



การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

Development of Health Promotion Model in the Social-Bound Elderly by Community
participation in Ubonratchathani Province

พรรณงาม วรรณพฤกษ์¹, จารวี คณิตาภักษ์², ณัฏชา ตระการจันทร์^{3*}

Panngam Wannapuek¹, Jarawee Kanedtapilux², Natcha Trakarnjan^{3*}

^{1,2,3} อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

^{1,2,3} Instructor nurse, Faculty of Nursing, Ubonratchathani Rajabhat University Ubonratchathani province
34000.

Corresponding author: E-mail: natcha.t@ubru.ac.th

Received: 26 June 2025 Revised: 2 December 2025 Accepted: 8 December 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบและวิธีการ : การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยการสัมภาษณ์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบกิจกรรมและความพึงพอใจรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มเป้าหมาย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 90 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 24 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนานำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน (Min, Max)

**MKHJ****วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม****Mahasarakham Hospital Journal**

ผลการศึกษา : ระยะที่ 1 พบว่าปัญหาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพแต่ขาดการตรวจสุขภาพ ชุมชนไม่มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน การจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแนวทางตามความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพ มีปฏิทินในการจัดกิจกรรม โดยมีผู้นำชุมชนและ อสม. เป็นผู้นำในการทำกิจกรรม ระยะที่ 3 นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีองค์ประกอบคือ สร้างจิตสำนึก ไม่ต้องยึดติดเวลา โดยการจัดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม มีกิจกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 4 หลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปฏิบัติเป็นประจำ คุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.20 และความพึงพอใจของการใช้รูปแบบระดับมากที่สุด (Mean = 4.69, SD = 0.42)

สรุปผลการศึกษา : การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม



ABSTRACT

Objective : This study aimed to develop and evaluate a health promotion model for socially engaged older adults through community participation in Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province.

Methods : This study employed a research and development (R&D) design consisting of four phases as follows: Phase 1: Studying the current situation, problems, and guidelines for health promotion among socially engaged older adults. Data were collected through interviews and participatory learning with relevant stakeholders, along with quantitative data collection on the quality of life and health behaviors of older adults. Phase 2: Developing a health promotion model through focus group discussions with socially engaged older adults. Phase 3: Implementing the developed model with socially engaged older adults in Kham Yai Subdistrict, Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province. The model consisted of four aspects of health promotion: physical, mental, social, and environmental health. Phase 4: Evaluating the effectiveness and satisfaction of the developed health promotion model among socially engaged older adults. For quantitative data, the target group consisted of 90 socially engaged older adults. For qualitative data, 24 participants were included, comprising socially engaged older adults, community leaders, village health volunteers (VHVs), and officers responsible for elderly care from subdistrict health-promoting hospitals and subdistrict administrative organizations. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data—covering general information, quality of life, health behaviors, and satisfaction—were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, standard deviation, and median (Min, Max).

Result : Phase 1: The study found that the main problems in health promotion among socially engaged older adults included that although most older adults had knowledge about self-health care, they did not undergo regular health check-ups. The community lacked clear guidelines for elderly health promotion, and the health services provided by subdistrict health-promoting hospitals were not fully aligned with the community's needs. Phase 2: The health promotion model for socially engaged older adults was developed through community participation in identifying needs and setting health promotion guidelines. A health promotion activity calendar was created, and community leaders together with village health volunteers



(VHVs) served as key facilitators in organizing and leading activities. Phase 3: The developed model was implemented with socially engaged older adults in Kham Yai Subdistrict, Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province. The model emphasized raising awareness and promoting flexibility in participation, consisting of four key aspects of health promotion: physical, mental, social, and environmental health. Phase 4: After implementing the developed health promotion model, older adults demonstrated regular health-promoting behaviors. Their overall quality of life was at a good level (88.20%), and their satisfaction with the model was at the highest level (Mean = 4.69, SD = 0.42).

Conclusion : The development of a community-participatory health promotion model in the social-bound elderly significantly contributed to consistent and sustainable health promotion. This approach led to improved health behaviors and enhanced quality of life among participants.

Keywords : Health promotion, community participation, social-bound elderly



บทนำ

สถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้สูงอายุในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.86 ของประชากรทั้งหมด และเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2565⁽¹⁾ เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.08 ในปี 2566 และเพิ่มเป็นร้อยละ 20.94 ในปี 2567⁽²⁾ แบ่งประเภทผู้สูงอายุประเมินได้จากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พิกการหรือทุพพลภาพ 2) กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 3) กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ และเป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดีไม่มีโรคเรื้อรัง หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรคที่ยังควบคุมโรคได้ จากผลการสำรวจปี 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุติดสังคมจำนวนมาก ร้อยละ 96.90 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 1.80 และผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.30⁽³⁾ จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรทั้งหมด 1,868,794 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 318,987 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 ซึ่งมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 5 ของประเทศ และมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 25.18⁽¹⁾ ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 3,818 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.25 ของประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 3,429 คน ซึ่งเป็นสัดส่วนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89.81 และจากการสำรวจของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุหลายรายไม่มารับการรักษาตามนัด ขาดการดูแล และมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม

ส่วนในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีการดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพ และให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย แต่ยังขาดการจัดการส่งเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ การดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มนี้ จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งดูแลมิให้เกิดความเสื่อมหรือเกิดภาวะพึ่งพิง⁽⁴⁾ เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้มีผลกระทบต่อการสมรรถนะร่างกาย และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และมีศักยภาพที่สามารถพึ่งพาตนเองได้เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์กันในสังคม และส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และ



ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี⁽⁵⁾ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ การดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มนี้ จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ เพื่อให้คงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งดูแลมิให้เกิดความเสื่อมหรือเกิดภาวะพึ่งพิง⁽⁴⁾ มีการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการมีสมาชิกภาพในกลุ่มเครือข่ายสังคมส่งผลด้านบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถนะทางกายที่ดีขึ้น การเข้าสังคมทำให้อารมณ์แจ่มใส ไม่หมกมุ่นหรือซึมเศร้า และคงการรับรู้ ไม่หลงลืมง่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น⁽⁴⁾ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น ชุมชนต้องเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้นำทุกอย่าง โดยชุมชนดำเนินการเองและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น ใช้กลยุทธ์สร้างจิตสำนึก ให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหาและระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนของตน โดยชุมชนเป็นเจ้าของแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนองค์กรทุกภาคส่วนร่วมมือกัน⁽⁶⁾

จากปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งพบว่าย่างขาดการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเตรียมพร้อมชุมชนในการเข้าสู่สังคมสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ให้มีสุขภาวะที่ดี สามารถช่วยเหลือและพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี



รูปแบบและวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดในการศึกษา ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการจัดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสัมภาษณ์ การแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วมโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการจัดอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในตำบล ขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จัดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย จัดกิจกรรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน โดยเน้นที่ตัวผู้สูงอายุในการเลือกรูปแบบการออกกำลังกายด้วยตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเหมาะสมกับโรค โดยใช้หลัก 3 อ 2 ส 1 พ 2) ด้านจิตใจ ทำกิจกรรม SKT 3) ด้านสังคม มีกิจกรรมบันเทิงสันทนาการให้ผู้สูงอายุ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบกิจกรรมและความพึงพอใจรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

กลุ่มเป้าหมาย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.30 Power of test = 0.80 ได้ตัวอย่าง 82 คน และคำนวณเพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างเป็น 90 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ คัดเข้าโดยการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 90 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 24 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมู่บ้านละ 2 คน จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชน 5 หมู่บ้าน จำนวน 5 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5 คน และผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL ≥ 12 คะแนน)



3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็น และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (ADL 0-11 คะแนน) 2) มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือ เสียชีวิต และ 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และนำเครื่องมือไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยคิดตามรงค์ โคตรทอง⁽⁸⁾ ความสอดคล้องตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 มีจำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันในช่วง 6 เดือน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ให้คะแนนเท่ากับ 3 ปฏิบัติบ้างเป็นครั้งคราว หรือนาน ๆ ครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 2 ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนนเท่ากับ 1

การแปลความหมายระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดยสุวัฒน์ มหัตถินันตร์กุล และคณะ⁽⁹⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัยและอัตวิสัย ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 และ 11 แต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ



การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) เครื่องมือที่เป็นกระบวนการวิจัย ได้แก่ การประชุม และการถอดบทเรียน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ได้นำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ = 0.82 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด (Min, Max) และค่ามัธยฐาน

การพิทักษ์สิทธิทางจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองการดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัย HE671019 วันที่ 14 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 สภาพปัญหา คือ ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพแต่ขาดการตรวจสุขภาพ ชุมชนไม่มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน การจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุอยู่ในช่วง 60 - 89 ปี จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันโดยรวม ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีการปฏิบัติอย่างเป็นประจำ (Mean = 2.83, SD = 5.66) และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Max = 116, Min = 61, Mean = 92.22, SD = 8.29) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.60 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.70 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.20



ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี มีการประชุมคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ หลังได้พื้นที่นำร่องจัดประชุมคณะทำงานวางแผนการดำเนินงาน กำหนดแนวทางตามความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพ มีปฏิทินในการจัดกิจกรรม โดยมีผู้นำชุมชนและอสม.เป็นผู้นำในการทำกิจกรรม

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีองค์ประกอบคือ สร้างจิตสำนึก ไม่ต้องยึดติดเวลา โดยการจัดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย จัดกิจกรรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน โดยเน้นที่ตัวผู้สูงอายุในการเลือกรูปแบบการออกกำลังกายด้วยตนเอง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเลือก ได้แก่ บาสโลบ ตารางเก้าช่อง และการเดิน ซึ่งต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นานอย่างน้อย 30 นาที โดยออกกำลังกายเหนื่อยในระดับที่ยังสามารถพูดเป็นคำได้ ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ และให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเหมาะสมกับโรค โดยใช้หลัก 3 อ 2 ส 1 พ โดย 3 อ คือ อาหาร อารมณ์ดี ออกกำลังกาย 2 ส คือ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และ 1 พ คือ รักษาฟันให้สะอาด โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และผู้นำชุมชนเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรม

2.2 ด้านจิตใจ ทำกิจกรรม SKT และผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มจัดกิจกรรมทางศาสนา พาลูกหลานไปทำบุญ ฟังธรรมที่วัดตามที่อยู่อาศัย

2.3 ด้านสังคม มีกิจกรรมบันเทิงสนทนาการให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกัน และกิจกรรมร้องเพลง มีการนัดผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ที่ศาลาเอนกประสงค์ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และผู้นำชุมชนเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรม

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ และให้ทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาด อยู่ในที่อากาศถ่ายเทดี และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมไปใช้จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้ พฤติกรรมด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการรักษาความสะอาดของร่างกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการปฏิบัติเป็นประจำ พฤติกรรมด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีจิตใจเมตตา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส มองโลกในแง่ดี มีการปฏิบัติเป็นประจำ พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีการนัดหมายรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม โดยมีผู้นำชุมชนและอสม. เป็นผู้นำในการทำกิจกรรม มีการสังสรรค์ทุกสัปดาห์ มีการปฏิบัติเป็นประจำ และพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุได้อยู่ในบริเวณอากาศสดชื่นถ่ายเทสะดวก มีการทำความสะอาดบ้านเรือนที่อยู่อาศัย เก็บของใช้เป็นระเบียบ มีชีวิตอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีการปฏิบัติเป็นประจำ



จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.70 (Max = 118, Min = 60, Mean = 90.70, SD = 14.42) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.50 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.80 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.60 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.90 หลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.20 (Max = 120, Min = 79, Mean = 104.44, SD = 9.36) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.90 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.80 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.30 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n = 34)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต, จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านร่างกาย			
- ก่อนการพัฒนา (Max = 35, Min = 17, Mean = 24.05, SD = 3.93)	0	26 (76.50)	8 (23.50)
- หลังการพัฒนา (Max = 33, Min = 19, Mean = 26.08, SD = 2.94)	0	18 (52.90)	16 (47.10)
ด้านจิตใจ			
- ก่อนการพัฒนา (Max = 30, Min = 16, Mean = 22.17, SD = 3.96)	0	20 (58.80)	14 (41.20)
- หลังการพัฒนา (Max = 29, Min = 19, Mean = 23.47, SD = 2.31)	0	14 (41.20)	20 (58.80)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม			
- ก่อนการพัฒนา (Max = 14, Min = 6, Mean = 9.79, SD = 1.88)	5 (14.70)	24 (70.60)	5 (14.70)
- หลังการพัฒนา (Max = 15, Min = 10, Mean = 13.05, SD = 1.41)	0	5 (14.70)	29 (85.30)



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต, จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม			
- ก่อนการพัฒนา (Max = 40, Min = 20, Mean = 29.20, SD = 5.99)	0	18 (52.90)	16 (47.10)
- หลังการพัฒนา (Max = 15, Min = 10, Mean = 13.05, SD = 1.41)	0	3 (8.80)	31 (91.20)
คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม			
- ก่อนการพัฒนา (Max = 118, Min = 60, Mean = 90.70, SD = 14.42)	1 (2.90)	22 (64.70)	11 (32.40)
- หลังการพัฒนา (Max = 120, Min = 79, Mean = 104.44, SD = 9.36)	0	4 (11.80)	30 (88.20)

ประเมินความพึงพอใจการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีผลการประเมินด้านกระบวนการ ความเหมาะสมของสถานที่ คะแนนความพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.91, SD = 0.28) ด้านการอำนวยความสะดวก ความเอาใจใส่ของผู้จัดโครงการ (Mean = 4.82, SD = 0.38) ด้านคุณภาพประโยชน์ที่ได้รับ ได้รับความรู้และมีความเข้าใจในกิจกรรมที่ฝึกอบรม (Mean = 4.85, SD = 0.35) ความพึงพอใจภาพรวม คะแนนความพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.69, SD = 0.42) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความพึงพอใจการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 34)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	การแปลผล
การประชาสัมพันธ์โครงการ	4.55	0.50	มากที่สุด
ความเหมาะสมของสถานที่	4.91	0.28	มากที่สุด
ความเหมาะสมของระยะเวลา	4.58	0.49	มากที่สุด
ความรู้ความสามารถของคณะวิทยากร	4.85	0.35	มากที่สุด
เอกสารประกอบการฝึกอบรม	4.55	0.50	มากที่สุด
วัสดุอุปกรณ์ในการฝึกอบรม	4.55	0.50	มากที่สุด
การเอาใจใส่ของผู้จัดโครงการ	4.82	0.38	มากที่สุด
ได้รับความรู้และมีความเข้าใจในกิจกรรมที่ฝึกอบรม	4.85	0.35	มากที่สุด
สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ไปใช้ได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง	4.50	0.50	มากที่สุด
สิ่งที่ท่านได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้ตรงตามความคาดหวังของท่าน	4.82	0.38	มากที่สุด
ภาพรวม	4.69	0.42	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. สภาพปัญหาและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ก่อนการพัฒนาพบว่า ชุมชนไม่มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน การจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน การประเมินผลกิจกรรมหลังจากจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมให้ทุกคนได้มีการพูด การฟัง การแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ปัญหา และการค้นหาปัญหา ทำให้วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาได้ เกิดการวางแผนแก้ปัญหาตามความต้องการของตนเอง การออกกำลังกาย ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมมีการทำกิจกรรมและสนทนาร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คิณรงค์ โคตรทอง⁽⁸⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ สนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการสร้างสุขภาพ ชุมชนไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และไม่มีการสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุ การจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน โดยการพัฒนาการส่งเสริม



สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถแก้ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุมักปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นประจำ หลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ คิตณรงค์ โคตรทอง⁽⁸⁾ ที่พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีการออกแบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง ทั้งการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และต้องการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศตวรรษ ศรีพรหม วรรณภา อินตะราชา และวรุณสิริ ทางทอง⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามแผนสุขภาพดี Wellness Plan ครอบคลุมความเสี่ยง หลังการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)⁽¹¹⁾

3. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.70 (Max = 118, Min = 60, Mean = 90.70, SD = 14.42) หลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.20 (Max = 120, Min = 79, Mean = 104.44, SD = 9.36) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการมีสมาชิกภาพในกลุ่ม เครือข่ายสังคม ส่งผลด้านบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถนะทางกายดีขึ้น การเข้าถึงคน ทำให้อารมณ์แจ่มใส ไม่หมกมุ่นหรือซึมเศร้า และคงการรับรู้ ไม่หลงลืมง่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ คิตณรงค์ โคตรทอง⁽⁸⁾ และงานของ Jitdorn, Somprasert และ Hickman⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และมีศักยภาพที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ป้องกันภาวะพึ่งพิง⁽⁵⁾



4. ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี หลังการดำเนินโครงการเสร็จสิ้น ประเมินความพึงพอใจการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีผลการประเมินความพึงพอใจภาพรวม คะแนนความพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.69, SD = 0.42)

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรเน้นแนวทางการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเฉพาะผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ และมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง การใช้การมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้เกิดความสำเร็จและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ของ ศรายุทธ ชูสุทน และคณะ พบว่าการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทำให้การดำเนินงานพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ กิจกรรมที่เน้นชุมชนเป็นฐานและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ส่งผลให้เกิดรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ของ ถิรวัฒน์ ลาประวัตติ และสมัย ลาประวัตติ⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ 3) ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุน 5) มีทุนทางสังคม 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย สอดคล้องกับ Jitdorn, Somprasert และ Hickman⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนา รูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความยั่งยืนของการดำเนินงานในชุมชน ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม ไปจนถึงการประเมินผล ช่วยสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุขยังมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพให้ต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะองค์รวมที่ดีขึ้นทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำชุมชน การเรียนรู้ร่วมกัน การสนับสนุนจากหน่วยงาน และความเหมาะสมกับบริบท ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จมี 4 ด้านหลัก



ได้แก่ 1. มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2. ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุน และ 4. การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

นอกจากนี้ การที่ชุมชนมีองค์กรและคณะกรรมการที่เป็นทางการ เช่น คณะกรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสาธารณะและกิจกรรมสุขภาพของชุมชนมาก่อน เป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีความเข้าใจในบทบาทของตนเองและสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ด้านบริบทพื้นที่ การศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะในตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมือง จึงอาจไม่สามารถนำผลลัพธ์ไปใช้ในพื้นที่ชนบทที่มีความแตกต่างด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

2. ด้านกลไกความร่วมมือภาคีเครือข่าย ความสำเร็จของรูปแบบขึ้นอยู่กับความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละตำบล บางพื้นที่อาจไม่มีเจ้าภาพหลักที่ชัดเจนในการประสานงาน ส่งผลให้รูปแบบอาจมีประสิทธิผลต่างกันในแต่ละบริบท

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด; 2566.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2568].
เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2567].
เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาประชากร/ประชากรผู้สูงอายุ/2564/summary_exclusive_64.pdf.



4. ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไฟศาล.รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคม ผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(2):226-238.
5. อัจฉรา ปุราคม. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: เพชรเกษมพรินต์ติ้ง กรุป จำกัด; 2558.
6. สักวาฬ จางโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอบึง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(2):165-183.
7. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. Participation place in rural development: Seeking clarity through specificity, world development. New York: Cornell University; 1980.
8. คิณธรงค์ โคตรทอง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านยางเทิง ตำบลไทรน้อย อำเภอบึงฉลวย จังหวัดอุบลราชธานี [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
9. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
10. ศตวรรษ ศรีพรหม, วรรณภา อินตะราชา และวรรณสิริ ทางทอง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;8(1):378-391.
11. ศุภณัฏฐ์ สุรภักดิ์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอนันทบุรี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2559-2560;1(1):29-37.
12. ศรายุทธ ชูสุทนต์, พัดชา ทิพย์วัฒนกุล และสมัทนา กลางคาร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2565;7(1):40-56.
13. เกษแก้ว เสียงเพรา, นิศารัตน์ อุตตะมะ, ประภาศิต ทอนช่วย และสายฝน ผุดผ่อง. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบองค์รวมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทของจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2561;48(2):113-126.

**MKHJ****วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม****Mahasarakham Hospital Journal**

14. ถิรวัฒน์ ลาประวัตติ และสมัย ลาประวัตติ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(1):156-170.
15. Jitdorn J, Somprasert C, Hickman R. Participatory action research for developing a wellness-promoting model for community-dwelling older adults in Thailand. J Behav Sci. 2024;19(1):33–50.