

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Development of health promotion model for the elderly through community participation in Khok Sung Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

ปิ่นทนต์ บณฺขุนทด¹Punnathut Bonkhunthod¹วิราพร สืบสุนทร¹Wiraporn Suebsoontorn¹สิรินทรา ฟุตระกุล¹Sirintra Futrakul¹เสาวนีย์ ชูจันทร์¹Saowanee Choojan¹วิไลรัตน์ สอดโคกสูง²Vilairut Sodkoksung²¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา¹Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima

Rajabhat University

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง²Khok Sung Subdistrict Health Promoting Hospital

DOI: 10.14456/dcj.2025.52

Received: July 31, 2024 | Revised: December 19, 2024 | Accepted: December 21, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน การวิจัยเป็นแบบปฏิบัติการเชิงมีส่วนร่วม ตามกรอบแนวคิดของ Cohen และ Uphoff กลุ่มตัวอย่าง 150 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ 60 คน ผู้ดูแล 45 คนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 45 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินงาน ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสภาวะโดยรวม รวมทั้งรายด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ 2) การวางแผนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย 3) การดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพในท้องถิ่น และ 4) การติดตามและประเมินผล ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.27, SD=0.60) ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วยบทบาทเชิงรุกของผู้นำชุมชน การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่

ติดต่อผู้พิมพ์: วิราพร สืบสุนทร

อีเมล: wiraporn.s@nrru.ac.th

Abstract

This study aimed to analyze the health status and quality of life of older adults in Khok Sung Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province; to develop a community participatory health promotion model; and to evaluate the key success factors of the implementation. The research employed a Participatory Action Research (PAR) design based on the conceptual framework of Cohen and Uphoff. The sample consisted of 150 participants, including 60 older adults, 45 caregivers, and 45 community stakeholders. Quantitative data were collected using questionnaires, while qualitative data were obtained through focus group discussions and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, and qualitative data were analyzed using content analysis. The findings revealed that the quality of life and overall health of older adults significantly improved after the implementation ($p < 0.05$). The developed health promotion model comprised four stages: 1) situation and needs assessment, 2) participatory planning with the community and network partners, 3) capacity-building activities and local health innovation development, and 4) monitoring and evaluation. The network partners reported a high level of satisfaction with the program (mean=4.27, SD=0.60). Key success factors included proactive leadership within the community, continuous support from local administrative organizations, and collaboration among all relevant sectors.

Correspondence: Wiraporn Suebsoontorn

E-mail: wiraporn.s@nrru.ac.th

คำสำคัญ

ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, สุขภาวะ, คุณภาพชีวิต

Keywords

elderly, health promotion, community participation, well-being, quality of life

บทนำ

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) รายงานว่า ช่วงปี ค.ศ. 2001-2100 อาจถือเป็น “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” เนื่องจากประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในช่วงประมาณ 20 ปีก่อนหน้านี้ ประชากรโลกมีจำนวนราว 5,735 ล้านคน โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 540 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 9.00 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ข้อมูลเชิงประชากรชี้ให้เห็นว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมีจำนวนประมาณ 7,349 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 901 ล้านคนหรือร้อยละ 12.30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนอย่างชัดเจนว่าโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ทั้งนี้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,402 ล้านคนหรือ

ร้อยละ 16.50 และจะเพิ่มสูงถึง 2,092 ล้านคนหรือร้อยละ 21.50 ของประชากรทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2593⁽¹⁾ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วของประชากรสูงอายุทั่วโลก

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดในกลุ่มอาเซียน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเริ่มสำรวจประชากรผู้สูงอายุครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537 และปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) แล้วในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,450,391 คน คิดเป็นร้อยละ 20.70 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 57.40 ขณะที่การลดลงของอัตราการเกิดทำให้อัตราส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยเด็กเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาระพึ่งพิงทางสังคมสูงขึ้น

โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ที่มีสัดส่วนร้อยละ 9.80 หรือประมาณ 800,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 12.40 หรือมากกว่า 1 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2568⁽²⁾ กลุ่มนี้มักเผชิญปัญหาสุขภาพเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการวางแผนดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ⁽³⁾ ข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีภาวะพึ่งพิงต่ำ โดยร้อยละ 62.20 อยู่ในกลุ่มติดสังคม อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ร้อยละ 49.00 ซึ่งสร้างภาระต่อครอบครัวและระบบสุขภาพ นอกจากนี้ HDC ยังรายงานความท้าทายในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันข้อมูลด้านทันตสุขภาพแสดงให้เห็นพัฒนาการเชิงบวกจากการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.2 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 35.60 ในปี 2565 สะท้อนบทบาทของ HDC ในการติดตามและประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2567 ระบุว่า จังหวัดนครราชสีมามีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร โดยทั้งจังหวัดมีประชากร 1,815,859 คน เป็นผู้สูงอายุ 336,550 คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 294,097 คน กลุ่มติดบ้าน 38,933 คน และกลุ่มติดเตียง 3,520 คน สำหรับอำเภอเมืองมีประชากร 326,351 คน เป็นผู้สูงอายุ 34,312 คน⁽⁶⁾ และข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ร้อยละ 16.91 และ 3.67 ตามลำดับ รวมทั้งมีปัญหาด้านสุขภาพอื่น เช่น ปวดข้อและนอนไม่หลับ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ขณะเดียวกันผู้ดูแลมีจำนวนจำกัด โดยจากกลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบอัตราส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ 1:7.5 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานขององค์การ

อนามัยโลก (1:2-1:4) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น^(3,6)

ก่อนการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลส่วนใหญ่ยังเป็นแบบรายบุคคลหรือบริการจากหน่วยงานสาธารณสุข เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการบรรยายให้ความรู้ โดยขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างแท้จริง^(2,3) รูปแบบเดิมมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและความต่อเนื่องของบริการ ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่ได้รับบริการสม่ำเสมอหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่น้อย ทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่ฝังรากในชีวิตประจำวัน อีกทั้งการดูแลและการป้องกันโรคขาดความยั่งยืน เนื่องจากการสนับสนุนจากสังคมรอบข้าง⁽³⁾ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงมีความจำเป็น เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนภาคีเครือข่ายสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล อันจะช่วยเสริมพลังให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(6,7)

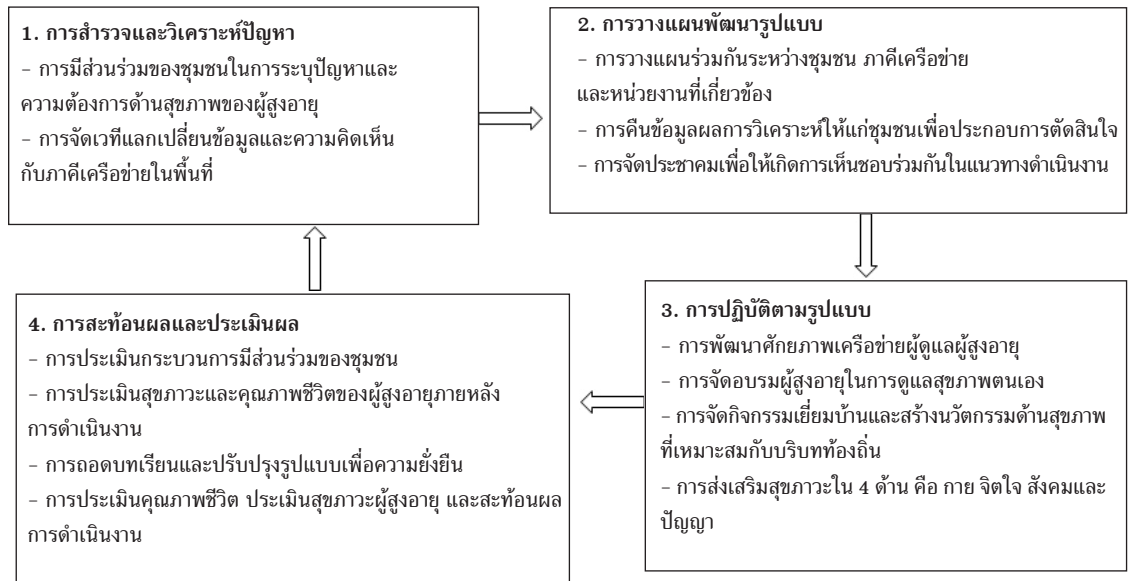
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบดังกล่าว ด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจ และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมถึงศึกษาปัจจัยความสำเร็จและข้อจำกัดของการพัฒนารูปแบบเพื่อให้สามารถถ่ายทอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff⁽⁸⁾ เป็นกรอบแนวคิดหลักและประยุกต์แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Kemmis และ McTaggart⁽⁷⁾ โดยมีขั้นตอนลักษณะเป็นวงรอบ

(Spiral) เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ดังแสดงภาพที่ 1

วัสดุและวิธีการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

Figure 1 Research Conceptual Framework

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในเขตบ้านลำเชิงไกร ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวนรวมทั้งสิ้น 240 คน จำแนกเป็นตัวแทนผู้สูงอายุ 90 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 75 คน และผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา 75 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในเขตบ้านลำเชิงไกร ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพ

และความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ได้แก่ ผู้รับผลการพัฒนา คือ ตัวแทนผู้สูงอายุ 60 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 45 คน และผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา 45 คน ประกอบด้วย นักวิชาการศึกษาเทศบาลตำบลโคกสูง 1 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) 8 คน ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข 15 คน กลุ่มเยาวชน 5 คน กรรมการหมู่บ้าน 6 คน ผู้ใหญ่บ้าน 5 คน และเจ้าหน้าที่ รพสต. โคกสูง 4 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

1. อาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และสื่อสารได้ชัดเจน ไม่มีปัญหาการได้ยิน
3. เป็นตัวแทนจากกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการเทศบาลตำบลโคกสูง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเยาวชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง

4. มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และยินยอมให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การยุติการศึกษา อาสาสมัครขอยุติการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยโดยแจ้งต่อผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่

ประวัติโรคประจำตัว ความถี่ และรูปแบบการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว เช่น การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ประเมินด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ 1=แย่มาก, 2=แย่, 3=ปานกลาง, 4=ดี และ 5=ดีมาก และคำถามที่เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวมรวมคำถามทั้งหมด 26 ข้อ และการแปลผลคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ⁽⁹⁾ (WHOQOL-BREF-THAI)

Table 1 Interpretation of the Elderly Quality of Life Scale⁽⁹⁾ (WHOQOL-BREF-THAI)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตระดับกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16 คะแนน	17-26 คะแนน	27-35 คะแนน
ด้านจิตใจ	6-14 คะแนน	15-22 คะแนน	23-30 คะแนน
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7 คะแนน	8-11 คะแนน	12-15 คะแนน
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18 คะแนน	19-29 คะแนน	30-40 คะแนน
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60 คะแนน	61-95 คะแนน	96-130 คะแนน

1.3 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสุขภาวะผู้สูงอายุองค์รวมที่ได้ปรับจากแบบสอบถามของ เกษม สุวันโน⁽¹⁰⁾ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 23 ข้อ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1=น้อย, 2=ค่อนข้างน้อย, 3=ปานกลาง, 4=ดี และ 5=ดีมาก

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชนต่อกระบวนการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยปรับจากแบบสอบถามของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ⁽³⁾

จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1=น้อยที่สุด, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=มากและ 5=มากที่สุด

โดยแบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับน้อยที่สุด, 1.50-2.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับน้อย, 2.50-3.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับปานกลาง, 3.50-4.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับมาก และ 4.50-5.00 หมายถึง มีความรู้สึกระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

2.1 แบบบันทึกภาคสนามสำหรับจดบันทึก รายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกิจกรรม ลักษณะของสภาพแวดล้อมของบ้าน และชุมชน และพฤติกรรมที่สังเกตได้จากผู้เข้าร่วมในระหว่างดำเนินกิจกรรม

2.2 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สำหรับจดบันทึกสาระสำคัญจากการจัดเวทีประชาคม และการประชุมระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน

2.3 แบบสอบถามสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์อาสาสมัครเพื่อสำรวจมุมมอง ความคิด เห็น และประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ซึ่งมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบ

ประเมินความพึงพอใจ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจ 0.86

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ สุขภาวะผู้สูงอายุ เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประกอบการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษา จากนั้น ดำเนินการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร และสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พร้อมทั้งจัดเวทีประชุม แลกเปลี่ยนกับเครือข่ายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกัน ระบุดประเด็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนกิจกรรมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่ม ผู้นำชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำไปออกแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน และจัดประชาคมเพื่อกำหนดรูปแบบ และกิจกรรมร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลื่อมดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแล ผ่านการจัดอบรมและเวิร์กช็อปเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้ และทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุม

มิติร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ผ่านการสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการศึกษากรณีตัวอย่าง (Case Study) ต่อเนื่องด้วยการสร้างความตระหนัก และปรับพฤติกรรม ผู้สูงอายุในชุมชนผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับวัย เช่น หนังสือคู่มือ ภาพประกอบ วิดีทัศน์สั้น และกิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกปฏิบัติ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม นอกจากนี้ยังดำเนินโครงการเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสอบสภาพร่างกาย จิตใจ สภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ละราย โดย อสม. และ Care Giver ใช้แบบประเมินมาตรฐาน พร้อมให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลและร่วมวางแผน ปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุน การปรับพฤติกรรมอย่างยั่งยืน กระบวนการนี้ยังรวมถึง การสร้างและพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ เช่น แผนภูมิ การติดตามสุขภาพรายสัปดาห์ แอปพลิเคชันง่ายๆ สำหรับ บันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นสมรรถภาพทางกายและ สังคม โดยร่วมกับชุมชนและผู้สูงอายุในการออกแบบ นวัตกรรมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิต ของชุมชน เพื่อให้ใช้งานได้ง่ายและยั่งยืน ขั้นตอนสุดท้าย มีการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานโดย การประเมินความพึงพอใจ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถของเครือข่ายผู้ดูแล ผ่านแบบประเมิน เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมเวิร์กช็อปร่วมกับ เครือข่ายเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและสามารถ ดำเนินงานต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล และสะท้อนผล การดำเนินงาน ได้แก่ การประเมินสุขภาวะ และคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุหลังการดำเนินงาน การจัดเวทีสะท้อน ผล (Reflection Meeting) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะการถอดบทเรียน และปรับปรุง รูปแบบเพื่อความยั่งยืนในชุมชน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ HE-160-2568 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2568 โดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ มุ่งเน้นความปลอดภัยและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และลดความเสี่ยงก่อนดำเนินการ 2) หลักเคารพในความเป็นบุคคล ให้สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ พร้อมจัดทำเอกสารยินยอมโดยสมัครใจ ไม่มีการบังคับ หรือข่มขู่ และ 3) หลักความยุติธรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อย่างเป็นธรรม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและเก็บรักษา ข้อมูลอย่างลับเฉพาะ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัย เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแล การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พฤติกรรม สุขภาพ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร โดยนำเสนอในรูปการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ด้านคุณภาพชีวิต สุขภาวะของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ เชิงลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกต (Observation) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทำการถอด เทป (Transcription) และจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Coding)

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสรุปผล ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.67 ส่วนใหญ่อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.00 รองลงมาอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวประเภทโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ร้อยละ 55.00 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 86.67 รองลงมาต้องพึ่งพาบางส่วน ร้อยละ 11.67 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 63.33 รองลงมาไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 31.67 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 61.67

รองลงมา ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 61.67 รองลงมา ยังดื่มประจำ ร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่ลักษณะของครอบครัว ที่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.33 และส่วนใหญ่เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ร้อยละ 56.67

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและ หลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ ดังแสดง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลังการดำเนินการ

Table 2 Results of the analysis of quality of life for the elderly (WHOQOL-OLD-THAI) before and after the intervention

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	2.37	0.41	0.10	0.01	6.09	<0.001
หลัง	3.48	0.37				

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพหลังดำเนินการโดยรวมอยู่ ระดับมาก ค่าเฉลี่ยรวม 4.41 คะแนน (SD=0.53) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า สุขภาวะทางจิตใจ และสุขภาวะทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.75, SD=0.76 และ ค่าเฉลี่ย=4.61, SD=0.56 ตามลำดับ) ส่วนสุขภาวะทางกาย และ สุขภาวะทางปัญญา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.01, SD=4.30) และปัจจัยที่เอื้อต่อการ

คงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีในกลุ่มนี้ได้แก่ การมีเครือข่ายผู้ดูแล ใกล้ชิด การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนที่ช่วยสร้างความรู้สึก มีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาพบว่า ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านที่ดีขึ้นอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

Table 3 Comparison of average scores of health promotion through community participation before and after development

รายการประเมิน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
สุขภาพทางกาย	3.55	0.83	4.01	0.15	9.18	0.00*
สุขภาพทางจิตใจ	3.57	0.74	4.75	0.76	8.5	0.00*
สุขภาพทางสังคม	3.30	1.07	4.61	0.56	7.16	0.00*
สุขภาพทางปัญญา	3.02	0.83	4.30	0.67	12.11	0.00*
ค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 4 ด้าน	3.36	0.86	4.41	0.53		

*p-value<0.05

ผลการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชนต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.27, SD=0.60) โดยความพึงพอใจที่ได้รับคะแนนสูงสุด คือการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย=4.54, SD=0.56) รองลงมา คือการนำนวัตกรรมสุขภาพที่ใช้ในชุมชน (ค่าเฉลี่ย=4.51, SD=0.50) โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ช่วยในทุกขั้นตอน และการสร้างความต่อเนื่องของกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความตระหนัก รวมทั้งความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัจจัยหลักที่สนับสนุนประกอบด้วย ผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ชัดเจน และสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำทรัพยากรต่างๆ ในชุมชนมาใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมเช่น สถานที่ อุปกรณ์และบุคลากร รวมถึงความสัมพันธ์และความผูกพันของสมาชิกในชุมชน ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชนต่อกระบวนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (N=90)

Table 4 Satisfaction results of community network partners on the process of promoting the health of the elderly through community participation (N=90)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การมีส่วนร่วมในการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา	4.36	0.51	มาก
2. การมีส่วนร่วมในการเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	4.11	0.81	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	4.28	0.61	มาก
4. การมีส่วนร่วมในวางแผนงาน	4.04	0.73	มาก
5. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผน	4.11	0.71	มาก
6. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.54	0.56	มากที่สุด
7. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุขภาพและเยี่ยมบ้าน	4.28	0.56	มาก
8. การมีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ	4.34	0.50	มาก
9. ความเหมาะสมของการใช้นวัตกรรมต่อกลุ่มเป้าหมาย	4.38	0.51	มาก
10. ความเป็นไปได้ในการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง	4.24	0.48	มาก
11. นวัตกรรมมีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย	4.51	0.50	มากที่สุด
12. การมีส่วนร่วมในการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม	4.14	0.73	มาก
13. นวัตกรรมฯ ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรูปธรรม	4.18	0.64	มาก
ผลรวม	4.27	0.60	มาก

วิจารณ์

การศึกษานี้มีเป้าหมายสำคัญเพื่อวิเคราะห์สภาพสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนออกแบบ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งประเมินปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน สามารถสรุปและอภิปรายผลได้เป็นประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. สภาพสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับดี โดยมีสุขภาวะโดยรวมอยู่ระดับมาก พบว่า สุขภาวะทางจิตใจ และสุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนสุขภาวะทางกาย และสุขภาวะทางปัญญาอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยได้ในระดับที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ด้านสุขภาวะทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านร่างกาย และผลกระทบจากโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปัญหาข้อเสื่อม ปัจจัยที่เอื้อต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีในกลุ่มนี้ได้แก่ การมีเครือข่ายผู้ดูแลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนที่ช่วยสร้างความรู้สึกรับคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งชี้ว่าการมีส่วนร่วมทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ^(11,12) นอกจากนี้สอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ เช่น การสร้าง และขยายเครือข่ายความร่วมมือ การเสริมศักยภาพสมาชิกเครือข่าย การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การใช้ผู้ดูแลเป็นแกนหลักในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง การนิเทศติดตามโดยทีมพี่เลี้ยง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำข้อมูลไป

พัฒนาการดำเนินงานต่อไป⁽¹³⁾

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เปิดโอกาสให้ชุมชนมีบทบาทครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ดำเนินกิจกรรม จนถึงการติดตามและประเมินผล กระบวนการนี้ช่วยให้กิจกรรมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการจริงของผู้สูงอายุ พร้อมสร้างความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง เน้นการเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแล เช่น การฝึกทักษะดูแลตนเอง การเยี่ยมบ้านเชิงรุก และการใช้นวัตกรรมสุขภาพท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนกำหนดวิธีดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความมั่นใจและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ^(8,14) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้พัฒนา “2PAO2R Model” ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ P1: Policy & Structure การจัดตั้งโครงสร้างและนโยบายสนับสนุน พร้อมระบุบทบาทชัดเจน, P2: Planning การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, Action การดำเนินกิจกรรมตามแผน, Observation การติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง, R1: Resource Sharing การใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และ R2: Reflection การถอดบทเรียนเพื่อสรุปผล ปัญหา และแนวทางพัฒนาต่อยอด⁽¹⁴⁾

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพบว่า คุณภาพชีวิต และสุขภาวะของผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะในด้านจิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นสองด้านที่แสดงคะแนนเฉลี่ยสูงสุด หลังการดำเนินโครงการ สาเหตุหนึ่งอาจมาจากกิจกรรมที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่ม การเข้าร่วมประเพณีท้องถิ่น และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตร่วมกัน กิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและส่งเสริมการได้รับการสนับสนุน

ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบกับสถานะก่อนการพัฒนาโครงการ⁽¹³⁾

4. ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ความสำเร็จของโครงการนี้เกิดจากความร่วมมือระหว่างหลายฝ่าย ทั้งผู้นำชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานบริการสุขภาพ และอาสาสมัครในพื้นที่ โดยปัจจัยหลักที่สนับสนุนประกอบด้วย ผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ชัดเจน และสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำทรัพยากรต่าง ๆ ในชุมชนมาใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม เช่น สถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร รวมถึงความสัมพันธ์และความผูกพันของสมาชิกในชุมชนที่ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และราบรื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่ระบุว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการได้แก่ การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง และชัดเจนในบทบาท องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของโครงการ หน่วยงานบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพในชุมชนให้กำลังใจ และสนับสนุนอย่างเหมาะสม รวมถึงการมีทุนทางสังคมที่ช่วยอำนวยความสะดวกและการประสานงานเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾

5. การตีความเชิงนโยบาย และแนวทางปฏิบัติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เป็นวิธีการที่มีศักยภาพในการสร้างความยั่งยืน หากมีการพัฒนาความสามารถของผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการบูรณาการกิจกรรมเหล่านี้เข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่ม

โอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม ชุมชนเองสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ภายในเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีผู้สูงอายุ ญาติ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข รวมถึงตัวแทนจากองค์กรภาคประชาชนเข้ามาร่วมดำเนินงานด้วยกัน สำหรับการขยายผลในอนาคต ควรสนับสนุนให้โรงเรียนในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาในพื้นที่เข้ามามีบทบาทร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในครอบครัว และชุมชน เพื่อเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และความยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนในระยะยาว⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เทศบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดทำนโยบายที่ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีระบบและยั่งยืน ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขครอบครัว และเครือข่ายผู้ดูแล พร้อมจัดสรรทรัพยากร บุคลากร และกลไกการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลควรร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น ทั้งด้านงบประมาณ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการประเมินผล เพื่อสร้างความมั่นคงและความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงานพยาบาล

1. พยาบาลชุมชนควรร่วมมือกับชุมชนตั้งแต่วิธีขั้นตอนการเก็บข้อมูลปัญหา การวางแผน จนถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ควรส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

1. กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงาน

สาธารณสุขในพื้นที่ ควรพัฒนาและปรับแต่งโมเดลหรือแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในชุมชนต่างๆ

2. กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่น และสถาบันการศึกษา ควรส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านช่องทางสื่อสารมวลชน พร้อมจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรสาธารณสุข อสม. และชุมชนเพื่อเพิ่มความเข้าใจ สร้างความร่วมมือ และสนับสนุนการดำเนินงานของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง ด้านงบประมาณ และการประสานงาน ร่วมกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานะพี่เลี้ยง และให้ประชาชน มีบทบาทในทุกขั้นตอน ทั้งในระบบทางการ และไม่เป็นทางการ

2. ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ได้พัฒนาจากงานวิจัยนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกัน และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์เพื่อค้นหา ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York: United Nations Population Fund; 2012. (in Thai)
2. Department of Older Persons. Situation report on Thai older persons 2017. Bangkok: Department of Older Persons; 2017. (in Thai)
3. Chaiwong N, Maneepun N, Burawong S, Sanggyam T, Bonkhunthod P. Developing social innovations through community processes to promote well-being of the elderly in Klantha Subdistrict, Mueang District, Buri Ram Province. Regional health promotion center 9 journal. 2024;18(3):957-73. (in Thai)
4. Ministry of Public Health (TH). Chronic disease screening report, fiscal year 2018. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
5. Anantakul A. Ageing society. Thailand's challenge [Internet]. 2017 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <http://www.royin.go.th/wp-content/uploads/2017/12/สังคมสูงวัย3.pdf>
6. Nakhon Ratchasima Provincial Statistical Office. Population and elderly statistics report, Nakhon Ratchasima Province 2024. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Provincial Statistical Office; 2024. (in Thai)
7. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage; 2000.
8. Cohen JM, Uphoff NT. Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments; 1980.
9. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The World Health Organization Quality of Life Brief Version, Thai edition (WHOQOL-BREF-THAI). [Internet]. 2015 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
10. Suvanno K. A study on the well-being of the elderly in Tha-it community, Wat Saeng Siritham, Tha-it Subdistrict, Pak Kret District, Nonthaburi Province [Thesis]. Phra Nakhon Si Ayutthaya: Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2017. (in Thai)
11. Department of Older Persons (DOP). Situation of the Thailand elderly in 2022. Bangkok: Amarinuit Corporations Public Company Limited;

2022. (in Thai)
12. National Statistical Office (TH). Report on preliminary results of a survey of the elderly population in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2019. (in Thai)
13. Daharn T, Duangrach J. Development of a health care model for elderly by community participation, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province. Academic journal of Mahasarakham Provincial public health office. 2018;2(3):42-54. (in Thai)
14. Laprawat T, Laprawat S. Development of health promotion model among elderly through community participation in Nonghuachang Sub-district Kanthararom District, Sisaket Province. Sisaket journal of research and health development (SJRH). 2024;3(1):156-70. (in Thai)
15. Tapasee W, Danpradit P, Rattanawijit S. Health care service model for elderly by community participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. Kuakarun journal of nursing. 2017;24(1):42-54. (in Thai)