

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

Development of a community-participatory health promotion model for older adults in
Bang Taboon Sub-district, Ban Laem District, Phetchaburi Province.

(Received: June 14,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

ปัญชนิศ อักษร¹
Panchanid Augson¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาควิชาเครือข่าย 14 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 60 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และ 3) ผู้สูงอายุ 287 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพภาคี 3) การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 4) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง หลังการพัฒนาแบบผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This action research aimed to study the development of a community-participatory health promotion model for older adults. The study applied the action research framework (PAOR). The samples consisted of 3 groups: 1) 14 samples from network participants selected by purposive sampling and 2) 60 village health volunteers selected by stratified random sampling and 3) 287 older adults selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire and focus group discussion guidelines. Data was collected between November 2025 to May 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 the developed model comprised 5 components: 1) Community Awareness & Engagement 2) Capacity Building 3) Participatory Health Planning 4) Community-based Health Promotion and 5) Monitoring, Evaluation and Reflection. Following the implementation of the model resulted the level of knowledge and health-promoting behaviors among older adults demonstrated compared showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention ($p\text{-value}<0.001$). In addition, VHVs showed significantly increased participation in health promotion activities for older adults ($p\text{-value}<0.001$).

Keyword: Health promotion, Older adults, Community participation

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นประเด็นที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ กำลังให้ความสนใจในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรของประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน ร้อยละ 23 รองลงมาคือประเทศไทย ร้อยละ 19¹ ปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) ในปี 2568 มีประชากร 13.99 ล้านคน ร้อยละ 21.58 จากการประเมินและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น (ADL) ปีงบประมาณ 2568 พบกลุ่มติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 3.41 และกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.59² การเปลี่ยนแปลงและเตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทุกมิติและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขเป็นเรื่องสำคัญ จึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุการเตรียมพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัยและรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย³ ในจังหวัดเพชรบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุ 165,170 คน ร้อยละ 20.22 มีอัตราการพึ่งพิงซึ่งเป็นอัตราส่วนของประชากรที่อยู่ในกลุ่มอายุนอกวัยแรงงาน (60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรในวัยแรงงาน (15-59 ปี) ร้อยละ 31.61 อัตราส่วนที่เป็นภาระซึ่งเป็นอัตราส่วนของประชากรที่อยู่ในกลุ่มอายุนอกวัยแรงงาน (ต่ำกว่า 15 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรในวัยแรงงาน (15-59 ปี) ร้อยละ 56.35 อำเภอบ้านแหลม มีจำนวนผู้สูงอายุ 16,115 คน ร้อยละ 20.99 อัตราการพึ่งพิง ร้อยละ 32.92 อัตราส่วนที่เป็นภาระ ร้อยละ 56.87 และตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,119 คน ร้อยละ 23.74 อัตราการพึ่งพิง ร้อยละ 36.65 อัตราส่วนที่เป็นภาระ ร้อยละ 54.41⁴

กรมกิจการผู้สูงอายุได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 เพื่อรองรับ “นโยบาย 5 X 5 ฝ่าวิกฤตประชากร” ผ่าน “03

สร้างพลังผู้สูงอายุ : ผ่อนหนักให้เป็นเบา พลิกวิกฤตทางประชากรให้เป็นโอกาส” ร่วมกับกระทรวงต่างๆ โดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 2) การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ 3) สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4) ผู้สูงอายุสมองดี 5) ความสุขของผู้สูงอายุ 6) สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ⁵ หากไม่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาจมีความเสี่ยงตามมามากมาย การละเลยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอาจนำไปสู่ภาวะต่างๆ เช่น ภาวะพึ่งพิง การลี้ภัย โรคเรื้อรังที่รุนแรงขึ้น หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวในระยะยาว

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี มีการพัฒนาการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพอนามัยตนเอง ซึ่งมี 8 หน่วยงาน ลงนามบันทึกข้อตกลงดูแลผู้สูงอายุ มุ่งมั่นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งด้านอาชีพ ความร่วมมือและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยในชุมชนร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตตลอดจนสร้างกลไกการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพบรรลุผลตามเป้าหมาย ภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2568 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 98.22 ซึ่งมีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด⁶ ซึ่งหลังการคัดกรองมีการติดตามและให้ความรู้ติดตามรายบุคคลในกลุ่มบางกลุ่ม เช่น กลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็นการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก แต่ในภาคประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการในบางขั้นตอน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเพื่อให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของ สามารถจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ด้วยทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น เพื่อคุณภาพ

ชีวิตที่ดี และการดำเนินงานในชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวความคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด⁷ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 1,202 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านแหลม 5) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 6) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล และ 7) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาควิชาเครือข่าย ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านแหลม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 14 คน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)⁸ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุ ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)⁸ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 287 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 12 คะแนน 2) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ และ 3) มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่วิจัยจัดขึ้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำได้ 2) อาสาสมัครที่ให้ข้อมูลแล้วแต่

เปลี่ยนใจขอออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) อาสาสมัครที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้อธิบายวิเคราะห์ได้ และ 4) เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรครุนแรงที่แพทย์เห็นว่ามีความเสี่ยง ไม่ปลอดภัยหากเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ของผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) โรคประจำตัว และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁹ ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคม โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม (Questionnaire) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทั้งหมด 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6) ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ตำบลบางตะบูน และ 7) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) การร่วมประชุมกลุ่ม 2) การวางแผนการดำเนินกิจกรรม 3) การตัดสินใจ 4) การดำเนินการ 5) การประเมินผล และ 6) การรับผลประโยชน์ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ 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 โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ กับผู้สูงอายุ ตำบล ปากทะเล อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปากทะเล อำเภอ บ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.93 2) ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.88 ซึ่งภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมทั้งชุดเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาบทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ตลอดจนความต้องการในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในการวิจัย ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยการศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงบทบาทของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชมรมผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพจิต การป้องกันโรคเรื้อรัง และสร้างกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็น การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ และ อสม. การให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม การส่งเสริมโภชนาการ การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ตลอดจนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วม การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม การติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประเมินผลด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วม สรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูลแก่ชุมชน ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

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

ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 เลขที่ คจม.พบ. 032/2568 รับรองระหว่าง วันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ถึง วันที่ 9 พฤศจิกายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1) **การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน** เพื่อสร้างความตระหนักให้ชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ชุมชนรับรู้ปัญหาและความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) **การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย** โดยการอบรมความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาทักษะการประเมินสุขภาพ การวางแผนกิจกรรมสุขภาพ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

3) **การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม** โดยวิเคราะห์ข้อมูลคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จัดลำดับปัญหา กำหนดกิจกรรมแก้ไขปัญหามาจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน ส่งผลให้ชุมชนและหน่วยงานมีแผนสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) **การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน** เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ส่งเสริมโภชนาการ สุขภาพจิต เยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง ติดตามผลตามตัวชี้วัด ประชุมสะท้อนผล ถอดบทเรียน ปรับแผนสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อ เกิดการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ซึ่งรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาโดย มุ่งเน้นให้ ชุมชน ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผน ดำเนินงาน และประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุบนพื้นฐานข้อมูลสุขภาพและบริบทของ พื้นที่ อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และ เกิดความยั่งยืนในชุมชนต่อไป

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้น มากกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ภาพรวมคะแนนความรู้หลัง การพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.74$, $S.D. = 2.06$)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p\text{-value} < .001$) ภาพรวมระดับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ใน ระดับมาก ($X = 2.36$ $S.D. = 0.26$)

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ภาพรวมระดับ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลัง การพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก ($X = 2.43$ $S.D. = 0.08$)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 องค์ประกอบ

1) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของ ชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพภาคี 3) การจัดทำ แผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 4) การดำเนิน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน และ 5) การ ติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง จาก กระบวนการพัฒนารูปแบบได้เปิดโอกาสให้ภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผลร่วมกัน ทำให้เกิดความ ตระหนักถึงสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุและเห็น ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของ ภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถ นำข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพมาจัดทำแผน สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและ ความต้องการของพื้นที่ รวมทั้งร่วมดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จน เกิดกลไกการทำงานร่วมกันของชุมชนอย่างเป็น รูปธรรม ซึ่งการพัฒนาสุขภาพจะเกิดประสิทธิภาพ และความยั่งยืนเมื่อประชาชนและภาคีเครือข่ายใน พื้นที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ส่งผลให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของและสามารถ ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่าง ต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับรูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุ ได้แก่ การ ประเมินสถานะสุขภาพ การให้ความรู้โดยการเสริม พลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุม กาย จิตใจ และสังคม อย่างต่อเนื่อง¹¹ และสอดคล้องกับรูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน คือ “SAWA2I Model” ได้แก่ 1) มีทีม คณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ ชัดเจน 2) วิเคราะห์สถานการณ์สู่การวางแผนงาน แบบมีส่วนร่วม 3) ประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม หาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน 4) การนำแผน แนวทางสู่การปฏิบัติ 5) การทำงานแบบบูรณาการ

กับร่วมกันกับภาคีเครือข่าย และ 6) การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้¹² ทั้งนี้ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพ การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยองค์ประกอบด้านการสร้างความตระหนักและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายช่วยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ขณะที่การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมและการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ทำให้การดำเนินงานตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยพบว่าด้านการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย มีความสอดคล้องกับการจัดตั้งทีมและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ขณะที่การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนร่วมกัน ส่วนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนสอดคล้องกับการนำไปสู่การปฏิบัติและการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ และองค์ประกอบด้านการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เกิดความเป็นเจ้าของร่วมกัน และสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุมิระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของตนเอง เกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

และกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต และการป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งความรู้และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ จะเห็นได้ว่าการบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย อย่าง สอดคล้องกับก็ศึกษาที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และ การส่งเสริมสุขภาพสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹¹

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน มีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ และเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ผ่านการอบรม การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สามารถให้คำแนะนำ ติดตาม เยี่ยมบ้าน และประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม¹³ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมที่

แท้จริงควรเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความรับผิดชอบ ความผูกพัน และแรงจูงใจในการดำเนินงานของบุคคลในชุมชน และสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก⁴ ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น ช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ และความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงาน อันนำไปสู่การขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการดำเนินงานของชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยบรรจุประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบลและอำเภอ เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกันอย่างชัดเจน

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรที่

จำเป็น สำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสร้างพื้นที่กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและชมรมผู้สูงอายุ ให้สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

2) ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

3) ควรมีการติดตามและประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้เป็นระยะ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังชุมชนหรือจังหวัดอื่นที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานและทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบในพื้นที่ต่างๆ

2) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการดำเนินกิจกรรม

3) ควรศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบ
ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการดำเนินงาน
ตามปกติของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
2. กรมอนามัย.(2568). สุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2568. เข้าถึงได้จาก: <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/>
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566-2570). นนทบุรี: กองบริหารสาธารณสุข; 2565.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2568). สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2568. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
5. กรมอนามัย. (2563). คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Individual Wellness Plan). สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ.(2568). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-reportdetail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>
7. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1988.
8. Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley.
9. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
10. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977
11. สมบัติ ทังทอง.(2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566;19(2):25-34.
12. สุเพ็ญ ศรีวิลล.(2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ2568;4(1):242-256.
13. Cohen JM, Uphoff NT.(1980). Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. New York: Rural Development Committee, Center for International Studies, Cornell University; 1980.
14. หนูเวียง ต้นสกุล.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยแก้ว อำเภอสว่างวีรกรรม จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):353-363.