การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย

จุรีรัตน์ ทูลมณี, ส.ม.[1] ***พัชรินทร์ คำนวล,*** วทด.[2, 3*] ***ลัดดาวัลย์ พนมพิบูล,*** พท.บ.[4] ***สุชาวดี อุ่นเมือง,*** พท.บ.[5]
วันที่รับ: 7 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไข: 28 เมษายน 2569 วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์อาจทำให้ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้การแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย จังหวัดพะเยา ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 20 ราย ภาคีเครือข่าย 25 ราย และผู้สูงอายุ 122 ราย ส่วนระยะที่ 3 เป็นผู้สูงอายุ 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74, .84 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบของฟิสเชอร์ และการทดสอบทีคู่และทีอิสระ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง 2) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และ 3) การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (t=10.26 p<.001) และคุณภาพชีวิต (t=3.60 p<.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับดีมาก ($\bar{X}$=4.51, SD=0.5) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยที่พัฒนาขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนและสามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การแพทย์แผนไทย, ธรรมานามัย, พฤติกรรมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
[3] หน่วยวิจัยด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพและระบาดวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
[4] แพทย์แผนไทย, โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
[5]แพทย์แผนไทย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
*ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: patcharin.k@fph.tu.ac.th

Development of a health promotion model for older adults integrating Dhammanamai principles and Thai Traditional Medicine

Chureerat Toolmanee, M.P.H.[1] ***Patcharin Khamnuan*** Ph.D.[2, 3*] ***Laddawan Phanomphibool***, B.TM.[4]
Suchawadee Aunmeung, B.TM.[5]

Received: May 7, 2026 Revised: Apr 28, 2026 Accepted: Apr 29, 2026

Abstract

The transition toward a complete aged society presents significant challenges to the health-related quality of life of the geriatric population. To address these challenges, the implementation of a health promotion model through the integration of Thai traditional medicine and Dhammanamai principles is essential for enhancing the well-being of older adults. Accordingly, this research and development framework was designed into three phases: 1) assessing the current health situation, 2) developing the integration of health promotion model for older adults in Phayao province, and 3) evaluating its subsequent effectiveness. The initial situational phase 1 involved a multi-stakeholder group including 20 caregivers, 25 network partners, and 122 elderly individuals. Subsequently, the evaluating phase 3 employed a controlled design with 70 elderly participants which equally allocated into experimental and control groups (n=35 each). The research instruments included the integrative health promotion model of Thai traditional medicine and Dhammanamai principles, a 3E-2S based health behavior assessment, the Thai-shortened WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI), and a satisfaction survey. The reliability of these measures was validated with Cronbach's alpha coefficients of .74, .84, and .90, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and both paired and independent samples t-tests, while qualitative data were synthesized through systematic content analysis. The results revealed that the developed health promotion model comprises three primary components: 1) an emphasis on experimental learning to foster the integration of physical well-being (Kayanamai), mental well-being (Jittanamai), and healthy lifestyle practices (Chiwitanamai); 2) the engagement of older adults; and 3) the facilitation of support through community-based networks. Concurrently, post-intervention showed that the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in both health-promoting behaviors (t=10.26 p<.001) and quality of life (t=3.60 p<.001) compared to the control group. Thus, evaluation of the developed model reported an excellent satisfaction rating among the elderly participants ($\bar{x}$=4.51, SD=0.5). Therefore, the developed health promotion model through the integration of Thai traditional medicine and Dhammanamai principles for older adults demonstrates significant health outcomes for community-based implementation and is scalable in various regions.

Keywords: Health promotion model for older adults, Thai traditional medicine, Dhammanamai, Health behaviors, Quality of life

[1] Senior Professional Public Health Technical Officer, Phayao Provincial Public Health Office
[2] Assistant Professor of the Faculty of Public Health, Thammasat University (Lampang Center)
[3] Thammasat University Research Unit in Environment, Health and Epidemiology, Lampang
[4] Thai Traditional Medicine, Dokkhamtai Hospital, Phayao
[5] Thai Traditional Medicine, Dok Kham Tai Subdistrict Health Promoting Hospital, Phayao
*Corresponding author E-mail: patcharin.k@fph.tu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคาดว่าจะเพิ่มจาก 1.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2023 เป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งสะท้อนการเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2568 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 13,994,045 คน คิดเป็นร้อยละ 21.58 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2025) ซึ่งเข้าสู่เกณฑ์สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (aged society) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านสุขภาพ เนื่องจากต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันเป็นผลจากความเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาและการสูญเสียบทบาทหรือบุคคลสำคัญ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคเรื้อรัง ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการลดบทบาททางสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Faculty of Medicine Siriraj Hospital & Thai Health Promotion Foundation, 2018) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสำคัญต่อครอบครัวและชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ลดภาระการพึ่งพิง และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพและมิติของชีวิต ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดูแลสุขภาพช่องปาก (3อ. 2ส. 1ฟ.) (Division of Health Education, Department of Health Service Support [DHSS], 2024) แม้แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับมิติทางกายและพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังขาดการบูรณาการด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะแบบองค์รวม ในบริบทของสังคมไทย แนวคิด “ธรรมานามัย” ที่พัฒนาโดยนายแพทย์อวย เกตุสิงห์ (Ketsingh, 1988) เป็นกรอบแนวคิดที่ผสานหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาเข้ากับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นความสมดุลใน 3 มิติ ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย (Intarit, 2017; Phutwat et al., 2020; Chaiwong et al., 2024) ซึ่งช่วยส่งเสริมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณผ่านการฝึกสติ การลดความเครียด การปรับตัว และการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายในบริบทครอบครัวและชุมชน ซึ่งแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมของแพทย์แผนไทยที่เน้นความสมดุลใน 3 มิติ ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย โดยกายานามัยหมายถึงการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงจากการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จิตตานามัย หมายถึงการมีจิตใจที่สงบ มั่นคง และสามารถจัดการอารมณ์ได้ดี และชีวิตานามัยหมายถึงการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า สอดคล้องกับหลักธรรมและบริบททางสังคม ซึ่งทั้งสามมิติมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม แนวคิดนี้มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของวัย ลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ และเสริมสร้างการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ทั้งนี้มีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว เช่น การศึกษาของ Intarit (2017) ที่พบว่าการประยุกต์หลักธรรมานามัยช่วยส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาของ Phutwat et al. (2020) ที่รายงานว่าการบูรณาการหลักธรรมานามัยในระบบบริการสุขภาพช่วยเสริมสร้างสุขภาวะด้านจิตใจและสังคม และการศึกษาของ Chaiwong et al. (2024) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดธรรมานามัยสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพได้

แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้รายงานว่า การประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยร่วมกับแนวคิดธรรมานามัย สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพ ลดภาวะพึ่งพิง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (Osiri et al., 2016; Sapkaew, 2016) แต่ยังพบช่องว่างที่สำคัญ ได้แก่ การมุ่งเน้นผลลัพธ์ระยะสั้นมากกว่าการพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบและสามารถนำไปใช้ซ้ำได้ การบูรณาการองค์ประกอบของธรรมานามัย ยังไม่ครบถ้วนโดยเฉพาะมิติด้านชีวิตานามัย ที่เกี่ยวข้องกับความหมายของชีวิตและบทบาททางสังคมและขาดรูปแบบที่เชื่อมโยงการแพทย์แผนไทย หลักธรรมและบริบทชุมชนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับพื้นที่ที่มีการนำหลักแนวคิดธรรมานามัยไปใช้ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท จังหวัดพะเยา โดยเฉพาะอำเภอดอกคำใต้เป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงมากกว่า ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (Department of Health Service Support [DHSS], 2025; Sophalee & Laprawat, 2024 ; Singho, 2025) แม้จะมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านชมรมผู้สูงอายุและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมอาชีพ รำวงย้อนยุค การออกกำลังกาย ปั่นจักรยาน แต่ยังขาดรูปแบบที่มีโครงสร้าง

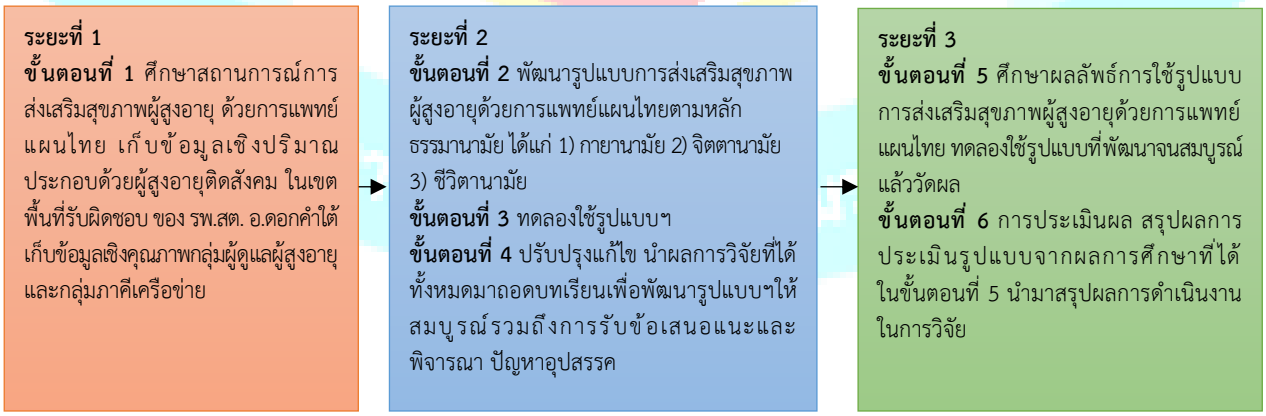
ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยในจังหวัดพะเยาเพื่อให้ได้รูปแบบที่เป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทชุมชน และสามารถนำไปใช้ได้จริง อันจะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ยกระดับคุณภาพชีวิต และเพิ่มศักยภาพการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย
2. เพื่อพัฒนา ตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย (Ketsingh, 1988) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ กายานามัย (ส่งเสริมสุขภาพกายและป้องกันโรค เช่น อาหาร สมุนไพร และการออกกำลังกายด้วยท่าฤาษีดัดตน) จิตตานามัย (พัฒนาสุขภาวะจิตใจตามหลักธรรม ได้แก่ ทาน ศีล ภาวนา) และชีวิตานามัย (การดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมตามหลักทางสายกลางและบริบทสังคม) โดยรูปแบบดังกล่าวถูกนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ และคาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้สูงอายุและการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) ตามแนวคิดของ Wongkhan (2018) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ 2) การพัฒนารูปแบบ และ 3) การทดลองใช้และประเมินผล ดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการในอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา และศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยและนำสู่การปฏิบัติ และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่าง 26 สิงหาคม 2568 ถึงมกราคม 2569)

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย จังหวัดพะเยา (ดำเนินการระหว่าง 26 สิงหาคม - 16 กันยายน 2568) เก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุติดสังคม ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 1,527 ราย (DHSS, 2025)

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*Power (effect size 0.30, power 0.95, α=0.05) (Cohen,1988) ได้จำนวน 111 ราย และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของข้อมูล (attrition) เช่น การถอนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย การขาดการติดตาม (loss to follow-up) จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 122 ราย เลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุ ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

2) กลุ่มตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา อ่านออกเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 20 ราย และภาคีเครือข่าย 25 ราย ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ราย 2) ผู้นำชุมชน จำนวน 5 ราย 3) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 ราย 4) ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 ราย 5) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ อำเภอดอกคำใต้ จำนวน 1 ราย 6) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลดอกคำใต้ จำนวน 1 ราย 7) ตัวแทนพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 1 รูป และ 8) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอกคำใต้ จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1

เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินตามหลัก 3อ. 2ส. ของกองสุขศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 23 ข้อ (ครอบคลุมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) และตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคอุบัติใหม่ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยกำหนดคะแนนตามระดับความถี่หรือความสม่ำเสมอของการปฏิบัติ คะแนนรวมในแต่ละองค์ประกอบนำมาจัดระดับพฤติกรรมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง พอใช้ ดี และดีมาก ตามช่วงคะแนนที่กำหนดในแต่ละด้าน การแปลผลสะท้อนระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุรายด้าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย Mahattnirunkul et al. (1997) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบประเมินประสบการณ์หรือความรู้สึกของตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ ให้คะแนนตามลำดับจาก 1–5 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ (ข้อ 1 ข้อ 5 และข้อ 12) ให้คะแนนกลับด้าน ผลคะแนนนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผล

ตามเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตไม่ดี ปานกลาง และดี ทั้งรายด้านและคะแนนรวม (26–130 คะแนน)

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

มีลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured open-ended questions) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะอย่างอิสระ ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการและรูปแบบการจัดกิจกรรมตามหลักกายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัยความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินงาน องค์ประกอบของรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ แนวทาง การสื่อสารเมื่อผู้สูงอายุไม่เข้าใจขั้นตอนกิจกรรม เนื้อหาที่ควรบรรจุในโปรแกรม ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ตลอดจนแนวทางการประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือระยะที่ 1

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์แผนไทย 1 ท่าน อาจารย์คณะสาธารณสุข 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและครอบคลุมเนื้อหา และนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยเครื่องมือเชิงปริมาณ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คือในตำบลจำป่าหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างประเด็นเนื้อหากับคำถามกึ่งโครงสร้าง และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และลองนำไปทดสอบใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนที่ 1

1) ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาในศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย จังหวัดพะเยา จำนวน 122 ราย

2) การศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มโดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 20 ราย และกลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 25 ราย โดยสนทนาแยกกลุ่มกัน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

3) การศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

4) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาสถานการณ์ มาวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปเพื่อเตรียมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้าและการสะท้อนกลับผล (member checking)

ดำเนินการตรวจสอบสามเส้าใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (data triangulation) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบความสอดคล้องกัน 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (method triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่การสนทนากลุ่ม และการสังเกตเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากแต่ละวิธีมาตรวจสอบความสอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านเวลา (time triangulation) โดยมีการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อพิจารณาความคงที่และความสม่ำเสมอของข้อมูลอธิบาย วิธีการที่ใช้ ของการตรวจสอบสามเส้า

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยและนำสู่การปฏิบัติ (ดำเนินการระหว่าง 17 กันยายน - 28 ตุลาคม 2568)

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพัฒนา ตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ นำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดธรรมานามัย มาพัฒนาต้นแบบรูปแบบฯ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการ ดังนี้

1. การเตรียมการและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยและทีมวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรม โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1.1 จัดประชุมแกนนำชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

1.2 จัดประชุมเพื่อคัดเลือกกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับความสนใจและศักยภาพของตนเอง

2. การพัฒนารูปแบบร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ตัวแทนพระภิกษุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอกคำใต้ ร่วมกันพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาศัยข้อมูลจากระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม ภายใต้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามหลักธรรมานามัย

3. การออกแบบกิจกรรมและโครงสร้างของรูปแบบ กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบให้ครบถ้วน ได้แก่ เป้าหมาย กิจกรรม กระบวนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยมีลำดับขั้นตอนอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงองค์ประกอบต่าง ๆ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับบริบทชุมชนและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

4. การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์แผนไทย 1 ท่าน อาจารย์คณะสาธารณสุข 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ได้จากการพัฒนามาทดลองใช้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 10 ราย

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ นำผลการวิจัยที่ได้ทั้งหมด มาถอดบทเรียนเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงการรับข้อเสนอแนะ และพิจารณาปัญหาอุปสรรคที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย ตามหลักธรรมานามัย (ดำเนินการระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2568 - เดือนมกราคม 2569)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย

2.เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้ โดยนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ในสถานการณ์จริงในการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย ตามหลักธรรมานามัย

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรระยะที่ 3

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่มีแพทย์แผนไทย ในอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มทดลองอาศัยอยู่เขตรับผิดชอบของ รพ.สต. ดอกคำใต้และกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านถ้ำเจริญราษฎร์ โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานปกติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่ายและจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (match pair) ที่มีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) กำหนดค่า effect size = 0.30 ระดับอำนาจการทดสอบ (power) ร้อยละ 80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 32 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่ม ร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 35 ราย รวมทั้งสิ้น 70 ราย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีกระดูกแขนขาหักหรืออยู่ระหว่างการดาม เหล็กสามารถรับรู้ เข้าใจ สื่อสาร และตอบคำถามได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเข้าใจภาษาไทย มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมติดต่อกัน 2 ครั้ง และมีอาการแพ้สมุนไพร หรือเกิดการเจ็บป่วยระหว่างการดำเนินกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 3

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย โปรแกรมมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90–120 นาที วิธีการดำเนินโปรแกรมใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (experiential learning) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยในแต่ละครั้งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัย 2) การฝึกปฏิบัติจริง เช่น การเลือกบริโภคอาหารตามหลักธาตุเจ้าเรือน การออกกำลังกายด้วยท่าบริหารหรือรำไม้พลอง การใช้สมุนไพร การนวดตนเองและการฝึกสติสมาธิ และ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนประสบการณ์ภายในกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมในโปรแกรมครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ กายานามัย (ด้านอาหารและการออกกำลังกาย) จิตตานามัย (การใช้สมุนไพรและการพึ่งพาตนเอง) และชีวิตานามัย (การฝึกสติ สมาธิ และการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) ใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือเดียวกับระยะที่ 1

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือเดียวกับระยะที่ 1

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด โดยแต่ละข้อ เป็นการให้ความสำคัญในแต่ละเรื่อง มีคำตอบให้เลือกตอบ กำหนดระดับคะแนนความพึงพอใจเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนค่าเฉลี่ยได้กำหนดเกณฑ์ประเมิน คือ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.51- 4.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.51- 3.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51- 2.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือวิจัยทุกฉบับตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เช่นเดียวกับระยะที่ 1 ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (item–objective congruence index: IOC) ซึ่งแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.5-0.80 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง โดยแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 .84 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมผู้เข้าร่วม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถาม และส่งเสริมการมีส่วนร่วม 2) ดำเนินการนำโปรแกรมไปใช้โดย ประกอบด้วยกิจกรรมต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ โดยบูรณาการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้านกาย จิต และสังคม ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและประเมินสุขภาพ แนะนำโครงการ สร้างความสัมพันธ์ ประเมิน pre-test ใช้เวลา 120 นาที
ครั้งที่ 2 กายานามัย (อาหาร) ให้ความรู้ธาตุเจ้าเรือน ฝึกเลือกอาหาร 90 นาที
ครั้งที่ 3 กายานามัย (ออกกำลังกาย) ฝึกรำไม้พลอง/ท่าบริหาร 90 นาที
ครั้งที่ 4 ชีวิตานามัย (สมุนไพร) ฝึกทำลูกประคบ พอกเข่า 120 นาที
ครั้งที่ 5 ชีวิตานามัย (นวด/พึ่งพาตนเอง) ฝึกนวดตนเอง ส่งเสริมอาชีพ 90 นาที
ครั้งที่ 6 จิตตานามัย (สติ/สมาธิ) ฝึกสมาธิ สวดมนต์ ฟังธรรม 90 นาที
ครั้งที่ 7 จิตตานามัย (สังคม) กิจกรรมกลุ่ม ลดความเหงา เพื่อนช่วยเพื่อน 90 นาที
ครั้งที่ 8 สรุปและประเมิน post-test ประเมินความพึงพอใจใช้เวลา 120 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติการทดสอบของฟิสเชอร์ การทดสอบที

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล สรุปผลการประเมินรูปแบบจากผลการศึกษาที่ได้ในขั้นตอนที่ 5 นำมาสรุปผลการดำเนินงานในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (เลขที่ 41/2568 วันที่ 14 เดือนสิงหาคม 2568) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ของการวิจัย การรักษาความลับ และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมทราบว่าผลการวิจัยจะถูกนำไปเผยแพร่ในรูปแบบรายงานวิจัยหรือบทความวิชาการ โดยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย และการเผยแพร่จะเป็นไปเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนาระบบสุขภาพเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย จังหวัดพะเยา

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.13 และเพศชาย ร้อยละ 27.87 มีอายุเฉลี่ย 70.59 ปี (*SD*=5.65) โดยมีอายุระหว่าง 60–84 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.87 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.54 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 46.72 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.34 รองลงมาคือเกษตรกรรม ร้อยละ 32.79 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.75 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.26 รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ 21.31 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 72.95 ($\bar{X}$=34.08, *SD*=3.84) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากและดี ร้อยละ 45.90 และ 43.44 ตามลำดับ ($\bar{X}$=8.34, *SD*=2.12) พฤติกรรมการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 78.69 ($\bar{X}$=26.05, *SD*=4.13) พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.20 ($\bar{X}$=9.58, *SD*=2.73) และพฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 86.89 ($\bar{X}$=13.02, *SD*= 2.60) นอกจากนี้พฤติกรรมการป้องกันโรคอุบัติใหม่อยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 97.54 ($\bar{X}$=32.07, *SD*=2.12) ด้านคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.10 ($\bar{X}$=26.65, *SD*=3.62) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.15 ($\bar{X}$=24.92, *SD*=2.99) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.54 ($\bar{X}$=10.92, *SD*=2.28) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.93 ($\bar{X}$=30.77, *SD*=3.89) โดยภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.67 ($\bar{X}$=100.82, *SD*=10.39)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่าย และตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชุมชนมีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ วัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญ วัดมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านจิตตานามัยและสังคม ผ่านการจัดกิจกรรมทางศาสนา การฝึกสมาธิ และการเป็นศูนย์กลางของชุมชน นอกจากนี้ยังสนับสนุนสถานที่ บุคลากร และการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรม มีความเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและเกิดความยั่งยืนในชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการครอบคลุมด้านกาย จิตใจ และสังคม/สิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับหลักธรรมานามัย ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า กิจกรรมที่เหมาะสมควรเน้นการมีส่วนร่วมและการลงมือปฏิบัติจริง เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย การสวดมนต์ นั่งสมาธิ และกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้สมุนไพรพื้นบ้านเป็นองค์ประกอบหนึ่งของชีวิตานามัยในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพ เช่น การใช้ลูกประคบและการพอกเข่า ซึ่งช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยและส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต อีกทั้งยังส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวัน แต่ยังขาดความรู้ด้านสรรพคุณและการใช้ที่ถูกต้อง

ตัวอย่างคำพูดกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ *“มีการออกกำลังกาย ปั่นจักรยาน เดิน กายบริหาร” (CG1); “ออกกำลังกายหนักๆไม่ค่อยไหว แต่อยากจะรำไม้พลอง เต้นบาสโลป”* (CG2); *“หมอห้ามอะไรก็กินตามหมอสั่ง ไม่ได้ยึดการกินตามธาตุเจ้าเรือน” (CG3); “อาหารตามธาตุเจ้าเรือนก็อยากรู้ เพราะรู้ไม่ชัด ช่วยมาอบรมให้หน่อย”* (CG3)

ตัวอย่างคำพูดกลุ่มภาคีเครือข่าย *“ผู้สูงอายุที่นี่ส่วนใหญ่สุขภาพจิตดี เพราะได้มารวมกลุ่มทำกิจกรรม” (network partners: NW1); “มาเจอกันทุกวันอังคาร ทำให้ไม่เหงา” (NW2); “ต้องมีกิจกรรมต่อเนื่อง แม้ไม่มีงบก็ต้องอยู่ได้” (NW3); “สมุนไพร นวด ลูกประคบ ถ้าฝึกได้จริงจะไม่ต้องพึ่งยา”* (NW4)

สถานการณ์ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า ยังขาดรูปแบบและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีโครงสร้างชัดเจน กิจกรรมที่ทำอยู่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก

ขาดงบประมาณและขาดบุคลากร จากการสนทนากลุ่มเห็นว่ารูปแบบที่ดีต้องทำต่อเนื่อง มีการกระตุ้นและเสริมกำลังคน พร้อมการฝึกปฏิบัติจริง (เช่น นวด/ลูกประคบ)

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย จังหวัดพะเยาและนำสู่การปฏิบัติ รายงานผลการศึกษาตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ นำผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดธรรมานามัย มาพัฒนาต้นแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยึดแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามหลักธรรมานามัย รูปแบบที่ได้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และบริบทชุมชน กิจกรรมสำคัญได้แก่ การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับวัย (รำไม้พลอง) การให้ความรู้เรื่องธาตุเจ้าเรือนและการบริโภคอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การสวดมนต์ ฟังธรรม และฝึกสมาธิ การใช้สมุนไพรชุมชน การนวดไทย/นวดตนเอง และกิจกรรมเสริมคุณค่าและการพึ่งพาตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตานามัย โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีบทบาทในสังคม และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ผ่านกิจกรรม เช่น การเป็นจิตอาสา การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การนวดตนเอง และการรวมกลุ่มอาชีพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างศักยภาพและความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี (IOC = 0.80 ทุกข้อ) และมีความเหมาะสมรวมถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในระดับมาก ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม เหมาะสมกับวัยและศักยภาพของผู้สูงอายุ และใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างคุ้มค่า โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับถ้อยคำกิจกรรมให้เข้าใจง่ายและจัดลำดับกิจกรรมจากง่ายไปยาก ซึ่งได้นำไปปรับปรุงก่อนการทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 ผลการทดลองรูปแบบ นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยที่ได้จากการพัฒนามาทดลองใช้ ในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุให้การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งสามองค์ประกอบ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นการลงมือปฏิบัติจริง เช่น การรำไม้พลอง การฝึกสมาธิ และการทำลูกประคบสมุนไพร อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุบางส่วนมีข้อจำกัดในการจดจำท่าการออกกำลังกายแบบฤาษีดัดตน จึงมีการปรับรูปแบบโดยคงเฉพาะกิจกรรมรำไม้พลอง

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงต้นแบบ ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ในครั้งที่ 2 กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 10 ราย และประเมินผลการใช้รูปแบบที่ปรับปรุงขึ้นใหม่โดยมีการปรับการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด ตัดท่าฤาษีดัดตนออกเหลือการออกกำลังกายแบบรำไม้พลอง จากการสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม รูปแบบที่ปรับปรุงแล้วจึงมีความพร้อมสำหรับการนำไปใช้กับผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นในการประเมินประสิทธิผลในระยะถัดไป โดยกำหนดเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย นำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาไปใช้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ดังนี้



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้ รายงานผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและการเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐาน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=35) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=35) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	*p-value*
เพศ				
ชาย	7 (20.00)	9 (25.71)	0.32	.777
หญิง	28 (80.00)	26 (74.29)		
อายุ $\bar{X}$*(SD)*	70.83 (0.82)	69.69 (0.93)	0.92[t]	.360
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1 (2.86)	0 (0.00)	4.35	.475
ประถมศึกษา	28 (80.00)	27 (77.14)		
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	3 (8.57)	6 (17.14)		
ปริญญาตรี	1 (2.86)	2 (5.72)		
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (5.71)	0 (0.00)		
สถานภาพสมรส				
โสด	1 (2.86)	0 (0.00)	2.76	.227
คู่	17 (48.57)	23 (65.71)		
หม้าย / อย่า / แยก	17 (48.57)	12 (34.29)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (42.86)	11 (31.43)	7.47	.125
เกษตรกรรม	8 (22.86)	13 (37.14)		

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=35) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=35) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	*p-value*
รับจ้าง	5 (14.28)	1 (2.86)		
ค้าขาย	7 (20.00)	7 (20.00)		
ข้าราชการเกษียณ	0 (0.00)	3 (8.57)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	13 (37.14)	11 (31.43)	0.25	.802
มี	22 (62.86)	24 (68.57)		
โรคประจำตัวที่เป็น				
เบาหวาน	7 (20.00)	6 (17.14)	0.10	1.000
ความดันโลหิตสูง	15 (42.86)	15 (42.86)	0 .00	1.000
หลอดเลือดสมอง	0 (0.00)	1 (2.86)	1.02	1.000
โรคหัวใจ	2 (5.71)	1 (2.86)	0.35	1.000

หมายเหตุ: *t= Independent t-test*

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) ดังตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยก่อนทดลองมีคุณภาพชีวิตปานกลางหลังทดลองมีคุณภาพชีวิตดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนด้านจิตใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งก่อนและหลังทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (p>.05) อย่างไรก็ตาม พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)				กลุ่มควบคุม (n=35)			
	ก่อน $\bar{X}$(SD)	หลัง $\bar{X}$(SD)	*t*	*p-value*	ก่อน $\bar{X}$(SD)	หลัง $\bar{X}$(SD)	*t*	*p-value*
พฤติกรรม								
การบริโภคอาหาร	32.25 (3.78)	38.09 (1.31)	-9.53	<.001***	33.91 (3.28)	33.03 (3.38)	2.20	.035*
การออกกำลังกาย	8.66 (1.53)	9.29 (1.17)	-2.42	.021*	9.06 (1.95)	8.63 (1.77)	1.50	.142
การจัดการอารมณ์	27.31 (2.85)	28.74 (1.61)	-4.25	<.001***	26.29 (3.43)	24.40 (3.84)	2.99	.005**
การไม่สูบบุหรี่	10.97 (1.88)	11.49 (1.09)	-2.40	.022*	10.86 (1.80)	10.57 (1.93)	1.41	.169
การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	13.60 (2.21)	14.74 (0.70)	-3.54	<.001**	12.83 (2.68)	12.34 (2.62)	1.52	.137
การป้องกันโรคอุบัติใหม่	32.29 (2.04)	33.74 (1.15)	-4.27	<.001***	32.26(2.20)	32.17 (2.18)	0.25	.802
คุณภาพชีวิต								
ด้านสุขภาพกาย	25.60 (2.59)	28.11 (3.25)	-5.46	<.001***	25.31 (3.60)	25.74 (3.47)	-1.00	.324
ด้านจิตใจ	25.11 (2.74)	26.69 (2.26)	-4.28	<.001***	24.83 (2.76)	24.06 (3.25)	1.61	.116
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.31 (1.89)	12.26 (1.65)	-7.15	<.001***	12.57 (2.39)	11.00 (1.89)	4.45	<.001***
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.54 (2.93)	33.09 (2.59)	-5.86	<.001***	31.80 (3.50)	32.06 (3.91)	-0.47	.643

หมายเหตุ *p<.05, **p<.01, ***p<.001

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=10.26, p<.001) และด้านคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.60, p<.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังหลังปฏิบัติตามรูปแบบฯในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=35) $\bar{X}$(SD)	กลุ่มควบคุม (n=35) $\bar{X}$(SD)	t	p-value
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	136.09 (3.08)	121.14 (8.04)	10.26	<.001***
คุณภาพชีวิตโดยรวม	100.14 (7.50)	92.86 (9.35)	3.60	<.001***

หมายเหตุ ***p<.001

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$=4.51, SD=0.5) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ($\bar{X}$=4.49, SD=0.61) และด้านการให้ข้อมูลวัตถุประสงค์ของกิจกรรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$= 4.49, SD=0.65) ขณะที่ด้านการจัดกิจกรรมด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ($\bar{X}$ =4.37, SD=0.49) และด้านการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$= 4.14, SD=0.69) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีเช่นกัน

อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย ระยะที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าชุมชนมีทุนทางสังคมและโครงสร้างการดำเนินกิจกรรมที่เข้มแข็ง เอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามหลักธรรมานามัย แต่ยังพบช่องว่างด้านพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การควบคุมอาหารที่ไม่สอดคล้องกับโรคประจำตัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่มีภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง (NCDs) ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าการส่งเสริมสุขภาพต้องเน้นการปฏิบัติจริงมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jangpho (2021) ที่ศึกษาระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า พฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในชุมชนสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต รวมถึงสอดคล้องกับ Sophalee and Laprawat (2024) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พบว่า โปรแกรมการแพทย์แผนไทยแบบเน้นฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้จริง ทั้งนี้การศึกษาก่อนหน้าได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทยที่เน้นความสำคัญของการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง พบว่าการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ยังต้องการการเสริมสร้างความรู้ด้านความปลอดภัยและการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน (Chaiwong et al., 2024; Boonsil et al., 2024) โดยมีกลไกสำคัญคือ อสม. ผู้นำชุมชน และวัด เป็นแรงขับเคลื่อนหลัก

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ผลการศึกษาระยะที่ 2

พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยบูรณาการการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ กายานามัย (การดูแลด้านอาหารและการออกกำลังกาย) จิตตานามัย (การฝึกสติ สมาธิ และการจัดการอารมณ์) และชีวิตานามัย (การใช้สมุนไพร การนวดตนเองและการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม) ภายใต้กระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาศัยการมีส่วนร่วมและการออกแบบที่ยึดผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง ทำโดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การคัดเลือกกิจกรรม ไปจนถึงการดำเนินกิจกรรม

ทำให้กิจกรรมมีความสอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิต และศักยภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ อีกทั้งยังมีความยืดหยุ่นในการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วม ซึ่งช่วยเพิ่มความปลอดภัยและการยอมรับของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการพัฒนารูปแบบนี้สอดคล้องกับแนวคิดการแพทย์แผนไทยที่เน้นความสมดุลของกาย จิต และวิถีชีวิต (Ketsingh, 1988; Intharit, 2017) ซึ่งมองว่าสุขภาพเป็นผลจากความสัมพันธ์ของหลายมิติที่เชื่อมโยงกัน การนำหลักธรรมานามัยมาประยุกต์ใช้จึงช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ การปรับตัวทางจิตใจ และการดำเนินชีวิตในบริบทสังคม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจนและยั่งยืน

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบ ระยะที่ 3

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากการบูรณาการแนวคิดธรรมานามัยร่วมกับหลัก 3อ.2ส. ที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นความสมดุลของ 3 มิติ ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย (Ketsingh, 1988; Intharit, 2017) โดยกิจกรรมด้านกายานามัย เช่น การเลือกบริโภคอาหารตามหลักธาตุเจ้าเรือนและการออกกำลังกาย ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางกายและลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง ขณะที่กิจกรรมด้านจิตตานามัย เช่น การฝึกสติ สมาธิ และการจัดการอารมณ์ ช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ส่วนชีวิตานามัย เช่น การใช้สมุนไพร การนวดตนเอง และการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่านอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมที่ใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานของ Faimuenwai et al. (2021) ที่ชี้ว่าการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นความท้าทายต่อระบบสุขภาพ และแม้ประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ที่ได้บูรณาการการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน สามารถอธิบายช่องว่างดังกล่าว ด้วยการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม (Faimuenwai et al., 2021) นอกจากนี้ในด้านผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในกลุ่มทดลองอาจเกิดจากการบูรณาการกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของวัยและมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของชุมชนยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ (Faimuenwai et al., 2021)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพหรือแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมชุมชน ตั้งแต่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพ โดยรูปแบบนี้สามารถปรับไปใช้ในพื้นที่ชนบทกึ่งเมือง หรือสังคมเมืองได้ หากมีการปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และทรัพยากรของชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองแบบติดตามระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม นอกจากนี้ อาจใช้การวิจัยแบบผสานวิธี (mixed methods research) โดยเฉพาะรูปแบบ explanatory sequential design ซึ่งเริ่มจากการวิจัยเชิงทดลอง (quantitative) และต่อด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative) เพื่ออธิบายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลึก เช่น ประสบการณ์ การรับรู้ และปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้จะช่วยให้เข้าใจกลไกของรูปแบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและสนับสนุนการนำไปใช้ในบริบทที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมถึงหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ บุคลากรทีมเครือข่ายทุกท่านที่เกี่ยวข้อง และขอขอบคุณผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ทีม อสม. ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Boonsil, L., Worapisuttivong, N., Boonthai, P., & Tandhavadhana, S. (2024). Quality of life for elderly with Thai traditional medicine activities case study: Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Traditional Thai Medical Research, 10*(2), 1–84. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ttm/article/view/270879/185782 (in Thai)

Chaiwong, N., Ngoenngam, P., Kamsua, P., Wiriya, S., & Kaewjanta, S. (2024). Development of a healthcare model for the elderly in the community with integration of Thai traditional medicine knowledge. *Health Science Journal of Thailand, 6*(4), 18–25. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/article/view/266797/185093 (in Thai)

Jangpho, S. (2021). Development of a health care model for elderly by community participation, Ban Pho sub-district, Mueang district, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development*, *Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, *7*(2), 165–183. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/254335/174237 (in Thai)

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. https://utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf

Department of Health Service Support. (2025). Three doctors know you: Phayao provincial health report. https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur?region=1&prov=NTY=&provn=4Lie4Liw4LmA4Lii4Liy (in Thai)

Department of Older Persons. (2025). *Statistics of older persons in Thailand*. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578 (in Thai)

Division of Health Education, Department of Health Service Support. (2024). Guidelines for assessing health behaviors based on the 3A2S principles and emerging disease prevention. Ministry of Public Health. (in Thai)

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, & Thai Health Promotion Foundation. (2018). Manual for promoting physical activity and functional fitness among older adults for staff and caregivers. (In Thai).

Faimuenwai, R., Kimsunguen, N., & Rueanrudipirom, K. (2021). The elderly care model: The answer is the community health system. *Thai Journal of Health Promotion and Environmental Health. 44*(3), 11–22. https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/11365 (in Thai)

Intarit, P. (2017). Elderly health care with Thai traditional medicine. *Thai Traditional Medicine Research Journal, 3*(2), 36–42. https://share.google/xICdJUdkeBaTq0uSI (in Thai)

Ketsingh, U. (1988). Dhammanamai (health based on Buddhist principles) (Units 1–7). Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)

Mahattnirunkul, S., Tantipiwatanaskul, W., Poompaisalchai, V., Wongwan, K., & Prommanachirangkul, R. (1997). *Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items).* Suan Prung Hospital, Chiang Mai, Thailand. (in Thai)

Osiri, S., Intharrit, P., Suwannarat, W., Buathara, S., Sriprasert, T., Phithaksilp, M., Bunkwan, N., & Diloklap, N. (2016). Thai traditional health promotion for the elderly. *Journal of Public Health, Burapha University*, *11*(22), 33–43. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/72687/58475 (in Thai)

Phutwat, S., Panjeen, K., Thammachot, M., Dilaham, M., Saelim, R., Wanteh, S., Marde, W., & Noipha, K. (2020). Promoting health for the elderly with Thai traditional medicine: A case study of the Bankhlongyai elderly club, Phatthalung Province. *Journal of Health System Research and Development*, *13*(1), 360–367. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254856/173137 (in Thai)

Sapkaew, Y. (2016). The development of elderly's quality of life using the elderly school curriculum. *Journal of Nursing and Education*, *9*(2), 25-39. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/58020/50241 (in Thai)

Singho, T. (2025). Thai medical promotion model in the elderly health care at Sang Mex Health Promoting Hospital, Sisaket Province. *Sisaket Journal of Research and Health Development (SJRH).*, *4*(2), 220–234. https://share.google/6O8tN17IrvtW7ZKdO (in Thai)

Sophalee, P, Laprawat, S. (2024). Results of the program to care for health of the elderly using Thai traditional medicine with caregiver participation. *Sisaket Journal of Research and Health Development (SJRH), 3*(2), 131–141. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/2844/2140 (in Thai)

Wongkhan, K. (2018). *Research and development (R&D) research design and participatory action research (PAR).* Ubon Ratchathani Rajabhat University. (in Thai)

World Health Organization. (2025). *Ageing: Global population*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing