การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

*กนิษฐา ช้างนิล**
*รุจิรดา ชูช่วย**
*บุญรมย์ รอดชุม***
*บุญเรือง ขาวนวล****
*สุตตมา สุวรณมณี*****
*ชไมพร ทองเพชร*****

(Received : April 17, 2025; Revised : June 12, 2025; Accepted : June 15, 2025)

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพระยะยาว เป็นนโยบายของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาชัยสน และจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งดำเนินการครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินระบบการจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ในชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการกับกลุ่มแกนนำชุมชนจำนวน 25 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน ซึ่งคัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย การดำเนินการใช้ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test และ Paired Sample T-Test

ผลการวิจัย พบว่า หลังดำเนินการการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยแกนนำชุมชนก็ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อค้นพบสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ควรเสริมพลังและสร้างกระบวนการติดตาม และประเมินผล อย่างต่อเนื่อง และควรสร้างกระบวนการสะท้อนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความต่อเนื่อง และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : สุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การมีส่วนร่วมของชุมชน

---

* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

****อาจารย์ สูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้รับผิดชอบบทความ บุญเรือง ขาวนวล boonruang@tsu.ac.th

Development of Community-Based Participatory Model for Elderly Health Care in Ban Ok Khao, Khao Chaison Sub-district, Khao Chaison District, Phatthalung Province

*Kanitta Changnin**
*Ruchirada ChuChuai**
*Boonrom Rodchum***
*Boonruang Khaonuan****
*Suttama Suwanmanee*****
*Chamaiporn Thongphet*****

(Received : April 17, 2025; Revised : June 12, 2025; Accepted : June 15, 2025)

Abstract

Long term care was a policy of the Khao Chaison District Health Board and requires continuous community participation in the care of the elderly. This study employed a Participatory Action Research (PAR) approach, with the objectives of promoting and developing the participation of community leaders in elderly health care, evaluating the management system for elderly care by community leaders, and assessing the health behaviors of the elderly, including dietary habits and exercise, in Ban Ok Khao Community, Khao Chaison Sub-district, Khao Chaison District, Phatthalung Province. The research was conducted with 25 community leaders and 44 elderly individuals selected through simple random sampling. The study was carried out over a period of three months, from December 2024 to January 2025. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics including the wilcoxon signed-rank test and paired sample t-test.

The results showed that the participation of community leaders in elderly health care significantly improved after the intervention ($p = 0.025$). Additionally, elderly care provided by community leaders also showed a statistically significant improvement ($p = 0.001$). Regarding the health behaviors of the elderly, both dietary behavior and exercise significantly improved ($p < 0.001$). The key findings were that community participation was a crucial factor in promoting healthy behaviors among the elderly. Therefore, health teams from hospitals should empower community leaders and establish continuous monitoring, evaluation, and reflective learning processes to ensure sustainable elderly care systems and improved quality of life for the elderly.

Keyword : Elderly health, Long-term elderly care, Community participation

* Student, Bachelor of Public Health Program, Community Public Health Major, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

**Register Nurse, Community Health Center, Khao Chaison Hospital, Phatthalung Province

***Assistant Professor, Bachelor of Public Health Program, Community Public Health Major, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

****Lecturer, Bachelor of Public Health Program, Community Public Health Major, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

Corresponding author: Boonruang Khaonuan boonruang@tsu.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี 2564 โดยมีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด โดยในปี 2567 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.36 ทั้งนี้ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติกำหนดเกณฑ์ว่าสังคมใดมีประชากรสูงอายุ มากกว่าร้อยละ 20 จัดเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์[1-3] ซึ่งเขตสุขภาพที่ 12 ในปี 2563- 2566 มีอัตราผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 15.20, 15.70, 16.20 และ 16.24 ตามลำดับ[4] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นสังคมสูงวัยและคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ สำหรับจังหวัดพัทลุง ตั้งแต่ปี 2563 - 2567 มีสถิติผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 21.50, 22.10, 21.50, 21.20 และ 22.64 ตามลำดับ[5] จัดเป็นสังคมสูงวัยสมบูรณ์ ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวส่งผลต่อการวางแผนเชิงนโยบายทั้งในด้านเศรษฐกิจ สาธารณสุข และสวัสดิการสังคม การรองรับสังคมสูงวัยจำเป็นต้องมีระบบดูแลสุขภาพระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ที่มีคุณภาพ[2] ทั้งนี้ ปัญหาที่พบมากในวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลของประเทศเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีมากขึ้นเร็วกว่าวัยแรงงานทำให้วัยแรงงานต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกด้วย[1,6]

อย่างไรก็ตาม ความท้าทายยังคงมีอยู่ ทั้งจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ภาวการณ์เปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ การรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น[7-10] เครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาชัยสน มีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยในตำบลเขาชัยสน โดยเฉพาะชุมชนบ้านออกเขา เป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในพื้นที่ ซึ่งโรงพยาบาลเขาชัยสนกำหนดตรวจคัดกรองสุขภาพและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทุกปี ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมได้ เช่น ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกายน้อย บางรายมารับยาโรคประจำตัวตามนัดยังขาดความต่อเนื่อง บางรายมีการรับประทานยาผิดวิธี และบางรายไม่มีผู้ดูแล ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรค จากการศึกษาของพัชรินทร์ อ่อนน้อม[11] และอรรณพ นิยมเดชา สุเมษย์ หนกหลัง[12] ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพทั้งครอบครัว แกนนำชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ จากเหตุและปัจจัยดังกล่าว ทีมผู้วิจัย จึงมีความสนใจในการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

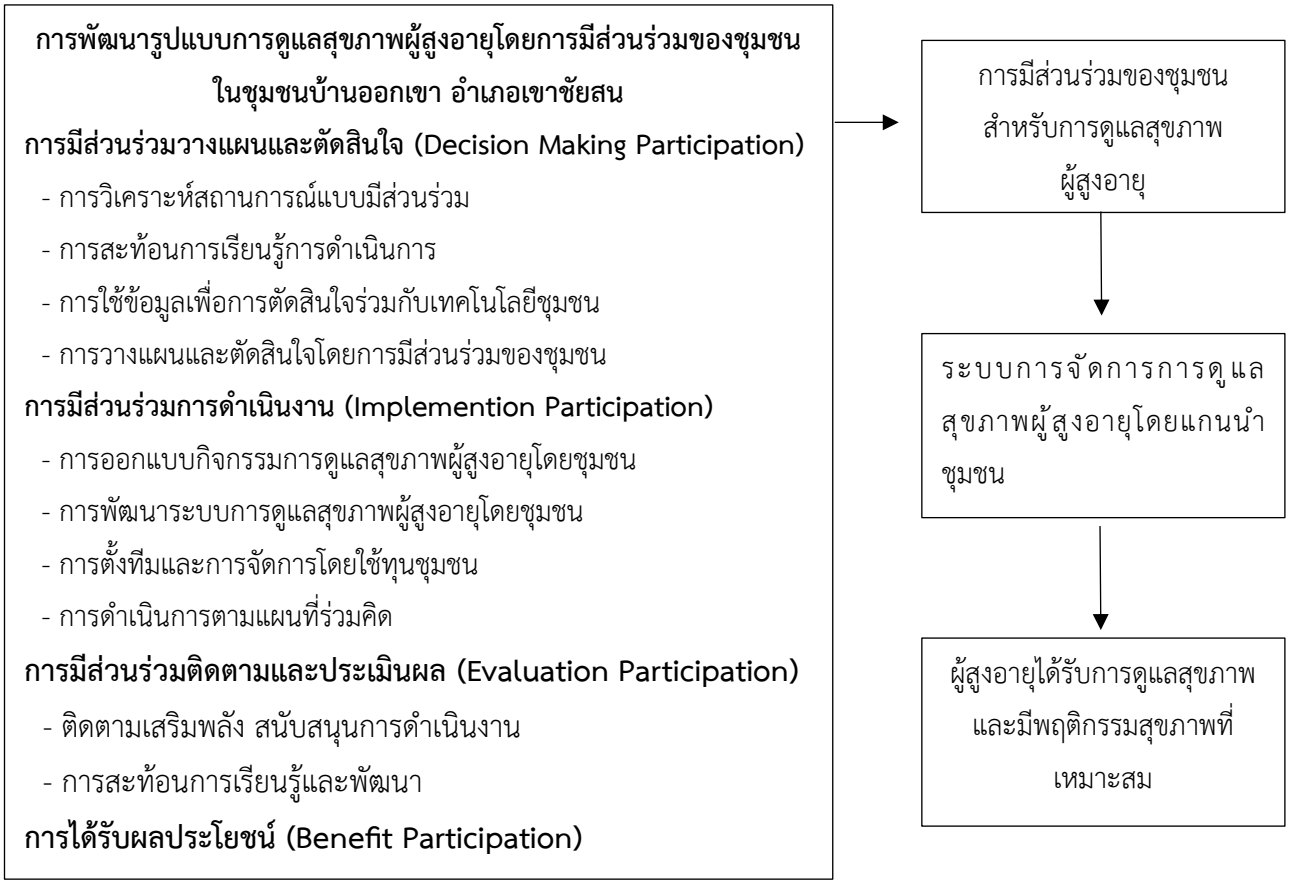
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

2.ประเมินระบบการจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชนในชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

3.ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านออกเขา ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการวิจัย

พื้นที่ดำเนินการ การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มประชากรโดยคัดเลือกชุมชน หมู่ที่ 3 บ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง โดยมีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 156 หลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแกนนำชุมชน และผู้สูงอายุ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มแกนนำชุมชน ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง รวม 25 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลเขาชัยสน เจ้าหน้าของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขาชัยสน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน แกนนำชุมชนและปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 44 คน มาจากการใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบขนาดของประชากรของแดเนียล (Daniel, 1995)[6] คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุ มาจับฉลากหยิบแบบไม่ใส่คืน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาในการดำเนินการ 3 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568 แบ่งการดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการ วางแผน ดำเนินงาน ติดตามและประเมินผล และขั้นสะท้อนข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการและวางแผน (Planning) ใช้เวลา 1 เดือน โดยศึกษาบริบทชุมชน ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มแกนนำในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนา ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ สำหรับการวางแผนการดำเนินการโดยจัดเวทีประชุมแกนนำชุมชนโดยประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อพัฒนา[7] โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. Appreciation เชิญแกนนำชุมชนเข้าร่วมประชุม เพื่อรับรู้ประเด็นรายละเอียดงานวิจัย เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ จากนั้นจึงร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ในอดีต ปัจจุบันของชุมชนว่ามีรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร (A1) การระบุสาเหตุปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดอนาคตที่พึงปรารถนาทางด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุว่าต้องการเป็นอย่างไร เพื่อดำเนินการไปสู่เป้าหมาย (A2)

2. Influence ร่วมกันคิดกิจกรรมหรือโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ที่ได้ร่วมกำหนดไว้ (I1) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการ การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (I2)

3. Control กำหนดหาแหล่งทุนและสิ่งสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการ การกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการดำเนินการ รวมทั้งการสร้างทีมดำเนินการและแบ่งความรับผิดชอบ และผู้รับผิดชอบดำเนินการ (C1) ตกลงในรายละเอียดของการดำเนินงาน จัดทำแผนดำเนินการ และดำเนินการตามแผนที่วางไว้ (C2)

ขั้นการปฏิบัติตามแผนงาน (Action) ดำเนินการโดยทีมวิจัยร่วมกับแกนนำชุมชนทั้งการออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตั้งทีมและการจัดการโดยใช้ทุนชุมชน การดำเนินการตามแผนที่ร่วมคิดร่วมกันโดยใช้ทุนและทรัพยากรทั้งในชุมชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นสังเกตผลและประเมินผล (Observe) ทีมวิจัยและแกนนำชุมชนสร้างกระบวนการเรียนรู้กับผู้ร่วมการวิจัย โดยผ่านการพูดคุยสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการร่วมรับรู้ ติดตาม ตรวจสอบ และร่วมแก้ไขปัญหาในการดำเนินกิจกรรม ประเมินผลหลังดำเนินการ ซึ่งตลอดระยะเวลาในการดำเนินการ ผู้วิจัยจะเข้าร่วมในการติดตามประเมินผลร่วมกับกลุ่มแกนนำ เพื่อยืนยันผลการดำเนินการ หลังจากดำเนินกิจกรรมต่างๆ แล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลหลังดำเนินการเพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection) ทีมวิจัยและแกนนำชุมชนจัดเวทีถอดบทเรียน และคืนข้อมูลการดำเนินการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชุมชน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ข้อเสนอสำหรับการต่อยอดและพัฒนา เพื่อให้เกิดกระบวนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรับมอบโครงการต่อจากผู้วิจัยสู่ชุมชน เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเกิดความต่อเนื่องในชุมชน

เครื่องมือรวบรวมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลได้แก่ การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สนทนากลุ่ม การสนทนา ส่วนเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการห่างกัน 3 เดือน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย เพศ อายุ และตำแหน่งในชุมชน ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้อัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 อันดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้อัตราส่วนประมาณค่า คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ จำนวน 10 ข้อ และข้อมูลผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

เพศ อายุ และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยใช้อัตราส่วนประมาณค่า คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์), ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า) และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (The Index Objective Congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน แบบประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94 แบบประเมินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน เท่ากับ 0.97 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.91 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้กฎสามเส้า (Triangulation) เพื่อเป็นการเปรียบเทียบข้อค้นพบ (Findings) ของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษา (Phenomenon) จากแหล่งและมุมมองที่แตกต่างกัน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ตำแหน่งในชุมชน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติ Paired Sample T-Test และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เลขที่ COA NO.TSU 2024_324 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวม และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และเมื่อเข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะ ถูกเก็บไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยขอนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอด

ผลการวิจัย

จากการเวทีชุมชนในการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุงของแกนนำชุมชน พบว่า

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

“ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นชุมชนมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่แน่นแฟ้น มีประเพณีการช่วยเหลือกันในชุมชน (วัฒนธรรมแบ่งปัน) ผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการประสานงาน” FGD1

“ปัจจุบันสะดวก มีเทคโนโลยีดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุมีโทรศัพท์ เล่นไลน์ได้ มีแอปพลิเคชันสำหรับติดตามสุขภาพผู้สูงอายุ” FGD2

“ผู้สูงอายุในปัจจุบัน อาศัยอยู่กันตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากลูกหลานไปทำงานต่างถิ่น เวลาเจ็บป่วยจะพบแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้ยาแผนปัจจุบัน หรือซื้ออาหารเสริมในการรักษาโรค ซื้ออาหารแบบสำเร็จรูป และ

วัตถุดิบในการประกอบอาหารจากตลาด มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และมีไฟฟ้าใช้ ใช้น้ำประปาหมู่บ้าน และดื่มน้ำบรรจุขวดสำเร็จรูป” FGD3

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน

“ปรับปรุงระบบการให้บริการ จัดตั้งจุดบริการสุขภาพเคลื่อนที่ พัฒนาระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน สร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ” FGD1

“อสม. มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ” แกนนำชุมชน 1

จากเวทีชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน เกิดกิจกรรมดังนี้

“เยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับแกนนำชุมชน” FGD1

“จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง เป็นกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ เก็บข้อมูลโดยแบบสังเกตการมีส่วนร่วม และการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น” FGD2

“จัดบริการรับ – ส่งผู้สูงอายุยามจำเป็น” FGD1

“อบรมให้ความรู้แกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” FGD3

จากการดำเนินการที่เกิดจากการร่วมคิดและตัดสินใจสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปสู่การดำเนินการวางแผนการดำเนินการ และการดำเนินการโดยแกนนำชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดการจัดระบบและการจัดการของชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการพัฒนา มีการใช้ทุนทั้งทุนของชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้องสำหรับการดำเนินการ ที่สำคัญสุกคือ การใช้ทุนทางสังคมซึ่งเป็นจุดแข็งของชุมชนในการดำเนินการ เกิดการกระจายเรื่องราว และรวมพลังภาคีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ เกิดการติดตามเสริมพลัง มีการต่อยอดการดำเนินการโดยคนในชุมชนและครอบครัว

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า จากการศึกษาพบว่ากลุ่มแกนนำชุมชน มากกว่ากึ่งหนึ่งเป็นเป็นผู้หญิง ร้อยละ 56.00 เพศชาย ร้อยละ มีอายุในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 40.00 ส่วนตำแหน่งพบว่า เป็นแกนนำกลุ่ม/ปราชญ์ชาวบ้าน ร้อยละ 40.00 รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 36.00

จากการประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 25 คน)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 25 คน)

การมีส่วนร่วมของในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	**ก่อนดำเนินการ**		**หลังดำเนินการ**		**Z-test**	**p-value***
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**		
ควรปรับปรุง	3	12.00	3	12.00		
ปานกลาง	10	40.00	4	16.00		
ดี	12	48.00	18	72.00		
การวิเคราะห์ความแตกต่าง	Median	IQR	Median	IQR		
	31.00	12.50	38.00	14.50	2.69	0.015

* p-value by Wilcoxon signed ranks test

พบว่า หลังการดำเนินการการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมในระดับดี จากร้อยละ 48.00 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72.00 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.015) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 25 คน)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง
การตัดสินใจ (Decision Making Participation)	13 (52.00)	9 (36.00)	3 (12.00)	22 (88.00)	3 (12.00)	0 (0.00)
การดำเนินงาน (Implemention Participation)	3 (12.00)	19 (76.00)	3 (12.00)	21 (84.00)	4 (16.00)	0 (0.00)
การได้รับผลประโยชน์ (Benefit Participation)	5 (20.00)	17 (68.00)	3 (12.00)	21 (84.00)	4 (16.00)	0 (0.00)
การประเมินผล (Evaluation Participation)	5 (20.00)	16 (64.00)	4 (16.00)	18 (72.00)	7 (28.00)	0 (0.00)

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนคือ ขั้นการตัดสินใจจากระดับดี ร้อยละ 52.00 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.00 และขั้นการดำเนินงาน จากระดับดี ร้อยละ 12.00 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 84.00 ตามตารางที่ 2

ส่วนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า หลังการดำเนินการแกนนำชุมชนมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยเพิ่มขึ้นจากระดับดี ร้อยละ 28.00 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 48.00 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 25 คน)

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		Z-test	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ควรปรับปรุง	3	12.00	3	12.00		
ปานกลาง	15	60.00	10	40.00		
ดี	7	28.00	12	48.00		
การวิเคราะห์ความแตกต่าง	Median	IQR	Median	IQR		
	22	11.50	24	13.50	3.89	0.001

* p-value by Wilcoxon signed ranks test

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จากการพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.37 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 61.36 รองลงมามีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 27.27 เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.18 มากกว่ากึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.36 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.73 จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกาย จำนวน 44 คน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้น จากระดับดี ร้อยละ 59.09 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90.90 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 44 คน)

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t-test	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปานกลาง	18	40.90	4	9.09		
ดี	26	59.09	40	90.90		
การวิเคราะห์ความแตกต่าง	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	32.48	3.41	35.61	3.11	5.25	<0.001

* p-value by pair-sample t-test

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนิน โดยจากระดับดี ร้อยละ 54.55 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.27 ส่วนการออกกำลังกาย ในระดับดี ร้อยละ 52.27 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 97.72 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 44 คน)

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง
การบริโภคอาหาร	24 (54.55)	20 (45.55)	0 (0.00)	34 (77.27)	10 (22.73)	0 (0.00)
การออกกำลังกาย	23 (52.27)	21 (47.72)	0 (0.00)	43 (97.72)	1 (2.27)	0 (0.00)

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์[1] การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญ ในการสร้างสังคมที่เอื้ออาทรและยั่งยืน การผนึกกำลังของคนในชุมชน องค์กรต่างๆ และหน่วยงานภาครัฐจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข และมีสุขภาพดี จากวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัพฮอฟ Cohen & Uphoff(8) ที่เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยผู้คนในชุมชนจะมีบทบาทในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการพัฒนาด้วยตนเอง และใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นฐานคิดในการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ การตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1988)(9 เพื่อให้แกนนำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ในบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน แกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเป็น "ฟันเฟือง" ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผูสูงอายุ เป็นผู้นำและผู้ประสานงานในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม แกนนำชุมชนเปรียบเสมือน "หัวใจสำคัญ" ในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การสนับสนุนและส่งเสริมให้แกนนำชุมชนมีศักยภาพและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง จะนำไปสู่ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมถึงความเข้มแข็งของชุมชนโดยรวม(7,10)

การวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนเกิดการพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู เกิดพัฒนาแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกัน ใช้เทคโนโลยีนำระบบเทเลเมดิซีนมาใช้ในการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ แกนนำชุมชนได้ร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุรายสัปดาห์ ให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน มีบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุยามจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง หลังดำเนินการพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2563)(11) และสุปราณี บุญมี ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว และสุพิตรา เศลวัตนะกุล (2562)(12) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน หลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าภาพร่วมกัน การให้บริการด้วยจิตอาสา ความเข้มแข็งในการร่วมกิจกรรมและความต่อเนื่องในการดำเนินการ โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยและแกนนำชุมชนได้ร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุรายสัปดาห์ ให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุจัดกิจกรรมตอบสนอง ความต้องการผู้สูงอายุโดยใช้ทรัพยากรและวิสาหกิจที่มีในชุมชน มีบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุยามจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง หลังดำเนินการพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของวรางคณา ศรีภูวงษ์ ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (2563)(13) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังการดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการแก้ไขปัญหาในแต่ละด้านอย่างครอบคลุม ให้สามารถประคับประคองการดำรงชีวิตและช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการพัฒนารูปแบบ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.00 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72.00 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p = 0.015) และสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีไชย โพธิ์ศรี และมัลลิกา มากรัตน์ (2564)[14] ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยดึงศักยภาพของแต่ละบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมีคณะกรรมการดำเนินงานเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม

สำหรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน องค์กรต่างๆ ในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมและบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด เป็นการจัดการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลระยะยาว (Long-term Care) ที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสม การจัดการเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการเตรียมพร้อมรับมือกับสังคมสูงวัย และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน จากการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชนดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยเพิ่มขึ้นจากระดับดี ร้อยละ 28.00 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 48.00 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิราณี ศรีหาภาค และคณะ (2564)[15] ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น พบว่า กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การสร้างการมีส่วนร่วม การพัฒนาองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบาย และการบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งก่อให้เกิดความครอบคลุมในระบบบริการสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับคุณภาพชีวิต โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้น จากระดับดี ร้อยละ 59.09 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90.90 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิรินทร์ พัฒนวิบูลย์ (2561)[16] ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุส่งผลมาจากระดับความรู้ความเป็นอยู่ ความเจ็บป่วย สุขภาวะทางกายของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์ให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตรา ธำรงชัยชนะ (2564)[17] ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในระดับมาก ได้แก่ ครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนวัยเดียวกัน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และสะท้อนข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเขาชัยสน ควรเป็นวิทยากรกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาเชิงคุณภาพสำหรับระบบการดูแลและจัดการตนเองของชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

2. ควรมีกระบวนการในการติดตามและเสริมพลังการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยแกนนำชุมชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับบทเรียนและความสำเร็จของระบบจัดการและดูแลผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนและการจัดการตนเองของชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. ข้อมูลผู้สูงอายุทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/know/

2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติสังคมของประเทศไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงจาก:https://www.nso.go.th/.

3.United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2019: Highlights [Internet]. New York: United Nations; 2019 [cited 2024 Jul 1]. Available from:https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf.

4.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12. การส่งเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ: รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12; 2566. นครศรีธรรมราช: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12..

5.สุภาดา คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอทางนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2017;6:1156–64.

6.Daniel, W. W. (1995). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (6th ed.). John Wiley & Sons.

7.ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2543.

8.Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca, NY: Cornell University; 1977.

9.Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.

10.ทิพยาภา ดาหาร, เจทสริยา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2561;2(3):42–54.

11.วรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):13–28.

12.สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, สุพิตรา เศลวัตนะกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(4):38–49.

13.วรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):13–28.

14.ศรีไชย โพธิ์ศรี, มัลลิกา มากรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2564;11(2):109–120.

15.ศิราณี ศรีหาภาค, คณะผู้วิจัย. กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;15(36):99–114.

16.ศิรินทร์ พัฒนวิบูลย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;5(1):345–359.

17.จิตรา ธำรงชัยชนะ. ผลการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564;6(2):23–29.