

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภوبرางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ

สุเพียบ ศรีวิมล, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภوبرางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ จำนวน 50 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วัฏรอบ โดยแต่ละวัฏรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภوبرางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ คือ “SAWA2I Model” ประกอบด้วย 1) S; Structure Team: มีทีม คณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) A ; Situation Analysis: วิเคราะห์สถานการณ์ สู่การวางแผนงานแบบมีส่วนร่วม 3) W; Workshop : ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน 4) A; Action การนำแผนแนวทางสู่การปฏิบัติ 5) I1; Integrate การทำงานแบบบูรณาการกับร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 6) I2 ; Improvement : การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้ ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.47 ค่าเฉลี่ย (Mean) = 83.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 8.99 คุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มทดลอง หลังทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 10.50, t = 4.197$) ความพึงพอใจ หลังการทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 4.31, t = 3.530$) โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ 3) ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) มีทุนทางสังคม 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภوبرางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: supiabsonvimon2510@gmail.com

Development of Health Promotion Model among Elderly through Community Participation in Sawai Sub District Prangku District, Sisaket Province

Supiab Sornvimon, B.P.H.¹

Abstracts

The purpose of this research is to develop a health promotion model for the elderly. The research process included participation from the community in Sawai Sub-District, Prangku District, Sisaket Province, between October 2024 and January 2025. The group that was used as a model for this study was further divided into two subgroups. The subgroups comprised 50 people who had involvement and 170 elderly people. The research used the model Kemmis and McTaggart's operational research consisted of 2 cycles, 4 steps as follows: planning, performing, observing, and reflecting on results. Data were analyzed by collecting classification content analysis. Analyze data by collecting, categorizing, and analyzing content and the mean

difference of scores before and after the model was applied using the paired t-test. The process model for a health promotion model for the elderly is “SAWA2I Model,” consisting of 1) S; Structure Team: Have a team and working group, and define the structure, roles, and responsibilities clearly. 2) A; Situation Analysis: Analyze the situation to plan the work with participation. 3) W; Workshop: Participatory workshop to find ways to work together. 4) A; Action: Putting the plan into practice. 5) I1; Integrate: Working in an integrated manner with network partners. 6) I2; Improvement: Improving work to be a good example. 3) A; Action : Implementation of development plans arising from participatory planning 4) O ; Observation : Observation, Supervision Follow up and support model development operations. 5) R1; Resource sharing: Resource sharing, people, money, methods 6) R2 ; Reflection: Reflection on performance and after-action review. Integrate integrated work with network partners 6) I2 ; Improvement: Improving work You can be a good role model. The results of comparing the quality of life of the elderly after testing the health promotion model of the elderly with community participation found that the quality of life of the elderly It is at a moderate level, 76.47 percent, mean (Mean) = 83.60, standard deviation (S.D.) = 8.99 Quality of life of the experimental population After experimenting with the format, there was a statistically significant difference at the level of of.05 (= 10.50, t = 4.197) in satisfaction after the trial of the format. There was a statistically significant difference at .05 level (= 4.31, t = 3.530) In summary, the success factors of the study consisted of 6 factors: 1) having strong community leaders 2) importance being given to the elderly by the local administrative organizations 3) Community participation in every step of the process 4) subdistrict healthpromoting hospitals providing support and encouragement 5) social capital 6) Network coordination.

Keywords: model development, elderly. elderly health promotion

¹ Public Health Technical Officer, Prang Ku District Public Health Offer, Sisaket Province, E-mail: supiabsonvimon2510@gmail.com

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) ที่กำหนดไว้ว่าประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ข้อมูลจากการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1,050 ล้านคน ร้อยละ 13.5 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ.2568 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ทำให้ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมกับหลายประเทศในสังคมโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้คาดการณ์ว่า ในปี 2566 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด เพราะจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มของประชากรสูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงวัยเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึง

ประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูล ปี 2563 พบว่า อุตบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 โรคข้อเสื่อมร้อยละ 5.80 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 (สกานต์ บุณนาคและคณะ, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว อาจจะส่งผลต่อภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่เพียงลำพัง กับคู่สมรสมีมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงขึ้นยิ่งพบการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ทำให้มีภาวะการพึ่งพาและหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจากปัญหาสุขภาพ เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ คิดเป็นร้อยละ 18.9 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน จึงมีภาวะทุพพลภาพยาวเป็นเหตุให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง และต้องการดูแลตลอดเวลา จากข้อมูลยังพบว่า มีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีความรู้สึกว่าเหงา โดดเดี่ยว ถูกกล่เลยจากสังคมและลูกหลาน (กัญญารัช วงศ์ภูคา, 2557) และยังพบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในให้การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกต้อง (จุฑาทิพย์ ยองจันทร์ศรี และอรสา กงตาล, 2555) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

จากผลกระทบที่ได้กล่าวมาข้างต้น รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุจึงได้กำหนดนโยบายหลักของรัฐด้านสุขภาพของประเทศ ในการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และชลธิชา อัครนิรันดร์, 2555) โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการเตรียมความพร้อมของประชากรสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 -

2564) โดยมี วิสัยทัศน์"ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม" ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์

ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่ได้กำหนดนโยบายแผนงานมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินการด้าน

ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมผ่านภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคสังคมและภาคประชาชนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างดียิ่ง โดยการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้น เป็นหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ เชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่ ในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้าย รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นอย่างเฉพาะกลุ่ม และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น ส่งเสริมให้ตำบลมีระบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) พัฒนาศูนย์หน่วยบริการ /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในตำบลผลักดันให้เกิดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care Center) ในพื้นที่ เพื่อรองรับการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ขยายพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือ 4 กระทรวงหลัก(สาธารณสุข/ อปท./กศน./พมจ. มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ พัฒนาส่งเสริมให้มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (Aging Clinic) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้มีชุมชนต้นแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการบูรณาการตำบลต้นแบบด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ และอนามัยสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมในสถานบริการให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพด้วยโรค และปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562)

ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30 ของจำนวน ประชากรทั้งหมด (สถิติผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนประชากร ทั้งหมด 1,452,471 คน จากประชากรทั้งหมดมีผู้สูงอายุจำนวน 267,070 คน คิดเป็นร้อยละ 17.58 ของ ประชากรทั้งหมด (สถิติประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) อำเภอปรางค์กู่ มีประชากร 68,098 คน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 15,901 คน คิดเป็นร้อยละ 18.39 ของ จำนวนประชากรทั้งหมด (สถิติประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) โดยตำบลสวาย มีประชากร 6,331 คน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,185 คน คิดเป็นร้อยละ 18.72 (สถิติประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 1,112 คน ติดบ้าน 65 คน และกลุ่มติดเตียง 8 คน

อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ในพื้นที่ตำบลสวาย มีรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 กลุ่ม มีจำนวนสมาชิก 630 คน โดยใช้กลไกการบริหารจัดการโดยกลุ่มเอง แต่ยังมีปัญหาในดำเนินงานที่พบ ดังนี้ ด้านผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ รักษาความสะอาดของร่างกายเท่าที่จำเป็น ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาส ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม ไม่มีบทบาททางสังคมเช่น ไม่ได้เป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน ไม่มีเพื่อน ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านเศรษฐกิจ แะยังชีพไม่พอจ่าย ไม่มีอาชีพเสริม มีภาระหนี้สิน และด้านสิ่งแวดล้อม

บ้านเรือนไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด ไม่มีเครื่องมือสื่อสารใช้ ไม่เคยได้รับข้อมูลที่ทันสมัย ภาคีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่, 2565) ภาคีผู้ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองสุขภาพเฉพาะรายที่สนใจ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนสื่อตามความเหมาะสม ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบเดิมที่มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดความเป็นเอกภาพ การ

ดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแผน/กิจกรรม และส่งต่อสู่หน่วยงาน องค์กรและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนและการตัดสินใจในการดำเนินการ จึงทำให้การทำงานในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจและเล็งเห็นความสำคัญในการที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ในตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ด้วยรูปแบบการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทางสังคม ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
4. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะ วงรอบ (Spiral) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart 4 ขั้นตอนคือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 ระยะก่อนการวิจัย ประกอบด้วย 1.1 การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องมีความเชื่อถือและให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างเต็มที่ จึงจะทำให้งานวิจัยประสบผลสำเร็จ โดยการเข้าไปพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหมู่บ้าน 1.2 การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลสวาย เจ้าหน้าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวาย อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงผู้นำชุมชน 1.3 การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน โดย 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ประชากร เศรษฐกิจ สังคม สถานที่ตั้งของ หมู่บ้านทางด้านกายภาพ ส่วนมากจะได้จากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความต้องการสนับสนุนหรือบริการต่างๆ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการสอบถามกลุ่มในกลุ่มแกนนำ ผู้นำชุมชน สมาชิกตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข

2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ซึ่งในระยะนี้ประกอบไปด้วยกระบวนการภายใต้แนวคิดของเคมมิส และแมคแทกเกิร์ต (Kemmis and McTaggart, 2000) มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นที่ 1 ร่วมกันวางแผน (Planning มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) วิเคราะห์ความเป็นไปได้ที่จะจัดโครงการในพื้นที่ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดย 1.1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 1.2) ศึกษาข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ 1.3) ศึกษาแผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1.4) ศึกษาค้นหาความต้องการ 2) กระบวนการศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรี

สะเกษ 2.1) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ กิจกรรมที่ใช้แก้ปัญหา กำหนดเป้าหมายวางแผน ดำเนินงานร่วมกัน 3) กระบวนการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งโดยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม และจัดกิจกรรมในโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Acting) ปฏิบัติตามโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ แผนจากกิจกรรมการวางแผนในขั้นตอนที่ 1 มี 1) อบรมกลุ่มเป้าหมาย 2) ทดสอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม 3) ดำเนินการปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) การนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ตามการพัฒนากิจกรรมหลัก เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพสิ่งแวดล้อม ระบบบริการ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ สวัสดิการ และการช่วยเหลือเกื้อกูลการพัฒนาและนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน

2.4 ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflecting) มี 1) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน 2) สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาลงในครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประเมิน ก่อน หลัง ซึ่งจะดำเนินการตามโปรแกรมที่ได้พัฒนา จากการระดมสมอง มาใน ระยะที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ของการวิจัย ดังนี้ 1) ประชากร การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Selection) และมีผู้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ กลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทพื้นที่ ตั้งแต่สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประวัติความเป็นมา สภาพความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง กลุ่มองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ที่เอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ บุคลากร/สหวิชาชีพในหน่วยบริการ

สาธารณสุข ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้แทนภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ได้จำนวน 50 คน 2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แลร่วมประเมินรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ของแดเนียล (Daniel, 1995 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาภิรต, 2553) และกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้จากการคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple randomnessampling) จากทะเบียนรายชื่อ จำนวน 356 คน สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาภิรต, 2553)

3) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) โดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) หลังจากนั้นทำการคัดเลือกตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างการจับฉลากขึ้นแบบมาแบบไม่ใส่คืน (Sample Random Sampling Without Replacement) และคัดตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก 4) เกณฑ์การคัดเลือกยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) (1) ตามตำแหน่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน (2) มีศักยภาพในการเข้าร่วมวิจัย เช่น สามารถสื่อสารกับผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นได้ แสดงความคิดเห็น และให้ข้อมูลได้ (3) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ (4) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ประชาชนที่มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ หรือเจ็บป่วยและไม่สามารถสื่อสารกันเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่น

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1.การสร้างเครื่องมือ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่สร้างขึ้นจากระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 4 ระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

1.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และ แบบสังเกต เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.4 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัย ต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มภาคสังคม 2) กลุ่มภาคประชาชน 3) กลุ่มภาคภาครัฐ

1.5 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการศึกษา เพื่อ สำนวณภาพทั่วไปของตำบลหมู่บ้านทางด้านกายภาพ ประชากร เศรษฐกิจสังคม สถานที่ตั้งของ ส่วนมากจะได้จากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data)

1.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบล เสนอภาพสุขภาพ ปัจจุบันที่เป็นจริงของประชาชนในตำบลแก่กลุ่มต่างๆ ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาสาเหตุ วาง แนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ เพื่อตอบคำถามตามความมุ่งหมายโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นมีความถูกต้องหรือไม่ โดยทำการตรวจสอบจากแหล่งที่มาของข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลให้ครบทั้ง 3 ด้าน เพื่อเป็นการยืนยัน (บุญธรรม จิตอนันต์,

2540) ดังต่อไปนี้ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ แหล่งบุคคล ผลจากการตรวจสอบข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลของข้อมูลการวิจัยได้ชัดเจนและสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย

2.2 การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยโดยรายละเอียดดังนี้

1) การปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม เพื่อการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item-Objective หรือ IOC ตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริงการตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริง โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับในตำบลตุม อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .86 การหาความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร ในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนาม โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น ด้วยวิธีการดังนี้ 1.1 การคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ทั่วไปของชุมชน 1.2 การสังเกต (Direct Observation) เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทุกขั้นตอนในระยของการวิจัย ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม 1.3 รวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน 1.4 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการในระยการวางแผน (Planning) 1.5 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการ

บันทึกกิจกรรม การบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระยการปฏิบัติการ (Action) และระยสังเกตการณ์ (Observe) 1.6 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ ประชากร และการ บันทึกกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มในระยสะท้อนผล (Reflect) 1.7 รวบรวมตรวจสอบแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

2. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรังค์ภู จังหวัด ศรีสะเกษ

3. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองใช้รูปแบบที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน วัดก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบสอบถาม เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ และระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

4. ขั้นตอนการติดต่อประสานงานดังนี้ 1) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายที่จะทดลองใช้ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ 2) เตรียมกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการทดลองใช้ประเมินรูปแบบโดยการสร้างความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพชี้แจงความมุ่งหมายในการทำวิจัย อธิบายถึงวิธีการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ 3) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4) เตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามก่อน - หลัง การทดลอง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1. ตัวแปรต้น เป็นตัวแปรปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ ตำบลสวย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน 2. ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้ 1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 1.2 สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้ เปรียบเทียบผลของการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significance .05)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ข้อมูลได้จากการจัดกระบวนการคุณภาพ 4 ขั้นตอน ส่วนเกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) นำมาจัดทำเป็นแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา การเปรียบเทียบกิจกรรม ที่นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างคำอธิบาย การวิเคราะห์ตามช่วงเวลา การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) และการสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวแนว

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำเข้า และร่วมกันออกแบบกิจกรรม จนเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ 2) บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละส่วน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานทางสังคม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 120 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำทุกครั้งที่ (ตั้งแต่ 6 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป) ให้คะแนน 5 มาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (ตั้งแต่ 4 - 5 วัน/สัปดาห์) ให้คะแนน 4 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (เพียง 3 วัน/สัปดาห์) ให้คะแนน 3 น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (ตั้งแต่ 1 - 2 วัน/สัปดาห์) ให้คะแนน 2 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมนานๆ ครั้ง (มากกว่า 1 สัปดาห์/ครั้ง) ให้คะแนน 1 การแปลความหมายระดับคะแนน การมีส่วนร่วม พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 24-120 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 19.20 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ คะแนน 24.00 - 43.20 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำมาก คะแนน 43.21 - 62.41 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำ คะแนน 62.42 - 81.62 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง คะแนน 81.63 - 100.83 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมสูง คะแนน 81.84 - 120.84 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมสูงมาก ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่

เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 50 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ให้ 2 คะแนน น้อยที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยมาก ให้ 1 คะแนน การแปลความหมายระดับคะแนนความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 10-50 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 8.00 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ คะแนน 10.00 - 18.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจต่ำมาก คะแนน 18.01 - 26.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจต่ำ คะแนน 26.01 - 34.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 34.01 - 42.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจสูง คะแนน 42.01 - 50.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจสูงมาก ส่วนที่ 4 ปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นคำถามปลายเปิด แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามกลุ่มทดลองใช้รูปแบบที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน วัดก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวปัจจุบัน สถานะในครอบครัว ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน สวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับเป็นจำนวนเงิน สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ปัจจุบัน การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การแปลผล ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มี

ผลรวม คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 120 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก (+) ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก ให้คะแนน 1 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย ให้คะแนน 2 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือ รู้สึกแยระดับกลางๆ ให้คะแนน 3 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี ให้คะแนน 4 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมา ให้คะแนน 5 คำถามเชิงบวก (-) ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ให้คะแนน 5 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย ให้คะแนน 4 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ ให้คะแนน 3 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ ให้คะแนน 2 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด ให้คะแนน 1 การแปลความหมายระดับคะแนนคุณภาพชีวิต พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 24-120 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 19.20 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ คะแนน 24.00 - 43.20 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำมาก คะแนน 43.21 - 62.41 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางคะแนน 62.42 - 81.62 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางคะแนน 81.63 - 100.83 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตสูง คะแนน 100.84 - 120.00 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตสูงมาก ส่วนที่ 4 ระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 50 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ให้ 5 คะแนน มาก หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ให้ 2 คะแนน น้อยที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยมาก ให้ 1 คะแนน การแปลความหมายระดับคะแนนความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 10-50 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 8.00 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ คะแนน 10.00 - 18.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจต่ำมาก คะแนน 18.01 - 26.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจต่ำ คะแนน 26.01 - 34.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 34.01 - 42.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจสูง คะแนน 42.01 - 50.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจสูงมาก

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-159 โครงการวิจัยรับรองตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

1. ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ สรุปผลได้ ดังนี้

1) ผลการศึกษาลักษณะทางด้านประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.93 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.24 มีสถานะสมรสร้อยละ 51.22 รองลงมาไม่มีสถานะโสด ร้อยละ 34.15 อายุเฉลี่ย 57.71 ปี โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.46 รองลงมาจบปริญญาตรี ร้อยละ 29.27 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.02 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19.51 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.78 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 34.15 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 51.22 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่ มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, กลุ่มเยาวชน, กรรมการหมู่บ้านและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมากที่สุด ร้อยละ 14.63

2) ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 51.22 รองลงมาไม่มีส่วนร่วมมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.13 คะแนน (S.D. = 0.81) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3) ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 75.61 รองลงมามีความพึงพอใจต่อโครงการมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.27 คะแนน (S.D. = 0.61) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวมหลังการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง

4) ผลการศึกษาลักษณะทางด้านประชากรของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.82 อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรสร้อยละ 47.06 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.76 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.53 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 17.06 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.47 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57.63 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.41 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 55.88 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.82 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.35 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าวร้อยละ 54.70

5) ผลการศึกษาระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน พบว่า ผลการประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์ธอลเอ็ดแอล (Barthel ADL index) ของกลุ่มทดลอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่

พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มี ผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 100 คะแนนน้อยที่สุด (Minimum) 19 คะแนน คะแนนมากที่สุด (Maximum) 22 คะแนน ค่าเฉลี่ย (Mean) 19.21 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 1.77

6) ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 61.76 รองลงมามีความพึงพอใจต่อโครงการมาก จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 31.76 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.35 คะแนน (S.D. = 0.56) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวมหลังการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง

7) ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการ มีคะแนนรวมเฉลี่ย 2.79 คะแนน (SD 0.42) และหลังการดำเนินการ มีคะแนนรวมเฉลี่ย 2.93 คะแนน (SD 0.39) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการ สูงกว่าก่อนดำเนินการ

8) ผลการวิเคราะห์ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการ มีคะแนนรวมเฉลี่ย 2.37คะแนน (SD 0.41) และหลังดำเนินการ มีคะแนนรวมเฉลี่ย 3.48 คะแนน (SD 0.37) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการ สูงกว่าก่อนดำเนินการ

2. การวิเคราะห์ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

พบว่าสาเหตุที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดจากความไม่เชื่อมโยงในแต่ละด้านของหน่วยงานต่าง ๆ ทำงานเฉพาะส่วน อาทิเช่น ด้านผู้สูงอายุ ทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจสุขภาพที่ถูกต้อง ด้านจิตใจ เครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ และจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ด้านสัมพันธภาพสังคม ครอบครัวอยู่ตามลำพัง เพราะลูกหลานไปทำงานที่อื่น และไม่เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการสร้างสุขภาพ ด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้การช่วยเหลือ คือ ให้การ

รักษาพยาบาลตามปัญหาที่พบ และติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุปีละสองครั้ง ไม่มีการฝึกทักษะเพิ่มเติมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกิจกรรมที่ดำเนินการคือ สืบถามข้อมูล ส่งรายชื่อผู้สูงอายุให้องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอลืออำนาจ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ และวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวาย

2) การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์แนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบ เริ่มตั้งแต่การกำหนดวันประชุม ลงทะเบียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งได้คัดเลือกมาโดยวิธีแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวาย รวม 50 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชนแล้วนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิเคราะห์อดีตจนถึงปัจจุบันเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน เพื่อให้เห็น

ภาพความเป็นจริง มองเห็นปัญหาที่เป็นอยู่ ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตถึงปัจจุบัน คือ ไม่ได้รับการดูแลจากชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการออกกำลังกาย สภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อมขาดคนดูแล มีภาระหนี้สิน ขาดรายได้ เมื่อได้ทราบถึงแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในอดีตจนถึงปัจจุบันแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพสูงอายุ ได้วิเคราะห์และกำหนดอนาคตร่วมกัน

3) กำหนดแผนงานโครงการ หลังจากกำหนดอนาคตร่วมกัน ผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ไข และร่วมจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวม เพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน โดยโครงการที่จัดร่วมกัน ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ โครงการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และโครงการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ

4) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด เพื่อให้แผนงานที่วางไว้บรรลุผล

5) สังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สนับสนุนและให้คำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวาย ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

6) สรุปผล และให้ข้อเสนอแนะกลับไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่มประชาคม ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 2 รอบ ได้รูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “SAWA21 Model” ประกอบด้วย

1) S; Structure & Team: มีทีม คณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน

2) A ; Situation Analysis: วิเคราะห์สถานการณ์ สู่การวางแผนงานแบบมีส่วนร่วม

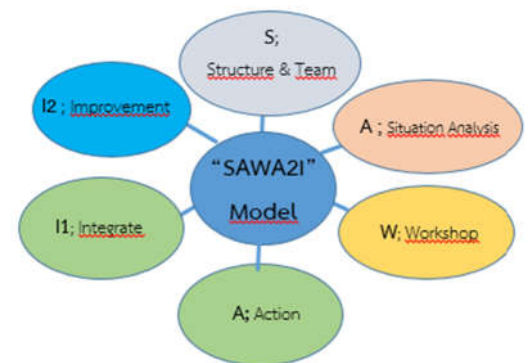
3) W; Workshop : ประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมหาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน

4) A; Action : การนำแผนแนวทางการปฏิบัติ

5) I1; Integrate : การทำงานแบบบูรณาการกับร่วมกันกับภาคีเครือข่าย

6) I2 ; Improvement : การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้

และนำรูปแบบสู่การถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้น ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลัง คนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตามภาพประกอบ



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

5. ผลการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า คุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มทดลอง หลังทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 10.50, t = 4.197$) ความพึงพอใจ หลังการทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 4.31, t = 3.530$) รายละเอียดตามตาราง

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง

คุณภาพชีวิต	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการทดลอง	170	41	111	72.50	21.95	10.50	5.53-15.46	4.197	169	.000*
หลังการทดลอง	170	50	117	83.60	8.99					
ความพึงพอใจ	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการทดลอง	170	17	47	37.43	10.19	4.31	1.89-6.73	3.530	169	.001*
หลังการทดลอง	170	20	50	41.74	7.42					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน จนเกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ คือ “SAWA2I Model” ประกอบด้วย 1) **S; Structure & Team**: มีทีม คณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) **A ; Situation Analysis**: วิเคราะห์สถานการณ์ สู่การวางแผนงานแบบมีส่วนร่วม 3) **W; Workshop**: ประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมหาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน 4) **A; Action**: การนำแผนแนวทางสู่การปฏิบัติ 5) **I; Integrate**: การทำงานแบบบูรณาการกับร่วมกับภาคีเครือข่าย 6) **I2 ; Improvement**: การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้

2. การประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยการถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับแนวคิดของ นรินทร์ชัย พัฒนพงษ์ (2538) และโกวิทย์ พวงงาม (2553) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ และขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริม ชักนำ และเปิดให้บุคคล กลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาส มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสระภาพ และเสมอภาค วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการปรึกษาหารือ ร่วมกัน ร่วมคิดค้นหาประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มเยาวชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อม

เพரியง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้การกำกับติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น

3) คนในชุมชนสนับสนุนและมีส่วนร่วม ในการดำเนินการทุกกิจกรรมตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานคอยให้คำปรึกษา อำนาจความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

5) มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงานชุมชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ(ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ:กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ณัททัย เทียมทอง, จินตนา จุลทัศน์ และสุภาพร ใจการณ. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี. UMT-POLY Journal, 15.
- จิระนันท์ พันธุ์ทอง. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ณัฐทิศา นະกุลรัมย์. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยชุมชนบ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. งานวิจัยปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

1) ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินงานในพื้นที่ต่างๆเพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

2) การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาทางร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

2) นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวยอำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

- ทศวรรณ์ เจริญวงศ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองต้นน้ำอำเภอภูพาน จังหวัดอุบลราชธานี. งานวิจัย
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทานตะวัน อินทร์จันทร์. (2564). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยใน
เขตเมืองลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพยา ดาหาร. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสมพิสัย
จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม.
- พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัชฎาวัลย์ โพธิ์จันทร์, วาสนา ธัญญโชติ และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียม
ความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. Journal of Health Science-วารสาร
วิชาการสาธารณสุข.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2563. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและ
พัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- สแกนต์ บุญนาค และคณะ. (2563). การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565 ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ
กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). จำนวนผู้สูงอายุ 3 ปีย้อนหลัง. ศรีสะเกษ:สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ
กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่. (2565). รายงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวาย ปี
พ.ศ. 2565. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุข อำเภอปรางค์กู่.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริมา อินประเสริฐ. (2560) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลแก่งกะเจ็ด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง. ปัญหาพิเศษรัฐ
ประศาสนศาสตร์, สาขาการบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวาริน- ขำราบ จังหวัด
อุบลราชธานี. Princess of Naradhiwas University Journal.about/The _Action_ esearch_ Planner.html?id =
PVXFAAAACAAJ&redir_esc=y.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (2000). Participatory Action Research. In: Denzin, N. and Lincoln, Y. (Eds.),
Handbook of Qualitative Research. 2 nd ed. pp. 567-605. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Watson, J. L. (2006). Golden Arches East: McDonald's in East Asia, Second Edition. California: Stanford
University Press.
- World Health Organization. (2014). International Day of Older Persons. [Online].