

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The development of health promotion model for aging with participation of village health volunteer, Phaisan Sub-district, Prakhonchai district, Buriram province.

(Received: April 6,2026 ; Revised: April 10,2026 ; Accepted: April 12,2026)

ประมวล หลอมประโคน¹
Pramual Lomprakhon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเชิงปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเคมมิส และแม็คแท็กการ์ท (วงจร PAOR) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 135 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์ เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบการด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 3) ระบบบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) กลไกการบริหารจัดการและภาคีเครือข่าย และ 5) ระบบติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ร่วมกัน หลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to study the development of health promotion model for aging with participation of village health volunteer, Phaisan Sub-district, Prakhonchai district, Buriram province. The study applied the concept of Kemmis and McTaggart's (PAOR cycle). The samples consisted of 2 groups: 1) 30 samples from network participants selected by purposive sampling and 2) 135 village health volunteers selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, in-depth interview guidelines and focus group discussion guidelines. Data was collected between October 2025 to March 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Analysis qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 5 main components: 1) Capacity Building of Village Health Volunteer, 2) Community-based Health Promotion System 3) Proactive Care by Village Health Volunteer, 4) Management and Partnership Mechanism and 5) Monitoring, Evaluation, and Learning System. After implementation of the model resulted the overall level of knowledge, health

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละลมพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

promotion practices, and participation showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention (p -value<0.001).

Keyword: health promotion model for aging, participation, village health volunteers

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นประเด็นที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ กำลังให้ความสนใจในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2565 ทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ 1,109 ล้านคน ร้อยละ 14 ของประชากรโลก¹ สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประชากรอัตราการเกิด และอัตราการตายลดลง การเปลี่ยนแปลงและเตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทุกมิติและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขเป็นเรื่องสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุการเตรียมพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัยและรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย² ในปี 2566 ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุไทยจำนวน 7,229,001 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.09³

การดำเนินงานที่จะให้มีการพัฒนาประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิต และมีศักยภาพในการพัฒนาประเทศให้ก้าวเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว จึงจำเป็นต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ปลอดภัย เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหามาให้ปัญหาทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น⁴ สำนักอนามัยผู้สูงอายุมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพดีชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Individual Wellness

Plan) สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการให้ความรู้ การคัดกรองผู้สูงอายุและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแผนส่งเสริมสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุรายบุคคล⁵ และกรมกิจการผู้สูงอายุได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานใน 2567 เพื่อรองรับ “นโยบาย 5 X 5 ฝ่าวิกฤตประชากร” ผ่าน “03 สร้างพลังผู้สูงอายุ : ผ่อนหนักให้เป็นเบา พลิกวิกฤตทางประชากรให้เป็นโอกาส” ร่วมกับกระทรวงต่างๆ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องแบบครอบคลุมทุกด้าน⁶

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ มีการพัฒนาการจัดบริการในผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นกลุ่มที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เน้นการคัดกรองสุขภาพที่สำคัญ 10 เรื่อง ได้แก่ การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองเสื่อม พัลตตกหกล้มในผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้า BMI สุขภาพช่องปาก และ ADL หากพบผลการคัดกรองผิดปกติสามารถส่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล หากผลปกติสามารถส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป⁷ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ตำบลไพศาล ปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน และ BMI ร้อยละ 98.22⁸ ซึ่งหลังการคัดกรองมีการติดตามและให้ความรู้เฉพาะรายที่สนใจ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนที่ร่วมดำเนินการในบางขั้นตอนทำให้ชุมชนไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงให้

ความสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำเนินงานในชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์และสภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด⁹ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 229 คน ประกอบด้วย

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขของการบริหารส่วนตำบล และ 5) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)¹⁰ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บ

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 135 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1)

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ และ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่องว่างตามความเป็นจริง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านปัญญา

และ 5) ด้านสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูล 2) ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น 3) ด้านการเยี่ยมบ้านและติดตามสุขภาพ 4) ด้านการประสานงานและส่งต่อบริการ และ 5) ด้านการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) ใช้แนวทาง ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเด็นคำถามเป็นประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดด้านความคิด จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสงโตน อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.88 และ 2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.90 และ 3) การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.92 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาชุมชน ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเพื่อเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจริง ชี้แจงให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ร่วมวิจัยครั้งนี้ทราบและประสานงานกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การศึกษาบริบท ศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนและประเมินสถานการณ์ จัดสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกิจกรรมและวิธีการพัฒนารูปแบบ พิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุดและจัดทำแผนปฏิบัติการการใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้การจากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ในชุมชนใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนกา ติดตาม ให้คำแนะนำ สนับสนุนการปฏิบัติงานในชุมชน และรวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และสังเกตพฤติกรรม การเข้าร่วมกระบวนการวิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ประเมินผลรูปแบบ สรุปและถอดบทเรียน และคืนข้อมูลเพื่อปรับปรุงแผน ปรับปรุงแก้ไข จุดอ่อน เสริมพลังจุดแข็งอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ ระดับการส่งเสริมสุขภาพ และระดับการมีส่วนร่วม ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และ

ไม่ก่อ อันตราย (Beneficence) และ 3) หลัก ยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจง อาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-100 รับรองระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 3) ระบบบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) กลไกการบริหารจัดการและภาคีเครือข่าย และ 5) ระบบติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ร่วมกัน รูปแบบที่มีกิจกรรม 5 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนหลัก ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีการจัดระบบบริการเชิงรุก โดยบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พร้อมทั้งมีกลไกการบริหารจัดการ การติดตาม ประเมินผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลัง
การพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่า

ก่อนการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value
<0.001) ภาพรวมคะแนนความรู้หลังการพัฒนา
รูปแบบ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.64$, S.D.=1.61)
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=135)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	9.29	2.72	ต่ำ	16.64	1.61	สูง	6.82-7.89	27.159	<0.001*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า
หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-

value<.001) ภาพรวมระดับการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก
($\bar{X}$ =2.40 S.D.=0.14) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล
ไพศาล

อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=135)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ด้านร่างกาย	1.61	0.30	น้อย	2.44	0.26	มาก	0.76-0.89	25.816	<0.001*
2.ด้านจิตใจ	1.48	0.23	น้อย	2.45	0.27	มาก	0.91-0.99	32.264	<0.001*
3.ด้านสังคม	1.60	0.28	น้อย	2.45	0.24	มาก	0.79-0.90	30.858	<0.001*
4.ด้านปัญญา	1.62	0.30	น้อย	2.45	0.25	มาก	0.76-0.89	25.130	<0.001*
5.ด้านสิ่งแวดล้อม	1.41	0.19	น้อย	2.22	0.15	ปานกลาง	0.76-0.85	34.702	<0.001*
ภาพรวม	1.54	0.14	น้อย	2.40	0.14	มาก	0.83-0.88	64.451	<0.001*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนาแบบมีระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนาแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.50$ S.D.=0.09) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=135)

การมีส่วนร่วม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ด้านการให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูล	1.68	0.32	ปานกลาง	2.52	0.23	มาก	0.77-0.91	23.909	<0.001*
2.ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น	1.57	0.26	น้อย	2.45	0.23	มาก	0.82-0.93	31.661	<0.001*
3.ด้านการเยี่ยมบ้านและติดตามสุขภาพ	1.56	0.25	น้อย	2.52	0.22	มาก	0.90-0.99	32.954	<0.001*
4.ด้านการประสานงานและส่งต่อบริการ	1.59	0.25	น้อย	2.48	0.21	มาก	0.83-0.95	29.031	<0.001*
5.ด้านการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ	1.59	0.26	น้อย	2.51	0.23	มาก	0.85-0.97	31.197	<0.001*
ภาพรวม	1.60	0.12	น้อย	2.50	0.09	มาก	0.8-0.92	64.430	<0.001*

* $p\text{-value} < .05$

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 3) ระบบบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) กลไกการบริหารจัดการและภาคีเครือข่าย และ 5) ระบบติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น คือ

1) สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย 2) พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 3) สร้างแรงจูงใจ 4) สร้างและพัฒนาทีมที่ปรึกษา 5) ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่าย 6) ประสานและบูรณาการกิจกรรมงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก 7) สื่อสารประชาสัมพันธ์ประชาชนอย่างต่อเนื่อง 8) ประกาศเป็นนโยบายระดับตำบลและ 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้¹³ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมทั้งด้านบุคคล ระบบบริการ และการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานสุขภาพในระดับชุมชน มีสะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่เน้นการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในชุมชน และการ

พัฒนาระบบบริการเชิงรุกควบคู่กับการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความยั่งยืนของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่และสอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 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) I1; Integrate การทำงานแบบบูรณาการกับร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 6) I2 ; Improvement : การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้ ทั้งนี้ผลจากการพัฒนารูปแบบที่ยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดโครงสร้างคณะทำงาน บทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานมีทิศทางและความรับผิดชอบที่แน่นอน สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบที่ครบถ้วน ตั้งแต่โครงสร้างทีม การวิเคราะห์สถานการณ์ การมีส่วนร่วมของชุมชน การปฏิบัติการเชิงรุก การบูรณาการภาคีเครือข่าย และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงาน¹⁴ นอกจากนี้ ผลจากกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผ่านการอบรม การให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ทำให้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และเกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินงาน ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและ

รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)¹³ หลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)¹⁵ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่าย ได้เข้ามามีบทบาทตั้งแต่การวางแผนดำเนินงาน และประเมินผล การมีส่วนร่วมดังกล่าวส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดองค์ความรู้ และการสร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันเมื่อภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมากขึ้น ย่อมเกิดการสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร แรงจูงใจ และการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การนำความรู้ไปปฏิบัติจริงในชุมชน และในการดำเนินงานที่เน้นกิจกรรมเชิง ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ตรงและความมั่นใจในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไฟศาล อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์ในครั้งนี้ เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน รูปแบบดังกล่าวสามารถพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานเชิงรุก การบูรณาการทรัพยากร และการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีความต่อเนื่อง และมีแนวโน้มสู่ความยั่งยืนในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดหลักสูตรอบรมเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น สุขภาพจิต และโรคเรื้อรัง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะที่ทันสมัยและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอย่างเพียงพอ สำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ตรวจสุขภาพ การจัดกิจกรรมชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำข้อมูลและข้อค้นพบไปกำหนดกิจกรรม เช่น การ

ตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต

2) บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในการปรับเปลี่ยนกลวิธีในการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาถึงทดลองเพื่อเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบกับพื้นที่ที่ไม่ใช้รูปแบบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลเชิงประจักษ์

2) ควรศึกษาอิทธิพลของสภาพสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสำเร็จของกิจกรรม เพื่อปรับรูปแบบให้เหมาะสมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์จำกัด (มหาชน) ; 2566.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐). นนทบุรี: กองบริหารสาธารณสุข; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>.
4. กรมอนามัย.(2566). รายงานผลการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุรอบ 5 เดือนแรก [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้ จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th>.
5. กรมอนามัย.(2563). คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Individual Wellness Plan). นนทบุรี: สำนักอนามัย ผู้สูงอายุ; 2563.
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). รายงานประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567
7. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณัฐณา แก้วอำไพ และวิไลพร คลีกร.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(1):255-271.
8. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/brm/public/standardsubcatalog/6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48>.
9. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1988.
10. Daniel WW.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2010.

11. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
12. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
13. ไพบูลย์ ตันคงจำรัสกุล และ อินทิรา เตชะสังข์.(2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(4):161-174.
14. สุเพียบ ศรีวิลล.(2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):242-256.
15. สมบัติ ทังทอง.(2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566;19(2):25-34.