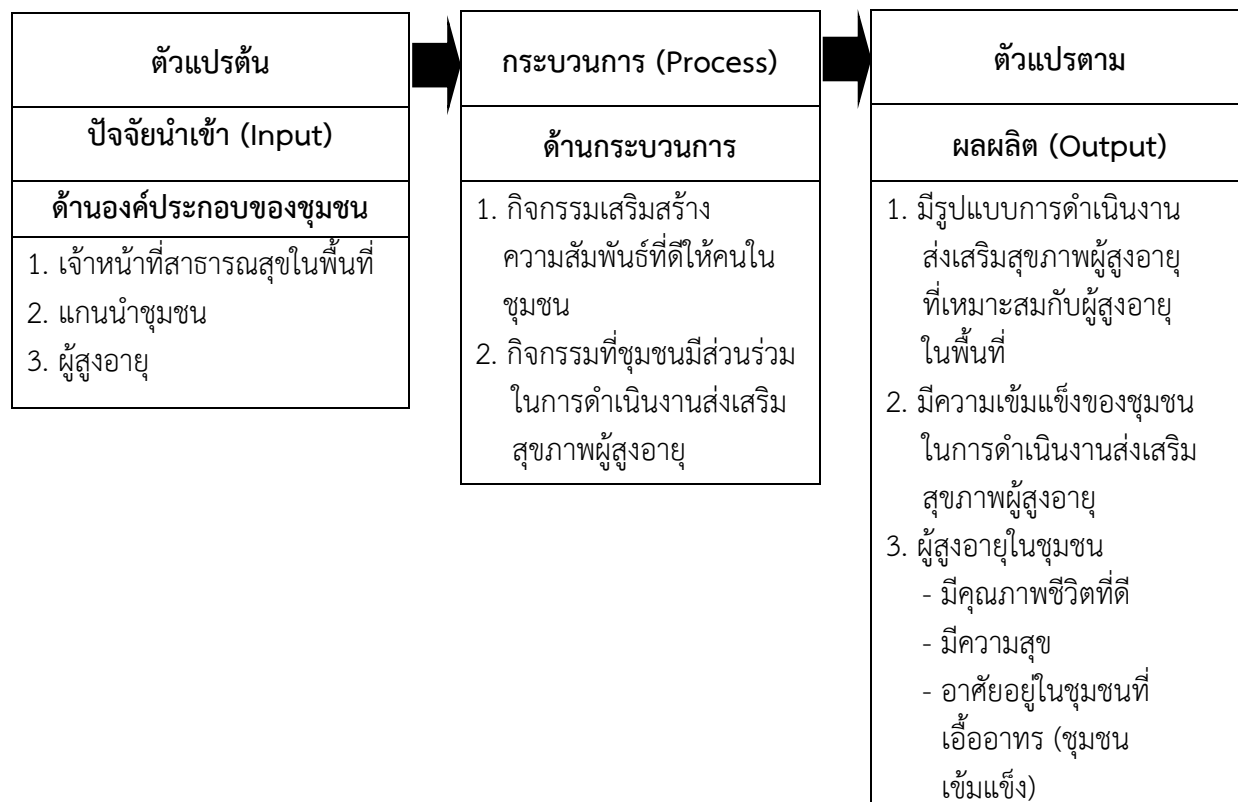
การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานตำบล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมซึ่งชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square tests)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Commonity Participation) หมายถึง กระบวนการที่ภาครัฐให้ประชาชนหรือชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนที่ประกอบด้วย การค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผล⁽⁷⁾ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ชุมชนที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด หรือไม่มีส่วนร่วมเลย 2) ชุมชนที่มีส่วนร่วมน้อย 3) ชุมชนที่มีส่วนร่วมปานกลาง 4) ชุมชนที่มีส่วนร่วมมาก และ 5) ชุมชนที่มีส่วนร่วมมากที่สุด

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนหรือผู้สูงอายุ สามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนได้ โดยใช้กลยุทธ์ 1) สร้างนโยบายสาธารณะ 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) เพิ่มความสามารถของชุมชน 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) ปรับระบบบริการสุขภาพ⁽⁸⁾

ผู้สูงอายุ (Ageing) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป แบ่งช่วงของความสุขอายุ ออกเป็น 3 ช่วง คือ วัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยสูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป)⁽⁹⁾

ผลการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวหรือ LTC ที่ดำเนินการเก็บข้อมูลมีจำนวน 105 แห่ง ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ LTC (61.90%) และมีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ (76.19%)

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาและความต้องการของชุมชน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.62%) อายุเฉลี่ย 41.65 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (91.43%) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.12 ปี คิดว่ารู้จักคนส่วนใหญ่ในชุมชน (52.38%) และคิดว่าคนในชุมชนช่วยเหลือกันทั้งชุมชน (55.24%) มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ด้าน พบว่า ในด้านผู้นำสุขภาพชุมชน ด้านการจัดระเบียบและการจัดกลุ่มในชุมชน ด้านการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน และด้านการจัดหาทรัพยากร อยู่ในระดับมาก (40.95% 52.38% 41.90% และ 40.95% ตามลำดับ) แต่ด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง (47.62%) มีความคิดเห็นว่าชุมชนไม่เห็นความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นปัญหาอุปสรรคในระดับปานกลาง (34.29%) และมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก (47.62%)

แกนนำชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (54.29%) อายุเฉลี่ย 54.04 ปี การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา (40.95%) อาชีพเกษตรกร (53.33%) เป็นผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ (58.10%) คิดว่ารู้จักคนทั้งชุมชน (69.52%) และคิดว่าคนในชุมชนช่วยเหลือกันทั้งชุมชน (69.52%) มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน ประชาชน และภาพรวมของชุมชน อยู่ในระดับมาก (52.38% 46.67% และ 49.52% ตามลำดับ) มีความคิดเห็นว่าชุมชนไม่เห็นความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นปัญหาอุปสรรคในระดับน้อย (35.24%) และมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก (49.52%)

ผู้สูงอายุมีจำนวน 3,465 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.96%) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (64.04%) อายุเฉลี่ย 68.74 ปี สถานภาพสมรส (65.02%) การศึกษาชั้นประถมศึกษา (67.22%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (45.54%) มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (82.34%) อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 55.21 ปี เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (58.21%) คิดว่ารู้จักคนส่วนใหญ่ในชุมชน (62.68%) และคิดว่าคนในชุมชนช่วยเหลือกันทั้งชุมชน (70.30%) มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน ประชาชน และภาพรวมของชุมชน อยู่ในระดับมาก (61.74% 60.89% และ 63.38% ตามลำดับ) มีความคิดเห็นว่าชุมชนไม่เห็นความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นปัญหาในระดับน้อย (40.75%) และมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก (56.80%)

ส่วนที่ 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC รู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมจากแบบวัดการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ด้าน (1.ผู้นำสุขภาพชุมชน 2.การจัดระเบียบและการจัดกลุ่มในชุมชน 3.การประเมินปัญหาและความต้องการ 4.การบริหารจัดการ และ 5.การจัดหาทรัพยากร) โดยระดับที่ 1 มีส่วนร่วมน้อยที่สุดถึงปานกลาง และระดับที่ 2 มีส่วนร่วมมากถึงมากที่สุด

ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ภาพรวมของแบบวัดการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ด้าน				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC					1	9.531	0.002**
- ผ่านเกณฑ์	10	9.52	55	52.38			
- ไม่ผ่านเกณฑ์	17	16.19	23	21.90			
2. รู้จักคนในชุมชน					1	10.353	0.001**
- ทั้งชุมชน	2	1.90	32	30.48			
- ส่วนใหญ่ เฉพาะที่ต้องดูแล และน้อยมาก	25	23.81	46	43.81			
3. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	7.053	0.008**
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	9	8.57	49	46.67			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ และเฉพาะกลุ่ม	18	17.14	29	27.62			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC การรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนได้แก่ ผู้นำสุขภาพชุมชน การจัดระเบียบและการจัดกลุ่มในชุมชน การประเมินปัญหาและความต้องการ การบริหารจัดการ และการจัดหาทรัพยากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC รู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับระดับปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับที่ 1 ตรงกับความรู้สึกน้อยที่สุด-น้อย-ปานกลาง และระดับที่ 2 ตรงกับความรู้สึกมาก-มากที่สุด

ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ปัญหาและอุปสรรค				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC					1	7.304	0.007**
- ผ่านเกณฑ์	26	24.76	39	37.14			
- ไม่ผ่านเกณฑ์	6	5.71	34	32.38			
2. รู้จักคนในชุมชน					1	0.551	0.458
- ทั้งชุมชน	12	11.43	22	20.95			
- ส่วนใหญ่ เฉพาะที่ต้องดูแล และน้อยมาก	20	19.05	51	48.57			
3. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	0.019	0.890
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	18	17.14	40	38.10			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ และเฉพาะกลุ่ม	14	13.33	33	31.43			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC มีความสัมพันธ์กับ ระดับปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) แต่การรู้จักคนในชุมชนและความสัมพันธ์ของคนในชุมชนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC รู้จักคนในชุมชน และ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับที่ 1 ไม่พึงพอใจเลย-พึงพอใจน้อย-ปานกลาง และระดับที่ 2 พึงพอใจมาก-มากที่สุด

ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ความพึงพอใจ				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC					1	3.909	0.048*
- ผ่านเกณฑ์	1	0.95	64	60.95			
- ไม่ผ่านเกณฑ์	4	3.81	36	34.29			
2. รู้จักคนในชุมชน					1	2.514	0.113
- ทั้งชุมชน	0	0.00	34	32.38			
- ส่วนใหญ่ เฉพาะที่ต้องดูแล และน้อยมาก	5	4.76	66	62.86			
3. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	6.479	0.011*
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	0	0.00	58	55.24			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ และเฉพาะกลุ่ม	5	4.76	42	40.00			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) แต่การรู้จักคนในชุมชนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

3.2 แกนนำชุมชน

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับภาพรวมของชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับที่ 1 ชุมชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุดถึงปานกลาง และระดับที่ 2 ชุมชนมีส่วนร่วมมากถึงมากที่สุด

ตัวแปรด้านแกนนำ	ภาพรวมของชุมชนมีส่วนร่วม				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. รู้จักคนในชุมชน					1	1.399	0.237
- ทั้งชุมชน	17	16.19	56	53.33			
- ส่วนใหญ่ เฉพาะที่ต้องติดต่อ และน้อยมาก	11	10.48	21	20.00			
2. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	2.762	0.097
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	16	15.24	57	54.29			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ เฉพาะกลุ่ม ต่างคนต่างอยู่ และมีความขัดแย้งกันในชุมชน	12	11.43	20.00	19.05			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ ภาพรวมของชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับระดับปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับที่ 1 ตรงกับความรู้สึกน้อยที่สุดถึงปานกลาง และระดับที่ 2 ตรงกับความรู้สึกมากถึงมากที่สุด

ตัวแปรด้านแกนนำ	ปัญหาและอุปสรรค				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. รู้จักคนในชุมชน					1	0.048	0.826
- ทั้งชุมชน	45	42.86	28	26.67			
- ส่วนใหญ่ เฉพาะที่ต้องติดต่อ และน้อยมาก	19	18.10	13	12.38			
2. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	7.991	0.005**
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	51	48.57	22	20.95			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ เฉพาะกลุ่ม ต่างคนต่างอยู่ และมีความขัดแย้งกันในชุมชน	13	12.38	19	18.10			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ ระดับปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) แต่การรู้จักคนในชุมชนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับที่ 1 ตรงกับความรู้สึกน้อยที่สุดถึงปานกลาง และระดับที่ 2 ตรงกับความรู้สึกมากถึงมากที่สุด

ตัวแปรด้านแกนนำ	ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมฯ				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. รู้จักคนในชุมชน					1	3.934	0.047*
- ทั้งชุมชน	2	1.90	71	67.62			
- ส่วนใหญ่ เฉพาะที่ต้องติดต่อ และน้อยมาก	4	3.81	28	26.67			
2. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	1.145	0.285
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	3	2.86	70	66.67			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ เฉพาะกลุ่ม ต่างคนต่างอยู่ และมีความขัดแย้งกันในชุมชน	3	2.86	29	27.62			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรู้จักคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) แต่ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 7

3.3 ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับการมีส่วนร่วมในภาพรวมของชุมชน ระดับที่ 1 ชุมชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุดถึงปานกลาง และระดับที่ 2 ชุมชนมีส่วนร่วมมากถึงมากที่สุด

ตัวแปรด้านผู้สูงอายุ	การมีส่วนร่วมในภาพรวมของชุมชน				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. รู้จักคนในชุมชน					1	5.341	0.021*
- ทั้งชุมชน	144	4.16	764	22.05			
- ส่วนใหญ่ในชุมชน-น้อยมาก/ไม่รู้จักเลย	494	14.26	2,063	59.54			
2. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	124.960	0.001***
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	332	9.58	2,104	60.72			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ-มีความขัดแย้งกัน ในชุมชน	306	8.83	723	20.87			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมในภาพรวมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับระดับปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับที่ 1 ตรงกับความรู้สึกน้อยที่สุด-น้อย-ปานกลาง และระดับที่ 2 ตรงกับความรู้สึกมาก-มากที่สุด

ตัวแปรด้านผู้สูงอายุ	ปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมฯ				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. รู้จักคนในชุมชน					1	6.010	0.014*
- ทั้งชุมชน	581	16.81	327	9.46			
- ส่วนใหญ่ในชุมชน-น้อยมาก/ไม่รู้จักเลย	1,513	43.77	1,036	29.97			
2. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	38.289	0.001***
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	1,552	44.89	876	25.34			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ-มีความขัดแย้งกัน ในชุมชน	542	15.68	487	14.09			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ ระดับปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กับระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูง ระดับที่ 1 ไม่พึงพอใจเลย-พึงพอใจน้อย-ปานกลาง และระดับที่ 2 พึงพอใจมาก-มากที่สุด

ตัวแปรด้านผู้สูงอายุ	ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมฯ				df	x ²	p
	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. รู้จักคนในชุมชน					1	15.187	0.001***
- ทั้งชุมชน	25	0.72	882	25.49			
- ส่วนใหญ่ในชุมชน-น้อยมาก/ไม่รู้จักเลย	156	4.51	2,397	69.28			
2. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน					1	54.595	0.001***
- ช่วยเหลือกันทั้งชุมชน	83	2.40	2,349	67.89			
- ช่วยเหลือในกลุ่มเครือญาติ-มีความขัดแย้งกัน ในชุมชน	98	2.83	930	26.88			

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 10

อภิปรายผล

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 105 คน ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทั้งภาครัฐ ชุมชน (ประชาชน ภาคเอกชน และครอบครัวผู้สูงอายุ) และผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของตำบล LTC⁽¹⁰⁾ ที่ส่งเสริมสนับสนุนให้คนในชุมชนรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างครอบคลุม และเป็นสังคมที่เอื้ออาทรอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ ที่เพิ่มความสามารถของชุมชน โดยให้มีกลวิธีในการสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของโจแฮนสัน (Johansson PM) และคณะ⁽¹¹⁾ ที่เสนอระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ต้องเป็นความร่วมมือของชุมชนโดยรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่สุดของความร่วมมือ เช่น ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความร่วมมือของชุมชนร้อยละ 50.00 ผู้สูงอายุร้อยละ 13.00 และรัฐบาลร้อยละ 37.00 เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของชยานิส เชียวสดและคณะ⁽¹²⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าระบบการดำเนินงานตำบล LTC เป็นแนวทางในการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาพการณ์และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสรุประบบตำบล LTC เป็นระบบที่ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกัน และสร้างความพึงพอใจในการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งจะทำให้เกิดการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

ความคิดเห็นของแกนนำชุมชน (105 คน) ส่วนใหญ่เป็น อสม. มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูด้านสุขภาพและสังคม⁽¹³⁾ และเป็นผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมีความสัมพันธ์กับปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการรู้จักคนในชุมชนมีความสัมพันธ์กับ ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดตามกฎบัตรออตตาวา⁽⁸⁾ ที่กำหนดกลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเพิ่มความสามารถของชุมชน ให้มีกลวิธีในการสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของแกนนำชุมชนที่เป็นผู้ประสานระหว่างภาครัฐและเอกชนกับชุมชนและผู้สูงอายุ ดังนั้นแกนนำจะต้องรู้จักคนในชุมชนเป็นอย่างดี และเป็นผู้ที่จัดกิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน สร้างโอกาสให้คนในชุมชนและผู้สูงอายุทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องต่อผลการศึกษาของชญาณี ไมเออร์⁽¹⁴⁾ ที่นำเสนอปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคม ความผูกพันต่อชุมชน ความต้องการร่วมกลุ่มกัน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ จึงสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและการรู้จักคนในชุมชนของแกนนำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ (3,465 คน) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นด้านสังคมและการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรู้จักคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดตามกฎบัตรออตตาวา⁽⁸⁾ ที่กำหนดกลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งต้องทำในเชิงบุคคลและสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของนรินทร์ หมีนแสง และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนมีสุขภาพจิตดีขึ้น กิตติกา ธนะขว้าง และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูง มณฑา ไชยะวัฒน์ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า สมการโครงสร้างโมเดลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม เมืองค์ประกอบด้านแรงบันดาลใจและการดำเนินงานของชมรม ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพมีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับต่ำที่สุด จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและหรือชมรมผู้สูงอายุ มีความพร้อมในการทำกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของตน โดยเสริมแรงด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและแรงบันดาลใจ พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนและดูแลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงให้นานที่สุด นอกจากนี้รูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรพัฒนาให้มีความหลากหลาย และเหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่สำคัญที่สุดคือการจัดให้มีกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การทำกิจกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและตัวของผู้สูงอายุเอง

สรุปผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย ด้านองค์ประกอบของชุมชนและด้านกระบวนการ ดังนี้

ด้านองค์ประกอบของชุมชน องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จ มีดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ มีคุณสมบัติคือ ความสำเร็จของการดำเนินงานตำบล LTC (ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์) การรู้จักคนในชุมชนทั้งชุมชน และมีความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน มีบทบาทดังนี้

- 1) ส่งเสริมสนับสนุนและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน ให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่
- 2) เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และ 3) เข้าร่วมและหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

2. แกนนำชุมชน มีคุณสมบัติคือ การรู้จักคนในชุมชนทั้งชุมชน และมีความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน ที่สำคัญคือ การที่คนในชุมชนช่วยเหลือกันทั้งชุมชน มีบทบาทดังนี้ 1) ประชาสัมพันธ์และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน ให้เกิดความร่วมมือกันในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) ประชาสัมพันธ์เอื้ออำนวยความสะดวกและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม 3) เข้าร่วมและหรือจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

3. ผู้สูงอายุ มีคุณสมบัติคือ การรู้จักคนในชุมชนทั้งชุมชน และมีความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน ที่สำคัญคือ การที่คนในชุมชนช่วยเหลือกันทั้งชุมชน มีบทบาทดังนี้ 1) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้จัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุ 2) เข้าร่วมและหรือจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

4. ผู้นำชุมชน (เป็นทางการ) มีบทบาท ดังนี้ 1) เป็นเจ้าภาพหลักในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน⁽¹⁹⁾ เป็นผู้ประสานงานและสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน จัดสรรงบประมาณ พร้อมทั้งระดมงบประมาณและทรัพยากรในพื้นที่ เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสสังคม ส่งเสริมสนับสนุนให้เป็นสังคมหรือชุมชนเข้มแข็ง⁽²⁰⁾ และสร้างการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่มวัยในชุมชน ให้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 3) จัดประชุมประชาคมในชุมชน เพื่อร่วมกัน 3.1) ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน 3.2) วางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 3.3) ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3.4) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 4) ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมสนับสนุนเอื้ออำนวยความสะดวกและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม

5. ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และชมรมสุขภาพ (เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมธรรมะ เป็นต้น) มีบทบาท ดังนี้ 1) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้จัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุ 2) ประชาสัมพันธ์เอื้ออำนวยความสะดวกและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม 3) เข้าร่วมและหรือจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

6. จิตอาสา มีบทบาทดังนี้ 1) ประชาสัมพันธ์เอื้ออำนวยความสะดวกและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม 2) เข้าร่วมและหรือจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

7. องค์การภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ มีบทบาทเป็นเจ้าภาพร่วมและเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการจัดกิจกรรม

8. ประชาชนในชุมชน มีบทบาทดังนี้ 1) สนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ ในการจัดกิจกรรม 2) เอื้ออำนวยความสะดวกและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม 3) เข้าร่วมกิจกรรม

เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านกระบวนการ มีดังนี้

1. ส่งเสริมสนับสนุนให้ทำกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน⁽²⁰⁾ เป็นบทบาทหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽¹⁹⁾ เนื่องจากในปัจจุบันประเทศไทยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมต่าง ๆ ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประชาชนทุกกลุ่มวัยครอบคลุมทั่วประเทศ การแก้ปัญหาดังกล่าวมีหลายวิธี วิธีหนึ่งคือ ชุมชนเข้มแข็ง⁽²⁰⁾ ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบของชุมชนเข้มแข็ง (ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ) ในองค์ประกอบที่ 5 มีการระดมใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ และองค์ประกอบที่ 7 มีการจัดทำกิจกรรมที่เป็นสาธารณของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบสอดคล้องกับวิถีชีวิตขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมของสังคมไทย และประชาชนไทยมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและใช้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติตน ทุกศาสนาสอนให้มีความเมตตาช่วยเหลือกัน มีความเสียสละ ให้อภัย เห็นประโยชน์ส่วนรวมยิ่งกว่าประโยชน์ส่วนตัว ดังนั้น การสร้างโอกาสใช้คนในชุมชนและภาครัฐและเอกชนให้ได้ทำกิจกรรมที่เป็นสาธารณของชุมชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากจะเป็นกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งซึ่งต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานจึงจะประสบผลสำเร็จ (ตามองค์ประกอบและลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง) แต่สิ่งที่เกิดขึ้นทันทีที่ทำกิจกรรมที่เป็นสาธารณของชุมชนร่วมกันคือ ความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน และความสัมพันธ์ที่ดีนั้นจะแนบแน่นเพิ่มมากขึ้นตามกิจกรรมที่ทำร่วมกัน

กิจกรรมที่เป็นสาธารณของชุมชนที่ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนให้ทำกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถทำงบประมาณประจำปีรองรับได้⁽¹⁹⁾ ได้แก่ 1) วันสำคัญตามปฏิทิน เช่น วันสำคัญทางศาสนา วันสำคัญของชาติ วันตามประเพณี เป็นต้น 2) กิจกรรมประเพณีศิลปวัฒนธรรมของชุมชน และ 3) กิจกรรมจิตอาสา

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้เกิดผลดังนี้ 1) ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข อาศัยอยู่ในชุมชนที่เอื้ออาทร (ชุมชนเข้มแข็ง) และ 2) มีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชนเป็นความเข้มแข็งของชุมชนที่นำไปสู่ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุและชมรมอื่นๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของตน และพัฒนารูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความหลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่

ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ศึกษากิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชน เนื่องจากคนในชุมชนมาทำกิจกรรมร่วมกันจะทำให้เกิดความสุขร่วมกัน เกิดความรักความเข้าใจ ความเอื้ออาทรต่อกัน มีการสื่อสารทางบวกด้วยการรับฟังและปรึกษาหารือ ร่วมกันแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับปัญหาในการทำกิจกรรม ปัญหาครอบครัว และปัญหาของชุมชน โดยคนในชุมชนจะใช้หลักคิดทางบวกและใช้คุณธรรมเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

ผู้วิจัยสนใจว่า กิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้คนในชุมชนนั้น ต่อไปจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างไร ชุมชนจะพัฒนาตนเองไปในรูปแบบใดบ้าง และมีกิจกรรมใดบ้างที่ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้

2. ศึกษาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่

การศึกษาดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่ประสบผลสำเร็จโดยเร็ว ลดการใช้ทรัพยากรต่างๆ ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยเร็ว อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง และเกิดชุมชนที่เอื้ออาทร (ชุมชน เข้มแข็ง) ครอบคลุมทุกพื้นที่ อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์ ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่งานผู้สูงอายุในระดับจังหวัด รพ. รพ.สต. และ อสม.ทุก ท่านที่กรุณาเก็บและตรวจสอบข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน และผู้สูงอายุ ที่กรุณาให้ข้อมูลอย่างดี ทำให้การศึกษาสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานเบื้องต้น การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/older57.pdf>.
2. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; พ.ศ. 2552.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; พ.ศ. 2553.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; พ.ศ. 2553.
5. กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 5. ข้อมูลทั่วไปของ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 . การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง (รอบที่ 2); 8 มิถุนายน- 5 สิงหาคม 2559; ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลจังหวัด. จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5. พ.ศ. 2559.
6. ปิยลัมพร หะวานนท์, วสันต์ ปัญญาแสง. การพิจารณาขนาดตัวอย่าง. ใน: พิเชฐ สัมปทานกุล, บรรณาธิการ. หลักการทำวิจัย :สู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โพคัล อิมเมจ พรินต์ติ้ง กรุ๊ป; 2554. หน้า 255-71.
7. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ท. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/479864>
8. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ท. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/477308>
9. นาริรัตน์ จิตรมณตรี. ประชากรสูงอายุ: แนวโน้ม และประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ. ใน: วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล งานบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. หน้า 1-22.

10. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยิ่งแจ้ว. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; พ.ศ. 2556.
11. Johansson PM, Eriksson LS, Sadigh S, Rehnberg C, Tillgren PE. Participation, resource Mobilization and financial incentives in community-based health promotion: an Economic evaluation perspective from Sweden. *Health Promotion Int* 2009; 24(2): 177-84.
12. ชญานิศ เขียวสด, สฤณี ผ่องแผ้ว, ไพจิตร วรรณจักร, ปิยะนุช เอกก้านตรง, บังอร กล้าสุวรรณ. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. พ.ศ. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2559 พฤศจิกายน 12]. เข้าถึงได้จาก : <http://203.157.71.148/Information/center/research%2054/shiyanid54.pdf>
13. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัคร Home Care for Older Persons in Communities. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักข่าวพาณิชย์; พ.ศ. 2554.
14. ชญานิศ ไมเออร์. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี* 2552;1:92-109.
15. นรินทร์ หมั่นแสง, สุชาดา ไกรพิบูลย์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านทุ่งหลุก อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]*. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559 พฤศจิกายน 12]; 41:[1-12]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/download/33193/28214>
16. กิตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์ห่อถิมาณ. *J Nurs Sci* 2010;28:60-8.
17. มณฑา ไชยวัฒนา, เกษณี โคกตาทอง, อุทัยวรรณ โคกตาทอง. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 4 และที่ 5. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2556;36:60-70.
18. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, ยุวดี รอดจากภัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]*. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559 พฤศจิกายน 12];9:[13-20]. เข้าถึงได้จาก: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/ojs/index.php/health/article/view/3332
19. ณัฐพล ใจจริง, กฤษณ์ วงศ์วิเศษธร. อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันพระปกเกล้า [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น>
20. นพดล เหล่าก่อ. ชุมชนเข้มแข็ง. Gotoknow [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/32079>