

รูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ตำบลคืงตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

A Participatory Health Promotion and Development Model for the Local Senior People of Khung Taphao Subdistrict, Mueang District, Uttaradit Provinces

ณิชารีย์ ใจคำวัง, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และ ธนากร ธนวัฒน์

Nicharee Jaikhamwang, Kittiwat Junrith, Pongsak Ontmoy and

Thanakorn Thanawat

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

E-mail: jkwnicharee@uru.ac.th, kittiwatjunrith@uru.ac.th, o.pongsak@gmail.com and

thanawaturu@gmail.com

(Received : May 19, 2020 Revised : August 15, 2020 Accepted : September 14, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ 1) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคืงตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคืงตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 332 คน และมีผู้ให้ข้อมูลหลัก 70 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสังเกต และประเด็นการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 2.27, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) และน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.05, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.96, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85) การใช้ยาของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.24, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (ความเพียงพอของรายได้ และสถานะในครอบครัว) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq .05$) ความเหมาะสมของรูปแบบนี้ (การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ

ภาวะของผู้สูงอายุ) เกี่ยวกับการ มีองค์ประกอบที่สามารถปฏิบัติได้ โดยจำแนกเป็นคุณลักษณะอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย องค์ประกอบเชิงปัจจัย เชิงกระบวนการของการจัดการความรู้ และแนวทางการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ในบริบทของผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ การสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาวะ บทหลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะ การมีส่วนร่วม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

This integrated research aimed to study the health situation perception and problems of the aging people; the relationships between personal factors, health care behaviors, and medicinal usage behaviors; including participatory development and promotion model for the aging health situations at the local level. The samples consisted of 332 aging samples and 70 key informants in Kungtapao sub-district, Mueang district, Uttaradit province. Data were collected by the use of a set of questionnaires, observation format, and focus group discussion items, then, the collected data were analyzed by using frequency, distribution, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's correlation, and content analysis.

The study results revealed that the health situation perception level of the aging people was found at a less level (Mean=2.05, Standard deviation = 1.14). The samples' personal factors, which consisted of income sufficiency and family status, daily life ability, health perception and health problems had a statistically significant relation with their self-care behavior ($p\text{-value} \leq .05$). The appropriateness was found as relating to the model and its practicable components, which consisted of its participatory characteristics, inputs, knowledge management process, and local area-based management within the aging people's context. This research initiated a new body of knowledge for creating the new sense of paradigm shift, health awareness based on a participatory health literacy and self-reliance principles among the aging people.

Keywords: Health development and promotion pattern, Participatory approach, Aging health care

บทนำ

จังหวัดอุตรดิตถ์อยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัย (Aging index) มากที่สุดใน 10 อันดับแรกของประเทศไทย ซึ่งจากรายงานสถิติจังหวัดอุตรดิตถ์ปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 82,491, 85,023 และ 88,443 คน คิดเป็นร้อยละ 17.94, 18.60 และ 19.35 ตามลำดับ (Department of older persons, 2017) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในปี 2558 ที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.62 รองมาคือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.06 ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวาย ร้อยละ 5.26 เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ร้อยละ 56.97 ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Chokekerd & Noisub, 2016) ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดอุตรดิตถ์มีดัชนีสูงวัยมากที่สุดอันดับที่ 6 มีค่าดัชนีสูงวัย 138.2 ซึ่งหมายถึง สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) (ค่าดัชนีระหว่าง 120 - 199.9) และในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดอุตรดิตถ์มีส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 24.2 ของประชากรทั้งหมดถือว่าจังหวัดอุตรดิตถ์เป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ (Aging Society) (Foundation of Thai gerontology research and development institute, 2018)

ตำบลทุ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนประชากรทั้งหมด 8,752 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,636 คน (ร้อยละ 18.69) ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้บ้าง 74 คน (ร้อยละ 4.52) และผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 20 คน (ร้อยละ 1.22) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการบริการด้านสุขภาพและบริการยังไม่ทั่วถึง อีกทั้งปัญหาการเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ถูกละเลยและไม่มีความรู้หรือเข้าร่วมกิจกรรมกับทางชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดและซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และท้ายที่สุดทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้กลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป ในการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถมารับบริการด้วยตนเองได้ ต้องมีบุตรหลานมาส่งหรือมารับยาแทน ซึ่งประวัติการรักษาของหลังผู้สูงอายุที่มารับบริการ พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายชนิด น้ำหนักตัวลดลง มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ผู้สูงอายุเหล่านี้มารับบริการด้านสุขภาพและรับการรักษาโรคเรื้อรังและรับยาวิตามินบำรุงร่างกายเป็นประจำ (Khung Taphao health promoting hospital, 2018) ปัญหาเหล่านี้เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งปัจจัยส่วนบุคคลสังคมสิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพซึ่งสามารถบรรเทาได้ถ้าสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการสร้างการรับรู้ ความตระหนักต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่อง ตลอดจนการหนุนเสริมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านนโยบายสาธารณะและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพร่วมกับพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

ที่มุ่งเน้นสุขภาพแบบองค์รวม แต่การดำเนินการที่ผ่านมาเป็นการจัดทำโครงการ กิจกรรมตามไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ตำบลคุ้มตะเภา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี เพื่อสามารถนำไปขยายผลและปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคุ้มตะเภา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
3. เพื่อพัฒนาและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์เทคนิคการวิจัยแบบผสม (Mixed methods) ระหว่างการสำรวจอย่างมีส่วนร่วม และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบลคุ้มตะเภา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,392 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 จากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) จากประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสถิติสมมติฐานสมบรูณ์ ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลคุ้มตะเภา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี สามารถฟังและสื่อสารภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือ จำนวน 302 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมจำนวน 332 คน จากนั้นใช้เทคนิค Multi-stage cluster and simple random sampling โดยคำนวณสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน ทำการสุ่มแบบอย่างง่ายจากกลุ่มหมู่บ้าน และจับสลากจากรายชื่อ ในระหว่างวิจัยก็จะทำการสุ่มหากกลุ่มตัวอย่างทดแทนหากมีใครเจ็บป่วยกะทันหัน หรือเสียชีวิต หรือย้ายออกนอกพื้นที่ในช่วงดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 2 การศึกษารูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคุ้มตะเภา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานีอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ผู้วิจัยเน้นใช้การบูรณาการเทคนิค AIC (Appreciation influence and control) ในระหว่างการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในบริบทของชุมชน ตำบลคุ้มตะเภา รวมทั้งการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่เพื่อค้นหาความต้องการการเรียนรู้เสริมสมรรถนะและทำการคืนข้อมูลที่ศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจงในฐานะผู้ให้ข้อมูลหลัก จากผู้ที่มีบทบาทและเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคุ้มตะเภา ได้แก่คณะกรรมการแกนนำสุขภาพตำบลคุ้มตะเภา

ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการ ประธาน อสม. และคณะกรรมการ ผู้นำชุมชน เพื่อทำการสนทนากลุ่ม จำนวน 55 คน

โดยมีคณะนักวิจัย กับผู้แทนสถาบันการศึกษา ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกิจกรรมด้วย เพื่ออำนวยความสะดวกในการนำผลการสังเคราะห์ทางวิชาการกับผลการสำรวจข้อมูลสนามในระยะแรก มาร่วมร่างและออกแบบรูปแบบและแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคั้งตะเกา

ระยะที่ 3 การใช้และประเมินรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ด้วยการอบรมให้ความรู้และพัฒนาสุขภาพตามความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ

ประชากรมี 2 กลุ่ม กลุ่มแรก เป็นผู้สูงอายุคัดเลือกมาจากกลุ่มตัวอย่างชุดแรก 332 คน ที่กำหนดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างสูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี จำนวน 40 คน ที่สถิติสมมติฐานสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อร่วมกิจกรรมการฝึกอบรมให้ความรู้และพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีคณะนักวิจัยร่วมกิจกรรมเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการจัดการความรู้ให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งตามที่ผู้วิจัยกับกลุ่มเป้าหมายได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น

กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อประเมินรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น กลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผู้บริหารของเทศบาลคั้งตะเกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคั้งตะเกา ผู้แทนสถาบันการศึกษา ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ ผู้แทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 มีเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 19 ข้อ 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล) 10 ข้อ 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 27 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนคือ 1.00–1.67 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี 1.68–2.35 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้ 2.36–3.00 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพดี 4) ปัญหาสุขภาพ 44 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนคือ 4.51–5.00 ปัญหามากที่สุด 3.51–4.50 ปัญหา 2.51–3.50 ปัญหาปานกลาง 1.51–2.50 ปัญหาน้อย 1.00–1.50 ปัญหาน้อยที่สุด 5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 37 ข้อ และ 6) พฤติกรรมการใช้ยา เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนคือ 1.00–1.75 พฤติกรรมระดับไม่ดี 1.76–2.51 พฤติกรรมระดับปานกลาง 2.52–3.27 พฤติกรรมระดับดี 3.28–4.00 พฤติกรรมระดับดีมาก

วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละส่วน ดังนี้ 1) แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ค่าความเชื่อมั่น 0.76 2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะ

สุขภาพ ค่าความเชื่อมั่น 0.86 3) แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่น 0.85 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่น 0.82 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา ค่าความเชื่อมั่น 0.77

2) ประเด็นการสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้ประเมินสภาพการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้แทนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มหมู่บ้าน ได้แก่ รูปแบบและวิธีการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ การใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกชุมชนเป็นองค์ประกอบการจัดการความรู้มีส่วนร่วม แนวทางการบริหารจัดการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ เน้นการพึ่งพาตนเองจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสนับสนุนของบุคลากรหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ แนวทางการเปลี่ยนกระบวนทัศน์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัว

ซึ่งผู้วิจัยใช้เนื้อหาจากผลการเก็บข้อมูลช่วงแรกนี้ มาพัฒนาเป็นเนื้อหาและสื่อของหลักสูตรการฝึกอบรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ โดยการให้เข้าร่วมเรียนรู้เชิงปฏิบัติใน 10 ฐานการเรียนรู้ ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

ระยะที่ 2 มีเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1) เอกสารและชุดปฏิบัติประกอบการฝึกอบรม ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การอำนวยความสะดวกเพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และการใช้ยาของผู้สูงอายุ

2) ประเด็นการสนทนากลุ่ม เพื่อหาองค์ประกอบด้านปัจจัยภายในและภายนอกชุมชนที่จำเป็นต่อการใช้ในการกระบวนกรขับเคลื่อนรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบในบริบทชุมชนเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น มีเครื่องมือ 2 ชุดคือ

1) แบบคำถามปลายเปิดเพื่อประเมินความพึงพอใจที่วัดได้จากการแสดงออกของการยอมรับและเห็นด้วย โดยเสียงส่วนใหญ่

2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นถึงการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ โอกาสการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ บนหลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จากเกณฑ์ 6 ประการ ได้แก่ 1) ความเหมาะสมของคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุระดับท้องถิ่น 2) ประโยชน์ของเนื้อหาและกระบวนการเรียนรู้ที่มาจากความต้องการ ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง 3) แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ 4) การขับเคลื่อนแนวทางดังกล่าวโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเครือข่าย 5) การยอมรับและร่วมรับผิดชอบในการบริหารจัดการของ มีส่วนได้ส่วนเสียและเครือข่าย 6) โอกาสการสร้างความรู้แก่ผู้สูงอายุ และการลดภาระความกังวลของญาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล นอกเหนือจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ด้วย จำนวน และ ค่าร้อยละ
 2. ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการ ปัญหาและสภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ($p\text{-value} \leq 0.05$) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($p\text{-value} \leq 0.05$)
 4. ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยการพรรณนาความภายใต้กรอบวัตถุประสงค์การวิจัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
- งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. 025/2018

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา นำเสนอได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง (65.70%) อายุระหว่าง 60-69 ร้อยละ 55.10 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สมรสแล้ว ร้อยละ 61.00 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.60 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 60.00 มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 60.00 มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 81.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 58.70 มีรายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ยประมาณไม่เกิน 9,999 บาท ร้อยละ 95.20 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.00 แหล่งรายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 77.70 และส่วนใหญ่สามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลของตนเองได้ ร้อยละ 94.30

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (97.90 %) รับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 2.27, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) ส่วนที่รับรู้ในระดับดี คือ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 2.70, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย 2.67, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (ค่าเฉลี่ย 2.45, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81)

กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญในภาพรวมระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.05, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14) มีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 2.24, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.27) ปัญหาที่พบมากที่สุดเกิดจากสภาพการมองเห็นเพราะตาพล่ามัว มองเห็นไม่ชัดเจนและสายตาวาย (ค่าเฉลี่ย 2.76, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.36)

ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระดั่งดี (ค่าเฉลี่ย 2.96, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85) ด้านจิตวิญญาณหรือความรู้สึกสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.10, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) พฤติกรรมที่เหมาะสมที่สุด คือ ความพยายามทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่า (ค่าเฉลี่ย 3.13, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) ด้านสังคมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.02, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86) และที่เหมาะสมที่สุดคือ พึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง (ค่าเฉลี่ย 3.12, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 2.89, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92) โดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมที่สุดคือ ทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น กินข้าว ดูทีวี (ค่าเฉลี่ย 3.24, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88) ด้านร่างกาย (ค่าเฉลี่ย 2.39, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85) ที่เหมาะสมที่สุดคือ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนรู้สึกเหนื่อยมากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20 นาที (ค่าเฉลี่ย 3.24, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.24, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97) ซึ่งทราบว่าการใช้ยาของตนเองที่อยู่ในระดับไม่ปลอดภัยต่อนัก คือ เพิ่มจำนวนมื้อยา และปริมาณยาเอง เมื่อมีอาการป่วยมากขึ้น (ค่าเฉลี่ย 1.26, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 และ ค่าเฉลี่ย 1.28, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) รองลงมา คือ การหยิบยืมยาจากเพื่อนบ้านมาใช้เพื่อบรรเทาอาการป่วย (ค่าเฉลี่ย 1.30, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71) ได้แบ่งยาที่ใช้แล้วหลังจากที่ตนเองมีอาการดีขึ้นให้บุคคลรอบข้างที่มีอาการเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย 1.37, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75) หยุดรับประทานยาหรือลดจำนวนยาเองเมื่ออาการดีขึ้น ใช้ยาตามคำแนะนำของเพื่อนบ้านที่มีอาการป่วยเช่นเดียวกันโดยไม่ลังเล (ค่าเฉลี่ย 1.63, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01) และซื้อยากินเองอย่างต่อเนื่องจนเป็นระยะยาวเพื่อบรรเทาอาการของโรคโดยไม่คำนึงถึงอันตรายของยาที่อาจเกิดตามมาทีหลัง (ค่าเฉลี่ย 1.72, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94)

ผลการประชุมกลุ่มย่อย ยังพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้จนเสมือนเป็นเรื่องปกติว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเป็นหน้าที่โดยตรงของบุตรหลานตามจารีตประเพณี ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันตก เพื่อเลี้ยงดูยามชราและเมื่อเจ็บป่วยก็ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนการดูแลสุขภาพตนเองทางกายภาพ จิตใจและการใช้นั้นก็เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตปกติมากกว่าต้องไปชวนช่วยเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการก็เข้าใจและรับรู้เป็นสิ่งที่ปฏิบัติต่อกันมาว่าการให้บริการเป็นหน้าที่รับผิดชอบและเป็นงานปกติตามวงจรของโรค เฉพาะกลุ่มเป้าหมายมากกว่าการให้ความรู้จริงจัง ซึ่งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความคิดเห็นสนับสนุนว่ากระบวนการทัศน์แบบดั้งเดิมเช่นนี้จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรแก่การสร้างรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล (ความเพียงพอของรายได้ ($p\text{-value} = .014$) และสถานะในครอบครัว ($p\text{-value} = .019$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($p\text{-value} = .001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($p\text{-value} = .001$) และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p\text{-value} = .000$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ดังตาราง

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 332)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	χ^2	p-Value
1. ปัจจัยส่วนบุคคล		
ความเพียงพอรายได้	12.467	0.014*
สถานะครอบครัว	18.225	0.019*
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	25.566	0.001*
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	40.812	0.001*
4. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	96.118	0.000*

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -Value ≤ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (p-value = .024) และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (p-value = .000) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการใช้ยา (n=332)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	χ^2	p-Value
1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	13.316	0.024*
2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	95.416	0.000*

*มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -Value ≤ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ (p-value = .003, $r = .165$) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ (p-value = .000, $r = -.443$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n=332)

ตัวแปร	r	p-value
1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.165	0.003*
2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ	-.443	0.000*

*p-value $\leq .05$ สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ (p-value = .000, $r = .194$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $\leq .05$

($p\text{-value} = .004$, $r = .158$) และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($p\text{-value}=.000$, $r = -.377$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยา ($n = 332$)

ตัวแปร	r	p-value
1. ปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา)	.194	0.000*
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.158	.004*
3. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ	-.377	.000*

* $p\text{-value} \leq .05$ สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ตำบลทุ่งตะเกียบ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

จากผลการศึกษาระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลักมีความต้องการและเห็นความจำเป็นในการพัฒนาส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา เพื่อใช้เป็นกลไกสำคัญในการแก้ปัญหาการรับรู้ที่น้อยในด้านภาวะสุขภาพในภาพทั้งสุขภาพทางกาย การดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา และผู้ให้ข้อมูลหลักกับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของพื้นที่แห่งนี้ ที่ผ่านมายังใช้รูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นลักษณะเฉพาะกิจและลักษณะงานประจำที่ให้ข่าวสารข้อมูลเชิงป้องกันและเฝ้าระวังกับดูแลยามป่วยสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในฐานะผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง และผลการศึกษาในระยะที่สองแสดงว่า ไม่มีการเน้นการให้ความสำคัญในการสร้างโอกาสการเข้าใจและตระหนักรู้ในสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในส่วนของผู้สูงอายุและในส่วนของผู้ให้บริการที่มีเนื้อหาตรงกันอย่างมีส่วนร่วม โดยกระบวนการและเทคนิค AIC (Appreciation influence and control) ทำให้ทั้งผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันพัฒนาเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้น

3.1 รูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ตำบลทุ่งตะเกียบ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1) คุณลักษณะของรูปแบบ เน้นการมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่นระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้สูงอายุในฐานะผู้รับบริการ หน่วยงานและตัวบุคคลผู้ให้บริการด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่และภาคีเครือข่ายทั้งในระดับตำบลอำเภอ และระดับจังหวัดในฐานะผู้สนับสนุนทางงบประมาณหรือวิชาการเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึง เข้าใจกันและกันทั้งสุขภาพ การจัดการความรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการ ตั้งแต่ การเตรียมการ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตามประเมินผล จนถึงการได้รับผลประโยชน์และส่งต่อความตระหนักรู้ด้วยความรับผิดชอบ

2) องค์ประกอบเชิงปัจจัยของรูปแบบได้แก่ตัวบุคคลที่มีทั้งผู้ให้ ผู้รับบริการที่เข้าถึงข้อมูลและตัวบุคคล เนื้อหาการจัดการความรู้ สื่อ เป้าหมายและบรรยากาศที่ไม่เป็นทางการ

3) องค์ประกอบเชิงกระบวนการ และแนวทางการบริหารจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ ในเชิงพื้นที่ และกลยุทธ์การนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมความเข้มแข็งของกลุ่มเป้าหมายและชุมชนในการจัดการตนเองได้

3.2 แนวทางการบริหารจัดการในเชิงพื้นที่สำหรับการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น

คณะ ผู้ร่วมวิจัยมีความเห็นตรงกัน เน้นให้มีแนวปฏิบัติเฉพาะพื้นที่ โดยให้โรงพยาบาลและเทศบาลตำบลเป็นกลไกขับเคลื่อนหลัก สำหรับเตรียมการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ การทำงานในเชิงรุกในชุมชน มีโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพสถาบันการศึกษา ในการบูรณาการงานวิจัยกับการเรียนการสอนและการบริการวิชาการ ช่วยให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้

กลไกการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม อาจมีลักษณะเป็น สถานที่พบปะเรียนรู้และจัดกิจกรรมร่วมกันแบบผู้ใหญ่ เช่น โรงเรียนสร้างสุขวัยใส แนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน การเตรียมอัตรากำลังของบุคลากรและความพร้อมของบุคลากรที่รับผิดชอบ การผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์ที่จำเป็นและง่ายต่อการนำไปใช้การประสานงาน

การเตรียมชุมชน โดยเน้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ เตรียมอาสาสมัครและพี่เลี้ยงให้แก่อาสาสมัครในพื้นที่ เตรียมหลักสูตรอย่างง่ายและไม่เป็นทางการในลักษณะการศึกษาตามอัธยาศัยด้วยเนื้อหา สื่อที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ฝึกอบรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นต้น โดยมีระบบการติดตามประเมินผลจากกลไกขับเคลื่อนหลัก คือเทศบาลตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจและความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น

กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจมากที่สุดกับการที่มีส่วนร่วมในการคิด ริเริ่ม วางแผน กำหนดแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ร้อยละ 98.51 และผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100.00 จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคณะกรรมการแกนนำสุขภาพคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารของเทศบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลังตะเภา ผู้แทนสถาบันการศึกษา และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ครอบคลุมการประเมินรูปแบบนี้ 6 ประการคือ 1) ความเหมาะสมของคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุระดับท้องถิ่น 2) ประโยชน์ของเนื้อหาและกระบวนการเรียนรู้ที่มาจากความต้องการ ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง 3) แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุของพื้นที่ 4) การขับเคลื่อนแนวทางดังกล่าวโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเครือข่าย 5) การยอมรับและร่วมรับผิดชอบในการบริหารจัดการของ มีส่วนได้ส่วนเสียและเครือข่าย 6) โอกาสการสร้างความรู้แก่ผู้สูงอายุ การลดภาระความกังวลของญาติและลดภาระของเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้ให้บริการในระยะยาว

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมและความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Siangpor et al. (2018) พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทของจังหวัดพะเยามีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่วนมากอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Rattanamongkolgul et al. (2015) พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดีและพอใช้ทั้งนี้ เพราะการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะการส่งต่อและรับข้อมูลกับความรู้จากผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้รับบริการ ไม่ได้เน้นการให้ความสำคัญแก่การสร้างโอกาสการทำความเข้าใจและตระหนักในสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้บริการ ใช้วิธีการเข้าถึงผู้สูงอายุในลักษณะงานประจำ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นกระบวนการที่ค้นพบในมิติของการจัดการความรู้ (Knowledge management) ในชีวิตปกติ รวมทั้งอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนมากอยู่บ้านมีกระบวนการกล่อมเกลாதงสังคมในบรรยากาศเงียบเหงาที่คล้ายกัน ทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านเดียวจากผู้ให้บริการและจากเพื่อนฝูงหรือเครือญาติ ที่อาจขาดกระบวนการคิด วิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผล ทั้งเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและด้วยข้อมูลที่เหมาะสม

2. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในภาพรวม อยู่ในระดับน้อย โดยมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายสูงที่สุด ส่วนมากมีปัญหาการมองเห็น (ตาพล้ำมัว มองเห็นไม่ชัดและสายตายาว) และปัญหาการนอนหลับ (นอนหลับยาก ตื่นกลางคืน) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Junrith et al. (2019) พบว่าปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุในภาพรวมมีระดับต่ำ และมีปัญหาทางด้านร่างกายสูงที่สุดทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกายเสื่อมถอย ความแข็งแรงของร่างกายลดลง ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงรวมถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิตในอดีตทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสูงอายุและทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Aotkan, 2013) ที่กล่าวถึงความแก่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน อวัยวะต่างๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมสภาพลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นไม่จำเป็นที่จะเป็นการได้ยิน การมองเห็น การเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ส่วนโรคประจำตัวพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง (Nachiangmai, 2015)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (ความเพียงพอของรายได้) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ดังนี้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญต่อการดำรงชีวิต

สำหรับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอจะสามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์เพื่อการมีสุขภาพทางกายที่แข็งแรง สอดคล้องกับการวิจัยของ Silangern (2017) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในส่วนของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้สามารถเข้าถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุรวมทั้งกิจกรรมสุขภาพที่หน่วยงานต่างๆจัดขึ้นในชุมชนได้ ซึ่งจะแตกต่างกับผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้บ้างกับพึ่งตนเองได้น้อยนั้นจะมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพที่มีความจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ แตกต่างกับการวิจัย Klumrat et al. (2013) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพย่อมตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุเกือบครึ่งยังต้องทำงานหารายได้ต้องพึ่งตนเอง สอดคล้องกับการวิจัยของ Rottrakul (2012) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคผิวหนัง ซึ่งแตกต่างกับผลการวิจัยของ ของ Silangern (2017) พบว่าการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุนั้น จะทำหน้าที่เป็นกลไกทางจิตวิทยาที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เกิดความรู้สึกและตระหนักถึงถึงสภาพการเสื่อม ทางกายภาพ พลังจิตใจ แล้วจะกลายเป็นกำลังใจให้เกิด ความระมัดระวังในการดูแลตนเอง และ เกิดกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งในเชิงของการจัดการความรู้และการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน

4. ความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ

รูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาขึ้นและประเมินความเหมาะสมแล้วด้วยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้ ผู้วิจัยพบว่ามีคุณลักษณะของการจัดการความรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถสรรหาข้อมูล เลือกใช้เป็นความรู้ได้ด้วยตนเองและจากการอำนวยความสะดวกของผู้ให้บริการสุขภาพ รูปแบบนี้มีองค์ประกอบที่จัดเป็นเชิงปัจจัยป้อน กระบวนการดำเนินงานและกลไกขับเคลื่อนภายใต้เงื่อนไขและเทคนิคการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เน้นการจัดการความรู้ตามแบบการศึกษาตามอัธยาศัย (Informal education) ซึ่งแตกต่างจาก 5 รูปแบบที่ได้ศึกษาไว้ (ที่มีลักษณะเด่น ได้แก่ รูปแบบที่ริเริ่มและดำเนินการจากภายนอกชุมชนโดยหน่วยงานรัฐโดยหน่วยงานเอกชน ดำเนินการภายในชุมชนในฐานะเครือข่ายการค้ากับเชิงนโยบายของหน่วยงานรัฐ รูปแบบการฝึกอบรม และที่ดำเนินการภายในชุมชนแบบผสมผสานระหว่างหน่วยงานรัฐ เอกชน เครือข่ายและการศึกษา) ผลการวิจัยพบว่าทั้ง 5 รูปแบบนั้นยังมีช่องว่างระหว่างกลุ่มเป้าหมายกับผู้ให้บริการทั้งช่องว่างที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ จึงขาดความเชื่อมโยงระหว่างการถ่ายทอดเนื้อหาการเรียนรู้เพื่อการปรับตัว หรือนำไปปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมาย และที่สำคัญยังขาดการเข้าถึงความต้องการและปัญหาของกลุ่มเป้าหมายแล้วนำมาปรับปรุงให้เป็นเนื้อหาการเรียนรู้และสร้างสื่อการเรียนรู้มาใช้ในกระบวนการที่จะส่งต่อข้อมูลต่อไปในชุมชน ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้ได้เสริมระดับของการมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการจัดการความรู้

และให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ ใช้ในการแสวงหาข้อมูลปรับเป็นความรู้และนำมาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันเพื่อดูแล สุขภาพ สุขภาวะของตนเองและของชุมชน อย่างพึ่งพาตนเองและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกัน การพัฒนาดังกล่าวเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพเพียงพอในการสร้างโอกาสการรับรู้การเข้าถึงข้อมูลและวิธีการพัฒนาต่อยอดจนสามารถประยุกต์ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาวะ (Health literacy) เสมือนได้มีการสร้างองค์ความรู้ขึ้นมาใหม่ ที่คำนึงถึงการสร้างความตระหนักรู้ร่วมกันสอดคล้องกับความต้องการของทั้งผู้ให้และผู้รับในบริบทชุมชนท้องถิ่น

แนวทางการดำเนินงานตามรูปแบบดังกล่าวข้างต้น จะช่วยลดภาระความรับผิดชอบ ที่ต้องปฏิบัติอย่างซ้ำซากของเจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ มาเป็นการอำนวยความสะดวกในการถ่ายทอดความรู้และจัดการความรู้ จนสามารถปฏิบัติการได้โดยตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ แนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างกระบวนการเรียนรู้ขององค์กรชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้อาศัยเทคนิคการผสมผสานระหว่างการสำรวจ การประเมินความต้องการและปัญหา การพัฒนารูปแบบและการทดสอบเชิงประจักษ์ในบริบทชุมชน ค้นพบว่ารูปแบบนี้มีความเหมาะสมที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุระดับท้องถิ่น ด้วยเนื้อหาและกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ตรงตามความต้องการ ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานในชุมชน ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุของพื้นที่ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเครือข่ายในพื้นที่ได้ด้วยการการยอมรับและร่วมรับผิดชอบในการบริหารจัดการ ด้วยความตระหนักรู้ อันจะส่งผลดีต่อการลดภาระความวิตกกังวลของญาติและลดภาระของเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้ให้บริการโดยตรงในการจัดการสุขภาวะตนเองได้อย่างมีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพที่ยั่งยืนต่อไป ทั้งนี้เป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการจัดการสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุในท้องถิ่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนระดับอำเภอและจังหวัดได้ โดยเน้นการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีในระดับพื้นที่ระหว่างเทศบาล ตำบลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับสถาบันอุดมศึกษาและกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 เทศบาลตำบลคั่งตะเกาควรกำหนดนโยบายสุขภาพ แผนสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนาเป็นธรรมนูญสุขภาพตำบล โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ที่สามารถตอบสนองกับสภาพปัญหา ความต้องการและบริบทของพื้นที่เป็นหลัก

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคั้งตะเกา กำหนดระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสามารถดูแลสุขภาพและจัดการสุขภาพโดยชุมชนได้อย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ เทศบาลตำบลคั้งตะเกา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคั้งตะเกา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการและกิจกรรม ควรวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการที่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาและความต้องการของพื้นที่

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การประเมินผลลัพธ์ในการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมระดับท้องถิ่น ตำบลคั้งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

องค์ความรู้ใหม่และผลที่เกิดต่อสังคม ชุมชน ท้องถิ่น

รูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ การสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ บทหลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ที่ชุมชนตำบลคั้งตะเกานี้และชุมชนอื่นๆ สามารถเรียนรู้นำเทคนิควิทยาไปใช้ในการจัดการสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุและประชาชน ด้วยหลักการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาตนเอง จากการร่วมค้นหาเนื้อหาและกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ตรงกับความต้องการ ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มเป้าหมาย เสมือนต้นแบบที่มาจากทดสอบความเหมาะสมจากปรากฏการณ์จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ 2561 ขอขอบคุณผู้สูงอายุตำบลคั้งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เทศบาลตำบลคั้งตะเกา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคั้งตะเกา และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

References

- Aotkan, P. (2013). *Theory of degradation*. Retrieved from <http://110.164.51.229/newbcnu/attachments/WorksTeacher/Panu/> (In Thai)
- Chokekerd, M., & Noisub, L. (2016). The development a network to promote healthy aging, Uttaradit Province. *Journal of ODPC 10th, 14*(2), 33-44. (In Thai)
- Department of Older Persons. (2017). *Situation of the Thai Elderly Year 2015*. Retrieved from <http://www.dop.go.th/th/know/2/67> (In Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). *Situation of the Thai Elderly 2018*. Retrieved from <https://thaitgri.org/?p=38670> (In Thai)
- Junrith, K., Kancham, P., Thanawat, T., Jaikamwang, N., & Konthasing, P. (2019). Health Care Model for the Elderly by Community Networks Participation, Tambon Pasao, Muang, Uttaradit. *Uttaradit Province. Academic Journal Uttaradit Rajabhat University, 14*(1), 65-78. (In Thai)
- Khung Taphao Health Promoting Hospital. (2018). *Health service system for the elderly in the Khung Subdistrict Tapao*. Uttaradit: Khung Taphao Subdistrict Health Promoting Hospital.. (In Thai)
- Klumrat, K., Jongwutiwes, K., Mahakan, P., & Prasertsuk, N. (2013). Causal factors of Health Behavior of Elderly in Western Region of Thailand. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal, 7*(3), 93-103. (In Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610.
<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Nachiangmai, D. (2015). *Situation of aging in Thailand*. Retrieved from <http://thaitgri.org/?p=37841> (In Thai)
- Rattanamongkolgul, D., Sungkamanee, S., Rattanamongkolgul, S., Lertwongpaopun, W., & Sukchawee, S. (2015). Heath profile of elderly people through active ageing framework in a community, Nakornnayok province. *Journal of Medicine and Health Sciences, 22*(2), 48-60. (In Thai)
- Rottrakul, P. (2012). Factors Correlating with Self-Care Ability of Elderly Disease. Dermatology Case Studies Institute of Dermatology Bangkok. *Journal of Nursing Division, 39*(1), 79-91. (In Thai)

- Siangpor, K., Utama, N., Thonchuay, P., & Pudpong, S. (2018). Model Development of Community Participation in Holistic Health Promotion for the Elderly in a Rural Area, Phayao Province. *Journal of Public Health*, 48 (2), 113-126. (In Thai)
- Silangern, P. (2017). *Factors Correlating to Self-Health Care Behavior of the Elderly In Phayao Province*. (Master of Public Health, Thesis Faculty of Public Health, Thammasat University). (In Thai)