

Received: 18 Jul 2025, Revised: 4 Aug 2025

Accepted: 8 Aug 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในตำบลนาแก อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดยโสธร

สุดาวรรณ ทำทอง¹ คมสันต์ ธงชัย^{2*} วิลาวัลย์ ชาดา²

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ในตำบลนาแก อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดยโสธร ดำเนินการวิจัยใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน (PAOR) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตประเมินผล และการสะท้อนผล ในกลุ่มเป้าหมายพัฒนาแบบมี 3 ภาคส่วน คือ ภาคการเมือง 11 คน ภาคประชาชน 24 คน และภาควิชาการ 11 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 32 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงกรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ทำให้ผู้สูงอายุที่พึงประสงค์มีความรู้เพิ่มขึ้นระดับมาก ร้อยละ 81.25 (Mean diff= 5.09, 95%CI 4.36-5.83) ทศคนคิดต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้นระดับสูง ร้อยละ 100 (Mean diff= 10.93, 95%CI 9.90- 11.97) ระดับการปฏิบัติเพิ่มขึ้นระดับสูง ร้อยละ 100 (Mean diff= 11.22, 95%CI 11.02- 12.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วยการทำงานร่วมกันจัดทำแผน การออกแบบกิจกรรมด้วยการมีส่วนร่วมชุมชน การทำกิจกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องบริบทของชุมชน และนำไปปฏิบัติใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์มากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 85.55 สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาแบบ NAKAE คือ การมีภาคีเครือข่าย มีกิจกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ การให้ความรู้ การยอมรับจากชุมชนและชุมชนแห่งการเรียนรู้

การวิจัยนี้เน้นภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน การส่งเสริมให้ความรู้และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในผู้สูงอายุ ใช้การสื่อสารสาธารณะโดยผู้นำชุมชน และให้ภาคีเครือข่ายพื้นที่ร่วมกันจัดทำแผน ทำกิจกรรมและติดตามผลที่เหมาะสมในพื้นที่ ข้อเสนอแนะควรมีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาแก เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่พึงประสงค์, จังหวัดยโสธร

¹นักศึกษาลัทธิสุทธาสถาธรรมมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

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

Original Article

The development of promoting an elderly model for desirable health in Na Kae Subdistrict, Kham Khuean Kao District, Yasothon Province

Sudawan thomtong¹ Comsun Thongchai^{2*} Wilawun Chada²

Abstract

This study aimed to develop a desirable operational model for promoting the health of the elderly with an action research process, including participation from the elderly in Na Kae Subdistrict, Kham Khuean Kao District, Yasothon Province. The research was conducted using the four-step action research (PAOR) concept based on the concept of Kemmis and McTaggart: planning, implementation, observation, evaluation, and reflection. Three target groups, 11 people from the political sector, 24 people from the public sector, 11 people from the academic sector, and a sample of 32 elderly people. Research period March to July 2024. Quantitative data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation. And inferential statistics such as the Paired samples t-test.

The results of the study development results found that Elderly people who desire knowledge have increased to a high level, 81.25 percent (Mean diff= 5.09, 95%CI 4.36-5.83), Attitudes towards development increased to a high level of 100 percent (Mean diff= 10.93, 95%CI 9.90- 11.97), The level of practice has increased to a high level of 100 percent (Mean diff= 11.22, 95%CI 11.02- 12.81). The results of post-operation data analysis showed a statistically significant increase at the 0.001 level. The research process consists of developing a plan, designing activities with community participation, conducting activities that are appropriate and consistent with the community context, and implementing them among the elderly. After implementing the desired behavior of the elderly in 8 areas, accounting for 85.55 percent. The success factors of NAKAE model development are networking, health activities for the elderly, knowledge provision, acceptance from the community, and learning communities.

This research focuses on partners in 3 sectors and the promotion of knowledge and the ability to practice for oneself of the elderly. Use public communication by community leaders to promote and have local networks jointly develop plans, carry out activities, and monitor results appropriate to the area. It is suggested that a school for the elderly should be established in the Na Kae Subdistrict community to facilitate the exchange of knowledge and practices so that the elderly can continue to have good health.

Keywords: The health promotion model, Desirable elderly, Yasothon Province

¹Master of Public Health students, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani.

² Assistant Professor. Department of Public Health, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani.

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

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบแล้ว (complete Aged Society) ในปี 2565 และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 32.14 ของประชากรทั้งประเทศ จะทำให้กลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super aged society)¹ การตั้งรับความเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะมาถึงจึงเป็นเรื่องสำคัญเพื่อรับมือกับสังคมสูงอายุนอนาคต ซึ่งโครงสร้างทางอายุของประชากรในวัยต่างๆ จำแนกประชากรเป็นกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม คือ ประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในปี พ.ศ.2565 – พ.ศ.2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² โดยปี พ.ศ. 2566 จำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ร้อยละ 20.08 และปี พ.ศ.2567 ร้อยละ 20.70³ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 0.6-1.0 ต่อปี ดังนั้น การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย คาดประมาณการงบประมาณสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี⁴

การสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 8 ด้านของผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า 1) มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 29.49 2) กินผักและผลไม้ ร้อยละ 31.45 3) ดื่มน้ำเปล่า ร้อยละ 18.63 4) สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.71 5) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.90 6) มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 16.69 7) มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ ร้อยละ 21.79 และ 8) การดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 17.27¹ สำหรับการคัดกรองประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุจากโปรแกรมสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพที่ 10 จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองความสามารถการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุทั้งหมด 717,570 คน ได้รับการคัดกรอง 40,081 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.59 พบว่าไม่ผ่านการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวม จำนวน 21,390 คิดเป็นร้อยละ 53.37 ของผู้คัดกรองทั้งหมด⁵ สำหรับในจังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี พบว่า จำนวนผู้สูงอายุระหว่างปี 2565- 2567 มีจำนวน 98,621 101,412 และ 101,725 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 18.49 19.08 และ 19.14 ตามลำดับของประชากรทั้งหมด และจังหวัดยโสธรได้ดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ ในการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่าปี 2566 พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 39.96 24.2 1.7 1.63 และ 0.88 ตามลำดับและมีภาวะพลัดตกหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 3.12⁶

สำหรับพื้นที่ตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร ในปี 2566 ได้มีการดำเนินโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และได้คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 8 ด้านตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์⁷ จำนวน 385 คน พบว่า 1) มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 40.19 2) กินผักและผลไม้ ร้อยละ 38.22 3) ดื่มน้ำเปล่า ร้อยละ 23.63 4) สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.45 5) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 3.15 6) มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 20.62 7) มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ ร้อยละ 33.84 และ 8) มีการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 39.62 สรุปในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านการประเมินการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 66.23 ของผู้สูงอายุที่คัดกรองทั้งหมด และผลการประเมิน/คัดกรองและพบความเสี่ยงป่วยตาม Geriatric Syndrome พบว่า มีปัญหาสุขภาพ คือ ภาวะหกล้ม เข้าเสื่อม และสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 8.65 6.73 และ 6.45 ตามลำดับ และผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังพบว่ามีโรคประจำตัวหลายโรค โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้⁸

ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ในตำบลนาแก จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ โดยในปี 2566 พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้มีการดำเนินงานและได้มีการประเมินภาวะผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ ร้อยละ 66.23⁹ รวมถึงการจัดให้มีชมรมผู้สูงอายุตำบลนาแก พบว่า มีกิจกรรมไม่หลากหลาย การเข้าร่วมกิจกรรมไม่ต่อเนื่องและไม่มีการบูรณาการจากหลายภาคส่วน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจและดูแลสุขภาพตนเองตามสภาพของครอบครัว⁸ และปัญหาเฉพาะด้านในผู้สูงอายุ พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านร่างกายส่วนใหญ่ขาดการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่ต่อเนื่อง ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ และรักษาความสะอาดของร่างกายเท่าที่จำเป็น ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญตามงานประเพณี เนื่องจากไม่มีลูกหลานดูแล จึงมีโอกาเข้าวัดมาก ด้านสังคมโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งไม่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุ และไม่เข้าใจในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร⁹ ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ของผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน ด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน มีผลทำให้ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ของผู้สูงอายุดีขึ้น เข้าใจปัญหาและสามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง¹⁰ และการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จะทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งองค์ประกอบทางด้านอื่นๆ เช่น การดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุ จำเป็นต้องทำการศึกษาแบบประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมนั้น ๆ¹¹

จากการทบทวนสภาพปัญหาและศึกษาข้อมูลดังกล่าว ในระดับเขตสุขภาพและในพื้นที่ตำบลนาแกโดยมีความสอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ของผู้สูงอายุด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ของผู้สูงอายุและใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ในตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร และเพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ในตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร ให้พื้นที่ตำบลนาแกมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพที่ดีและเหมาะสม ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพและสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึ่งประสงค์ได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ในตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตามกระบวนการ PAOR ของ Kemmis, & McTaggart¹² ประกอบด้วยร่วมกันวางแผน (Planning) ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ร่วมกันสังเกตผล (Observation) และร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ซึ่งการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ (2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบ และ (3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร ตั้งแต่เดือน มีนาคม – กรกฎาคม 2567

ประชากรศึกษาเป็นผู้สูงอายุทั้งหมดในฐานข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแกในปี 2567 จำนวน 645 คน⁹ และตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) กลุ่มเป้าหมายการพัฒนาแบบ ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันและผู้ใหญ่บ้าน 7 หมู่บ้าน รวมจำนวน 11 คน ภาคประชาชน เป็นตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 16 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 คน รวมจำนวน 24 คน และภาควิชาการ เป็นนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ 2 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำชะอี 2 คนและ อสม.Care Giver 5 คน รวมจำนวน 11 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 46 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) สำหรับภาคการเมือง เป็นผู้นำชุมชนที่ปฏิบัติหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบลนาแกและผู้นำชุมชนในพื้นที่ตำบลนาแก และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาแกอย่างน้อย 1 ปี ภาคประชาชนเป็นตัวแทนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาแกอย่างน้อย 1 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ทำงาน อสม.มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ภาควิชาการ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติการเกี่ยวข้องกับแผนงานนโยบายและกิจกรรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำชะอี อย่างน้อย 1 ปี สำหรับ Care Giver ด้านการดูแลและบริบาลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ปี และทั้ง 3 ภาคส่วนต้องสามารถสื่อสารภาษาไทยได้และภาษาถิ่นได้อย่างเข้าใจ และมีความพร้อมที่สามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย และป่วยจากโรคติดต่อติดเชื้อที่เป็นอันตรายหรือเข้ารับการรักษาตัวที่เป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมในระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุจำนวน 32 คน เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลบริบทและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาซึ่งการคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen¹³ ในกรณีที่ทราบประชากรและใช้ค่าสัดส่วนจากสูตร ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

กำหนดให้ = จำนวนขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

N = จำนวนขนาดประชากร เป็นผู้สูงอายุในตำบลนาแก เท่ากับ 645 คน

= Confidence coefficient คือคะแนนมาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด () เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของประชากร ได้จากงานวิจัยของชญาณิศ เขียวสดและคณะ¹⁰ ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ร้อยละของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 27 ดังนั้น ค่าสัดส่วนจึงเท่ากับ 0.27

$$\alpha = \alpha - \text{error} \text{ โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น } 95\% \text{ เมื่อ } \alpha = 0.05$$

$$e = \text{ค่าความแม่นยำของการประมาณ กำหนดเท่ากับ } 0.05$$

แทนค่า

$$n = \frac{645 \times (1.96) \times (1.96) \times 0.27(1-0.27)}{(0.05)(0.05) \times (645-1) + (1.96)(1.96) \times (0.27)(1-0.27)}$$

$$= 31.7 \text{ คน}$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดจำนวนเท่ากับ 32 คน

ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มผู้สูงอายุ ประเภทติดสังคม จำนวน 32 คน โดยมีการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อของผู้สูงอายุติดสังคมในตำบลนาแก จำนวนทั้งหมด 645 คน และทำการจับฉลาก แบบจับไม่ใส่คืน ได้จำนวน 32 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้สูงอายุประเภทติดสังคมและอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปีในตำบลนาแก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และภาษาถิ่นได้อย่างเข้าใจ และมีความพร้อมที่สามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย และป่วยจากโรคติดต่อติดเชื้อที่เป็นอันตรายหรือเข้ารับการรักษาตัวที่เป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมในระหว่างการศึกษาโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง ประชาชนที่อ่านหนังสือออกและสามารถเขียนภาษาไทยได้ ที่อาศัยในอำเภอขามเือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย และป่วยจากโรคติดต่อติดเชื้อที่เป็นอันตราย ในระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้

1.1) สำหรับการเก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย ตำแหน่งงานทางสังคมของท่าน ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วมมาก ให้ 3 คะแนน ระดับปานกลาง ให้ 2 คะแนน และระดับน้อยให้ 1 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนรายข้อแบ่ง 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน) ปานกลาง (1.67-2.33) และน้อย (1.00-1.66 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความคิดเห็นต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเห็นด้วยมาก ให้ 3 คะแนน ระดับปานกลางให้ 2 คะแนน และระดับเห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนรายข้อแบ่ง 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน) ปานกลาง (1.67-2.33) และน้อย (1.00-1.66 คะแนน)

1.2) สำหรับการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดให้ เลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย ตำแหน่งงานทางสังคมของท่าน ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 16 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นปลายปิด และคำตอบเป็นแบบเลือกตอบถูกกับผิด โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนนและตอบผิด ให้ 0 คะแนน และการแปลผลความรู้ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom¹⁵ คือ ความรู้ระดับมาก (8-10 คะแนน) ปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับน้อย (0-6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนรายข้อแบ่ง 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน) ปานกลาง (1.67-2.33) และน้อย (1.00-1.66 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบการวัดอันดับ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนรายข้อแบ่ง 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ระดับปฏิบัติดีมาก (1.34-2.00 คะแนน) ปานกลาง (0.67-1.33) และระดับปฏิบัติน้อย (0- 0.66 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ บุคคลที่มีความรู้ความสามารถเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ด้านประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านสถิติ และด้านการพัฒนาชุมชน จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item –Objective Congruence: IOC) โดยแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดมีค่า IOC แต่ละรายข้อตั้งแต่ 0.60-1.00 ทุกข้อ

สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามภายหลังการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกลางใหญ่ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นตำบลที่ตั้งจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบด้วยด้านการมีส่วนร่วมและด้านความคิดเห็น โดยใช้สูตรหาความเชื่อมั่นใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.75 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 ในด้านความรู้ใช้ค่าความเที่ยงของ Kr-20 (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.89 และด้านทัศนคติ และการปฏิบัติ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74 และ 0.78 ตามลำดับ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยกิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพในกลุ่มเป้าหมาย 3 ภาคส่วน โดยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความคิดเห็น โดยใช้เวลาประมาณ 10-20 นาทีต่อคน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ประมาณ 8-15 คน ใช้เวลา 45-60 นาทีและการระดมสมอง (brainstorming) ใช้เวลา 60-90 นาที เพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มเสนอต่อการวางแผน การออกแบบและการสะท้อนข้อมูลต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึง

ประสงค์ในตำบลนาแก จากนั้นประมวลผลและสรุปผลข้อมูลที่ได้จากนำมาตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ใช้วิธีการเปรียบเทียบด้านเนื้อหา วิธีการและข้อมูลบุคคล พร้อมทั้งศึกษาเอกสารประกอบ

การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ โดยนำรูปแบบไปตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องด้านความถูกต้องครอบคลุมเนื้อหา และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในกิจกรรม และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน PAOR ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 ทบทวนเนื้อหา นโยบาย แผนงานที่เกี่ยวข้องและเก็บข้อมูลบริบทและสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจาก 3 ภาคส่วนเรียกว่า กิจกรรมนักวิเคราะห์ชุมชน กิจกรรมที่ 2 เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ด้านความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ กิจกรรมที่ 3 แต่งตั้งคณะทำงานการพัฒนาแบบและจัดประชุมการดำเนินงาน กิจกรรมที่ 4 ร่วมออกแบบและวางแผนกิจกรรมรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจาก 3 ภาคส่วน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 จัด "เวทีแจ้งข่าว" ซึ่งแจ้งในชุมชน กิจกรรมที่ 6 อบรมแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ให้กับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 3 ภาคส่วน กิจกรรมที่ 7 อบรมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 8 ฝึกปฏิบัติการเพื่อทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ 8 ด้าน และกิจกรรมที่ 9 การสื่อสารสาธารณะ "เล่าสู่กันฟัง" ในครอบครัวและหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 การสังเกตผลและประเมินผล (Observation) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 10 นิเทศ ติดตามและประเมินผลหลังการใช้รูปแบบด้วยแบบสอบถามวัดด้านความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และประเมินผลด้านการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์กับกลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ

และขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) กิจกรรมที่ 11 การประชุมกลุ่มเพื่อสรุป สะท้อนผลและถอดบทเรียน และกิจกรรมที่ 12 จัดเวทีคืนสาร เพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชนนาแก

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบและเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบของกลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโศธร เอกสารรับรองลำดับ 6722/2567 เลขที่ HE 6722 วันที่รับรอง 31 มกราคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568 ข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น และเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.40 มีอายุระหว่าง 65-69 ปี อายุเฉลี่ย 66.83 ปี (SD = 3.02) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี อาชีพหลักส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 87.50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.88 จบการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 87.50 โดยมีรายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 6,000 บาท มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 19.93 (SD = 1.08) มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.75 มีประวัติการไปตรวจสุขภาพและต้องพบแพทย์ประจำ ร้อยละ 87.50 และทุกคนเคยร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในพื้นที่อย่างน้อยปีละครั้ง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายพัฒนาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.22 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 44.44 โดยอายุเฉลี่ย 59.49 ปี (SD = 4.62) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.44 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 อาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 60.00 ส่วนมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 68.89 โดยมีรายได้ต่ำสุด 1000 บาท รายได้สูงสุด 56,000 บาท มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.23 (SD = 2.08) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ในชุมชน ร้อยละ 88.87 ซึ่งเป็นกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.56 มีประวัติการไปตรวจสุขภาพและต้องพบแพทย์ประจำ ร้อยละ 60 และทุกคนเคยร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในพื้นที่

การศึกษาบริบทและสถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ตำบลนาแก มีประชากรทั้งหมด 2,435 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 645 คน คิดเป็นร้อยละ 26.47 ซึ่งเป็นตำบลที่มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอคำชะโนด โดยโรคที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในพื้นที่เรียง 5 ลำดับแรก คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกและข้อ ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคปอด ข้อมูลศึกษาสถานการณ์ดำเนินงานในด้านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา ประกอบด้วยการมีชมรมผู้สูงอายุตำบลนาแก แต่ยังคงพบว่าประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ยังน้อย อาทิ กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย ยังไม่เข้าใจ มีบ้างที่ปฏิบัติตาม ชมรมขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนงาน และกิจกรรมด้านสุขภาพของชมรมยังไม่หลากหลายและไม่ต่อเนื่อง จึงส่งผลถึงการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควร ส่วนการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการประชุมกลุ่มในภูมิภาควิชาการ พบว่า เจ้าหน้าที่ยังเป็นการดำเนินงานที่พึ่งความรู้เฉพาะด้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรไม่เพียงพอ การจัดกิจกรรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ครบถ้วนและไม่ทั่วถึงในกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละครอบครัว เจ้าหน้าที่ยังมีภาระหน้าที่งานประจำมากทำให้การส่งเสริมสุขภาพไม่ต่อเนื่อง ซึ่งมุ่งแต่การรักษาโรคผู้สูงอายุมีจำนวนมากในแต่ละวัน ข้อมูลจากกลุ่มภาคการเมือง พบว่า ยังไม่ได้ให้การสนับสนุนเท่าที่ควร โดยเฉพาะงบประมาณและยังไม่ทราบปัญหาที่ตรงเป้าหมายการแก้ไข ขาดการปฏิบัติตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนมีการประสานเครือข่ายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมค่อนข้างน้อย ข้อมูลจากกลุ่มภาคประชาชน พบว่า ผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจ ไม่เข้าถึงและไม่มีความรู้มากพอในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการเจ็บป่วยตามวัยจำนวนมากและขาดการรับบริการตรวจสุขภาพหรือไม่ต่อเนื่อง ขาดความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ การสื่อสารไม่ทั่วถึงและไม่เข้าใจในกิจกรรมบางอย่างและได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายยังมีน้อย ที่มีอยู่ก็มีการดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ที่ผ่านมาจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามภาระกิจที่กระทรวงมอบหมาย ทำให้บางกิจกรรมชุมชนทำไม่ได้ดี ไม่เหมาะกับชุมชน ด้านการมีส่วนร่วม

ร่วมจากชุมชนยังมีน้อยและอยากให้ประชาชนกับเจ้าหน้าที่ที่ทุกส่วนได้ร่วมกันวางแผนและร่วมทำกิจกรรมตามแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ให้ต่อเนื่อง

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทของปัญหาและวางแผนร่วมกับชุมชน (2) ปฏิบัติการตามแผน โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์โดยมีแนวปฏิบัติร่วมกันของชุมชนเป็นบทวนเพื่อจำได้ง่าย คือ “ผัก น้ำ ออก สูบ นอน ตรวจ ฟัน แอล” คือ 1) ผัก : กินผักและผลไม้ 2) น้ำ : ดื่มน้ำเปล่า 3) ออก : ออกกำลังกาย 4) สูบ : ไม่สูบบุหรี่ 5) นอน : นอนหลับอย่างเพียงพอ 6) ตรวจ : ตรวจร่างกายและดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย 7) ฟัน : การดูแลสุขภาพช่องปาก และ 8) แอล : ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (3) สังเกตและประเมินผลร่วมกับชุมชน และ (4) สะท้อนผล ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลสู่ชุมชน สำหรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนนอกที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ในการศึกษานี้ได้แก่ (1) นักวิเคราะห์ชุมชน (2) เล่าเรื่องจากชุมชน (3) การสร้างทีมงาน (4) วางแผนงานชุมชน (5) เวทีแจ้งข่าว (6) อบรมเสริมความรู้ (7) ฝึกให้ชิน (8) เล่าสู่กันฟังในชุมชน (9) ประเมินโมเดล NAKAE (11) พังเสียงสะท้อนชุมชน และ (12) เวทีคืนสารสู่ชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

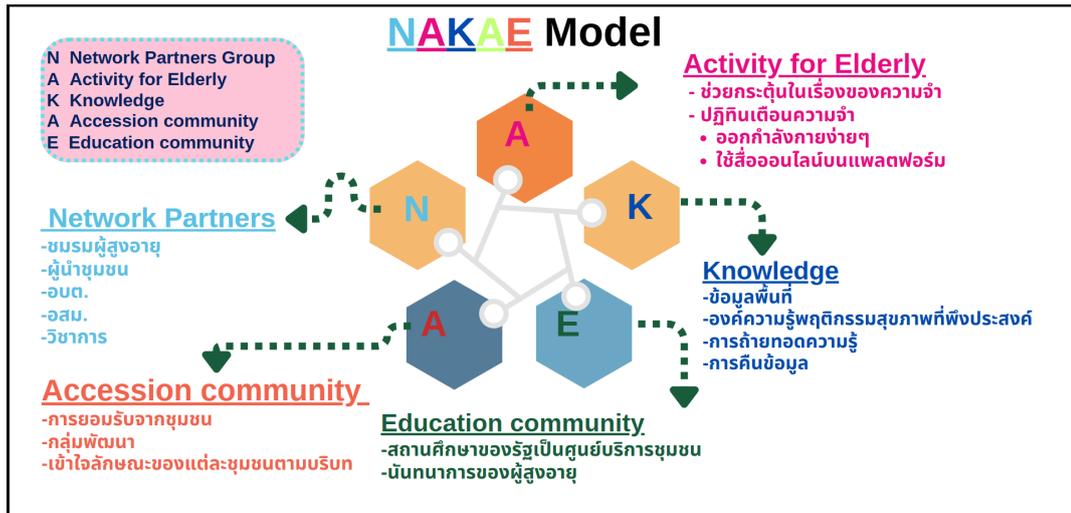
ปัจจัยศึกษา	n	\bar{X}	SD	Mean difference	95% CI of MD	p-value
ด้านความรู้						
ก่อนพัฒนารูปแบบ	32	9.66	2.15	5.09	4.36 – 5.83	$p < 0.001$
หลังพัฒนารูปแบบ	32	14.75	0.98			
ด้านทัศนคติ						
ก่อนพัฒนารูปแบบ	32	20.78	2.13	10.93	9.90-11.97	$p < 0.001$
หลังพัฒนารูปแบบ	32	31.71	2.12			
ด้านการปฏิบัติ						
ก่อนพัฒนารูปแบบ	32	11.16	0.51	11.22	11.02-12.81	$p < 0.001$
หลังพัฒนารูปแบบ	32	23.38	0.41			

จากตารางที่ 1 ผลประเมินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในตำบลนาแก เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X} = 14.75$, $SD = 0.98$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา และคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติ ($\bar{X} = 31.71$, $SD = 2.12$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ($\bar{X} = 23.38$, $SD = 0.41$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) สำหรับผลการประเมินในกลุ่มเป้าหมายการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 28.20$, $SD = 1.56$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา และคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็น ($\bar{X} = 26.06$, $SD = 0.37$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของกลุ่มเป้าหมายพัฒนา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ

ปัจจัยศึกษา	n	\bar{X}	SD	Mean	95% CI of MD	p-value
ด้านการมีส่วนร่วม						
ก่อนพัฒนารูปแบบ	45	25.58	1.82	2.62	2.14-3.10	$p < 0.001$
หลังพัฒนารูปแบบ	45	28.20	1.56			
ด้านความคิดเห็น						
ก่อนพัฒนารูปแบบ	45	14.42	0.31	11.64	11.09-11.99	$p < 0.001$
หลังพัฒนารูปแบบ	45	26.06	0.37			

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน ได้ใช้กระบวนการ PAOR แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน เริ่มจาก (P) ด้วยการค้นหาปัญหา ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์และบริบทการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในพื้นที่ศึกษา สร้างกรอบแนวคำถาม สืบหาข้อมูลความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง แต่งตั้งคณะทำงานและจัดประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกันจากหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และวางแผนการพัฒนารูปแบบ ประชุมเตรียมพร้อมปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้ ประชุมชี้แจงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ (A) จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ทุกเดือน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ผ่านคณะกรรมการผู้สูงอายุของชุมชนและภาคีเครือข่าย ส่งเสริมการปฏิบัติของผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแลอย่างมีส่วนร่วมและประชาสัมพันธ์สื่อสารข้อมูลสู่ชุมชน (O) จากนั้นสังเกตการณ์โดยนิเทศ ติดตามและประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการดำเนินงาน ด้วยการวัดผลด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและการมีส่วนร่วม และสุดท้ายร่วมรับผลที่เกิดจากการพัฒนา (R) รวมสรุปผลและคืนข้อมูลการปฏิบัติที่ได้จากพัฒนารูปแบบสู่ชุมชน และได้เสนอรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ตำบลนาแก โดยรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานที่เหมาะสมคือ NAKAE Model ประกอบด้วย N : Network Partners Group (ภาคีเครือข่ายทำงานอย่างมีส่วนร่วม), A : Activity for Elderly (ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุที่พึงประสงค์), K : Knowledge (ส่งเสริมความรู้), A : Accession community (การยอมรับจากชุมชน), E : Education community (สร้างชุมชนการเรียนรู้) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในตำบลนาแก

อภิปรายผล

ผลการศึกษาบริบทและสภาพการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุตำบลนาแก ในระยะก่อนการพัฒนาแบบ พบว่า ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ยังน้อย อาทิ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมส่งเสริมจิตใจ โดยยังไม่เข้าใจ มีบางที่ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ทำให้ส่งผลถึงการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควร ประชาชนเข้าใจว่าการจัดบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นบทบาทและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเดียว ผู้สูงอายุยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะต้องปฏิบัติตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ไม่ต่อเนื่องและผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความตระหนักและความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม ด้านภาควิชาการ โดยเจ้าหน้าที่ยังมีภาระหน้าที่จากงานประจำมากทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง และดำเนินการเฉพาะกลุ่มที่ประสานงานได้ ด้านภาคการเมืองยังไม่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเท่าที่ควร และยังไม่ทราบปัญหาที่ตรงเป้าหมายการแก้ไข และผู้นำชุมชนมีการประสานเครือข่ายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมค่อนข้างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสมบัติ ทั้งทอง¹⁶ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา และสอดคล้องกับสุผล ตติยนันท์พร¹⁷ พบว่า ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา มาจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี ขาดงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และสอดคล้องกับราบาบาและอัลซาแมน¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุในเมืองออร์บิตประเทศจอร์แดนที่ได้รับการประเมินวิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพ (the Health-Promoting Lifestyle Profile: HPLP) โดยปัจจัยสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้จะมีความสัมพันธ์กับคะแนน HPLP ที่สูงขึ้น แต่ระดับการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุยังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมมากขึ้น ทั้งนี้ การดำเนินงานในชุมชนนาแกพบว่า การที่ประชาชนเข้ามามีบทบาทขับเคลื่อนกิจกรรมน้อย การรับรู้ข้อมูลไม่ทั่วถึง ขาดการร่วมกันปรึกษาหารือ การวางแผนและหาแนวทางการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อกำหนดวิธีการ ข้อตกลงร่วมกัน การติดตามและประเมินผล ทำให้การพัฒนาแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับปณตนนท์ เกียรติประภากุลและคณะ¹⁹ ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมมารดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลวอแก้ว พบว่ากิจกรรมจำเป็นที่ต้องปฏิบัติคือ การให้ความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพใจ และ

สอดคล้องกับสุปราณี บุญมี²⁰ ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก และมีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนา

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน PAOR ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทของปัญหาและวางแผนร่วมกับชุมชน (2) ดำเนินการตามแผนเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมเป็นบทลี คือ “ผัก น้ำ ออก สุข นอน ตรวจ ฟัน แอล” (3) สังเกตและประเมินผลร่วมกับชุมชน (4) สะท้อนผล ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลสู่ชุมชน สำหรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนนาคที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ในการศึกษานี้ได้แก่ (1) นักวิเคราะห์ชุมชน (2) เล่าเรื่องจากชุมชน (3) การสร้างทีมงาน (4) วางแผนงานชุมชน (5) เวทีแจ้งข่าว (6) อบรมเสริมความรู้ (7) ฝึกให้ชิน (8) เล่าสู่กันฟังในชุมชน (9) ประเมินโมเดล NAKAE (11) พังเสียงสะท้อนชุมชน และ (12) เวทีคืนสารสู่ชุมชน ทั้งนี้ การวิจัยนี้ในระยะก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า การมีส่วนร่วมจาก 3 ภาคส่วน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือการวางแผน การปฏิบัติการ การประเมินและการสะท้อนผลการพัฒนานั้น พบว่า ผลประเมินด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุตำบลนาแกอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับศตวรรษ ศรีพรหมและคณะ²¹ พบว่า กระบวนการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของชุมชนปรีอใหญ่ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เตรียมความพร้อมพื้นที่ 2) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์บริบท 3) วางแผน 4) สื่อสารแนวปฏิบัติต่อเครือข่าย 5) ปฏิบัติตามแผนงาน 6) นิเทศ ติดตามและประเมินผล 7) สรุปผลถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการดำเนินงาน

ผลประเมินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในตำบลนาแก เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ทดลองใช้รูปแบบ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{x} = 14.75, SD = 0.98$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา ด้านทัศนคติ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา ($\bar{x} = 31.71, SD = 2.12$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา และด้านการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา ($\bar{x} = 23.38, SD = 0.41$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับเปมิกา ไชยศรีษะและคณะ²² ได้ทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันงาน ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับสมาลี อำนวย²³ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุตำบลแจนแลน อำเภอภูนิหารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก

สำหรับการประเมินผลในกลุ่มเป้าหมายการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{x} = 28.20, SD = 1.56$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา และคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็น ($\bar{x} = 26.06, SD = 0.37$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับชญาณี เขียวสดและคณะ¹⁰ ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ารูปแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (V Shape of Health Literacy) ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนมีความรู้ เกิดทัศนคติที่ดี เข้าใจปัญหา และสามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเองและเป็นบุคคลต้นแบบของชุมชน และสอดคล้องกับการวิจัยของสังวาล จ่าง

โพธิ์²⁴ ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ เน้นกิจกรรมการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของชุมชนและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายนั้น ทำให้การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในชุมชนตำบลนาแก ผสมกับการจัดการความรู้และทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง เกิดผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติตนที่ดีขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากขึ้นด้วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบ ผลจากการถอดบทเรียนหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วม กิจกรรมทั้งสามภาคส่วนได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยเสนอเป็นรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานที่เหมาะสมคือ NAKAE Model ประกอบด้วย N: Network Partners Group (ภาคีเครือข่ายทำงานอย่างมีส่วนร่วม), A: Activity for Elderly (ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุที่พึงประสงค์), K: Knowledge (ส่งเสริมความรู้), A: Accession community (การยอมรับจากชุมชน), E: Education community (สร้างชุมชนการเรียนรู้) ซึ่งสอดคล้องกับศรายุทธ ชูสุทนต์ และคณะ²⁵ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษารุ่นนี้ คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน และสอดคล้องกับศตวรรษ ศรีพรหมและคณะ²¹ ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กิจกรรมวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (P: Participatory Action Plan) การบูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย (I: Integrate Network Cooperation) และพัฒนาศักยภาพและทบทวนแนวปฏิบัติของทีมงาน (D: Develop Potential and Review Guidelines) ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามแผนสุขภาพดี Wellness Plan หลังการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น จากการวิจัยในครั้งนี้ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในตำบลนาแก จำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วม การยอมรับจากชุมชน รวมถึงการให้ความรู้และส่งเสริมกิจกรรมในผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน รวมถึงภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ได้ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมและบรรจุในแผนงานตำบลจัดการสุขภาพของตำบลนาแก โดยคำนึงถึงทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคมควบคู่ไปกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลการพัฒนามากกว่านี้ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ เน้นประเมินให้มีประสิทธิผลของรูปแบบให้มากยิ่งขึ้น ในการยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และขยายผลเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจากกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงานให้มากขึ้นในการช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (15 ธันวาคม, 2566). สถิติ ผู้สูงอายุ ปีพ.ศ. 2566 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2
2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. รายงานประจำปีสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย, 2566.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (30 มิถุนายน, 2567). สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2567 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2555
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561 -2580 (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561.
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการรายงานความก้าวหน้าโครงการพัฒนาแพลตฟอร์มระบบสารสนเทศผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10, 2567.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (17 ธันวาคม 2566). HDC - Report [ออนไลน์]. 2566 จาก <https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว สำหรับ ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 6-7; 2563.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ศูนย์ข้อมูลสุขภาพตำบลนาแก. ยโสธร: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก, 3-13; 2566.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 หัวข้อการจัดระบบสุขภาพแบบบูรณาการอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร, 2566.
10. ชญานิศ เขียวสด, ไพจิตร วรรณจักร, และเยาวรัตน์ รัตน์นนต์. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. ขอนแก่น: กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 2566.
11. จีระศักดิ์ ทัพพา, นฤนาท ยืนยง และปณิธาน กระสังข์. "The concept of public participation in community health promotion" วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยปทุมธานี. 2(2); 86-96; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2564.
12. Kemmis, & McTaggart, R. The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia, 1988.
13. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
14. Best, J.W., Research in education. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1977.
15. Bloom Benjamin S. et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student. Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1971.

16. สมบัติ หังทอง. "การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา" วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 19(2); 25-34; พฤษภาคม – สิงหาคม, 2566.
17. สุลล ตติยนันทรและสันติ ทวยมีฤทธิ์. "การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา" วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 10(2); 195-217; กรกฎาคม-ธันวาคม 2567.
18. Rababa, M., Al Ali, N., & Alshaman, A. "Health Promoting Behaviors, Health Needs and Associated Factors among Older Adults in Jordan: A Cross-Sectional Study" International journal of community based nursing and midwifery. 9(2); 106–116; Apr 2021. doi: 10.30476/ijcbnm.2020.87493.1443.
19. ปณตนนท์ เกียรประภากุล, เยาวทิวา นามคุณ, เกษตร วงศ์อุปราชา และฉัตรสุดา มาทา, "การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลอวกแก้ว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง" วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง. 10(2); 54-66; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2564.
20. สุปรานี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, และสุพิตรา เศลวิทันะกุล. "การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์" วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 5(4); 38-49; ตุลาคม-ธันวาคม, 2562.
21. ศตวรรษ ศรีพรหม, วรรณภา อินตะราชา, และวรรณสิริ ทางทอง. "การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรือใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ" วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(1); 378-391; มกราคม-มีนาคม, 2556.
22. เปมิกา ไชยศรีษะ, สงครามชัย ลีทองดีสกุล, วิโรจน์ เขมรัมย์. "การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้นจาน ตำบลดงก่าเม็ด อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ" วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 6(3); 170-179; กันยายน-ธันวาคม, 2566.
23. สุมาลี อำนวย. "รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์" วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(1); 576-581; มกราคม - มีนาคม, 2566.
24. สัจจาล จ่างโพธิ์. "การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา" วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 7(2); 165-183; กรกฎาคม -ธันวาคม, 2564.
25. ศรายุทธ ชูสุทนต์, พัดชา ทิรัญวิวัฒนกุล, และสมัทนา กลางคาร. "การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม" วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 7(1); 40-56; มกราคม -มิถุนายน, 2565.