

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

The development of a health promotion activities model for elderly though networks
partner participation in Sadao Sub-district, Nang Rong District, Buriram Province.

(Received: April 10,2026 ; Revised: April 13,2026 ; Accepted: April 15,2026)

ภควัฒร์ ภัทรเมธานันท์¹

Pakawat Pattarametanun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน 2) ผู้สูงอายุ 311 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 130 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างพฤศจิกายน 2568 ถึงมีนาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) การเสริมสร้างศักยภาพภาคีและผู้สูงอายุ และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, กระบวนการมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย

Abstract

This action research aimed to study the development a health promotion activities model for elderly though networks partner participation in Sadao Sub-district, Nang Rong District, Buriram Province. The samples consisted of 1) 30 network participants, 2) 311 elderly people and 3) village health volunteers, selected based on predetermined criteria. Quantitative data was collected by questionnaire and focus group discussion guidelines. Data was collected between November 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. Qualitative data using content analysis.

The research findings showed the developed model comprised 5 components: 1) Stakeholder Engagement 2) Community Health Assessment 3) Health Promotion 4) Capacity Building and 5) Monitoring & Evaluation. The evaluation results showed that elderly had significantly improved self-care behaviors ($p\text{-value}<0.001$). Additionally, village health volunteers showed significant improvements in their roles in promoting elderly' health and their level of participation ($p\text{-value}<0.001$).

Keyword: elderly health promotion, participatory process, network partners

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ประชากรสูงวัยทั่วโลกมีจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงวัยกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2565 มีประชากรสูงวัย 1,109 ล้านคน ร้อยละ 14.0 ประชากรของประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน ร้อยละ 23 รองลงมาคือประเทศไทย ร้อยละ 19¹ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพคนไทยทั้งประเทศ การพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดีเก่ง และมีคุณภาพ จึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุการเตรียมพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัยและรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย² ในปี 2566 ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุไทยจำนวน 7,229,001 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.093³ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 8 ด้าน ร้อยละ 72.55 แยกเป็นรายพฤติกรรม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มากที่สุด คือ การดูแลตนเอง และการแปรงฟัน ร้อยละ 90.05 รองลงมาคือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.57 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่น้อยที่สุด คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 82.33 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการมีกิจกรรมทางกายลดลงเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุไม่เข้าใจความหมายของคำว่ากิจกรรมทางกาย ยังคงเข้าใจว่ากิจกรรมทางกายคือการออกกำลังกายเท่านั้น การขาดการสื่อสารทำความเข้าใจในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง⁴

การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดความท้าทายด้าน

สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การดำเนินงานเพื่อพัฒนาประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีศักยภาพในการมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศสู่ความเป็นประเทศพัฒนาแล้ว จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ โดยจำเป็นต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการด้านการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยทางสุขภาพ สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตทั้งนี้การขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวถือเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบูรณาการการดำเนินงาน เพื่อเสริมพลังการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณค่า และยั่งยืน²

จากการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วย 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2568 พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 98.49 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน รวมถึงปัญหาการเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุยังไม่เหมาะสม ขณะที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านเวลาและความรู้ ส่งผลให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง⁵ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพในสูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวความคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากา^๑ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 1,841 คน ประกอบด้วย

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาล 5) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 6) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล 7) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cochran (1977)^๒ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละ

หมู่บ้าน จำนวน 311 คน และ 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cochran^๒ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 130 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1)

อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะดี และ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม สำหรับผู้สูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ มีทั้งหมด 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) โรคประจำตัว และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบล

สะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคม โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1.67 - 2.33 คะแนน) ปฏิบัติทุกครั้ง (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2) ด้านการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง 3) ด้านการป้องกันโรค 4) ด้านการดูแลต่อที่บ้าน 5) ด้านสุขภาพจิตและสังคม และ 6) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66

คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผน 2) ด้านการดำเนินงาน 3) ด้านการรับผลประโยชน์ และ 4) ด้านการประเมินผล โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุทั้งชุด เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93 และ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการ

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.90 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อยืนยันว่าชุมชนมีประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจริง โดยศึกษาทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ฐานข้อมูลสุขภาพ การสัมภาษณ์ และการสำรวจเบื้องต้น จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประสานงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วนรอบดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาบริบทของชุมชนและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากนั้นจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมที่กำหนด เช่น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) การป้องกันโรคเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพจิตและสังคม และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากนั้นคัดเลือกแนวทางที่เหมาะสมและจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 โดยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ ได้แก่ กิจกรรมกิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ กิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมสุขภาพช่องปาก กิจกรรมปรับสภาพแวดล้อม และกิจกรรมครอบครัวมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้คำแนะนำและสนับสนุนการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสังเกต รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นสรุปและถอดบทเรียนร่วมกัน พร้อมคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อนำไปปรับปรุงแผน แกไขจุดอ่อน และเสริมจุดแข็งของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ เชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ 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) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2568 เลขที่ BRO 2025-118 รับรองระหว่าง วันที่ 7 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งมี 5 องค์ประกอบโดยเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแกนกลาง และมีภาคีเครือข่ายเป็นตัวขับเคลื่อน ได้แก่ 1) การมีส่วน

ร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (กิจกรรมกิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ กิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมสุขภาพช่องปาก กิจกรรมปรับสภาพแวดล้อม และกิจกรรมครอบครัวมีส่วนร่วม) 4) การเสริมสร้างศักยภาพภาคีและผู้สูงอายุ และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบที่มีกิจกรรม 5 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นการบูรณาการความร่วมมือของภาคีในชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ การออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างหลากหลายและต่อเนื่อง การเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครและผู้สูงอายุให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และการติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนรูปแบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนในบริบทชุมชน

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบระดับพฤติกรรมมากกว่าก่อน การพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ภาพรวมระดับพฤติกรรมหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.34, S.D.=0.25$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=311)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.การดูแลสุขภาพทั่วไป	1.51	0.30	น้อย	2.37	0.34	มาก	0.81-0.91	33.114	<0.001*
2.โภชนาการ	1.51	0.32	น้อย	2.34	0.32	ปานกลาง	0.77-0.88	31.413	<0.001*
3.การออกกำลังกาย	1.48	0.38	น้อย	2.34	0.35	มาก	0.80-0.92	28.855	<0.001*
4.สุขภาพจิตและสังคม	1.50	0.42	น้อย	2.32	0.34	มาก	0.75-0.87	26.187	<0.001*
ภาพรวม	1.50	0.19	น้อย	2.34	0.25	มาก	0.80-0.87	47.367	<0.001*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนาหมู่บ้านมีระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ภาพรวมระดับการส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ =2.16 S.D.=0.07) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา

อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=130)

การส่งเสริมสุขภาพ	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ส่งเสริมพฤติกรรม	1.41	0.22	น้อย	2.13	0.20	ปานกลาง	0.66-0.77	25.996	<0.001*
2.ลดปัจจัยเสี่ยง	1.39	0.21	น้อย	2.14	0.18	ปานกลาง	0.70-0.79	31.113	<0.001*
3.การป้องกันโรค	1.42	0.23	น้อย	2.14	0.19	ปานกลาง	0.67-0.78	26.658	<0.001*
4.ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	1.42	0.23	น้อย	2.16	0.18	ปานกลาง	0.68-0.78	27.984	<0.001*
5.สุขภาพจิตและสังคม	1.40	0.21	น้อย	2.18	1.18	ปานกลาง	0.72-0.83	28.513	<0.001*
6.สิ่งแวดล้อม	1.40	0.21	น้อย	2.21	1.20	ปานกลาง	0.75-0.85	29.652	<0.001*
ภาพรวม	1.41	0.80	น้อย	2.16	0.07	ปานกลาง	0.73-0.77	71.707	<0.001*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนาหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value<.001) ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.19 S.D.=0.08) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=130)

การส่งเสริมสุขภาพ	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ด้านการวางแผน	1.41	0.20	น้อย	2.20	0.16	ปานกลาง	0.73-0.83	30.968	<0.001*

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=130)

การส่งเสริมสุขภาพ	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
2.ด้านการดำเนินงาน	1.43	0.21	น้อย	2.21	0.17	ปานกลาง	0.73-0.84	29.276	<0.001*
3.ด้านการรับผลประโยชน์	1.40	0.19	น้อย	2.17	0.16	ปานกลาง	0.72-0.80	34.709	<0.001*
4.ด้านการประเมินผล	1.42	0.20	น้อย	2.17	0.17	ปานกลาง	0.70-0.80	29.502	<0.001*
ภาพรวม	1.41	0.10	น้อย	2.19	0.08	ปานกลาง	0.75-0.79	65.676	<0.001*

*p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 5 องค์ประกอบโดยเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแกนกลาง และมีภาคีเครือข่ายเป็นตัวขับเคลื่อน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) การเสริมสร้างศักยภาพภาคีและผู้สูงอายุ และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบดังกล่าวพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแกนกลาง สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และลงมือปฏิบัติจริงในบริบทของชุมชน ทำให้กิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิต ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้การเสริมสร้างศักยภาพและกำหนดบทบาทที่ชัดเจนให้กับภาคีเครือข่ายช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานระดับชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเองของชุมชน ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีศักยภาพในการขยายผลสู่ชุมชนอื่นได้ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีการดำเนินการกิจกรรม คือ 1) การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยการบรรยายประกอบสื่อ 2) การสร้างแนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) การคัดเลือกกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่เหมาะสมประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อกำหนดรูปแบบแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) การสร้างแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งตามประเภทของผู้สูงอายุ ได้แก่กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้าง กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และ 5) การสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เหมาะสม^๑ การมีส่วนร่วม และการเรียนรู้จากบริบทจริงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง โดยกิจกรรมในงานศึกษาที่กล่าวถึงได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ผ่านการบรรยายประกอบสื่อ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อคัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการพัฒนารูปแบบร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ล้วนเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจตระหนัก และมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ขณะเดียวกันการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม

ร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยังช่วยเสริมพลังให้แก่ภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบสมรรถภาพทางกายการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองและการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย ขั้นตอนที่ 2 การเสนอตัวแบบ ขั้นตอนที่ 3 การสาธิตการออกกำลังกายและการฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 4 การอภิปรายกลุ่มและสรุปผลการออกกำลังกาย และขั้นตอนที่ 5 การให้สิ่งชักนำการกระทำ โดยการกระตุ้นเตือนด้วยคำพูด การให้กำลังใจ หรือให้รางวัลกับผู้ที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ⁹ เนื่องจากแนวทางดังกล่าวออกแบบกิจกรรมบนพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการประเมินและสร้างการรับรู้ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจสภาพร่างกาย ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตนเอง อันเป็นจุดตั้งต้นสำคัญของการปรับพฤติกรรม ต่อเนื่องด้วยการใช้ตัวแบบ และการสาธิตพร้อมฝึกปฏิบัติจริง สอดคล้องกับกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้จากการลงมือทำในบริบทชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ การอภิปรายกลุ่มและสรุปผลยังเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมแรงทางสังคม ซึ่งเป็นกลไกเดียวกับการกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการให้สิ่งชักนำการกระทำเช่น การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ หรือการให้รางวัล มีส่วนสำคัญในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการติดตามประเมินผลและการเสริมแรงในรูปแบบที่พัฒนา

การประเมินผลรูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติจริงและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความตระหนักและความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน และการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาที่มุ่งเสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่าย ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการดำเนินงานมากขึ้น อีกทั้งการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมของโครงการ ส่งผลให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย พบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁰ เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวมีจุดร่วมสำคัญคือกระบวนการมีส่วนร่วมที่เป็นกลไกหลักในการพัฒนา โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ทำให้เกิดความรู้สึก

เป็นเจ้าของและความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ แนวทางสุขภาพวิถีใหม่ซึ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ควบคู่กับการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและต่อเนื่องในชุมชน มีลักษณะสอดคล้องกันในการเน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติ การเรียนรู้ร่วมกัน และการเสริมแรงทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้จริง ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังช่วยสนับสนุน ติดตาม และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ มีการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านการรับรู้ การเรียนรู้เชิงปฏิบัติ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดผลสำเร็จในระดับชุมชน เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ควบคู่กับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานภาครัฐควรกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นภารกิจร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการ

กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และบูรณาการแผนงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

2) ควรมีนโยบายในการอบรมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านความรู้ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และการทำงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

3) ควรมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กองทุนสุขภาพตำบล เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2) สามารถนำรูปแบบไปเผยแพร่และขยายผลสู่ชุมชนอื่น พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

3) สามารถนำไปใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเพิ่มการศึกษาในบทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรูปแบบที่บูรณาการครอบครัวชุมชน และระบบสุขภาพ

2) ควรศึกษาแยกกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง แล้วพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่ม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ตรงเป้าหมายมากขึ้น

3) ควรออกแบบการวิจัยแบบเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบกับพื้นที่ที่ไม่ได้ใช้ เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของรูปแบบอย่างชัดเจน

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. เข้าถึงได้จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th>. 2566.
- 5.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์.(2568). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 เข้าถึงได้จาก<https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>
- 6.Cochran, W. G..(1977). Sampling Techniques. (3rd ed), New York: John Wiley and Sons; 1977.
- 7.Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
- 8.อุไรวรรณ หลาทอง.(2567). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยกระบวนการ A-I-C ตำบล ปะอว อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):241-248.
- 9.เชียง เกาซิด และพรรณราย เทียมทัน.(2559). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัด นครสวรรค์. วารสารสุทธิปริทัศน์: 2559;30(94):112-127.
- 10.วศินี วีระไวยยะ.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน และภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ คุณภาพชีวิต. 2566;3(1):1-12.