การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา

ทินกร จุลแก้ว*, กิตติพร เนาว์สุวรรณ**[1], เนาวรัตน์ บุญรักษ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา ความต้องการ พัฒนารูปแบบ ประสิทธิผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีจากการวิเคราะห์เอกสาร และจากผู้สูงอายุ 40 คน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองจากผู้สูงอายุ 216 คน ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน พบว่า 1) สภาพการณ์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2565-2567 ในจังหวัดพังงาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน มีแนวโน้มลดลง ปัญหาการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี ได้แก่ การมีกิจกรรมต่อเนื่อง การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ สำหรับความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่องและหลากหลาย การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา ได้แก่ PHANG NGA model 3) หลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีคะแนนความสุข คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน 4) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ การเพิ่มงบประมาณ การปรับสภาพแวดล้อม การเตรียมพร้อมด้านการออม และการส่งเสริมการรวมกลุ่ม

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, ความเป็นอยู่ที่ดี, ผู้สูงอายุ

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**[1] Corresponding author, email: Kittiporn@bcnsk.ac.th, Tel. 0897390364

Received : January 2, 2026; **Revised** : January 29, 2026; **Accepted** : February 11, 2026

The Development of an Elderly Care Model to Promote Well-being in Phang Nga Province

Tinnagorn Julkaew*, Kittiporn Nawsuwan**[1], Nawwarat Boonrak*

Abstract

This research and development project aimed to examine the situation, problems, needs, model development, effectiveness, and policy recommendations for promoting well-being. It was conducted in four phases. Phase 1 studied the current situation, problems, and needs related to well-being promotion through document analysis and data from 40 older adults. Phase 2 developed a care model for older adults to promote well-being in Phang Nga Province. Phase 3 examined the effectiveness of the model using a quasi-experimental one-group pretest–posttest design with 216 elderly participants. Phase 4 explored policy recommendations from seven experts. The results showed that: (1) During 2022–2024, the number of dependent older adults in Phang Nga tended to increase, while screening in nine aspects of elderly health tended to decrease. Problems in promoting well-being included continuity of activities and support from government agencies. The needs of older adults included continuous and diverse activities, as well as budgetary and resource support. (2) The developed care model for promoting well-being among older adults in Phang Nga was called the PHANG NGA model. (3) After implementation, scores for happiness, quality of life, satisfaction improved and fall risk reduction significantly at the .05 levels, except for environmental quality, which showed no significant change. (4) Policy recommendations included increasing budgets, improving the physical environment, strengthening savings preparedness, and promoting group participation.

Keywords: Elderly care model, Well-being, Older adults

* Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Phangnga Provincial Public Health Office

** Assistant Professor, Boromarajajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**[1] Corresponding author, email: Kittiporn@bcnsk.ac.th, Tel. 0897390364

Received : January 2, 2026; **Revised** : January 29, 2026; **Accepted** : February 11, 2026

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยก้าวเข้าสู่กลายเป็นสังคมสูงวัย (Complete aged society) อย่างเต็มรูปแบบ จากการคาดการณ์ประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) สำหรับในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 12.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.3 เป็นผู้ป่วยติดสังคม ร้อยละ 98.62 ติดบ้านร้อยละ 2.57 และติดเตียง ร้อยละ 0.61 (กรมอนามัย, 2567) ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัยด้วยการกำหนดให้เป็นแผนกลยุทธ์ของประเทศ โดยเริ่มจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2525 ต่อมาเพื่อให้มีการจัดทำแผนอย่างต่อเนื่องจึงได้มีการกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2546 มาตรา 9 ว่าให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมีหน้าที่กำหนดแผนหลักในการดำเนินการด้านผู้สูงอายุของประเทศและให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนดังกล่าว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) เป็นหนึ่งใน 17 เป้าหมาย ระดับโลกที่ประกอบกันเป็นวาระการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ภายในปี ค.ศ. 2030 เป็นแนวทางแบบบูรณาการที่มีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในเป้าหมายที่หลากหลาย โดยสหประชาชาติ (United Nations) กำหนดเป้าหมายที่ 3 (Goal 3: Good Health and Well-Being) คือ สร้างหลักประกันให้มีชีวิตที่มีสุขภาพดีการดูแลให้มีสุขภาพแข็งแรงและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัยเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (United Nations, 2023) และเป็นเป้าหมายใหม่สำหรับ Good Health เพื่อให้ทั่วโลกร่วมกันส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี มาตรการป้องกันและการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสำหรับทุกๆ คน (The Global Goals, 2023)

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมาของกระทรวงสาธารณสุขมีความหลากหลาย พบปัญหาและช่องว่าง อาทิ กลุ่มผู้สูงอายุยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นและกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน บางคนถูกทอดทิ้ง ขาดการดูแลที่ครอบคลุมทั้งขาดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในเชิงรุกและขาดการบูรณาการทุกภาคส่วน การกำหนดกิจกรรมหรือโครงการไม่สอดคล้องกับความต้องการและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และขาดการพัฒนารูปแบบและแนวทางการดูแลที่จำเป็นและเหมาะสมต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติจริงในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) บุคลากรขาดความพร้อมด้านทักษะการดูแล ปัญหาด้านความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพ (สุภาดา คำสุชาติ, 2560) รวมทั้งระบบการดำเนินงานไม่ต่อเนื่องชัดเจน ทำงานเป็นแบบแยกส่วน (รัชพล สัมฤทธิ์ , 2568) จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, et al., 2006) เป็นแนวคิดสำคัญที่มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มองถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรม ประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมทั้งการรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการสุขภาพ โดยผลลัพธ์ที่ต้องการคือการที่บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน เช่นเดียวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health care) (Dossey & Keegan, 2016) มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

โดยเฉพาะมิติของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน การดูแลแบบองค์รวมจึงเป็นการผสมผสานแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์ทางเลือก แนวคิดทั้ง 2 จะเป็นฐานความคิดต่อการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตให้เหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ Straßner et al. (2019) และ Liu et al. (2022) พบว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ขึ้น

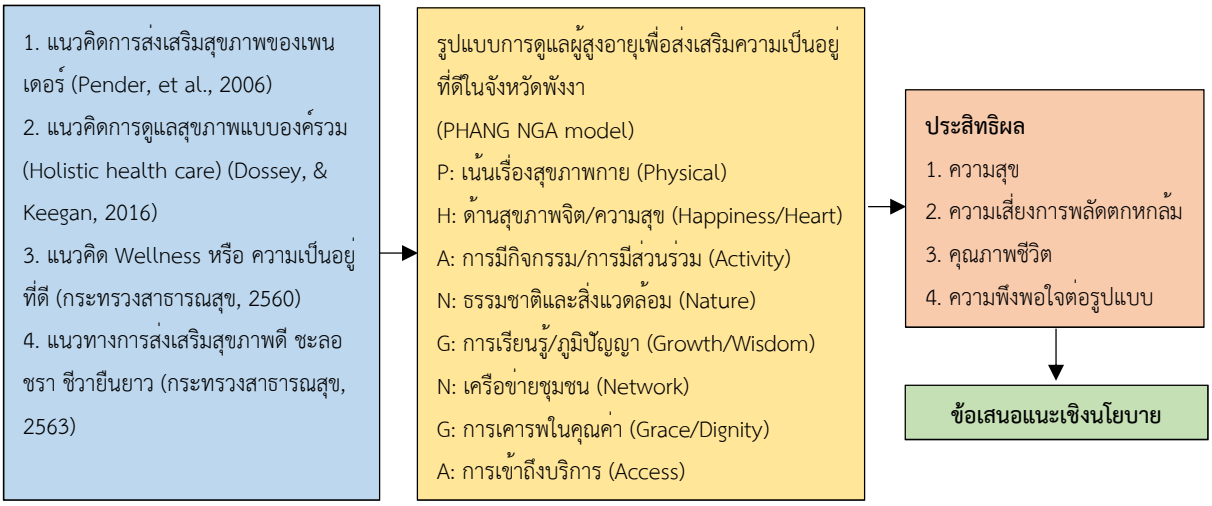
จังหวัดพังงาเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society)อย่างสมบรูณ์จากประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2567 จำนวน 45,396 คน คิดเป็นร้อยละ 20.97 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาโรคเรื้อรัง การเดินทางไปโรงพยาบาลใช้เวลานาน มีภาระในค่ารักษาและค่าเดินทาง รายได้ไม่แน่นอน การดูแลระยะยาว (Long-term care) ยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ขาดการเข้าถึงข้อมูลและเทคโนโลยี การถูกทอดทิ้งเนื่องจากบุตรหลานไปทำงานนอกพื้นที่ ขาดการวางแผนนโยบายท้องถิ่น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุมทุกมิติ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงจำเป็นต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุทุกมิติ อีกทั้งต้องมีการผลักดันระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้มีผลเป็นรูปธรรมครอบคลุมทั้งมิติด้านสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถของครอบครัว ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา
4. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) อิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health care) (Dossey & Keegan, 2016) คือการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะมิติของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน รวมทั้งแนวคิด ความเป็นอยู่ที่ดี (Wellness) ตามกระทรวงสาธารณสุข (2560) และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเคลื่อนไหว สิ่งแวดล้อม สุขภาพช่องปาก มีความสุข สมองดี และโภชนการ เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงาซึ่งส่งผลต่อความสุข ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อรูปแบบสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังภาพ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา ใช้วิธีวิจัยโดยการวิเคราะห์จากเอกสารและวิธีเชิงคุณภาพดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ปี พ.ศ.2565 - 2567 จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center) (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ได้แก่ ข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การได้ยิน การทำกิจวัตประจำวัตร ความคิดความจำ ภาวะซึมเศร้า การเคลื่อนไหว การขาดสารอาหาร และสุขภาพช่องปาก

2. นำข้อมูลที่ได้มาสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ นำเสนอเป็นร้อยละ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการยกร่างเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ตัวแทนผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา จำนวน 8 อำเภอโดยอำเภอละ 4 คน รวม 32 คน 2) ประธานชมรมผู้สูงอายุในแต่อำเภอจำนวน 8 อำเภอโดยอำเภอละ 1 คน รวม 8 คน รวม 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ข้อ ในแต่ละกลุ่มโดยตัวแทนผู้สูงอายุ คือท่านมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลืออย่างไรเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี สำหรับประธานชมรมผู้สูงอายุ คือ ท่านมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลืออย่างไรในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขระดับเชี่ยวชาญ 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และรองประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน ใน

อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 8 ครั้ง ใน 8 อำเภอ ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2568 โดยจัดกลุ่มสนทนา 5 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถาม 2 ข้อ มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมงต่อกลุ่ม เมื่อสนทนาเสร็จในแต่ละอำเภอ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ภายหลังการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ร่วมกันฟังเทปซ้ำ 1 ครั้ง เพื่อจับประเด็นสำคัญพร้อมอธิบายบทสนทนากลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยสรุปเนื้อหาและส่งให้ผู้ให้ข้อมูลทางออนไลน์ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นด้วยกับข้อสรุปว่าเป็นความจริงทุกประการ ถูกต้อง และครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (Thematic analysis)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา มีดังนี้

1. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี (Wellness) เป็นการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาองค์ความรู้ที่มีอยู่ โดยการสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลประเทศไทย คือ ThaiJO, ThaiLIS และ Google scholar โดยใช้คำสืบค้น คือ ผู้สูงอายุ สังคมผู้สูงอายุ การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ การเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากฐานข้อมูลต่างประเทศ คือ PubMed, The Coherence Library และ CINAHL คำสืบค้น คือ Older People, Wellness, Health promotion, Activity daily living, Quality of life, Happiness, Risk of fall และ satisfaction ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2008) สรุปผล พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง เป็นงานที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย 11 เรื่อง และตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ 4 เรื่อง จากการจัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า มีงานวิจัย 1 เรื่องอยู่ในระดับ 1 (Level 1) ซึ่งเป็นการวิจัยทดลองเชิงสุ่ม (Randomized controlled trial) มีงานวิจัย 6 เรื่องอยู่ในระดับ 2 (Level 2.C) ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) และมีงานวิจัยอีก 8 เรื่อง อยู่ในระดับ 3 (Level 3) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 1 ครั้ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย 1) สาธารณสุข

อำเภอ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข อสม. ประธานชมรมผู้สูงอายุ พัฒนากร ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) และตัวแทนภาคเอกชน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

3. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

4. นำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน อาจารย์เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน เพื่อหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ .91 มีข้อเสนอแนะให้เน้นกิจกรรมที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

5. นำร่างรูปแบบดังกล่าวหาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการจากแบบสอบถามโดยให้ผู้ที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพังงา จำนวน 27 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power และนำคะแนนมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับมาก (มากกว่า 3.50) ทดสอบด้วยสถิติ One sample t-test พบว่ารูปแบบที่ยกร่างขึ้น มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-post-test design) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพังงา จำนวน 47,952 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 12 – 20 คะแนน เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบล/อำเภออย่างน้อย 1 ชมรม มีโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะทำการวิจัย เช่น อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดทางสมอง เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในระดับอำเภอ/ตำบลในจังหวัดพังงาช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567- มกราคม พ.ศ. 2568 จำนวน 216 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis (Faul et al., 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (Matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1977) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัด

พังงามี 8 อำเภอ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 8 เท่า ได้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุทั้งสิ้น 8 ชมรม โดยชมรมละ 27 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 216 คน การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกชมรมผู้สูงอายุในระดับอำเภอหรือระดับตำบล อำเภอละ 1 แห่ง จากนั้นสุ่มผู้อายุในชมรมแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี (Wellness) ในจังหวัดพังงา คือ PHANG-NGA model ประกอบด้วย Physical (เน้นเรื่องสุขภาพกาย) Happiness/Heart (ด้านสุขภาพจิต/ความสุข) Activity (การมีกิจกรรม/การมีส่วนร่วม) Nature (ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) Growth/Wisdom (การเรียนรู้/ภูมิปัญญา) Network (เครือข่ายชุมชน) (Grace/Dignity (การเคารพในคุณค่า) และ Access (การเข้าถึงบริการ)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และการมีโรคประจำตัว

2.2 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ใช้สำหรับการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 0 -20 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2.3 แบบประเมินความสุข ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองดัชนีวัดสุขภาพจิต (TMHI-15) (กรมสุขภาพจิต, 2552 อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ จากมากที่สุดให้ 4 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

2.4 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมิน Time up and go โดยการเดินระยะ 3 เมตร ไปกลับเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ การแปลผลหากระยะเวลาการเดินน้อยลง แสดงว่ามีการเคลื่อนไหวและความสมดุลของร่างกายดี ความเสี่ยงการหกล้มต่ำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2.5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) (ค่าความตรงเท่ากับ .6515 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .8406) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนนจากระดับ 5 มากที่สุด ถึง ระดับ 1 ไม่เลย และข้อคำถามทางลบให้คะแนนจากระดับ 1 มากที่สุด ถึง ระดับ 5 ไม่เลย

2.6 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบประเมินตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 2 คน และอาจารย์เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคโดยแบบประเมินความสุขเท่ากับ .76 และแบบสอบถามความพึงพอใจเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงาเพื่อขออนุญาตทำวิจัย ก่อนเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายลักษณะงานวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินความสุข แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Pretest)

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงาที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพังงาระหว่างพฤษภาคม – ธันวาคม พ.ศ.2568

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสุข แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความสุข ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-smirnov, $p\text{-}value < .05$) ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ใช้วิธีเชิงคุณภาพดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือผู้ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ/การกำหนดนโยบาย/การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ/กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ประธานผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สาขาจังหวัดพังงา ที่ปรึกษาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สาขาจังหวัดพังงา ผู้ประนีประนอมประจำศาลเยาวชนและครอบครัว จังหวัดพังงา พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพังงา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดพังงา และข้าราชการบำนาญ โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือมีประสบการณ์ในการกำหนดนโยบาย/ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับประเทศ/ภาค/จังหวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 1 ข้อ คือท่านมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายอย่างไรในการดำเนินงานส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับข้าราชการบำนาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) รายบุคคล ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2568 โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 1 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านบุคคล (Methodological triangulation) ภายหลังการสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยได้ร่วมกันฟังเทปซ้ำเพื่อจับประเด็นสำคัญ จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลให้ตัวแทนผู้ให้ข้อมูล 1 คน ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน และผู้ช่วยเหลือเก็บข้อมูล 1 ข้อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งทุกคนเห็นด้วยกับข้อมูลที่สรุปว่าเป็นความเป็นจริงทุกประการ ถูกต้อง และครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) จากนั้นนำมาวิเคราะห์แบบแก่นสาร (Thematic analysis)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่ COA PNPH/018.2603 วันที่รับรอง 26 มีนาคม 2568 วันที่หมดอายุ 25 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา ผลการวิจัยพบว่าสภาพการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดพังงามีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน มีแนวโน้มลดลง โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความเสี่ยงต่อการได้ยิน ความเสี่ยงด้านความคิดความจำ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1) ผู้สูงอายุมีปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพ

ไม่ครอบคลุมทุกมิติ โครงสร้างพื้นฐานไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรม การส่งเงินกองทุนไม่ต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนจากภาครัฐและขาดระบบการวางแผนบริหารกิจกรรม สำหรับความต้องการเน้นความต้องการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง หลากหลาย ดูแลสุขภาพให้ครบทุกมิติ การสนับสนุนจากภาครัฐ การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรม และการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา ปี พ.ศ.2565-2567

ข้อมูล	หน่วย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากร	ร้อยละ	19.27	20.01	20.97
2. จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน*	ร้อยละ	70.01	81.14	44.70
3. ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ผิดปกติ	ร้อยละ	20.03	20.04	19.79
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง)	ร้อยละ	4.00	4.50	4.80
5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	3.50	3.50	3.80
6. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการได้ยิน	ร้อยละ	7.56	8.24	8.02
7. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ร้อยละ	9.33	8.73	8.23
8. ผู้สูงอายุที่มีมีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ	ร้อยละ	6.52	6.61	6.69
9. ผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q)	ร้อยละ	3.97	3.51	2.87
10. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว	ร้อยละ	13.64	14.04	13.13
11. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	17.57	18.79	17.79
12. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะขาดสารอาหาร	ร้อยละ	7.13	8.43	7.32

* การคัดกรอง 9 ด้านหมายถึง 1) การมองเห็น 2) การได้ยิน 3) การกลั้นปัสสาวะ 4) การเคลื่อนไหวร่างกาย 5) ความคิดความจำ 6) ภาวะซึมเศร้า 7) การขาดสารอาหาร 8) สุขภาพช่องปาก 9) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กรมอนามัย, 2568)
ที่มา: ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ตารางที่ 2 ประเด็น ประเด็นย่อย การสกัดข้อความสำคัญ ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา

ประเด็น (Theme)	ประเด็นย่อย (Sub-theme)	การสกัดข้อความสำคัญ (Extraction statement)
1. ปัญหาการมีกิจกรรมต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ	- ปัญหาขาดความต่อเนื่องในกิจกรรมการออกกำลังกาย - ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม - ขาดรูปแบบกิจกรรมที่ชัดเจน-การเข้าถึงกิจกรรมของผู้สูงอายุบางกลุ่มยากลำบาก	“การรวมตัวเรื่องการออกกำลังกายมีข้อจำกัด เหนื่อยจะไม่ค่อยเข้าร่วม” (D1) “อยากได้โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะได้ดูแลจากเจ้าหน้าที่และดูแลกันเองอย่างต่อเนื่อง” (D3) “เคยมีโรงเรียนผู้สูงอายุแต่หายไป 2 ปีแล้ว” (D8)
2. ปัญหาระบบสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ	- ระบบสนับสนุนด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ - ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ	“เราไม่มีตารางการออกกำลังกาย” (D2) “ผู้ชายไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมชมรม” (D6) “ไม่มีหมอฟันมาประจำที่ รพ.สต”. (D1)

ประเด็น (Theme)	ประเด็นย่อย (Sub-theme)	การสกัดข้อความสำคัญ (Extraction statement)
3. ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานและสถานที่	- ไม่มีสถานที่ในประชุม - ไม่มีสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม - ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ	“ไม่มีสถานที่แปรรูปวิสาหกิจชุมชน อุปกรณ์เราพร้อม แต่ขาดสถานที่อย่างเดียว” (D7) “เวลาจะประชุมไม่มีสถานที่อยากให้โรงพยาบาล อบต, หรือเทศบาลมาสนับสนุน” (D5)
4. ปัญหากองทุนและการเงินชุมชน	- การส่งเงินให้กองทุนไม่ต่อเนื่อง - ผู้ดูแล (CG) ได้รับค่าตอบแทนน้อย	“ขาดส่งบ้าง ส่งไม่ตรงเวลาบ้าง” (D3) “CG (Care giver) ได้ค่าตอบแทนจาก อบต.น้อย” (D4)
5. ปัญหาการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ/ท้องถิ่นและการตอบโจทย์ชุมชน	- ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น - การจัดกิจกรรมของภาครัฐไม่ตรงตามความต้องการของชุมชน	“ต้องการงบจากท้องถิ่น อบต. เทศบาล ขอให้มีโครงการจาก กศน. เป็นประจำ ต้องการยานพาหนะ” (D2) “บางครั้งหน่วยงาน จัดโครงการไม่ตรงตามความต้องการของชุมชน เราอยากได้แบบนี้ให้เราอีกแบบ” (D6)
6. ปัญหาการจัดการ/การวางแผนกิจกรรม	- ขาดระบบการวางแผนและบริหารจัดการกิจกรรมอย่างเป็นระบบ - ไม่มีแผนกิจกรรมรายเดือนหรือปฏิทิน - ขาดการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุ	“ดึงความสามารถทางภูมิปัญญา ปราชญ์ชุมชน แพทย์แผนไทย คลังปัญญา” (D8) “เราไม่มีตารางการออกกำลังกาย ออกกันไปตามที่รู้ ใครนำแบบไหนก็ออกแบบนั้น ถ้ามีตารางก็จะดี น่าจะสนุก”(D4)
ความต้องการ		
1. ดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและหลากหลาย	-ต้องการให้ “จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ” -การทำกิจกรรมร่วมกัน -ต้องการการเรียนรู้จากพื้นที่ที่สำเร็จ	“ต้องการเจ้าหน้าที่ ทันตะ มาอยู่ใน รพ.สต.เพื่อดูแลฟันในชุมชน”(D “อยากได้โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะได้ดูแลจากเจ้าหน้าที่และดูแลกันเอง อย่างต่อเนื่องแต่การรวมกันตอนนี้ยังอยู่สบายเลยไม่ดิ้นรน” (D3)
2. ด้านสุขภาพ	- ต้องการการดูแลสุขภาพแบบครบมิติ - ต้องการตารางการออกกำลังกาย - ต้องการได้ความรู้ด้านอาหารเกี่ยวกับโรค	“ต้องการให้เจ้าหน้าที่ทำตารางการออกกำลังกายตั้งแต่จันทร์ถึงศุกร์” (D6) “ต้องการเจ้าหน้าที่ ทันตะ มาอยู่ใน รพ.สต.เพื่อดูแลฟันในชุมชน” (D1)
3. โครงสร้างพื้นฐานและสถานที่ทำกิจกรรม	- ต้องการพัฒนาเศรษฐกิจ - ต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ	“ไม่มีสถานที่แปรรูปวิสาหกิจชุมชน... อุปกรณ์เราพร้อม แต่ขาดสถานที่อย่างเดียว” (D7) “งบประมาณไปเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้ป่วยติดเตียง เยี่ยมกันเองโดยชุมชน สร้างบ้านให้ผู้สูงอายุ หรือห้องน้ำ” (D4)
4. การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร	- ต้องการการสนับสนุนทรัพยกรจากหน่วยงานภาครัฐ - จัดโครงการด้านส่งเสริมอาชีพ	“CG (Care giver) ได้ค่าตอบแทนจาก อบต.น้อย น่าจะเพิ่มให้อีกเขาดูแลเยอะ เป็นการทำงานเพิ่มเติม” (D4) “อยากทำโครงการส่งเสริมอาชีพในชุมชนทำไม้กวาด”(D3)
5. การวางแผนร่วมกันและการมีส่วนร่วมของชุมชน	- การมีส่วนร่วมในการจัดแผนงาน - การจัดกิจกรรมที่มาจากความต้องการของชุมชน	“ต้องการจัดทำแผนกิจกรรมรายเดือนหรือปฏิทินกิจกรรม ตอนนี้เรายังไม่มี พอไม่มีแผนก็ทำกันตามใจใครตามใจมัน” (D3) “บางครั้งหน่วยงาน โรงพยาบาล อบต. เทศบาล จัดโครงการไม่ตรงตามความต้องการของชุมชน เราอยากได้แบบนี้ให้เราอีกแบบ” (D6)
6. การดึงศักยภาพและภูมิปัญญาผู้สูงอายุ	- ต้องการให้ความสามารถผู้สูงอายุมาใช้ - การศึกษาดูงานและการถ่ายทอดความรู้ให้พื้นที่ใกล้เคียง	“ดึงความสามารถมาใช้บ้าง มีความสามารถทางภูมิปัญญาปราชญ์ชุมชน แพทย์แผนไทย คลังปัญญา” (D8) “มีโครงการศึกษาดูงานทำเป็นการฝึกอบรม เช่น เศรษกิจพอเพียงเศรษฐกิจหลุมเดียว”(D1)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา ได้แก่ PHANG NGA model ประกอบด้วย P: เน้นเรื่องสุขภาพกาย (Physical) H: ด้านสุขภาพจิต/ความสุข (Happiness/Heart) A: การมีกิจกรรม/การมีส่วนร่วม (Activity) N: ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (Nature) G: การเรียนรู้/ภูมิปัญญา (Growth/Wisdom) N: เครือข่ายชุมชน (Network) G: การเคารพในคุณค่า (Grace/Dignity) และ A: การเข้าถึงบริการ (Access) (ภาพที่ 2 และ ตารางที่ 3)

ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา (PHANG NGA model)

ตารางที่ 3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา

PHANG NGA model	กิจกรรมหลัก	ผู้รับผิดชอบ
P: Physical (สุขภาพกาย)	1. กิจกรรมออกกำลังโดยใช้แรงต้านสร้างสมดุล และการป้องกันการหกล้ม 2. คัดกรองภาวะสมองเสื่อม	บุคลากรสาธารณสุข
H: Happiness/Heart (ด้านสุขภาพจิต/ความสุข)	1. กิจกรรมทางศาสนา 2. กิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพจิต 3. กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ	บุคลากรพี่เลี้ยง/ผู้สูงอายุ
A: Activity (การมีกิจกรรม/การมีส่วนร่วม)	1. การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ 2. กิจกรรมทำที่บ้าน	ผู้สูงอายุ/สมาชิกชมรม

PHANG NGA model	กิจกรรมหลัก	ผู้รับผิดชอบ
N: Nature (ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)	1. กิจกรรมจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	บุคลากรเจ้าหน้าที่รัฐ
G: Growth/Wisdom (การเรียนรู้/ภูมิปัญญา)	1. กิจกรรมการเรียนรู้การทำด้านภูมิปัญญา	ผู้สูงอายุ/สมาชิกชมรม
N: Network (เครือข่ายชุมชน)	1. กิจกรรมสนับสนุนของภาครัฐ เช่น การสนับสนุนจากหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน อปท. 2. กิจกรรมเครือข่ายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน	เจ้าหน้าที่รัฐ เครือข่ายชุมชน เช่น ท้องถิ่น ชมรม กองทุน
G: Grace/Dignity (การเคารพในคุณค่า)	1. กิจกรรมในครอบครัวผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเคารพในคุณค่า 2. จัดกิจกรรมในสังคม/ชุมชน เพิ่มคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ 3. บุคคลผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพ (อายุ 100 ปี) 4. ถอดบทเรียน	ครอบครัว/ผู้สูงอายุ
A: Access (การเข้าถึงบริการ)	1. กิจกรรมเข้าถึงบริการภาครัฐรูปแบบเครือข่าย/ชุมชนช่วยเหลือ	เจ้าหน้าที่รัฐ/เครือข่าย เช่น อพม อสม จิตอาสา

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.09 อายุเฉลี่ย 68.32 (SD=6.84) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 97 ปี ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 66.20 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 56.48 ประกอบอาชีพร้อยละ 38.43 และมีรายได้พอกับรายจ่ายร้อยละ 58.80

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความสุข ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและความพึงพอใจระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			*Z*	*p-value*
	M	*SD*	*Median*	*M*	*SD*	*Median*		*(1-tailed)*
1.ความสุข	3.18	0.39	3.17	3.25	0.38	3.27	6.988	<.001
2.ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม	10.28	2.29	10.00	10.07	2.41	10.00	3.261	<.001
3.คุณภาพชีวิต	3.61	0.41	3.61	3.64	0.40	3.61	3.823	<.001
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.01	0.42	3.00	3.04	0.39	3.00	2.284	.011
ด้านจิตใจ	3.62	0.49	3.67	3.68	0.45	3.67	4.614	<.001
ด้านสัมพันธสภาพทางสังคม	3.44	0.61	3.33	3.47	0.61	3.33	2.259	0.012
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.78	0.53	3.75	3.76	0.54	3.75	1.281	0.100
4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบ	4.01	0.51	4.00	4.12	0.48	4.10	7.307	<.001

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุข คะแนนความพึงพอใจ คะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวม รายด้าน เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) รัฐบาลควรเพิ่มงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและ

ภาคเอกชน ควรให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก 3) เสริมสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในการเตรียมพร้อมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านการออมและการสร้างหลักประกันสุขภาพตนเอง 4) ควรมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างชมรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดทำแผนในการสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ 6) ส่งเสริมกิจกรรมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 7) ควรเป็นกิจกรรมที่ทำอย่างต่อเนื่องเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ 8) ควรมีการขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์สำหรับผู้สูงอายุ 9) ควรเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการเข้าถึงแหล่งงบประมาณให้กับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและสมาชิก 10) การดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ 11) ควรมีการส่งเสริมการสร้างอาชีพและรายได้ 12) ควรมีการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้รู้เท่าทันภัยทางเทคโนโลยี 13) คณะกรรมการและสมาชิกของชมรม ควรได้รับความรู้ ความเข้าใจในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรม และ 14) ควรเพิ่มความรู้ ความเข้าใจให้กับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของชมรม

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัญหาเกี่ยวกับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในกิจกรรมชมรมและการมีส่วนร่วม ระบบสุขภาพและการดูแลไม่ครอบคลุมทุกมิติ ขาดโครงสร้างพื้นฐานและสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม การส่งเงินให้กองทุนไม่ต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น ขาดระบบการวางแผนและบริหารจัดการกิจกรรมอย่างเป็นระบบ และขาดการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุมาใช้ให้เต็มที่ จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นสมาชิกที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ติดบ้านและติดสังคมปัญหาทางสุขภาพจะไม่เป็นปัญหาสำหรับกลุ่มเหล่านี้มีเพียงแต่ปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพในช่องปาก เช่น การใช้ฟันเทียม การทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2022) พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาหนึ่งของปัญหาของผู้สูงอายุ ดังนั้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้แก่ การทำความสะอาดช่องปากและการใส่ฟันเทียมอย่างเหมาะสม การเพิ่มการตระหนักรู้และการดูแลช่องปากด้วยตนเองของผู้สูงอายุ สำหรับปัญหาด้านอื่น คือ การขาดความต่อเนื่องในกิจกรรมชมรมและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาขาดความต่อเนื่องในกิจกรรมการออกกำลังกาย ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม ขาดระบบ/รูปแบบกิจกรรมที่ชัดเจนและต่อเนื่อง การเข้าถึงกิจกรรมของผู้สูงอายุบางกลุ่มลำบาก แรงจูงใจและการดึงคนบางกลุ่มเข้าร่วมยังไม่เพียงพอ ซึ่งสาเหตุมาจากการเดินทางของผู้สูงอายุ สุขภาพร่างกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือ ปวดข้อเข่า ทำให้ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ แต่ใช้วิธีอื่นในการออกกำลังกายแทน

ในขณะที่ความต้องการของตัวแทนผู้สูงอายุเน้นต้องการดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องหลากหลาย ดูแลด้านสุขภาพให้ครบทุกมิติ มีโครงสร้างพื้นฐานและสถานที่ทำกิจกรรม หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนงบประมาณ ให้ชุมชนมีส่วนร่วม และการดึงศักยภาพ ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเด็นความต้องการให้ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ต้องการให้ “จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ” การทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์ช่วยดูแลกันเอง ต้องการการเรียนรู้จากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จโดยการศึกษาดูงานเพื่อนำมาปรับใช้เอง จะเห็นได้ว่าชมรมผู้สูงอายุถูกใช้เป็นกลไกหลักของชุมชนในการส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นพื้นที่จัดกิจกรรมด้านสังคมและจิตใจ เช่น กิจกรรมกลุ่ม การพบปะพูดคุย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดความโดดเดี่ยว ความว้าเหว่ ภาวะซึมเศร้า (Pilayon et al., 2025) นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีความต้องการในประเด็นการช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณ การพัฒนาเศรษฐกิจ อาชีพ การวางแผนร่วมกันและการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการจัดกิจกรรมที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุ อย่างแท้จริงสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และมาริสา สุวรรณราช (2562) พบว่าความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง คือจัดสรรงบประมาณในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ และการจัดบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้สูงอายุสอดคล้องกับมิติทางกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ หน่วยงานภาครัฐควรดำเนินงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วน

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา ได้แก่ PHANG NGA model ประกอบด้วยสุขภาพกาย สุขภาพจิต/ความสุข การมีกิจกรรม/การมีส่วนร่วม ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้/ภูมิปัญญา เครือข่ายชุมชน การเคารพในคุณค่า และ การเข้าถึงบริการ จะเห็นได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในการดูแลผู้สูงอายุให้ครบทุกมิติทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทั้งในส่วนของหน่วยงานภาครัฐและตัวผู้สูงอายุเอง ตลอดจนการใช้ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health care) คือการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะมิติของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน การดูแลแบบองค์รวมจึงเป็นการผสมผสานแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์ทางเลือก เช่น โยคะ สมาธิ หรือการใช้สมุนไพร เพื่อช่วยเพิ่มความสมดุลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการสื่อสารและความเข้าใจที่ดี ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล (Dossey & Keegan, 2016) เช่นเดียวกับแนวคิดความเป็นอยู่ที่ดี (Wellness) เน้นการมีสุขภาพดีให้ครอบคลุม 8 มิติ ได้แก่ 1) มิติทางสุขภาพกาย 2) มิติทางอารมณ์ 3) มิติทางสังคม 4) มิติทางปัญญา 5) มิติทางจิตวิญญาณ 6) มิติทางการทำงาน 7) มิติทางการเงิน และ 8) มิติทางสิ่งแวดล้อม (The Global Wellness Institute (GWI) Empowering Wellness Worldwide, 2023; ศิรินภา เชี่ยงหลิว, 2566) จะเห็นได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีทั้งการให้ความรู้ทางสุขภาพ การฝึกทักษะอาชีพ การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง การเพิ่มคุณค่าให้ผู้สูงอายุด้วยการคัดเลือกผู้สูงอายุดีเด่น และผู้สูงอายุที่ไม่เปลี่ยนคู่ครอง รวมทั้งการใช้ถังหมักรักษ์โลก นอกจากนี้ในส่วนของภาครัฐได้สร้างความร่วมมือในการปรับรูปแบบการบริการ เช่น การให้บริการแบบ กิจกรรมบริการครบจบในวันเดียว (One stop service) มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ จัดบริการทำบัตรประชาชนเคลื่อนที่ จัดบริการรถรับส่งในชุมชน กรณีเจ็บป่วย/หรือฉุกเฉิน ส่งให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของตนเองได้ สามารถเข้าถึงการบริการจากภาครัฐได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทักษิกา ชัชวรัตน์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2560) สุรีพร ชุมแดง และคณะ (2563) สมบัติ ทั่งทอง (2566) รัชพล สัมฤทธิ์ (2568) ที่พบว่ารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุให้มีความเป็นอยู่ที่ดีควรดำเนินกิจกรรมให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย มิติทางใจ มิติทางสังคม และมิติทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้งานวิจัยของ Di & Wang (2025) พบว่ารูปแบบการบริการผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึง (Approachability) ความเพียงพอของทรัพยากร (Availability) ความยอมรับได้ (Acceptability) รูปแบบและกระบวนการบริการที่สอดคล้องกับผู้ใช้ (Accommodation) และความสามารถในการจ่าย (Affordability)

ทั้งนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติบ้างในบางประเด็น เช่น ความต่อเนื่องของการจัดกิจกรรมและการเข้าร่วมของผู้สูงอายุ การขาดงบประมาณสนับสนุน ความพร้อมของบุคลากร อาจเนื่องมาจากศักยภาพและความพร้อมของชมรม บางชมรมมีทุนเดิมจึงทำกิจกรรมได้ดี บางชมรมเริ่มก่อตั้ง การวางแผนและการบริหารจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในขณะที่ตัวผู้สูงอายุเองมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ การเดินทางมาชมรม รวมทั้งแรงจูงใจ ด้านงบประมาณมีข้อจำกัดของระเบียบการเบิกจ่าย ความต่อเนื่องของทีมบริหารขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้งบประมาณมีความล่าช้าหรือลดจำนวน บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนน้อย มีหน้าที่ความรับผิดชอบหลายด้านทำให้ลักษณะการทำงานเป็นแบบตั้งรับมากกว่าเชิงรุก ในขณะที่บุคลากรจากหน่วยงานอื่นยังมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ (สุภาดา คำสุชาติ, 2560)

3. หลังการใช้รูปแบบ PHANG NGA model ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวม รายด้าน คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มลดลง อธิบายได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่มีกิจกรรมครอบคลุมทั้งมิติทางกาย มิติจิตใจ มิติสังคม และมิติจิตวิญญาณ (Holistic health care) (Dossey & Keegan, 2016; กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เน้นให้ผู้สูงอายุได้ดำเนินกิจกรรมด้วยการรวมกลุ่มผ่านชมรมผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้กระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) รวมถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน (Pender et al., 2006) จึงทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการได้ครบทุกมิติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นวรัตน์ ไวชมภู และคณะ (2562) Straßner et al. (2019) Wiliyanarti et al. (2018) และ Liu et al. (2022) พบว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ขึ้น ยกเว้นคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การรับรู้ข่าวสาร เป็นกิจกรรมที่ต้องการใช้เวลาและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการใช้งบประมาณจำนวนมากทำให้หลังการใช้รูปแบบคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี ได้แก่ การเพิ่มงบประมาณสนับสนุนปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก การเตรียมพร้อมการเข้าสู่ผู้สูงอายุด้านการออมและการสร้างหลักประกันสุขภาพตนเอง การทำงานแบบบูรณาการร่วมกัน การส่งเสริมกิจกรรมการรวมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเชื่อมความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งงบประมาณให้กับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ การส่งเสริมการสร้างอาชีพและรายได้ การรู้เท่าทันภัยทางเทคโนโลยี และการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของชมรม จะเห็นได้ว่าข้อเสนอแนะ

จากผู้ทรงคุณวุฒิยังคงเน้นเรื่องการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ในการดำเนินกิจกรรมของชมรม การสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นสาธารณะ นอกจากนี้เน้นประเด็นการสร้างความรอบรู้โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและวัยก่อนสูงอายุในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การประกันสุขภาพ การออมเงิน และการรู้ทันเทคโนโลยี ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุควรเน้นให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (ธีรนันท์ วรรณศิริ และคณะ, 2568) ตั้งแต่ช่วงวัยทำงานและวัยก่อนสูงอายุ การจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะในประเด็นเหล่านี้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การใช้สิทธิประกันสุขภาพ การวางแผนการเงินและการออมระยะยาว ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีได้อย่างปลอดภัย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความมั่นคงและคุณภาพชีวิตในระยะยาว (รัชพล สัมฤทธิ์, 2568)

สำหรับการพัฒนาให้รู้เท่าทันภัยทางเทคโนโลยีซึ่งปัจจุบันพบว่าวัยเกษียณเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ถูกหลอกจากกลุ่มมิจฉาชีพเนื่องจากมีทรัพย์สินและเงินออม เช่น การหลอกลวงซื้อขายสินค้าออนไลน์ การหลอกลงทุน การหลอกขายประกันสุขภาพ การหลอกรับสวัสดิการผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุรู้เท่าทันเทคโนโลยีช่วยให้สามารถใช้เทคโนโลยีในการเข้าถึงบริการภาครัฐ ข้อมูลสุขภาพ และการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวได้มากขึ้น ลดช่องว่างทางดิจิทัล (Digital divide) และความเสี่ยงจากการถูกหลอกลวง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของศตวรรษ ศรีพรหม และคณะ (2566) พบว่ากิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันที่หลากหลายภายใต้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการเลือกใช้แพลตฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาของ Dong et al. (2023) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเสริมความรู้ด้วยสุขภาพดิจิทัลมีความรู้ด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth literacy scale) ความสามารถของตนเอง และทักษะมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดงานวิจัยคือกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น บางกิจกรรมเป็นการดำเนินงานที่ดีโดยชมรมผู้สูงอายุที่เป็นทุนเดิมอยู่แล้วทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในบางอำเภออาจไม่ได้นำไปปฏิบัติทุกกิจกรรม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้านและติดสังคม ทำให้ผลลัพธ์อาจไม่ได้มาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ทั้งหมด รวมทั้งกิจกรรมที่ช่วยเสริมคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต้องใช้เวลาและงบประมาณจำนวนมากในการปรับสิ่งแวดล้อม

สรุปผล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในจังหวัดพังงา ได้แก่ PHANG NGA model ได้แก่ 1) เน้นเรื่องสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต/ความสุข 3) การมีกิจกรรม/การมีส่วนร่วม 4) ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 5) การเรียนรู้/ภูมิปัญญา 6) เครือข่ายชุมชน 7) การเคารพในคุณค่า และ 8) การเข้าถึงบริการ ทั้งนี้หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุข ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม คะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวม รายด้าน และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน โดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเน้นการเพิ่มงบประมาณสนับสนุน การปรับสภาพแวดล้อม การเตรียมพร้อมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การทำงานแบบบูรณาการร่วมกัน การส่งเสริม

กิจกรรมการรวมกลุ่ม การดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ การส่งเสริมการสร้างอาชีพและรายได้ การรู้เท่าทันภัยทางเทคโนโลยี และการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของชมรม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งด้านงบประมาณ ทรัพยากร และกลไกความร่วมมือ จึงสามารถใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนการออกแบบแผนระยะยาวด้านผู้สูงอายุระดับอำเภอ/จังหวัดได้

2. ใช้รูปแบบและข้อค้นพบจากวิจัยขยายผลให้ชมรมผู้สูงอายุทำงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างความสัมพันธ์ คุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ รวมถึงสร้างเวทีให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการขับเคลื่อนกิจกรรมด้วยตนเอง

3. ใช้เป็นกรอบในการทำงานแบบบูรณาการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตลอดจนจัดทำเป็นคู่มือแนวทางเพื่อให้หน่วยงานท้องถิ่นได้ดำเนิน วางแผน จัดกิจกรรม และติดตามงานเตรียมรองรับสังคมสูงอายุอย่างเป็นระบบภายใต้ความร่วมมือทุกภาคส่วน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเลือกพื้นที่ศึกษาวิจัยในชมรมผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร ความต่อเนื่องของกิจกรรมตลอดจนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือติดบ้าน

2. ศึกษาเชิงนโยบายและต้นทุน ผลตอบแทน หรือวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost–benefit) เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการของบประมาณและการกำหนดนโยบายในระดับจังหวัดและประเทศ

.....

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580).* สำนักนายกรัฐมนตรี.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *7 ภัยออนไลน์ ที่มิจฉาชีพใช้หลอกวัยเกษียณ.* https://www.dop.go.th/th/news/1/5035

กรมอนามัย. (2567). *สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ รอบ 12 เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566.* กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2568). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569.* สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561–2573).* https://www.healthpromotion.go.th

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดีชะลอชรา ชีวายืนยาว (Health promotion & prevention individual wellness plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564*. ณจันตา ครีเอชั่น.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ฐานข้อมูลสุขภาพ: Health Data Center (HDC).* https://hdc.moph.go.th/center/public/main

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมาริสา สุวรรณราช. (2562). สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 11*(2), 118-132.

ทักษิกา ชัชวรัตน์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์. (2560). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, *4*(3), 176-188.

ธีรนันท์ วรรณศิริ, ปาหินทร์รฎา ธนาพัทธ์ธิวากุล, และ พวงเพชร กลิ่นเกลา. (2568). รูปแบบการเสริมพลังอำนาจชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาภายในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 31*(2), 67-83.

นวรัตน์ ไวชมภู, สุนีย์ เครานวล, รัตติภรณ์ บุญทัศน์, และ เดียร์นา แม็ง. (2562). *รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา* (รายงานผลการวิจัย), มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

รัชพล สัมฤทธิ์. (2568). การพัฒนาการดำเนินงานเตรียมรองรับสังคมสูงวัยด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 18*(1), 1-16.

ศตวรรษ ศรีพรหม, วรรณภา อินต๊ะราชา, และ วรุณสิริ ทางทอง. (2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร, 9(3),* 378-391.

ศิรินภา เซี่ยงหลิว. (2566). *สุขภาพดีสไตล์เวลเนส.* กองการแพทย์ทางเลือก. https://thaicam.dtam.moph.go.th/wellness-lifestyle-2/

สมบัติ ทั่งทอง. (2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, *19*(2), 25-34.

สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26*(6), 1156-1164.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564.* กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). *ตัวชี้วัดด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พ.ศ.2564*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). *สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2568*. [เอกสารอัดสำเนา]. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพังงา.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558.* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

สุรีพร ชุมแดง, พิไลพร สุขเจริญ, และจิดาภา พลรักษ์. (2563). สุขภาวะและรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี: การวิจัยผสานวิธี. *วารสารสาธารณสุข, 50(3),* 323-337.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะรังกุล. (2545*). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย.* https://dmh.go.th/test/download/ files/whoqol.pdf

Cohen, J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed). Academic Press.

Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (Eds.). (1992). *Doing qualitative research*. Sage Publications, Inc.

Di, X., & Wang, L. (2025). The impact of accessibility of community elderly care services on quality of life of the elderly. *Healthcare, 13*(2), 99. https://doi.org/10.3390/healthcare13020099

Dong, Q., Liu, T., Liu, R., Yang, H., & Liu, C. (2023). Effectiveness of digital health literacy interventions in older adults: Single-arm meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 25*, e48166. https://doi.org/10.2196/48166

Dossey, B. M., & Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

Liu, F., Song, S., Ye, X., Huang, S., He, J., Wang, G., Hu, X. (2022). Oral health-related multiple outcomes of holistic health in elderly individuals: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Front. Public Health, 10*, 1021104. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1021104

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice.* (5th ed). Pearson Education, Inc.

Pilayon, B., Chueaduangpui, K., Saentho, J., Kongmant, R., & Turnbull, N. (2025). Development of an adult daycare center service model for the elderly through community participation: An action research approach. *Geriatrics (Basel, Switzerland), 10*(2), 55. https://doi.org/10.3390/geriatrics10020055

Straßner, C., Frick, E., Stotz-Ingenlath, G., Buhlinger-Göpfarth, N., Szecsenyi, J., Krisam, J., Schalhorn, F., Valentini, J., Stolz, R., & Joos, S. (2019). Holistic care program for elderly patients to integrate spiritual needs, social activity, and self-care into disease management in primary care (HoPES3): Study protocol for a cluster-randomized trial. *Trials, 20*(1), 364. https://doi.org/10.1186/s13063-019-3435-z

The Global Goals. (2023). *Good health and well-being*. https://www.globalgoals.org/goals/3-good-health-and-well-being/

The Global Wellness Institute (GWI) Empowering Wellness Worldwide. (2023). *Defining wellness*. https://globalwellnessinstitute.org/what-is-wellness/

The Joanna Briggs Institute. (2008). *JBI level of evidence and grading of recommendations*. http://www.Jbiconnect.org/connect/info/about/jbi_ ebhc_Approach.php

United Nations. (2023). *Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/

Wiliyanarti, P. F., Asri, A., & Putra, K. W. R. (2018). Developing holistic care model: The physical wellbeing of elderly based on social support and characteristic. *Public Health of Indonesia, 4*(3), 108–115.