

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of elderly care model using local wisdom for chronic disease
management at Nonsrisawat Sub-district Health Promoting Hospital,
Namon District, Kalasin Province.

(Received: January 8,2026 ; Revised: January 15,2026 ; Accepted: January 26,2026)

นวลนาภา บุญวิเศษ¹
Naulnapa Boonvisad¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโดยบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569 รวม 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพในขั้นตอนพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรวม 50 คน กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 70 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก เรียกว่า ACCESS CARE Model ประกอบด้วย 1) การประเมินแบบองค์รวม (Assessment) 2) การดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Care) 3) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) 4) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญา (Activities based on Local Wisdom) 5) ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ปลอดภัย (Reliable Local Wisdom) 6) การศึกษาและถ่ายทอดความรู้แบบสร้างสรรค์ (Educational Enhancement) 7) การเสริมสร้างเศรษฐกิจผู้สูงอายุ (Economic Empowerment) 8) ระบบประเมินและดูแลสุขภาพจิต (Emotional & Mental Health Care) 9) ระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน (Support System) พบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.20 ± 2.10 เป็น 12.80 ± 1.40 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 39.04 ± 8.23 เป็น 61.23 ± 6.47 คะแนน คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 39.59 ± 8.47 เป็น 59.73 ± 6.28 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.42, -19.87, -17.65$ ตามลำดับ) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, ภูมิปัญญาท้องถิ่น, การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

This participatory action research aimed to develop an elderly care model integrating local wisdom for chronic disease management at Ban Nonsrisawat Sub-district Health Promoting Hospital, Namon District, Kalasin Province. The study was conducted from July 2525 to February 2026, spanning 8 months. Qualitative samples comprised 50 participants including health personnel, village health volunteers, local wisdom practitioners, community leaders, and family caregivers for model development. Quantitative samples included 70 elderly with chronic diseases for model evaluation. Research tools included focus group discussion guidelines, knowledge and self-care behavior questionnaires, quality of life assessment forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Paired t-test), while qualitative data were analyzed using content analysis.

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Results revealed that the developed care model comprised nine main components called ACCESS CARE Model: Assessment, Collaborative Care, Continuity of Care, Activities based on Local Wisdom, Reliable Local Wisdom, Educational Enhancement, Economic Empowerment, Emotional & Mental Health Care, and Support System. After model implementation, knowledge scores increased from 8.20 ± 2.10 to 12.80 ± 1.40 , self-care behavior scores improved from 39.04 ± 8.23 to 61.23 ± 6.47 , and quality of life scores increased from 39.59 ± 8.47 to 59.73 ± 6.28 , all statistically significant at the .05 level ($t = -18.42, -19.87, -17.65$ respectively). The developed model enabled elderly to improve their knowledge, behavior, and quality of life, with high satisfaction.

Keywords: Elderly care model, Local wisdom, Chronic disease

บทนำ

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนสูงถึง 1,016 ล้านคน¹ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้สร้างความท้าทายในการจัดการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดการโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงวัย 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด² สถานการณ์โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทยมีความซับซ้อน โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด³ โรคเรื้อรังเหล่านี้หากได้รับการรักษาสมาเสมออาจควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่หากขาดการควบคุมจะเกิดโรคแทรกซ้อนและอาจเสียชีวิตได้⁴ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก อำเภอนามนเป็นหนึ่งในอำเภอที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในสัดส่วนสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ชุมชนในพื้นที่ที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมมาช้านาน โดยเฉพาะความรู้เรื่องสมุนไพรและการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม⁵ อย่างไรก็ตาม ภูมิปัญญาเหล่านี้ยังไม่ได้รับการบูรณาการกับระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่อย่างเป็นระบบ การใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสำหรับผู้สูงอายุมีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ⁶ และการพัฒนา

ศูนย์เรียนรู้วัฒนธรรมผู้สูงอายุฐานภูมิปัญญาสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁷ พบปัญหาการเดินทางลำบากในผู้สูงอายุและได้มีการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ลำไผ่พอง บาสโลบ และหมอลำให้ความรู้ แต่ยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ⁸

จากสถานการณ์ดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังจึงมีความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและปัญหาโรคเรื้อรัง การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่จะช่วยสร้างรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน มีความยั่งยืน และสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับการรักษาพยาบาลสมัยใหม่ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และ เชิง ปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ดำเนินการวิจัย 8 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569 รวม 8 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างความเข้าใจร่วมและวิเคราะห์ปัญหา ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะประยุกต์ใช้และประเมินผล

ประชากร กลุ่มเชิงคุณภาพในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 6 คน อสม. จำนวน 15 คน ผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น จำนวน 12 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล จำนวน 45 คน รวม 86 คน กลุ่มประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข 6 คน อสม. 10 คน ผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น 8 คน ผู้นำชุมชน 6 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล 20 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คำนวณด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วน ได้ 70 คน สุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เกณฑ์การคัดเลือก ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต) สามารถสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามความรู้ 15 ข้อ (KR20 = 0.82) 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 15 ข้อ (Cronbach's Alpha = 0.89) 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 15 ข้อ (Cronbach's

Alpha = 0.91) 5) แบบประเมินความพึงพอใจ 10 ข้อ (Cronbach's Alpha = 0.93) 6) แบบบันทึกการสังเกต 7) แบบเก็บข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบก่อนหลังใช้สถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมก่อนดำเนินการ

ผลการศึกษา

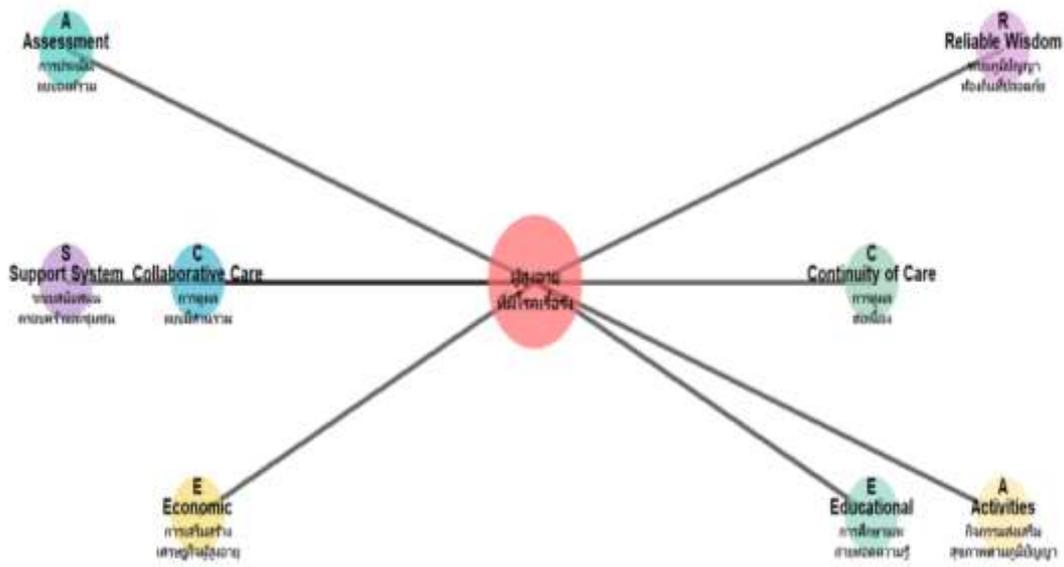
1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จากการวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบปัญหาหลัก 9 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเดินทาง ขาดพาหนะรับส่ง และไม่มีระบบการติดต่อฉุกเฉิน 2) ปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ โดยเบี้ยยังชีพไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายพื้นฐาน 3) ปัญหาการขาดระบบดูแลที่ต่อเนื่อง 4) ปัญหาสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน 5) ปัญหาด้านจิตใจและสังคม 6) ปัญหาการขาดอาหารและสิ่งจำเป็น 7) ปัญหาการขาดการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น 8) ปัญหาการขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และ 9) ปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการดูแลตามช่วงวัย

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก เรียกว่า ACCESS CARE Model ได้แก่ A - Assessment (การประเมินแบบองค์รวม) ครอบคลุมการประเมินสุขภาพกายใจ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และความปลอดภัยในการบูรณาการ C - Collaborative

Care (การดูแลแบบมีส่วนร่วม) ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้รู้ภูมิปัญญามีส่วนร่วมในการวางแผน C - Continuity of Care (การดูแลต่อเนื่อง) โดยทีมบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้รู้ภูมิปัญญา A - Activities based on Local Wisdom (กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญา) เช่น ลำไ้ม้พอง บาสโลบ หมอลำให้ความรู้ R - Reliable Local Wisdom (ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ปลอดภัย) มีการตรวจสอบความปลอดภัยและแนวทางการใช้ร่วมกับยาสมัยใหม่ E - Educational

Enhancement (การศึกษาและถ่ายทอดความรู้แบบสร้างสรรค์) ผ่านสื่อท้องถิ่น เช่น หมอลำ การแต่งกลอน E - Economic Empowerment (การเสริมสร้างเศรษฐกิจผู้สูงอายุ) ส่งเสริมอาชีพตามภูมิปัญญา เช่น การปลูกผักสมุนไพร

S - Emotional & Mental Health Care (ระบบประเมินและดูแลสุขภาพจิต) ใช้เครื่องมือ 2Q, 9Q TGDS และ S - Support System (ระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน) จัดอบรมผู้ดูแลและสร้างกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 โมเดล ACCESS CARE การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประเมินผล จำนวน 70 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มีอายุเฉลี่ย 69.80 ± 7.20 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากจบ ประถมศึกษา (ร้อยละ 68.60) ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 60.00) โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 34.30) ระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ย 7.40 ± 4.10 ปี ตามลำดับ

4. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ **ด้านความรู้** ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพิ่มขึ้นจาก 8.20 ± 2.10 เป็น 12.80 ± 1.40 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.42, p < 0.001$) **ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง** พฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 39.04 ± 8.23 เป็น 61.23 ± 6.47 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.87, p < 0.001$) **ด้านคุณภาพชีวิต** คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

จาก 39.59 ± 8.47 เป็น 59.73 ± 6.28 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -17.65$, $p < 0.001$) โดยเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก **ด้านความพึงพอใจ** ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.17 ± 6.50 คะแนน (ร้อยละ 88.34)

5. การทดสอบความแตกต่างในภาพรวมด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและภูมิปัญญาท้องถิ่น มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($Mean \pm SD = 8.2 \pm 2.1$) เป็นระดับมาก ($Mean \pm SD = 12.8 \pm 1.4$) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 4.6 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความรู้มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.42$, $95\%CI: -5.10, -4.10$, $p < 0.001$)

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($Mean \pm SD = 39.04 \pm 8.23$) เป็นระดับมาก ($Mean \pm SD = 61.23 \pm 6.47$) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 22.19 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.87$, $95\%CI: -24.38, -20.00$, $p < 0.001$)

ด้านคุณภาพชีวิต โดยค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรวมก่อนพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean \pm SD = 39.59 \pm 8.47$) คะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ($Mean \pm SD = 59.73 \pm 6.28$) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 20.14 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($Mean \pm SD = 9.96 \pm 2.84$) เป็นระดับมาก ($Mean \pm SD = 15.71 \pm 2.13$) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 5.75 คะแนน ด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($Mean \pm SD = 10.00 \pm 2.91$) เป็นระดับมาก ($Mean \pm SD = 15.67 \pm 2.18$) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 5.67 คะแนน ด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($Mean \pm SD = 11.10 \pm 2.78$) เป็นระดับมาก ($Mean \pm SD = 16.23 \pm 2.06$) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 5.13 คะแนน และด้านจิตวิญญาณ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($Mean \pm SD = 8.53 \pm 2.36$) เป็นระดับมาก ($Mean \pm SD = 12.12 \pm 1.84$) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 3.59 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คุณภาพชีวิตทั้งภาพรวมและรายด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อน-หลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 70)

รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	d	t	95%CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและภูมิปัญญาท้องถิ่น							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	8.2	2.1	ปานกลาง	4.6	-18.42	-4.10, -5.10	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	12.8	1.4	มาก				
พฤติกรรมการดูแลตนเอง							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	39.04	8.23	ปานกลาง	22.19	-19.87	-24.38, -20.00	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	61.23	6.47	มาก				
คุณภาพชีวิต							

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 70)

รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	d	t	95%CI	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	39.59	8.47	ปานกลาง	20.14	-17.65	-22.40, -17.88	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	59.73	6.28	มาก				
- ด้านร่างกาย							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	9.96	2.84	ปานกลาง	5.75	-14.23	-6.55, -4.95	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	15.71	2.13	มาก				
- ด้านจิตใจ							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	10.00	2.91	ปานกลาง	5.67	-13.84	-6.48, -4.86	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	15.67	2.18	มาก				
- ด้านสังคม							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	11.10	2.78	ปานกลาง	5.13	-13.15	-5.89, -4.37	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	16.23	2.06	มาก				
- ด้านจิตวิญญาณ							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	8.53	2.36	ปานกลาง	3.59	-11.47	-4.21, -2.97	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	12.12	1.84	มาก				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบ ACCESS CARE Model ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การเพิ่มขึ้นของความรู้จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก สอดคล้องกับคัมภีร์รัตน์ แก้วสุวรรณ และคณะ⁷ ที่พบการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ฐานภูมิปัญญาช่วยเพิ่มความรู้ผู้สูงอายุ และ Kim และคณะ⁹ ที่พบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การใช้สื่อท้องถิ่น เช่น หมอลำ การแต่งกลอน และการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและจดจำได้ง่ายขึ้น การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ สอดคล้องกับอำนาจ ออก่อน¹⁰ ที่พบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และ Martinez และคณะ¹¹ ที่พบความยึดมั่นในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ภูมิ

ปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพร การนวดแผนไทย มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด แสดงให้เห็นว่าการสร้างความเชื่อมั่นและให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยช่วยเพิ่มการนำภูมิปัญญามาใช้ การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตทั้งภาพรวมและรายด้าน สอดคล้องกับ Zhang และคณะ¹² ที่พบคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ Thompson และคณะ¹³ ที่พบคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นสูงสุด และปรียาวดี บุญไชโย¹⁴ ที่พบระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตด้านสังคมมีคะแนนสูงทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ สะท้อนความเข้มแข็งของเครือข่ายครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ศึกษา ความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (ร้อยละ 88.34) สอดคล้องกับ Nguyen และคณะ¹⁵ ที่พบผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ความพึงพอใจสูงสะท้อนความเหมาะสมของรูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรและความมั่นใจในความ

ปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการยอมรับ และการมีส่วนร่วม ความสำเร็จของรูปแบบนี้เกิดจากการบูรณาการหลายปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างปลอดภัยและเป็นระบบ การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน และการเสริมสร้างศักยภาพทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับ Anderson และคณะ¹⁶ ที่พบการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้โปรแกรมตรงกับความต้องการจริงและมีความยั่งยืน รูปแบบนี้สามารถบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ดี สอดคล้องกับ Patel และคณะ

¹⁷ ที่พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยกับโรงพยาบาลปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุ ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และผู้นำชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). Global Report on Ageism. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. กนกวรรณ เหลืองมงคลเลิศ. (2567). ความรู้ทั่วไปของผู้สูงอายุ. ใน การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น รุ่นที่ 3. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567.
3. สิริพัฒน์ โรงพยาบาล. (2568). เบาหวาน รู้ทันป้องกันได้ (Diabetes). สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2568, จาก <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/diabetes-2>
4. โรงพยาบาลเปาโล. (2568). การช้ำในโรคเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2568, จาก <https://www.paolohospital.com/th-TH/center/Article/Details/cat/การช้ำในโรคเรื้อรัง>
5. นิลุบล คงเกต. (2540). ภูมิปัญญาท้องถิ่น: แนวคิดและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
6. ยาวลักษณ์ คุณขวัญ, อภิรดี คำเงิน, อุษณีย์ วรรณลัย, และนิพร ชัดตา. (2568). แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ บริบทของประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2568;28(3):10-22.
7. คัมภีร์รัตน์ แก้วสุวรรณ, นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2568). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้วัฒนธรรมผู้สูงอายุฐานภูมิปัญญาเพื่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ตำบลหัวสะพาน และตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ. 2568;10(2):45-62.
8. อีรพัฒน์ สุทธิประภา, อรรถวิทย์ เนินชัด, และเกรียงไกร ประจัญศรี. (2566). การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;9(4):665-671.
9. Kim H, Park S, Lee J. (2023). Effectiveness of participatory self-care program integrating Eastern medicine for elderly with type 2 diabetes in Korea. Int J Nurs Stud. 2023;138:104389.
10. อำนาจ ออกอุ่น. (2567). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมชุมชนบ้านหนองม่วง ตำบลหนองสะโน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมปรารถน์, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก; 2567.
11. Martinez R, Garcia L, Hernandez M. (2022). Integration of traditional medicine with chronic disease care in indigenous elderly population in Mexico. BMC Complement Med Ther. 2022;22(1):156.
12. Zhang L, Wang Y, Chen X. (2021). Development of participatory elderly care model integrating local wisdom with modern medicine in rural China. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(16):8642.
13. Thompson K, Davis R, Wilson L. (2022). Impact of holistic care integrating local wisdom on quality of life among indigenous elderly in rural Australia. Aust J Rural Health. 2022;30(4):542-556.
14. ปรียาวดี บุญไชโย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):831-838.

15. Nguyen T, Tran H, Le Q.(2023). Satisfaction and health outcomes evaluation of integrated elderly care in rural Vietnam. *Asia Pac J Public Health*. 2023;35(2-3):156-164.
16. Anderson J, Williams S, Brown M.(2021). Participatory action research approach in developing health programs for elderly in rural UK communities. *J Community Health*. 2021;46(3):512-524.
17. Patel A, Kumar S, Singh R.(2022). Integration of Indian traditional medicine practitioners with primary healthcare system for elderly chronic disease management. *Glob Health Action*. 2022;15(1):2034589.