

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

for health care for the elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. Study from October 2021 to September 2022. Sample size were 5,059 elderly collected data from assessment and measurement forms. data analysis by Content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t – test and F – test by one way ANOVA technique.

The results of the study showed that Phase 1 (Research) was a prototype study. Implementation model of elderly health care in the area of Ban Nong Hua Ling Nai Health Promoting Hospital, Nong Saeng Sub-district, Pak Phli District, Nakhon Nayok Province Study in October 2020 to September 2021. Ability to perform daily activities. The Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living (ADL) of the elderly) After operation, there is no change from before operation. Health knowledge of the elderly Practice behaviors "Don't fall, don't forget, don't get depressed, eat delicious food" or 4 Smart before and opinions about the 5-dimensional happiness model after the action. overall and side at the highest level and There was a statistically significant difference at the .05 level. higher than before operation. Phase 2 (Development) The expansion of the implementation model for health care for the elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. Study in October 2021 to September 2022. Ability to perform daily activities. Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) among the elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. After the implementation, the elderly at home (ADL score between 5 - 11) decreased from 7.80% to 3.04% and the elderly stuck at home (ADL score between 0 - 4) decreased from 1.15% to 0.89%. and health knowledge of the elderly Practice behaviors "Don't fall, don't forget, don't get depressed, eat delicious food" or 4 Smart, and opinions about the 5-dimensional happiness model after the operation. Overall and each aspect was at the highest level, with a statistically significant difference at the .05 level. higher than before operation

Keywords: development, health care for the elderly

บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุ ในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึง แตก ต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่ง รัฐบาลไทย และทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายาม และมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแล ผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น¹ ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญมั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน เช่น ประเทศ ญี่ปุ่น ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ค.ศ.1970 (พ.ศ.2513) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ค.ศ.1994 (พ.ศ.2537) ประเทศจีน ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ค.ศ. 2001 (พ.ศ.2544) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ค.ศ. 2026 (พ.ศ.2569) ในส่วนของประเทศไทยจะ กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) และประมาณปี พ.ศ.2578 จะเป็น

สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society)² การมีส่วนร่วมประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ภาวะประชากรของประเทศไทยเข้าสู่ยุคที่ เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” ผลกระทบที่เกิดขึ้นมิได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงผลกระทบด้าน ประชากรเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเสมือน ปฏิกริยาลูกโซ่ที่ส่งผลกระทบไปยังระบบอื่น ๆ ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และ ผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและการปรับตัว³

วัยผู้สูงอายุผลจากการเปลี่ยนแปลงไปทาง เสื่อมที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีปัญหาที่เกิดขึ้นและพบบ่อย ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย กำลังสำรองลดลง ระบบต่างๆ ของร่างกายประสิทธิภาพลดลง สายตาเปลี่ยน ความ กระฉับกระเฉงลดลง สูญเสียการทรงตัวได้ง่าย ความ ไวของการทำงานระบบประสาทลดลง ด้านจิตใจ ขี้ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย ขี้กังวล จิตใจหดหู่ เดี่ยวดาย จิตใจเศร้าหมองง่าย ซึม เหมงและว้าวุ่น และสิ้นหวัง ด้านสังคม เศรษฐกิจ ขาดเพื่อนขาดความผูกพัน ที่เคย มีต่อสังคม ขาดรายได้ประจำ หรือรายได้ลดลงจาก เดิม ขาดการยอมรับไม่ได้รับการยกย่องเหมือนวัย

ทำงาน ขาดความสำคัญไป ค่านิยมของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นให้ความสำคัญเรื่องความกตัญญูลดลง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ⁴ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องมีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคที่มีความซับซ้อนเท่านั้น แต่จะต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่างๆ^{5,6}

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะของบุคคล อันจะช่วยให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งผู้สูงอายุสามารถดำรงสุขภาพไว้ได้อย่างต่อเนื่อง และปรับความเป็นอยู่ได้อย่างสมดุลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ตัวผู้สูงอายุเองสามารถพึ่งพาช่วยเหลือตนเองได้ ทำสิ่งต่างๆได้ตามศักยภาพของตนเอง เป็นการสร้างและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับตัวผู้สูงอายุเองอย่างยั่งยืน การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จิตใจดี อยู่ในสังคมที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจ ความพึงพอใจในตนเอง รู้จักความประมาณตน รักตนเอง รักผู้อื่น ไม่ละทิ้งความรู้ความสามารถเดิมที่ตนมีอยู่ ทำตนให้มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อผู้อื่น รู้จักเข้าหาสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ไม่อยู่อย่างอ้างว้าง และเหงาหงอยจะเป็นการตอบรับโจทย์ของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ^{7,8}

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

วิธีการศึกษา

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาต้นแบบ รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงในตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2564

ระยะที่ 2 การขยายผล รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ปี 2564 – 2565 แบ่งเป็น

2.1 ผู้สูงอายุในเขตของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2564 จำนวน 421 คน สามารถร่วมกิจกรรม ได้ทั้งหมด 410 คน เนื่องจาก เป็นกลุ่มติดเตียง จำนวน 11 คน

2.2 ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน กันยายน 2565 จำนวน 5,059 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก มีกิจกรรมของการ

พัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย

- 1.1 การศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
- 1.2 การกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
- 1.3 การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรมในการ
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี
จังหวัดนครนายก
- 1.4 การดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาต้นแบบ รูปแบบการ
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน
ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
ศึกษาในเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2564

ระยะที่ 2 การขยายผล รูปแบบการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน
กันยายน 2565

- 1.5 การสรุปถอดบทเรียน ทบทวนการ
ดำเนินงานและปรับปรุงกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบ
กิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel
Activities of Daily Living : ADL)

2.2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ใน
การแปลผลคะแนน ดังนี้⁹

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม
ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart เป็น
แบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผล
คะแนน ดังนี้⁹

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว พอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ต้อง ปรับปรุง
1.00 - 1.80	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ไม่ เหมาะสม

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ
รูปแบบความสุข 5 มิติ เป็นแบบ Rating scale 5
ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁹

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความคิดเห็นมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความคิดเห็นมาก
2.61 – 3.40	มีความคิดเห็นปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความคิดเห็นน้อย
1.00 - 1.80	มีความคิดเห็นน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการ
ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำ
แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญ
พิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้
ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหา
และภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ
ข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและ
แก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลอง
คุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลอง
ใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม
จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอ
นบาค (Cronbach method)¹⁰ ได้ค่าความเที่ยง ของ
แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ.

951 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ และเท่ากับ.
900 และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ
ความสุข 5 มิติ เท่ากับ.958 ตามลำดับ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
2. การกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
3. การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรมในการ
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี
จังหวัดนครนายก
4. การดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ
ระยะที่ 1 การศึกษาด้านแบบ รูปแบบการ
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน
ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
ศึกษาในเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2564
ระยะที่ 2 การขยายผล รูปแบบการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน
กันยายน 2565
5. การสรุปถอดบทเรียน ทบทวนการ
ดำเนินงานและปรับปรุงกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์
ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test และ F - test ด้วย
เทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 (Research) การศึกษาด้านแบบ
รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขต
ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง
หัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน
กันยายน 2564

1.1 เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงในมีทั้งหมด 5 หมู่บ้าน
จำนวนหลังคาเรือน 546 จำนวนหลังคาเรือน มี
ประชากรทั้งสิ้น 1,370 คน สัดส่วนของวัยแรงงาน :
วัยพึ่งพิง มีค่าเท่ากับ 1:1

1.2 พหุลักษณะทางการแพทย์ ได้แก่ การดูแล
ตนเองของภาคประชาชน (Popular Sector) ตามหลัก
พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส3 การแพทย์ภาค
วิชาชีพ (Professional Sector) และการแพทย์
พื้นบ้าน (Folk Sector)

1.3 ความสามารถในการประกอบกิจวัตร
ประจำวัน ดัชนีบาร์เธลแอคทีวิตี (Barthel Activities of
Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง
อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายกก่อนดำเนินการ มี
ผู้สูงอายุ ติดสังคม(คะแนน ADL ระหว่าง 12-20) ร้อย
ละ 86.16 ติดบ้าน(คะแนน ADL ระหว่าง 5-11) ร้อย
ละ 11.28 และติดเตียง(คะแนน ADL ระหว่าง 0-4)
ร้อยละ 2.56 หลังดำเนินการไม่มีการเปลี่ยนแปลงจาก
ก่อนดำเนินการ

1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กิน
ข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ก่อน และความคิดเห็น
เกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนดำเนินการ
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลัง
ดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

1.5 รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง
หัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก จากการดำเนินงานวิเคราะห์และกำหนด
กิจกรรมในการดำเนินงานโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ ระหว่าง ผู้ส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทน
ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนจากพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์ อาจารย์มหาวิทยาลัย ตัวแทนจาก
ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทน อบต.
ตัวแทนโรงเรียน จิตอาสา และตัวแทนผู้ดูแล
ประกอบด้วย กิจกรรมของเครือข่าย
กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรม LTC

1.6 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่
ซีมีเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความ
คิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลัง
การดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่า
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สูง
กว่าก่อนการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ชั้น 1	3.00	0.41	4.76	0.30	409	-52.273	.000	-1.82566	-1.69334
ชั้น 2	2.90	0.36	4.82	0.22	409	-70.413	.000	-1.96305	-1.85643
ชั้น 3	2.91	0.47	4.80	0.23	409	-58.127	.000	-1.95959	-1.83139
ชั้น 4	2.91	0.47	4.73	0.31	409	-155.562	.000	-1.83826	-1.79238
ชั้น 5	2.92	0.46	4.72	0.26	409	-141.612	.000	-1.82065	-1.77080
ชั้น 6	2.84	0.33	4.54	0.32	409	-123.061	.000	-1.72305	-1.66887
รวม	2.91	0.17	4.73	0.12	409	-203.770	.000	-1.82943	-1.79448

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซีมีเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart
ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
S 1	3.00	0.52	4.43	0.28	409	-50.589	.000	-1.48672	-1.37551
S 2	2.85	0.51	4.43	0.29	409	-71.717	.000	-1.62897	-1.54205
S 3	3.01	0.48	4.41	0.14	409	-66.197	.000	-1.43978	-1.35674
S 4	3.08	0.47	4.44	0.18	409	-64.927	.000	-1.40103	-1.31869
รวม	2.98	0.22	4.43	0.10	409	-135.710	.000	-1.46460	-1.42278

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน
(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Health	2.99	0.62	4.39	0.21	409	-50.889	.000	-1.45654	-1.34821
Recreation	3.14	0.55	4.43	0.18	409	-49.169	.000	-1.34283	-1.23959
Integrity	3.33	0.42	4.47	0.14	409	-52.200	.000	-1.18702	-1.10087
Cognition	3.30	0.39	4.44	0.28	409	-50.866	.000	-1.18338	-1.09532
Peacefulness	3.30	0.45	4.38	0.24	409	-45.344	.000	-1.13670	-1.04224
รวม	3.21	0.30	4.42	0.09	409	-80.959	.000	-1.24273	-1.18381

**ระยะที่ 2 (Development) การขยายผล
รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอ
ปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม
2564 ถึงเดือน กันยายน 2565**

จากการดำเนินการจัดทำกิจกรรมของรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดทำให้ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ดีขึ้น ดังนั้นจึงได้มีการขยายผลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงในไปยังพื้นที่ตำบลอื่นในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก โดยแต่ละตำบลได้ดำเนินการวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง ผู้ส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาจารย์มหาวิทยาลัย ตัวแทนจากศูนย์การศึกษาอิสระและการศึกษาตามอัธยาศัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทน อบต. ตัวแทนโรงเรียน จิตอาสา และตัวแทนผู้ดูแล และนำไปดำเนินการตามบริบทของตำบล ซึ่งมีโครงสร้างหลักประกอบไปด้วย กิจกรรมของเครือข่าย กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรม LTC สามารถสรุปผลการศึกษา ได้ดังต่อไปนี้

2.1 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าหลังดำเนินการมีผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL คะแนนระหว่าง 5 - 11) ลดลงจาก ร้อยละ 7.80 เป็น ร้อยละ 3.04 และมีผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL คะแนนระหว่าง 0 - 4) ลดลงจาก ร้อยละ 1.15 เป็น ร้อยละ 0.89

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

2.3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน ระหว่างตำบลที่ต่างกัน โดยรวมและรายด้าน ไม่มีความแตกต่างกัน

2.4 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการดำเนินงาน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ขั้น 1	3.00	0.41	4.76	0.30	5058	-195.944	.000	-1.77421	-1.73906
ขั้น 2	2.96	0.43	4.78	0.27	5058	-197.608	.000	-1.84417	-1.80794
ขั้น 3	2.91	0.46	4.80	0.23	5058	-210.693	.000	-1.91117	-1.87594
ขั้น 4	2.92	0.47	4.82	0.24	5058	-206.082	.000	-1.91192	-1.87589

ชั้น 5	2.93	0.46	4.80	0.26	5058	-198.540	.000	-1.88521	-1.84834
ชั้น 6	2.85	0.33	4.85	0.14	5058	-346.982	.000	-2.00926	-1.98669
รวม	2.93	0.19	4.80	0.10	5058	-518.844	.000	-1.88009	-1.86593

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
S 1	3.00	0.52	4.72	0.29	5058	-162.150	.000	-1.74505	-1.70336
S 2	2.86	0.51	4.80	0.23	5058	-200.307	.000	-1.95755	-1.91960
S 3	3.02	0.49	4.70	0.22	5058	-177.423	.000	-1.70004	-1.66288
S 4	3.05	0.46	4.71	0.25	5058	-176.820	.000	-1.67235	-1.63568
รวม	2.98	0.24	4.73	0.12	5058	-382.661	.000	-1.76333	-1.74536

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Health	2.99	0.61	4.71	0.28	5058	-143.613	.000	-1.74308	-1.69613
Recreation	3.14	0.55	4.65	0.27	5058	-138.837	.000	-1.53624	-1.49345
Integrity	3.33	0.42	4.58	0.23	5058	-146.364	.000	-1.26739	-1.23389
Cognition	3.29	0.40	4.57	0.23	5058	-159.601	.000	-1.29515	-1.26372
Peacefulness	3.28	0.46	4.55	0.25	5058	-136.344	.000	-1.28259	-1.24623
รวม	3.21	0.30	4.61	0.16	5058	-233.574	.000	-1.41759	-1.39399

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายกก่อนดำเนินการ มีผู้สูงอายุ ติดสังคม (คะแนน ADL ระหว่าง 12-20) ร้อยละ 86.16 ติดบ้าน (คะแนน ADL ระหว่าง 5-11) ร้อยละ 11.28 และติดเตียง (คะแนน ADL ระหว่าง 0-4) ร้อยละ 2.56 หลังดำเนินการไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนดำเนินการ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ พฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ก่อน และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อน

ดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ลำไพสุวรรณสาร และอรุณรัตน์ สู้หนองบัว (2565)⁸ ได้ศึกษาผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ จากการศึกษพบว่า สถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุมีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ และสังคม แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ในสังคมปัจจุบันที่จำนวนประชากรวัยทำงานมีความสามารถในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มลดลง ปัญหาผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ปัญหาด้านสุขภาพและมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย กรอบแนวคิดการดำเนินงาน ภายใต้ “สุข

เพียงพอชะลอชรา ชีวียืนยาว” กลยุทธ์ในแต่ละกิจกรรม ตลอดจนแนวทางการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน สร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงาน การสร้างสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เป้าหมายหลัก คือ “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยมี 6 ประเด็นที่ต้องการดำเนินการ ประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหว 2) โภชนาการ 3) สิ่งแวดล้อม 4) สุขภาพช่องปาก 5) สมอติ และ 6) มีความสุขทั้ง 5 มิติ ทั้งนี้ เนื่องจากการได้มีการประยุกต์บริบท ได้แก่ พหุลักษณะทางการแพทย์ ได้แก่ การดูแลตนเองของภาคประชาชน (Popular Sector) ตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส3 การแพทย์ภาควิชาชีพ (Professional Sector) และการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) ร่วมกับการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาจารย์มหาวิทยาลัย ตัวแทนจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทน อบต. ตัวแทนโรงเรียน จิตอาสา และตัวแทนผู้ดูแล ประกอบด้วย กิจกรรมของเครือข่าย กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรม LTC (ลำไผ่ สุวรรณสาร และอรุณรัตน์ สู่หนองบัว ,2565; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560; อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ, 2555) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นวรัตน์ ไชยมณี รัตติกรณ์ บุญทัศน์ และ นภสา สิงห์วีระธรรม (2562)¹¹ ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. พบว่า ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ ซึ่งวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยตามอายุแม้ว่าจะไม่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ ดังนั้นเพื่อเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบที่กำลังจะมาถึง การส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อชะลอการเสื่อมถอยนั้นจึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุในการตอบโจทย์ปัญหา

หรือความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ประกอบด้วย อ: อาหาร อ: ออกกำลังกาย และ อ: อารมณ์ เพื่อเป็นแนวทางการสร้างสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกันกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557)¹² ได้ศึกษา การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ใช้เทคนิคการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของกลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตอาสา ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระ ครู ผู้ดูแลในครอบครัว และคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล จากหลายคณะ/สถาบันฯ ที่มีความเชี่ยวชาญในสหวิทยาการ ทั้งทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน โภชนาการ การพยาบาล-การดูแลผู้สูงอายุ ด้านประชากร สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งทีมวิจัยพื้นที่ 8 ตำบล ใน 4 อำเภอ ของจังหวัดนครปฐม และกาญจนบุรี กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แกนนำชุมชนอย่างแท้จริง 2) การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุโดยทีมวิจัย 3) การประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชนเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) การพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 6) การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ วิชาการข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

หลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอกโครงการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยแบบบูรณาการครั้งนี้ คือ การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะองค์รวม ควรให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรายได้เพิ่มเติม และการรักษา/ส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุที่สอดคล้องครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม/วัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน นอกจากนี้ ยังได้มีการขยายผล รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไปยังอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ส่งผลให้ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า หลังดำเนินการมีผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL คะแนนระหว่าง 5 - 11) ลดลงจาก ร้อยละ 7.80 เป็น ร้อยละ 3.04 และมีผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL คะแนนระหว่าง 0 - 4) ลดลงจาก ร้อยละ 1.15 เป็น ร้อยละ 0.89 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ที่สุด และการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษา

ของทิพยาภา ดาหาร และเจทสรียา ดาวราช (2561)¹³ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง 2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของชัย ทองผา (2565)¹⁴ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (กันยายน 2564) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 กับ เดือน กันยายน 2564 พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ เดือน กันยายน 2564 มีพฤติกรรม สุขภาพชมรมผู้สูงอายุ ดีกว่า เดือน ตุลาคม 2563 และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติขญา ฉลาดล้ำ สุทธิพร มุลศาสตร์ (2558)¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการ แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างชมรม มีการดำเนินกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในวันประชุม ประจำเดือน ระยะที่ 3 พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนใช้ รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัด นครนายก ควรแบ่งการศึกษา ออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. การศึกษาต้นแบบ รูปแบบการดำเนินงาน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน/ตำบล ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาและวิเคราะห์บริบท

1.2 การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการดำเนินงาน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.3 การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรมรูปแบบ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.4 การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.5 การสรุปถอดบทเรียน

2. การขยายผล รูปแบบการดำเนินงานดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับอำเภอหรือพื้นที่อื่น

2.1 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากชุมชนต้นแบบ

2.2 การประยุกต์แนวคิดของรูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากชุมชนต้นแบบ มา กำหนดกิจกรรม

2.3 การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรมรูปแบบ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.4 การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.5 การสรุปถอดบทเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในหลายๆพื้นที่เพื่อ ความหลากหลายของบริบท ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ แนวคิด/องค์ความรู้ และนำไปกำหนดเป็น ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2002. URL <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
2. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2558). วาระปฏิรูปที่ ๓๐ : การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย.สำนักงาน การพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
3. สิทธิพันธ์ เขาอ่อน. (2560). การออกแบบพัฒนาอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุในการเดินหรือสัณฐานขึ้น บันได, วารสารวิชาการ AJNU ศิลปะสถาปัตยกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, (2560) : 218-233.
4. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(2561). คู่มือ เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยีนยงการพิมพ์ จำกัด
5. Sudore LR, Harris BT, Rosano C, Ayonayon NH. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. JAGS Journal compilation. J Am Geriatr Soc. 2006;54(5):770-6.
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง ดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 9(2) 1-8

7. Berkman ND, Davis TC, McCormack L.(2010) Health literacy: What is it?, J Health Commun. 2010;15:9-19.
8. ลำไพ สุวรรณสาร และอรุณรัตน์ สุ่มหนองบัว (2565). ผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ. วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. 1(1) 28-34
9. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
10. บุญชม ศรีสะอาด.(2555). ระเบียบและวิธีการวิจัย . กรุงเทพฯ ฯ : แสงทวีการพิมพ์.
11. นวรัตน์ ไชยมภู รัตติกรณ์ บุญทัศน์ และ นกษา สิงห์วีระธรรม.(2562). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562. 6(2) 262-69
12. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, พัตณิ วินิจจะกุล, วราพร ศรีสุพรรณ, สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2562). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 8(2) 120-31
13. ทิพย์ภา ดาหาร, เจทสรียา ดาหาราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2(3) : ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561 165-83
14. ชัย ทองผา.(2565). รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 7(2). 127-32
15. จิตติญา ฉลาดล้ำน สุทธิพร มุลศาสตร์.(2558). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคณังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช/นนทบุรี. 2558.