

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมุสลิม

ฮัสนาห์, โต๊ะพา, พย.ม.^{1*}

พาตีเมาะ นิมา, PhD¹

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, PhD²

(วันที่ส่งบทความ: 28 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 17 พฤศจิกายน 2568; วันที่ตอบรับ: 3 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือแกนนำชุมชน 30 คน และผู้สูงอายุ 106 คน โดยพัฒนารูปแบบสมรรถนะแกนนำชุมชนและทดลองใช้ 3 เดือน เครื่องมือการวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ (1) ลักษณะส่วนบุคคล (2) แบบวัดสมรรถนะแกนนำชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น .90 (3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าความเชื่อมั่น .84 และ (4) แบบประเมินผลโครงการ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ NAMBOO Model ประกอบด้วย Norm, Activity, Model, Best Muslim, Offer และ Opportunity หลังการใช้รูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถนะแกนนำชุมชนก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านความรู้ การพัฒนาตนเอง การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ การประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การสอนแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจและภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ด้านสุขภาพกาย สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือความเข้มแข็งและการทำงานเชิงรุกของแกนนำชุมชน ทำให้เกิดระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: รูปแบบ, การส่งเสริมคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บทความ: ฮัสนาห์ โต๊ะพา, อีเมล: hasnatohpa@gmail.com.

Community Leader Competence Model to Promote Quality of Life for Muslim Elderly

Hasna Tohpa MNS^{1}*

Patimoh Nima PhD¹

Kittiporn Nawsuwan PhD²

(Received: April 28th, 2025; Revised: November 17th, 2025; Accepted: December 3rd, 2025)

Abstract

This participatory action research aimed to develop and evaluate a competency model for community leaders in promoting the quality of life of older adults. The study sample consisted of 30 community leaders and 106 older adults. The competency model was developed and implemented over a three-month period. The research instruments were comprised of four parts: (1) a personal information record; (2) the Community Leader Competency Scale (reliability = .90); (3) the Quality-of-Life Questionnaire for Older Adults (WHOQOL-BREF-THAI) (reliability = .84); and (4) the project evaluation form. Quantitative data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and paired t-tests, while the qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that the developed competency model, referred to as the NAMBOO Model, consisted of six components: Norm, Activity, Model, Best Muslim, Offer, and Opportunity. After implementation, the mean scores of the community leaders' competencies significantly increased at the 0.001 level in several areas, including knowledge, self-development, elderly care for individuals with health problems, coordination with community stakeholders, empowerment, teaching and mentoring stakeholders, providing health consultations to communities and older adults, and leadership for change. Furthermore, the quality of life of older adults in the psychological domain and overall quality of life improved significantly at the 0.01 level. However, there were no significant differences in the physical health, social relationships, and environmental domains before and after applying the model. Key success factors included the strong commitment and proactive engagement of community leaders, which led to the establishment of an effective and sustainable system for enhancing the quality of life of older adults.

Keywords: model, quality of life promotion, elderly

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

² Associate Professor, Boromarajonani College of Nursing, Sungkla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Hasna Tohpa, Email: hasnatohpa@gmail.com.

บทนำ

ประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกเผชิญกับอายุขัยที่เพิ่มขึ้นของประชากร โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากประมาณ 1 พันล้านคนในปี 2020 เป็น 1.4 พันล้านคนในปี 2030 ซึ่งคิดเป็นประมาณ 1 ใน 6 ของประชากรโลก (United Nations [UN], 2020) สถานการณ์นี้ส่งผลให้หลายประเทศต้องปรับระบบสุขภาพ สังคม และโครงสร้างทางสังคม เพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุที่มากขึ้น สำหรับประเทศไทย พบว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 66.48 ล้านคนในปี 2551 เป็น 70.65 ล้านคนในปี 2568 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2567)

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ นำมาซึ่งความท้าทายด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะความต้องการบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้น การดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงเป็นประเด็นทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น สถานภาพสมรส รายได้ และการมีงานทำ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสหรืออาศัยอยู่กับครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ลำพัง ขณะที่ผู้สูงอายุที่โสดหรือหม้ายประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตและความโดดเดี่ยวมากกว่า (Ratmanee & Tongkumchum, 2024; Suk-erb, 2025) นอกจากนี้ การมีรายได้เพียงพอและสามารถประกอบอาชีพได้เองช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต เช่น การศึกษาของ Meemon และ Paek (2020) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า มีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ น้อยกว่ากลุ่มที่อยู่กับครอบครัว ภาวะโดดเดี่ยวและขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะโดยรวม ขณะที่ Sirinintawong (2025) ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยจำนวนมากต้องปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตตามลำพัง และต้องการระบบสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจำเป็นต้องเตรียมพร้อมรับมือกับผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ทั้งในด้านการจัดสวัสดิการ การบริการสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ซึ่งมีความเปราะบางต่อปัญหาความโดดเดี่ยวและสุขภาพจิต การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุม จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและสร้างสังคมสูงวัยที่ยั่งยืน นโยบายและบทบาทของชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน เช่น การตั้งหน่วยงานเฉพาะด้านผู้สูงอายุ สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน สร้างเครือข่ายการทำงานแบบบูรณาการ และพัฒนาบุคลากรท้องถิ่นให้มีความรู้ด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (World Health Organization [WHO], 2022) การมี

ชุมชนที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ และลดภาระของระบบบริการสุขภาพ

แกนนำชุมชนเป็นบุคคลสำคัญที่เชื่อมโยงความรู้ ความเข้าใจ และพลังของคนในชุมชนให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน บทบาทของแกนนำไม่ได้จำกัดเพียงการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น แต่ครอบคลุมถึงการจัดการระบบการดูแล การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้คำปรึกษา และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งหมดนี้เป็นสมรรถนะสำคัญ มีงานวิจัยจำนวนมากได้ยืนยันถึงความสำคัญของแกนนำชุมชนในฐานะกลไกหลักของการดูแลผู้สูงอายุ เช่น Durongritichai (2025) พบว่า สมรรถนะผู้นำของผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพและความสามารถพึ่งตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างสังคมที่เอื้อต่อการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ในทำนองเดียวกัน Chananin และคณะ (2024) พบว่า แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเรื้อรัง มีระดับสมรรถนะในการดูแลอยู่ในระดับสูง ปัจจัยสำคัญที่เพิ่มสมรรถนะได้แก่ แรงจูงใจส่วนบุคคล การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากชุมชน ขณะที่ Chitmanasak (2023) ได้พัฒนารูปแบบผู้นำสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มทักษะการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำของแกนนำได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ แกนนำชุมชนยังมีความสำคัญต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในมิติทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพจิต และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นในครอบครัว ซึ่ง Jitdom และคณะ (2024) พบว่า การพัฒนาแกนนำชุมชนผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาแกนนำชุมชนให้มีสมรรถนะ จึงเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ด้าน 1) การจัดการการดูแล 2) การให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน 3) การประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ 5) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 6) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 7) ความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 8) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 9) การประเมินผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชนต้องอาศัยการสนับสนุนจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานท้องถิ่น องค์กรสาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ การอบรมและพัฒนาความรู้ด้วยรูปแบบการฝึกปฏิบัติจริง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ นอกจากนี้การอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพดำเนินการด้วยการอบรมที่เน้นการฝึกทักษะและประเมินสมรรถนะหลังฝึกปฏิบัติ (บำรุง วงษ์นัม, 2565) ส่วนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงด้วยการฝึกวิเคราะห์ปัญหา การเขียน

โครงการ การสร้างข้อตกลงของชุมชนและการเยี่ยมบ้านทำให้แกนนำมีความรู้และมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (กาญจนา ปัญญาธร และคณะ, 2567) และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เหมาะสม ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชนผ่านกิจกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายจิตใจอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม (สุนทร คงทองสังข์, 2566)

จากการศึกษาชุมชนบ้านน้ำบ่อของผู้วิจัย พบว่าเป็นชุมชนมุสลิมที่มีผู้สูงอายุประมาณ 1,240 ราย ร้อยละ 82 เป็นกลุ่มติดสังคม แกนนำชุมชนมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ แม้จะเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง แต่ยังไม่มียานวิจัยที่มุ่งศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทชุมชนมุสลิมซึ่งมีวัฒนธรรมและโครงสร้างทางสังคมเฉพาะตัว การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อเสนอแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาสมรรถนะของแกนนำชุมชนและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทดังกล่าว ซึ่งแกนนำชุมชนเป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด เข้าใจบริบทของพื้นที่ และสามารถเชื่อมโยงทรัพยากร เพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้านได้ หากสามารถจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตดี โดยแกนนำชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การประเมินผล และการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมการดูแลตนเองในภาวะปกติและเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแกนนำชุมชนให้สามารถทำงานได้เต็มศักยภาพ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำองค์การบริหาร ส่วนตำบล พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาตำบลบ้านน้ำบ่อ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และผู้สูงอายุจำนวน 106 คน ได้มาจากการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) $n =$

$1240/1+1240 \times 0.01 = 96$ คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนผู้วิจัยจึงเพิ่มอีก 10 คน รวมเป็น 106 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีโรคความจำเสื่อม ยินดีเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ พยาบาลและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และ ตัวแทนผู้สูงอายุ

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยหรือภาษา ยาวี และ 2) มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษา ยาวี ได้ และมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ NUR.PN-066/2024 วันที่ 3 กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บข้อมูล รวมทั้งชี้แจงว่าจะรักษาความลับโดยไม่เปิดเผยรายชื่อ ข้อมูลจะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ มี 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ (Check list) ใช้เก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ และสุขภาพ ใช้วัดตัวแปรพฤติกรรมหรือข้อมูลประชากร

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อของสுவัดน์ มหัตนรินทร์กุล (2541) เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม คะแนนสูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี แปลผลโดยใช้เกณฑ์ 5 ระดับ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0,84

3. แบบประเมินสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนา จากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมสมรรถนะ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0,90

4. แบบประเมินผลโครงการ เป็นคำถามปลายเปิดใช้ประเมินความเหมาะสม ความพึงพอใจ และประสิทธิผลของโครงการ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะโดยปรับเนื้อหาบางส่วนให้ครอบคลุมนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนะนำให้ปรับสำนวนภาษาให้สอดคล้อง เหมาะสมและเข้าใจง่าย ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนา (Planning) โดยการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและสมรรถนะแกนนำชุมชน การประชุมเพื่อวางแผนและพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประยุกต์เทคนิคกระบวนการAIC (Appreciation-Influence-Control) มาใช้ในการประชุมและปฏิบัติในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของชุมชน จนได้ข้อสรุปการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. การปฏิบัติตามแผน (Action) แกนนำชุมชนร่วมกับคณะวิจัย นำแนวทางการพัฒนาที่วางแผนไว้ไปสู่การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ดังนี้ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การศึกษาดูงานด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่จังหวัดนครราชสีมา ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเรื่องอาหารและโภชนาการ การใช้ยา การใช้สมุนไพร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต โรคจิตเวช โรคอัลไซเมอร์ ความเครียดของผู้ดูแล การจัดการและการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) การบูรณาการกิจกรรมกับหลักศาสนาอิสลามและวัฒนธรรม ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 6) กิจกรรมการสร้างความตระหนักของแกนนำชุมชนต่อหน้าที่การเป็นมุสลิมที่ดี ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 7) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ และครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8) กิจกรรมการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อม

3. ประเมินผล (Evaluation) การการสะท้อนกลับเพื่อการพัฒนา (Reflection) โดยการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาครั้งต่อไป พัฒนาข้อตกลงร่วมกันให้สอดคล้องกับนโยบายท้องถิ่น ระบบงานที่งานตามความต้องการของชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 วรรณกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณประเด็น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสมรรถนะแกนนำชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์สามเส้า (triangulation)

ผลการวิจัย

สรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาการพัฒนาและประเมินผลสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง เชิงปริมาณ และ เชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณได้รับการวิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงผลการวัดในแต่ละด้าน และใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เพื่อทดสอบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ซึ่งช่วยให้เห็นรูปแบบการพัฒนาและผลกระทบในชุมชนอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลดำเนินการโดยใช้ วิธีการวิเคราะห์สามเส้า (Triangulation) ซึ่งช่วยยืนยันความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งที่มาหลายแหล่ง เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง เชิงปริมาณ และ เชิงคุณภาพ พบผลลัพธ์ที่สำคัญดังนี้:

ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งให้เห็นการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งในด้านค่าเฉลี่ยและสถิติที่กำหนด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการและผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชนซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการสร้างความเข้มแข็งให้กับแกนนำชุมชน ผลการศึกษาพบว่า

1.รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้แก่ NAMBOO model



ตัวย่อ	คำเต็ม	ความหมาย
N	Norm	การบูรณาการกิจกรรมกับหลักศาสนาอิสลามและวัฒนธรรม
A	Activity	การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นที่ต้องการของแกนนำชุมชนและผู้สูงอายุ
M	Model	การสร้างการเรียนรู้ใหม่จากต้นแบบที่ดี
B	Best muslim	การสร้างความตระหนักของแกนนำชุมชนต่อหน้าที่การเป็นมุสลิมที่ดี
O	Offer	เสนอ, มอบ, ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ
O	Opportunity	การเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

1.1. การบูรณาการกิจกรรมกับหลักศาสนาอิสลามและวัฒนธรรม; การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจัดแก่แกนนำชุมชนและผู้สูงอายุมีการสอดแทรกหลักจริยธรรมทางศาสนาอิสลาม เรื่อง การบำเพ็ญประโยชน์ ความรับผิดชอบ และการช่วยเหลือสังคม การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียดตามหลักศาสนาอิสลาม การจัดการความเครียดด้วยการอ่านกุรอาน การขอดูอาและการระลึกถึงอัลลอฮ์ และการเตรียมตัวก่อนวาระสุดท้ายของชีวิต

1.2 การจัดกิจกรรมในหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นที่ต้องการของแกนนำชุมชน เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านอาหารโภชนาการ การใช้ยา การใช้สมุนไพร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต โรคจิตเวช การสื่อสารทางบวกกับผู้สูงอายุ โรคอัลไซเมอร์ความเครียดของผู้ดูแล การจัดการและการผ่อนคลายความเครียด

1.3 การสร้างการเรียนรู้ใหม่จากต้นแบบที่ดี; การไปศึกษาดูงานการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นชุมชนต้นแบบด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเปิดโลกทัศน์ และสร้างการเรียนรู้ใหม่ การคิดเชิงบวกและการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนอื่นๆ ทำให้แกนนำชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้านบวกมากขึ้น เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาชุมชน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมบริการที่ดีในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการเป็นต้นแบบ (model) ในการจูงใจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมมือกันทำกิจกรรม ผสมผสานกับการให้กำลังใจตลอดช่วงเวลาของการวิจัย

1.4 การสร้างความตระหนักของแกนนำชุมชนต่อหน้าที่การเป็นมุสลิมที่ดี; การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของแกนนำที่มีต่อสังคม การตอบแทนความดีในวันปรโลก การจัดกิจกรรมเพื่อปลูกฝังการทำอิบาดะห์ (ความดี) แก่แกนนำชุมชนเพื่อให้ตระหนักถึงหน้าที่ตนเองตามหลักศาสนาอิสลามต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสามารถถ่ายทอดหลักการของศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพให้กับสมาชิกในชุมชน ผู้นำศาสนา มีการให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นในผลบุญที่จะได้รับการตอบแทนในการทำดีกับผู้สูงอายุ ที่มีบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งมุสลิมจะมีความผูกพันและศรัทธามั่นในศาสนาส่งผลให้ปฏิบัติตามหลักคำสอนอย่างเคร่งครัดและผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและความมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างบริสุทธิ์ใจและจริงใจ

1.5 แกนนำชุมชนเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ; เช่น การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้ทราบสถานการณ์ปัจจุบันสามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนได้สอดคล้องกับสภาพปัญหา แกนนำชุมชนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น เป็นการสร้างบรรยากาศเพื่อเพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่าต่อตนเอง จากการให้ความช่วยเหลือดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีทัศนคติต่อแกนนำชุมชนในเชิงทางบวก ประชาชนและผู้สูงอายุมีความไว้วางใจแกนนำชุมชนเพิ่มขึ้น

1.6 การเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม; ผู้วิจัยได้ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำองค์การบริหารส่วนตำบล พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา และใช้รูปแบบการศึกษาที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกระยะของการวิจัย

2. ผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า

2.1 ผลลัพธ์ในการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้านของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการดีกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001($p<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการจำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($n=106$)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ			<i>t</i>	<i>p-value</i>
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ		
ด้านสุขภาพกาย	3.61	0.85	มาก	3.65	0.82	มาก	-0.93	0.35
ด้านจิตใจ	3.82	0.71	มาก	3.93	0.72	มาก	-2.71	0.01
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.79	0.67	มาก	3.88	0.60	มาก	-1.73	0.08
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.62	0.81	มาก	3.65	0.80	มาก	-0.76	0.44
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.69	0.79	มาก	3.75	0.77	มาก	-2.59	0.01

หมายเหตุ $p < 0.05$

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบพบว่าไม่แตกต่างกัน

2.2 ผลลัพธ์ในการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนฯ ก่อนและหลังจัดโครงการ พบว่ามีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถนะของแกนนำชุมชนโดยภาพรวม ก่อนและหลังการจัดโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสมรรถนะแกนนำชุมชนฯ ก่อนและหลังจัดโครงการ

สมรรถนะ 9 ด้าน	ก่อน		หลัง		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
1. ความรู้และการพัฒนาตนเอง	3.5	0.6	3.8	0.5	4.47	<0.001
2. ให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ	3.4	0.7	3.7	0.5	3.92	<0.001
3. การประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน	3.4	0.7	3.8	0.6	4.80	<0.001
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจและสอนแก่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย	3.5	0.6	3.8	0.6	4.10	<0.001
5. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ชุมชนและผู้สูงอายุ	3.5	0.7	3.8	0.7	3.74	<0.001
6. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	3.4	0.7	3.7	0.7	3.65	<0.001
7. ความสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรม	3.4	0.7	3.7	0.7	3.40	0.004
8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	3.2	0.9	3.5	0.8	3.35	0.004
9. การประเมินผลลัพธ์	3.3	0.8	3.6	0.8	3.25	0.002
ภาพโดยรวม	3.4	0.6	3.7	0.5	4.50	<0.001

เมื่อพิจารณาคะแนนสมรรถนะของแกนนำชุมชน 3 ด้านที่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ได้แก่ สมรรถนะด้านความสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรม ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และด้านการประเมินผลลัพธ์ ส่วนสมรรถนะของแกนนำชุมชน 6 ด้านมีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้และการพัฒนาตนเอง ด้านให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ด้านการประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและสอนแก่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ชุมชนและผู้สูงอายุ และด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จคือ ความเข้มแข็งของชุมชนและผู้นำที่เป็นทางการ เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นคนในพื้นที่ที่มีความสำคัญกับบ้านเกิด

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ NAMBOO model จากผลการดำเนินโครงการพบว่า องค์ประกอบของ NAMBOO Model มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะของแกนนำชุมชน โดยเฉพาะ Model และ Opportunity ที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากต้นแบบและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้แกนนำเกิดความมั่นใจและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1986) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้จากแบบอย่าง (modeling) ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับ สมหมาย สาแม (2564) ที่พบว่าการใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มสมรรถนะและความมั่นใจของแกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับศิริพร ทองอินทร์ และคณะ (2563) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำโดยใช้กิจกรรมแบบมีส่วนร่วมช่วยให้ชุมชนสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

ผลลัพธ์ในการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่าคะแนนสมรรถนะของแกนนำชุมชนโดยภาพรวม ก่อนและหลังการจัดโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโครงการส่งเสริมสมรรถนะที่ดำเนินการมีประสิทธิภาพในการยกระดับสมรรถนะแกนนำชุมชนในภาพรวม แต่เมื่อแยกเป็นมิติพบว่า มี 3 ด้านที่ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ คือ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินผลลัพธ์ ในขณะที่ 6 ด้านอื่น ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกและมีนัยสำคัญ ($p \leq .001$) ได้แก่ ความรู้/พัฒนาตนเอง การดูแลผู้สูงอายุ การประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเสริมอำนาจ/การสอน คำปรึกษาด้านสุขภาพ และผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ผลการวิจัยที่พบว่าคะแนนสมรรถนะโดยรวมหลังการจัดโครงการสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าโครงการที่ออกแบบตามแนวทางการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (Experiential Learning) และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน มีผลเชิงบวกต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการทำงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Kuo และคณะ (2021) ที่พบว่า การฝึกอบรมสมรรถนะด้านสุขภาพชุมชนที่ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และการสะท้อนผลสามารถเพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกัน Kangovi และคณะ (2020) พบว่าการฝึกอบรมตามแนวทาง “Evidence-based Community Health Worker Model (IMPACT)” สามารถเพิ่มศักยภาพแกนนำสุขภาพชุมชนด้านความเข้าใจบทบาท การประสานงาน และการสนับสนุนผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่าสมรรถนะด้านการประสานงาน การให้คำปรึกษา และการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ Andersson และคณะ (2022) ที่ชี้ว่า การพัฒนาสมรรถนะทางจริยธรรมและภาวะผู้นำของบุคลากรสุขภาพมีประสิทธิผลสูงเมื่อใช้วิธีการฝึกที่มีการสะท้อนตนเอง การอภิปรายกลุ่ม และการมีพี่เลี้ยง (Mentoring) สนับสนุน นอกจากนี้ ภาณี นิเว (2564) พบว่า การฝึกอบรมที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลต่อการพัฒนาภาวะผู้นำ การสื่อสาร และการประสานงานของแกนนำท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยในครั้งนี้

ส่วนสมรรถนะ 3 ด้านที่ไม่แตกต่างทางสถิติ อาจเกิดจากระยะเวลาโครงการสั้นเกินไป มิติดังกล่าวเป็นทักษะเชิงคิดขั้นสูง (Higher-order cognitive skills) ที่ต้องอาศัยเวลาในการฝึกปฏิบัติ การสะท้อนผลและการใช้ในบริบทจริง ซึ่ง Andersson และคณะ (2022) พบว่า การเรียนรู้ด้านจริยธรรมจะเกิดผลต่อพฤติกรรมจริงได้เมื่อมีการติดตามและสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง และ Schriger และคณะ (2024) พบว่า การนำโมเดล IMPACT ไปใช้จริงมีอุปสรรคด้านเวลาและการเข้าถึงข้อมูล ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างเต็มที่ในระยะสั้น นอกจากนี้ หากผู้เข้าร่วมมีคะแนนพื้นฐานสูงอยู่แล้ว (Ceiling effect) หรือแบบประเมินเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-assessment) ผลที่เปลี่ยนแปลงเล็กน้อยอาจไม่สะท้อนในเชิงสถิติ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้านของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการดีกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < 0.001$) สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบไม่แตกต่างกัน การที่คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุหลังการดำเนินโครงการดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนตาม NAMBOO Model ซึ่งเน้นการบูรณาการศาสนาอิสลาม วัฒนธรรม และกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น มีประสิทธิภาพในระดับชุมชนมุสลิม โดยเฉพาะองค์ประกอบ Offer (การให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ) และ Best Muslim (การสร้างความตระหนักต่อบทบาทมุสลิมที่ดี) ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างแกนนำกับผู้สูงอายุ และเสริมสร้างสุขภาวะทางใจ สอดคล้องกับ Hassan และคณะ (2021) ที่ชี้ว่าการพัฒนาผู้นำชุมชนบนฐาน

ศาสนาและวัฒนธรรมสามารถสร้างความไว้วางใจและแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุขในการดำรงชีวิตมากขึ้น

ผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอธิบายได้ตามองค์ประกอบหลักขององค์การอนามัยโลก (ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพจิต; ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าโครงการสามารถสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ความมั่นใจ และการมองโลกในแง่ดีได้มากขึ้น เกิดจากการได้รับการดูแล เอาใจใส่ และการมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นกับแกนนำชุมชนที่ผ่านการพัฒนาแล้ว สอดคล้องกับ สมศรี เจมะ และคณะ (2564) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการเยี่ยมเยียนและให้คำปรึกษาสามารถลดความเครียดและเพิ่มสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ 2) ด้านสุขภาพกาย; แม้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบแนวโน้มที่ดีขึ้น อาจเกิดจากระยะเวลาโครงการที่ยังไม่ยาวเพียงพอให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างชัดเจน หรือข้อจำกัดด้านสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับ Liu และคณะ (2022) ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการติดตามระยะยาวและการมีส่วนร่วมจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม; คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่อยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ที่มั่นคงกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนก่อนเริ่มโครงการอยู่แล้ว ซึ่งการดำเนินโครงการช่วยยกระดับความสัมพันธ์เชิงบวกไว้ ผลลัพธ์นี้ สอดคล้องกับ ศิริพร ทองอินทร์ และคณะ (2563) ที่รายงานว่าชุมชนที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมแน่นแฟ้นตั้งแต่ต้น การพัฒนาเพิ่มเติมมักไม่แสดงผลต่างอย่างชัดเจน 4) ด้านสิ่งแวดล้อม; คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความปลอดภัย สาธารณูปโภค และสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นปัจจัยโครงสร้างที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของโครงการ ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งอาจสะท้อนว่าปัจจัยดังกล่าวต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง รวมถึงมีอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก เช่น ภาวะเศรษฐกิจ ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม และระบบสังคมในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรออกแบบ กิจกรรมฝึกอบรมระยะยาวหรือมีการติดตามผล (Follow-up Program) เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2. จัดให้มีระบบพี่เลี้ยง (Mentoring system) และ การสะท้อนผลการทำงาน (Reflective practice) เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เชิงจริยธรรมในบริบทจริง
3. พัฒนาคู่มือหรือฐานข้อมูลเชิงหลักฐาน (Evidence-based toolkit) สำหรับแกนนำชุมชน เพื่อส่งเสริมการประยุกต์ใช้หลักฐานในงานสุขภาพชุมชน
4. จัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานท้องถิ่นและสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูล การติดตาม และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ
5. ส่งเสริมให้หน่วยงานท้องถิ่นนำ NAMBOO Model ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแกนนำชุมชนในเขตพื้นที่อื่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบอย่างการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น
6. จัดกิจกรรมฝึกอบรมต่อเนื่อง เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) และการเรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ เพื่อเสริมสมรรถนะในด้านที่ยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการประเมินผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อหรืออุปสรรคในการพัฒนาสมรรถนะด้านจริยธรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์
2. ศึกษาผลกระทบยาวของโครงการต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมผู้นำชุมชนและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
3. ศึกษาการประยุกต์ใช้ NAMBOO Model กับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น แกนนำเยาวชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อขยายผลและประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ปัญญาธร, ณัฐวรรณ ไชยมีเขียว , รวีวรรณ เผ่ากัณหา, และ จุฑารัตน เสาวพันธ์ (2024). การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 32(1), 1–12.
- บำรุง วงษ์นิ่ม (2565). การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอทุ่งหว้า. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(2), 54–67.
- ภานิ นิวา. (2564). คุณลักษณะภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อสมรรถนะการบริหารของผู้นำชุมชนท้องถิ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่*, 23(3), 92–105.

- ศิริพร ทองอินทร์, สุพัตรา แซ่ตั้ง, และชญาณิษฐ์ มุขอ. (2563). การพัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อ
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม. *วารสารสุขภาพชุมชนไทย*, 25(4), 205-220.
- สมศรี เจมะ, อาริณา หะยีตาเค๊ะ, และนุรไอนี คีอราแม. (2564). ผลของการมีส่วนร่วมของ
แกนนำชุมชนต่อสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ชายแดนใต้. *วารสารสุขภาพชุมชนไทย*,
26(2), 122-138.
- สมหมาย สาแม. (2564). ผลของการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 13(2), 33-45.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). *แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ*.
- สุนทร คงทองสังข์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมี
ส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 8(2), 457-464.
- สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล. (2541). *แบบวัดคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบคุณภาพชีวิต. กรม
สุขภาพจิต*.
- Andersson, H., et al. (2022). Ethics education to support ethical competence learning in
healthcare professionals: A literature review. *BMC Medical Ethics*.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*.
Prentice-Hall.
- Chanarin, Y., Krongyuth, S., Kumpiriyapong, N., Boonchuwong, O., & Chaisongmuang, P.
(2024). *Factors influencing the competency of village health volunteers in
caring for community-dwelling older adults living with chronic
illnesses*. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 34(2), 125-137.
- Chitmanasak, N. (2023). Development model of health leaders for the elderly. *Journal of
Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences*, 6(4), 2177-2199.
- Durongritichai, V. (2025). Personal factors and elderly leadership competencies predicting
well-being and self-reliance promotion for the elderly and their families in
the community. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 36(1), 130- 145.
- Hassan, N. A., Ahmad, R., & Salleh, M. (2021). Community leadership empowerment in
Islamic context for elderly well-being. *Journal of Community Health
Development*, 12(3), 45-59.
- Jitdorn, J., Somprasert, C., & Hickman, R. Jr. (2024). Participatory action research for
developing a wellness-promoting model for community-dwelling older
adults in Thailand. *The Journal of Behavioral Science*, 19(1), 33-50.

- Kangovi, S., et al. (2020). Evidence-based community health worker program (IMPACT): Randomized trial and ROI analysis. *Journal of General Internal Medicine*.
- Kuo, C.-P., et al. (2021). Community health nursing competency and psychological/organizational empowerment. *Journal of Nursing Research*.
- Liu, Y., Zhang, L., & Wong, S. (2022). Competency-based training for community leaders in elderly care: A participatory approach. *International Journal of Health Promotion*, 38(2), 110–125.
- Meemon, N., & Paek, S. C. (2020). Older adults living alone in Thailand: Socioeconomic inequality and its relation to unmet health needs. *Asia-Pacific Social Science Review*, 20(4), 17–31.
- Ratmanee, Y., & Tongkumchum, P. (2024). Socio-demographic determinants of the quality of life among Thailand's aging population. *Journal of Social Sciences*, 22(2), 85–102.
- Schriger, S. H., et al. (2024). Barriers and facilitators to implementing an evidence-based community health worker model (IMPACT): A qualitative study. *JAMA Health Forum*.
- Siriintawong, S. (2025). Living alone in old age: Social change and self-care among Thai elders. *Journal of Social Sciences*, 43(1), 33–52
- Suk-erb, W. (2025). Hope and loneliness as predictors of quality of life among rural older adults in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(8), 1189.
- United Nations. (2020). *World population ageing 2020. highlights*. <https://www.un.org/development/desa/pd/>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.
- the community. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 36(1), 130- 145.