

**การพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบล
ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลหัวโทน
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด**

**The Potential Development of Sub-District Administrative
Organization for Elderly Health Promotion
in Huaton Sub-District, Suwanaphum District, Roi-Et Province**

พัชรารวรรณ จันทร์เพชร (Patcharawan Janpech)^{1*} ดร.จุฬารณย์ โสตะ (Dr. Chulaporn Sota)**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรกลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 30 คน และแกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อบต. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากดำเนินการ บุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ บทบาทหน้าที่ ความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ในการมีส่วนร่วมดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนในแกนนำผู้สูงอายุ หลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ABSTRACT

This research was Participatory Action Research. Purposes of this study was to study the Potential Development of Sub-District Administrative Organization (SDAO) for Elderly Health Promotion in Huaton Sub-District, Suwanaphum District, Roi-Et Province. The samples studied in two groups: 30 sample people who work in the Huaton SDAO. and 60 elderly leaders people. Collected both quantitative and qualitative by questionnaires,

¹ Correspondent author: Janpech_2@hotmail.com

* นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

in-depth interviews and participatory observation. The general data Analysis used descriptive statistics. Comparison mean scores were analyzed by Paired Sample t-test at 0.05 level of significant. The results showed that after the study, sample people who work in the Huaton SDAO. had mean score on knowledge, attitudes, perceived roles, belief in their ability to operate health of the elderly and satisfaction in contributing to health promotion activities for the elderly in the community were higher than before the study. Statistically significant (p -value <0.001). In the elderly leader, after of this study had mean score on knowledge, attitude and behavior practices in health promotion were higher than before the study. Statistically significant (p -value <0.001)

คำสำคัญ : องค์การบริหารส่วนตำบล การพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ

Key Words : Sub-District administrative organization, Potential development, Elderly, Health promotion

บทนำ

โลกในยุคปัจจุบันนี้มีการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก จึงส่งผลให้ประชากรโลกมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรทำให้หลายประเทศมีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงาน World Population Prospects: The 2006 Revision โดย Population Division of Department of Economic and Social Affairs ของสหประชาชาติพบว่า ในอีก 40 ปีข้างหน้า ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก ราว 6,600 ล้านคนในปี ค.ศ. 2007 เป็น 9,200 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 โดยจะเป็นประชากรที่เป็นผู้สูงอายุถึง 2,000 ล้านคน โดยเฉพาะในภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น และหลายประเทศในยุโรป ซึ่งมีแนวโน้มของผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว [1] นอกจากนี้ The United Nations Population Fund :UNFPA [2] ได้ทำการสำรวจสถิติประชากรโลกพบว่า 1 ใน 10 ของประชากร จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา นั้นหมายความว่า โลกกำลังก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) อย่างรวดเร็ว

สำหรับประเทศไทย พบว่า ในปีพ.ศ. 2552 มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 11.8 หรือ 7.5 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2568 ไทยจะก้าวกระโดดมีผู้สูงอายุมากถึง 14.4 ล้านคน และในปีพ.ศ. 2593 ผู้สูงอายุจะล้นเมือง มีจำนวนมากถึงร้อยละ 27 ของพลเมืองทั้งประเทศ หรือคิดเป็นประชากรในประเทศ 1 ใน 5 ราย จะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นอัตราการเพิ่มที่เร็วกว่าประเทศตะวันตกหลายเท่าตัว และจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบันนี้ ถือว่าสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออก และ เอเชียอาคเนย์ [3] และจากการที่องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้ให้คำนิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุเกิน 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 3 ครั้งที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ

6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปีพ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.4 ผลสำรวจครั้งล่าสุด ปีพ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 [4] จากข้อมูลข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ให้ความสำคัญต่อการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้อำนาจในการจัดสรรงบประมาณในการจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนอย่างมีอิสระในการบริหารงานของตนเอง โดยคาดหวังว่าประชาชนจะได้รับบริการที่ดีทั่วถึง และตรงตามความต้องการของประชาชน รวมถึงทำให้ประชาชนในท้องถิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น องค์กรบริหารส่วนตำบลซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน จึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแล จัดตั้งทุกข้บำรุงสุขให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และมีอำนาจหน้าที่โดยตรงในการดูแลประชาชนด้านสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติม จนถึงฉบับที่ 5 พ.ศ. 2546 ตามมาตรา 67 โดยมีหน้าที่ที่ต้องทำ คือ ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ [5]

จากการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ พบว่า ตำบลหัวโทน อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นตำบลที่มีการบริหารงานในระบบองค์การบริหารส่วนตำบลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน โดยมีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 24 คน รับผิดชอบพื้นที่ครอบคลุมทั้งหมดจำนวน 12 หมู่บ้าน 1,440 ครัวเรือน มีประชากรทั้งหมด 5,417 คน เป็นเพศชายจำนวน 2,736 คน และเพศหญิงจำนวน 2,681 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 774 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.3 ของประชากรทั้งหมดในตำบล เป็นเพศชายจำนวน 357 คน และเพศหญิงจำนวน 417 คน และพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างชัดเจน โดยเห็นได้จากสถิติของจำนวนประชากรที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ของตำบลหัวโทน ในปีพ.ศ. 2551 มีจำนวน 48 คน, พ.ศ.

2552 มีจำนวน 53 คน และ พ.ศ. 2553 มีจำนวน 68 คน และด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรังและโรคในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น [6] จากการศึกษาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวโทนที่ผ่านมาพบว่าไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดำเนินงาน เนื่องจากงานด้านสุขภาพรวมถึงงานทางด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะเป็นหน้าที่ของสถานีนามัยประจำตำบล ซึ่งทางองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ส่วนมากจะจัดเฉพาะช่วงวันผู้สูงอายุ หรือบางช่วงเวลาเท่านั้น และไม่มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพมากเท่าที่ควร จะเห็นได้จากการจัดสรรด้านงบประมาณส่วนมากให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านวัตถุ หรือการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ เช่น ถนนหนทาง อาคาร ครุภัณฑ์ต่างๆ ซึ่งยังไม่เห็นความสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นกระบวนการพัฒนาที่สำคัญยิ่งอีกประการหนึ่ง เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้ดีขึ้น และเป็นการเสริมสร้างพลังและภูมิต้านทานโรค ให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและมีอายุยืนนานขึ้น จิตใจสดชื่น แจ่มใส ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้ และดำรงชีวิตร่วมกับคนวัยอื่นๆ ในชุมชนได้อย่างมีความสุข จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมจะให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการบริหารจัดการความเครียด พฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมนอนหลับพักผ่อน และความสนใจใฝ่หาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

([7] อ้างถึงใน [8]) โดยใช้กลยุทธ์เดียวกับการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาที่กำหนดไว้ 5 ประการ [9] ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นผู้มีความรู้ มีศักดิ์ศรีและเป็นภูมิปัญญาของสังคม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหัวโทน อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งนี้เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลได้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหัวโทน อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ การรับรู้บทบาทหน้าที่ ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความพึงพอใจ ในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบล ก่อนและหลังดำเนินการ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพของแกนนำผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน ระยะวางแผนและดำเนินงาน และระยะประเมินผล ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์

พื้นที่การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในองค์การบริหารส่วนตำบลหัวโทน อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง โดยมีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 24 คน รับผิดชอบพื้นที่ครอบคลุมทั้งหมดจำนวน 12 หมู่บ้าน 1,440 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด 5,417 คน เป็นเพศชายจำนวน 2,736 คน และเพศหญิงจำนวน 2,681 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 774 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.3 ของประชากรทั้งหมดในตำบล เป็นเพศชายจำนวน 357 คน และเพศหญิงจำนวน 417 คน และพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรังและโรคในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ศึกษาคือ

- 1) มีประชากรผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่

- 2) องค์การบริหารส่วนตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เพื่อความสะดวกและการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรกลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ นายก อบต. จำนวน 1 คน รองนายก อบต. จำนวน 2 คน ปลัด อบต. จำนวน 1 คน พนักงาน อบต. ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 2 คน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 24 คน รวมทั้งหมด จำนวน

30 คน และแกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน โดยทำการคัดเลือกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จาก 12 หมู่บ้าน ๆ ละ 5 คน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน จากทั้งหมด 12 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน มาทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่กลุ่มตัวอย่างและช่วยเก็บข้อมูลในการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง โดยไม่มีการเก็บข้อมูลใน อสม. กลุ่มดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิทยากร โดยการบรรยายประกอบสไลด์ คู่มือความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับ อบต. การสนทนาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) ในขั้นตอนการระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผลการดำเนินงาน กิจกรรมสนทนากลุ่ม/กลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างความผูกพันและความคาดหวังในการทำงานร่วมกัน และกิจกรรมมอบเกียรติบัตรหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานของบุคลากรต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ใช้กับบุคลากรกลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งแบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน วัดผลโดยคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยประยุกต์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของบลูม [10] ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้บทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ต 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย ใช้เกณฑ์จัดลำดับคะแนนด้วยวิธีอิงกลุ่มของเบสท์ [11] และแบบสอบถามที่ใช้กับแกนนำผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ วัดผลโดยคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยประยุกต์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลผลการศึกษาของบลูม [10] ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ วัดผลโดยใช้เกณฑ์จัดลำดับคะแนนด้วยวิธีอิงกลุ่มของเบสท์ [11] โดยสร้างครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ทดสอบความตรง (Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ในหมวดความรู้ของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. และแกนนำผู้สูงอายุ ใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR 20) ได้ค่าความเที่ยง 0.83 และ 0.77 ตามลำดับ และใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ในหมวดทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้บทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. ได้ค่าความเที่ยง 0.84, 0.81, 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ และในหมวดทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพของแกนนำผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยง 0.83 และ 0.88 ตามลำดับ และเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก นายก อบต. ปลัด อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) เพื่อพิสูจน์

ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบด้านบุคคล สถานที่ และเวลา

การดำเนินการวิจัย

มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง รวม 12 สัปดาห์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2554 ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับ อบต. เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับการและการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแก่บุคลากร อบต. ผ่านสไลด์ประกอบการบรรยาย คู่มือความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับ อบต. ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมการพัฒนาความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบลในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. หัวโทน จำนวน 30 คน, ตัวแทนของแกนนำผู้สูงอายุ 12 คน และ อสม. 12 คน โดยใช้กระบวนการ AIC เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และสามารถระบุได้ถึงปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมการพัฒนาความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบลในการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. หัวโทน จำนวน 30 คน, ตัวแทนของแกนนำผู้สูงอายุ 12 คน และ อสม. 12 คน โดยใช้วิธีสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และการคิดวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ตลอดจนการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

กิจกรรมครั้งที่ 4 โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแก่แกนนำผู้สูงอายุ ตามโครงการที่ทาง อบต. ได้ร่วมวางแผนจัดทำขึ้น ด้วยการบรรยายให้ความรู้ ประกอบสไลด์

การบรรยายโดยวิทยากร การแจกรุ่นคู่มือความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการแจกของรางวัลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการตอบปัญหา และแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมครั้งที่ 5 โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุตามโครงการที่ทาง อบต. ได้ร่วมวางแผนจัดทำขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้เรื่องหลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ การสอนสาธิตวิธีออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยการยืดเหยียดร่างกาย 15 ท่า ของกรมอนามัย โดยวิทยากร กิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันเสนอเกี่ยวกับแนวทางการจัดตั้งศูนย์ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุประจำชุมชน

กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรมการพัฒนาความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบลในการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และความสามารถในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย บุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. หัวโทน จำนวน 30 คน, ตัวแทนของแกนนำผู้สูงอายุ 12 คน และ อสม. 12 คน โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันประเมินผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก สิ่งที่ได้จากการร่วมทำกิจกรรม และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขครั้งต่อไป ตลอดจนร่วมกันอภิปราย และสรุปเกี่ยวกับการสร้างแผนงาน/นโยบายของ อบต. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 7 กิจกรรมปิดโครงการ ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินโครงการและกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พิธีมอบเกียรติบัตรแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการกล่าวแสดงความรู้สึก ความประทับใจ ให้คำติชม และให้ข้อเสนอแนะต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัย และร่วมร้องเพลงเพื่อแสดงพันธสัญญาในการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน และแสดงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน และเสริมสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ และปิดโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม STATA 10.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนาอธิบายคุณลักษณะทางประชากร และสถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เป็นหมวดหมู่ (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการทำกิจกรรมในขั้นตอนต่างๆ จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

ข้อมูลที่ได้จากการทำกระบวนการ AIC พบว่า สภาพปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน 5 อันดับโดยพิจารณาตามหลักการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาค่าครองชีพไม่เพียงพอ 2) ปัญหาความเสื่อมของสุขภาพสายตาและการได้ยิน 3) อยากได้ศูนย์ออกกำลังกายประจำชุมชน 4) อยากได้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ 5) อยากให้มีการส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ และมีแนวทางแก้ไข ดังนี้ 1) ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 2) การจัดอบรมเกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การสอนสาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้เอง และนำเรื่องการจัดตั้งศูนย์ออกกำลังกายประจำชุมชนบรรจุเข้าในที่ประชุม เพื่อจัดทำโครงการ ของงบประมาณสนับสนุนต่อไป 3) มีการสนับสนุนการทำอาชีพเสริมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การปลูกพืช ผักสวนครัว การเลี้ยงสัตว์ 4) การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการทำน้ำหมักชีวภาพ เพื่อใช้ในการทำเกษตร และใช้ในการบำบัดน้ำเสียในครัวเรือน นำไปสู่การทำเกษตรปลอดสารพิษ และช่วยลดต้นทุนในการทำเกษตร และมีพืชผักที่ปลอดสารพิษรับประทาน 5) อสม. ออกเยี่ยมบ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

เพื่อประเมินสุขภาพเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การตรวจสัญญาณชีพ การตรวจวัดสายตาเบื้องต้น การตรวจการได้ยิน และให้คำแนะนำต่างๆ ทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 6) ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน โดยบรรจุเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนเข้าในแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณของ อบต. ซึ่งโครงการที่ อบต. ได้ร่วมวางแผนจัดทำในครั้งนี้ โดยพิจารณาตามความเป็นไปได้ของการแก้ไขปัญหาได้แก่ การจัดทำโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

2. คุณลักษณะประชากร

บุคลากรกลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 83.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 35-44 ปีมากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 26.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.7 มีอาชีพหลักคือ อาชีพเกษตรกร/รับจ้าง เกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการและค้าขาย ร้อยละ 16.7 เท่ากัน ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเป็นระยะเวลา 1.5-4 ปี ร้อยละ 90.0 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.7 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.3

แกนนำผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 8.3 มีอาชีพเกษตรกร/รับจ้าง เกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 85.0 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไปและไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 6.7 เท่ากัน มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 53.3 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.7 แกนนำผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับรายได้จากค่าครองชีพ

จากหน่วยงานรัฐ รองลงมาคือ ได้รับจากบุตร และจากการทำงานของตนเอง ร้อยละ 66.7 และ ร้อยละ 41.7 ตามลำดับ อาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุด ร้อยละ 61.7 รองลงมาคือ อาศัยอยู่ตามลำพังกับสามี/ภรรยา และ อยู่คนเดียว ร้อยละ 33.3 และ ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.0 ซึ่งชนิดของโรคประจำตัวที่เป็น พบว่า แกนนำผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 29.2 ของแกนนำผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 19-25 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 70.0 เคยได้รับและไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 เท่ากัน และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมาคือ ทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 40.0 ของแกนนำผู้สูงอายุที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ

บุคลากรกลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ก่อนดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ ด้านความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ ด้านความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ อบต. ในทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 1)

แกนนำผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ของแกนนำผู้สูงอายุในทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

1. บุคลากรกลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบล

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. หลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการพัฒนาความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครั้งนี้ มีผลต่อการเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. ทั้งนี้ ได้ใช้สื่อและการสนทนา โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามข้อสงสัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ทำให้บรรยากาศในการเรียนรู้ดำเนินไปด้วยความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ ตามแนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง (Empowerment) ของ Bishop (อ้างถึงใน [12]) นอกจากนี้ ยังมีการสอนโดยการใช้สื่อสไลด์ประกอบการบรรยาย และคู่มือความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประกอบการอบรมให้ความรู้ด้วย สอดคล้องกับ สุรีพร [13] และจุฬารักษ์ [14]

ทัศนคติต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติ

ต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. หลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมในขั้นตอนต่างๆที่ให้อบต.เข้ามามีส่วนร่วม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยกระตุ้น สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากการได้ลงมือกระทำเองส่งผลให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมายใน อบต. มีการมีความรู้ความเข้าใจที่ดีในการกระบวนการต่างๆในการดำเนินงาน ทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสู่การเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลสร้างเสริมสุขภาพ [14]

การรับรู้บทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. หลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การสร้างเสริมการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อบต. ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของ อบต. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยยึดกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) และโดยเฉพาะการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัยตามแนวคิดของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ อีกความหมายหนึ่ง หมายถึงกระบวนการที่คนมาทำงานประสานสัมพันธ์ กล่าวคือเป็นการที่มีผู้คนมาทำงานประสานกัน แลกเปลี่ยนทรัพยากร และร่วมมือกันทำงาน กระบวนการนี้จะทำให้เกิดการประสานประโยชน์ในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน รวมทั้งเป็นกระบวนการที่เป็นการร่วมกันหาคำตอบหรือหาทางแก้ไขต่อสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

จะทำให้เน้นการสร้างความตระหนักว่า การแก้ปัญหาเป็นสิทธิ และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทุกคน [15] และด้วยกระบวนการเช่นนี้เอง จึงส่งผลทำให้การรับรู้บทบาทหน้าที่ของสมาชิก มีการรับรู้ที่ดีขึ้น

ความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนด้านความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. หลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อบต. โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น รวมทั้งร่วมลงมือกระทำในกระบวนการทุกขั้นตอน มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้น ตามแนวคิดของการสร้างพลังอำนาจที่ว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ช่วยสนับสนุน หรือช่วยเพิ่มความสามารถให้บุคคลหรือกลุ่ม ได้มองเห็นปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ และเป็นความรู้สึกรับรู้ของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับ สุริพร [13]

ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. หลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อบต. โดยอาศัยกระบวนการสร้างพลังอำนาจ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการค้นหาปัญหา การหาสาเหตุของปัญหา การวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการประเมินผลจากการแก้ไขปัญหาเมื่อได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ จนประสบความสำเร็จ

จึงส่งผลให้หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Morrison, Jones and Fuller [16]

2. แกนนำผู้สูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า คະแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของแกนนำ หลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การจัดอบรมให้ความรู้แก่แกนนำผู้สูงอายุ โดยนำมาจากความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยมี อบต.เป็นหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการจัดอบรม โดยเฉพาะการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การซักถามเมื่อมีข้อสงสัยทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมเพิ่มเติมในเรื่องที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และการสอนสาธิตการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยวิทยากรรับเชิญ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้แกนนำผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับ สุรีพร [13] และ จุฬารักษ์ [14]

ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า คະแนนด้านทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพของแกนนำผู้สูงอายุ พบว่าคະแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติหลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อแกนนำผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม และมีความรู้ ความเข้าใจที่ดีแล้ว ย่อมส่งผลให้มีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Gibson [7]

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า คະแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ของแกนนำผู้สูงอายุ

หลังดำเนินการมีค่าสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมของ อบต. ในการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ กำลังคน วัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ ในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ของแกนนำผู้สูงอายุมีความถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เห็นได้จากการมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้แกนนำผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ จุฬารักษ์ [14]

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังการดำเนินการ พบว่า บุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. มีคະแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้บทบาทหน้าที่ ความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนในแกนนำผู้สูงอายุ หลังดำเนินการ มีคະแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การทำงานร่วมกันระหว่าง อบต. และกลุ่ม อสม. เพื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีต่อกันมากขึ้น

2) การเปิดโอกาสให้ อบต. และ แกนนำผู้สูงอายุได้วิเคราะห์ตนเอง ทำให้รู้ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และร่วมแสดงความคิดเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหา ทำให้ อบต. และ ผู้สูงอายุได้แสดงออก นำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3) การจัดกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้นำไปสู่การเสนอให้ อบต. จัดทำนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และทำให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาประยุกต์วัฒนธรรมต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

2) จากการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า มีปัญหาด้านค่าครองชีพไม่เพียงพอเป็นอันดับ 1 ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาและพัฒนาต่อเนื่องในเรื่องความเป็นอยู่ และการแก้ปัญหาค่าครองชีพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยใช้ทรัพยากรบุคคลที่เป็นปราชญ์ชาวบ้าน ในการจัดทำโครงการส่งเสริมอาชีพ และการทำเกษตรอินทรีย์ เพื่อเพิ่มรายได้แก่ผู้สูงอายุ และลดต้นทุนการผลิตทางการเกษตร

3) จากข้อมูลที่ได้พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานค่อนข้างมาก ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

4) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มขององค์การบริหารส่วนตำบลอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวโทน แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. สถานีอนามัยตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยและการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Office of Trade Policy. 2008. Ageing Society. Retrieved on 25 May 2010, from http://otp.moc.go.th/index_gen.php?page=news_detail&news_id=298. Thai.
2. United Nations Population Fund. 2010. Population Ageing: A Larger and Older Population. Retrieved May 25, 2010, from <http://www.unfpa.org/pds/ageing.html>
3. United Nations Population Fund. 2010. Preparation for Ageing Society: The Elderly People, The Labor of Country in the Future. Naewna. Retrieved on 20 May 2010, from <http://www.naewna.com/newsasp?ID=198735>. Thai.
4. Win Prompat. 2010. The Future of Thai Society in Stepping to Ageing Society. Manager. Retrieved on 20 May 2010, from <http://www.manager.co.th/MutualFund/ViewNews.aspx?NewsID=9530000047222>. Thai
5. Department of Local Administration, Ministry of Interior. 2004. Tambon Council and Tambon Administrative Authority Act, B.E. 2537 (1994) Revised Edition 5 B.E. 2546 (2003). Chacherngsao: Prasanmitr. Thai.

6. Hua Tone Tambon Health Center. 2009. Information of Elderly People. Database of Ban Tak Dad Tambon Health Center, Hua Tone sub-district, Suvannaphumi district, Roi-et Province. Thai.
7. Gibson CH. 1993. A study of empowerment in mothers of chronically ill children. PH.D. Dissertation, School of Nursing Boston Collage.
8. Chulaporn Sota *et al.* 2002. Strengthening the values of self-reliance organization to promote health in community. Faculty of Public Health, Khon Kaen University. Thai.
9. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. 2002. Manual of Health Promotion in Elderly People for Public Health Personnel. 3rd Ed. Nontaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. Thai.
10. Bloom BS, *et al.* 1971. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. University of Chicago. USA. : R.R.Donnelleys&Sons Company.
11. Best, John W. 1981. Research in Education. New Jersey : Prentice Hall Inc.
12. Nittaya Pensirinapa. 2001. Essential Technique for Health Promotion. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health, 24(2), 42-54. Thai.
13. Sureeporn Inthanop. 2008. Effectiveness of Empowerment Program of Emergency Medical Service System for the Prosonal under Tambon Administrative Organization in Udonthani. Master of Public Health Thesis in Health Education and Health Promotion, Graduate School, Khon Kaen University. Thai.
14. Chulaporn Sota *et al.* 2009. Development Tambon organization to be the organization of health promotion. (Research report). Khon Kaen: The National Health Security Office Area 7 Khon Kaen. Thai.
15. Kieffer C. 1984. Citizen Empowerment : A development perspective. Prevention in Human Service. 3 : 9-36.
16. Morrison RS, Jones L, Fuller B. 1997. The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurse. Journal of Nursing Administration. 27: 27-34.

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ ของบุคลากร
กลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบล

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95 % CI	p- value
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							
ก่อนดำเนินการ	30	13.6	3.3	4.4	8.4	3.3 ถึง 5.4	< 0.001
หลังดำเนินการ	30	18.0	1.8				
ทัศนคติต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน							
ก่อนดำเนินการ	30	36.2	5.3	7.1	8.9	5.5 ถึง 8.8	< 0.001
หลังดำเนินการ	30	43.3	1.8				
การรับรู้บทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							
ก่อนดำเนินการ	30	22.6	3.3	3.7	6.8	2.6 ถึง 4.9	< 0.001
หลังดำเนินการ	30	26.4	1.0				
ความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							
ก่อนดำเนินการ	30	30.1	4.4	5.0	6.7	3.4 ถึง 6.4	< 0.001
หลังดำเนินการ	30	35.0	1.1				
ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน							
ก่อนดำเนินการ	30	37.5	3.8	3.0	5.3	1.9 ถึง 4.1	< 0.001
หลังดำเนินการ	30	40.5	3.0				

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ ของแกน
นำผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95 % CI	p- value
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ							
ก่อนดำเนินการ	60	10.5	2.4	3.1	14.6	2.7 ถึง 3.6	< 0.001
หลังดำเนินการ	60	13.6	1.4				
ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ							
ก่อนดำเนินการ	60	51.2	5.0	7.0	12.1	5.8 ถึง 8.1	< 0.001
หลังดำเนินการ	60	58.2	2.0				
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ							
ก่อนดำเนินการ	60	47.5	4.3	6.0	11.4	5.0 ถึง 7.0	< 0.001
หลังดำเนินการ	60	53.5	1.9				