

Received: 15 Aug 2025, Revised: 8 Sep 2025

Accepted: 13 Oct 2025

## บทความวิจัย

## การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ถาวร จันทร์<sup>1\*</sup>

### บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่มีอัตราการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ 165 คน และผู้แทนชุมชน 19 คน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้จากการวิจัยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) โครงสร้างการบริหารจัดการ (2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (3) การพัฒนาศักยภาพผู้นำและอาสาสมัคร (4) การสนับสนุนทรัพยากร และ (5) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยชุมชนมีส่วนร่วมในระดับสูง ( $\bar{X}=4.06$ , S.D.=0.51) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.12$ ) เป็นระดับสูง ( $\bar{X}=4.26$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) โดยเฉพาะด้านงูเห่าและงูเห่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมในระดับสูง ( $\bar{X}=4.32$ , S.D.=0.48) โดยด้านผลผลิตและกระบวนการได้รับคะแนนสูงสุด

สรุปได้ว่า รูปแบบที่ได้สามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และสร้างความพึงพอใจในระดับสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึง และควรได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน ความพึงพอใจ หลัก 3อ. 2ส. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

<sup>1\*</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวเจริญ ตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

\* Corresponding author E-mail: [tawornjumnong@gmail.com](mailto:tawornjumnong@gmail.com)

*Original Article***Promoting Elderly Health through Community Participation: A Case Study of Ban Thung Theng, Thung Theng Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province**Taworn Jumnon<sup>1\*</sup>**Abstract**

Thailand is rapidly transitioning into an aging society, particularly in rural areas where the prevalence of non-communicable chronic diseases among the elderly is high. This research aimed to learn a community-based participatory health promotion model for the elderly and evaluate their satisfaction in Ban Thung Thoeng community, Thung Thoeng Sub-district, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The study employed Participatory Action Research (PAR) methodology, combining quantitative and qualitative data. The sample consisted of 165 elderly participants and 19 community representatives.

The findings revealed that the developed health promotion model comprised five key components: (1) management structure, (2) health promotion activities based on the 3A-2S principles (nutritious food, exercise, stress management, no smoking, no alcohol), (3) capacity building for leaders and volunteers, (4) resource support, and (5) continuous monitoring and evaluation. Community participation was at a high level ( $\bar{x}=4.06$ , S.D.=0.51). The elderly's health literacy significantly increased from moderate ( $\bar{x}=2.12$ ) to high levels ( $\bar{x}=4.26$ ) ( $p<0.001$ ), particularly in smoking and alcohol cessation. Overall satisfaction with the model was high ( $\bar{x}=4.32$ , S.D.=0.48), with productivity and process aspects receiving the highest scores.

In conclusion, the developed model successfully enhanced health literacy, promoted community participation, and achieved high satisfaction levels. It can be adapted for implementation in similar rural communities and requires sustained resource support for long-term sustainability.

**Keywords:** elderly health promotion; community participation; satisfaction; 3A-2S principles; participatory action research

<sup>1\*</sup>Public Health Specialist, Bua Charoen Sub-district Health Promoting Hospital, Thung Theng Sub-district, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province

\* Corresponding author E-mail: [tawornjumnon@gmail.com](mailto:tawornjumnon@gmail.com)

## บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 20.1<sup>1</sup> และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28.0 ในปี 2573<sup>2</sup> ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้สูงอายুর้อยละ 23.7<sup>3</sup> โดยอำเภอเดชอุดมมีร้อยละ 28.2 และชุมชนบ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง มีผู้สูงอายุ 196 คน จากประชากรทั้งหมด 746 คน (ร้อยละ 26.2)<sup>4</sup> สถิติผู้ป่วยปี 2566 พบโรค 5 อันดับแรก ได้แก่ เบาหวาน (25.18%) ระบบทางเดินหายใจ (22.04%) ช่องปาก (16.58%) ความดันโลหิตสูง (11.14%) และระบบกล้ามเนื้อ (9.06%) สาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรก คือ มะเร็ง (34.79%) ไตวาย (28.38%) และหลอดเลือดสมอง (10.34%)<sup>5</sup> แม้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากพึ่งพาภาครัฐฝ่ายเดียว จากการทบทวนงานวิจัยระบุปัจจัยความล้มเหลว ได้แก่ 1) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากใช้แนวทาง top-down ไม่สอดคล้องบริบทชุมชน<sup>6</sup> 2) ขาดความยั่งยืน เมื่อหมดงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมก็หยุดชะงัก 3) ขาดบุคลากรเชี่ยวชาญในพื้นที่ และ 4) มีอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ เช่น ระยะทาง ค่าใช้จ่าย และการขาดผู้ดูแล<sup>7</sup>

จากความสำคัญและช่องว่างงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทุ่งเทิง โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่เน้นการระดมศักยภาพและทรัพยากรของชุมชนเป็นหลัก เพื่อสร้างต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและสามารถขยายผลไปยังชุมชนชนบทอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันโดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย(1) เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านทุ่งเทิง(2) เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทุ่งเทิง(3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนและ(4) เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ<sup>8</sup> โดยออกแบบเป็น 4 ระยะที่เชื่อมโยงกัน ดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาและประเมินบริบทชุมชน** ใช้แนวคิดการวิจัยชุมชน<sup>9</sup> สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ความต้องการชุมชนผ่านการศึกษาเอกสาร การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่ม

**ระยะที่ 2 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม** วางแผนร่วมกับชุมชนออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงทรัพยากร บุคลากรท้องถิ่น ภูมิปัญญา และความต้องการ พร้อมกำหนดตัวชี้วัดและกลไกประเมินผล เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและความยั่งยืน

**ระยะที่ 3 การดำเนินการและประเมินผลต่อเนื่อง** ดำเนินกิจกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข<sup>10</sup> รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 ด้านตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ (1) ด้านอาหาร จัดการบรรยายให้ความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้งโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กิจกรรมปรุงอาหารเพื่อสุขภาพร่วมกันเดือนละ 2 ครั้งโดยอสม.และผู้สูงอายุ และการตรวจวัดน้ำหนักค่านวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เดือนละ 1 ครั้งโดยอสม. (2) ด้านออกกำลังกาย จัดกิจกรรมชมรมออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันโดยอสม.และจิตอาสา ประกอบด้วยกิจกรรมรำตามจังหวะเพลงไทย การยืดเหยียด

และการเดินเร็ว พร้อมทั้งทดสอบสมรรถภาพร่างกายทุก 3 เดือนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) ด้านอารมณ์ จัดประชุมชมรมผู้สูงอายุเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเดือนละ 2 ครั้งโดยผู้นำชุมชน กิจกรรมงานอดิเรกและพัฒนาทักษะเช่นงานฝีมือและการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นสัปดาห์ละ 1 ครั้งโดยอาสาสมัคร และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q/9Q ปีละ 2 ครั้งโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (4) ด้านไม่สูบบุหรี่ เปิดคลินิกให้คำปรึกษาและช่วยเลิกบุหรี่สัปดาห์ละ 1 วันโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เพื่อให้กำลังใจซึ่งกันและกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ (5) ด้านไม่ดื่มสุรา เปิดคลินิกให้คำปรึกษาและช่วยเลิกสุราสัปดาห์ละ 1 วันโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมจัดกิจกรรมรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษาปีละ 1 ครั้งโดยความร่วมมือระหว่างชุมชนและวัด พร้อมประเมินทั้งกระบวนการและผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลและพัฒนาต่อยอด สรุบบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จตามแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์<sup>11</sup> และการพัฒนาชุมชนยั่งยืน<sup>12</sup> เพื่อพัฒนาแนวทางที่สามารถปรับใช้ต่อเนื่องและสร้างนวัตกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทุ่งเทิง จำนวน 19 คน ประกอบด้วย เจ้าคณะตำบล กำนัน นายก อบต. ประธาน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการกองทุน ผู้ประกอบการ บุคลากร รพ.สต. และ อบต.

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านทุ่งเทิง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในพื้นที่บ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รวม 196 คนมีเกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) 1)อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 2)สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ 3)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1)มีภาวะสมองเสื่อมหรือความผิดปกติทางจิตที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2)มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 3)ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนบ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร<sup>13</sup> ซึ่งมีวิธีการคำนวณดังนี้

N	แทน	จำนวนประชากรทั้งหมด
n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
$\Sigma$	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เทากับ 0.81 <sup>14</sup>
Z	แทน	ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95 (เทากับ 1.96)
E	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เทากับ 0.05
แทนค่าตามสูตร		
$n =$	$\frac{196 \times (0.81)^2 \times (1.96)^2}{(0.05)^2 \times (196 - 1) + (0.81)^2 \times (1.96)^2}$	
$n =$	164.23	
$n \approx$	165 คน	

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร<sup>13</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 165 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจะใช้จำนวนขนาดตัวอย่างดังกล่าวมาอธิบายผลการศึกษา ในครั้งนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป คำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2: การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 5 มิติ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่) จำนวน 15 ข้อ ใช้ Likert Scale 5 ระดับ (5 = ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน, 4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง, 3 = ปฏิบัติบางครั้ง, 2 = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง, 1 = ไม่เคยปฏิบัติ) แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์<sup>15</sup> ต่ำ (1.00–2.33), ปานกลาง (2.34–3.67), สูง (3.68–5.00) เลือกใช้หลัก 3อ. 2ส. เพราะเป็นแนวทางมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมมิติสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ และสามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทชุมชนชนบท ส่วน Likert Scale 5 ระดับเลือกใช้เพราะวัดความถี่พฤติกรรมได้ละเอียดและมีความอ่อนไหวในการตรวจจับการเปลี่ยนแปลง เป็นมาตรวัดมาตรฐานที่ยอมรับในงานวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ

ส่วนที่ 3: การวัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบประเมิน 16 ข้อ ใช้ Likert Scale 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) แปลผลด้วยค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์<sup>15</sup> ต่ำ (1.00–2.33), ปานกลาง (2.34–3.67), สูง (3.68–5.00) การแบ่งช่วงค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับนี้ช่วยให้สามารถแยกระดับการมีส่วนร่วมได้อย่างชัดเจนและสะดวกในการตีความผล ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ของไทย

ส่วนที่ 4: การวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมิน 15 ข้อ ใช้ Likert Scale 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) แปลผลด้วยค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์<sup>15</sup> ต่ำ (1.00–2.33), ปานกลาง (2.34–3.67), สูง (3.68–5.00) การใช้ Likert Scale 5 ระดับเป็นที่ยอมรับในงานวิจัยสาธารณสุข เนื่องจากวัดทัศนคติได้ละเอียดและมีความยืดหยุ่น

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็นเวลา 3 เดือน (มกราคม-มีนาคม 2568) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะเตรียมการ (มกราคม 2568) พัฒนาเครื่องมือวิจัย ประสานงานและขอความร่วมมือจากชุมชนสำรวจพื้นที่และสร้างสัมพันธภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และทดลองใช้เครื่องมือ

ระยะที่ 2: ระยะปฏิบัติการและเก็บข้อมูล (กุมภาพันธ์ 2568) *ข้อมูลเชิงปริมาณ* จากแบบสอบถาม เอกสารทางราชการ และ *ข้อมูลเชิงคุณภาพ* จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาพ-เสียง

ระยะที่ 3: ระยะประเมินและสะท้อนผล (มีนาคม 2568) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เก็บข้อมูลเพิ่มเติม จัดระเบียบข้อมูล นำเสนอผลเบื้องต้นให้ชุมชนเพื่อรับฟังความคิดเห็น และสรุปผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS IBM Corp<sup>16</sup>. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp.

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. การมีส่วนร่วมของชุมชน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ทดสอบสมมติฐานและเปรียบเทียบความแตกต่าง ได้แก่ Paired Samples t-test เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อน-หลังดำเนินโครงการตามหลัก 3อ. 2ส.

3. การวิเคราะห์เชิงประเมิณผล ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประเมินความพึงพอใจใน 4 ด้าน (ผลผลิต กระบวนการ บริบท ปัจจัยนำเข้า) และคำนวณร้อยละความสำเร็จเปรียบเทียบกับเป้าหมาย เกณฑ์นัยสำคัญทางสถิติ:  $p\text{-value} \leq 0.05$

## การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์แบบเปิด และการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ตามแนวคิด<sup>17</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การจัดระเบียบข้อมูล การสร้างหมวดหมู่เบื้องต้น การสร้างรหัส และการตีความและสังเคราะห์

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2567 เลขที่ SSJ.UB 2567-162

## ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 การแจกแจงความถี่และร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวม (n=165)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง	8	4.8
ปานกลาง	127	77.0
ต่ำ	30	18.2
รวม	165	100.0
$\bar{X}$	2.12	
(S.D.)	0.54	

หมายเหตุ: S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation),  $\bar{X}$ =ค่าเฉลี่ย, 3อ. 2ส. = หลักการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย อาหาร อนามัย ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนดำเนินโครงการ ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.12, S.D. = 0.54) เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับปานกลาง จำนวน 127 คน (ร้อยละ 77.0) รองลงมาคือ ระดับต่ำ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 18.2) และระดับสูง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 4.8) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนบ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี (n=165)

ด้านการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.15	0.52	สูง
การมีส่วนร่วมในการวางแผน	4.05	0.54	สูง
การแบ่งปันทรัพยากร	4.01	0.49	สูง
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.88	0.56	สูง
รวมทุกด้าน	4.06	0.51	สูง

หมายเหตุ: S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation),  $\bar{X}$ =ค่าเฉลี่ย

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.06, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.52) รองลงมาคือ การวางแผน ( $\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.54) การแบ่งปันทรัพยากร ( $\bar{X}$ = 4.01, S.D. = 0.49) และการประเมินผล ( $\bar{X}$ = 3.88, S.D. = 0.56) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการ (n=165)

หลัก 3อ. 2ส. ดำเนินการ	ก อ น ห ลั ง		t	p-value
	ดำเนินการ	ผลต่าง		
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)		
1. อาหาร	2.15 (0.62)	4.18 (0.58)	+2.03 25.84	0.001
2. ออกกำลังกาย	1.88 (0.68)	3.95 (0.64)	+2.07 24.16	0.001
3. อารมณ์	2.08 (0.59)	4.32 (0.55)	+2.24 28.52	0.001
4. ไม่ดื่มสุรา	2.24 (0.71)	4.42 (0.52)	+2.18 26.93	0.001
5. ไม่สูบบุหรี่	2.29 (0.66)	4.55 (0.48)	+2.26 29.47	0.001
รวม	2.12 (0.54)	4.26 (0.47)	+2.14 32.15	0.001

หมายเหตุ: S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation),  $\bar{X}$ =ค่าเฉลี่ย, t= t = ค่าสถิติ t-test แบบ paired samples

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p < 0.001$ ) ก่อนดำเนินโครงการ ด้านไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=2.29$ , S.D.=0.66) รองลงมาคือ ไม่ดื่มสุรา ( $\bar{X}=2.24$ , S.D.=0.71) อาหาร ( $\bar{X}=2.15$ , S.D.=0.62) อารมณ์ ( $\bar{X}=2.08$ , S.D.=0.59) และออกกำลังกายต่ำสุด ( $\bar{X}=1.88$ , S.D.=0.68) หลังดำเนินโครงการ ด้านไม่สูบบุหรี่ยังคงสูงสุด ( $\bar{X}=4.55$ , S.D.=0.48) รองลงมาคือ ไม่ดื่มสุรา ( $\bar{X}=4.42$ , S.D.=0.52) อารมณ์ ( $\bar{X}=4.32$ , S.D.=0.55) อาหาร ( $\bar{X}=4.18$ , S.D.=0.58) และออกกำลังกายต่ำสุด ( $\bar{X}=3.95$ , S.D.=0.64) โดยทุกด้านอยู่ในระดับสูงการเพิ่มขึ้น ไม่สูบบุหรี่เพิ่มสูงสุด (+2.26,  $t=29.47$ ) รองลงมาคือ อารมณ์ (+2.24,  $t=28.52$ ) ไม่ดื่มสุรา (+2.18,  $t=26.93$ ) ออกกำลังกาย (+2.07,  $t=24.16$ ) และอาหาร (+2.03,  $t=25.84$ ) ตามลำดับโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มจากระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.12$ , S.D.=0.54) เป็นระดับสูง ( $\bar{x}=4.26$ , S.D.=0.47) เพิ่มขึ้น 2.14 คะแนน (ร้อยละ 100.9,  $t=32.15$ )

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=165)

ด้านความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
การประเมินผลผลิต	4.38	0.46	สูง
การประเมินกระบวนการ	4.35	0.49	สูง
การประเมินบริบทโครงการ	4.30	0.51	สูง
การประเมินปัจจัยนำเข้า	4.25	0.47	สูง
รวมทุกด้าน	4.32	0.48	สูง

หมายเหตุ: S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation),  $\bar{X}$ =ค่าเฉลี่ย

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.32$ , S.D.=0.48) เมื่อพิจารณารายด้าน การประเมินผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=4.38$ , S.D.=0.46) รองลงมาคือ กระบวนการ ( $\bar{X}=4.35$ , S.D.=0.49) บริบทโครงการ ( $\bar{X}=4.30$ , S.D.=0.51) และปัจจัยนำเข้าต่ำสุด ( $\bar{X}=4.25$ , S.D.=0.47) โดยทุกด้านอยู่ในระดับสูง

### รูปแบบที่ได้จากการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ศึกษามีแนวทางที่ครอบคลุมและเป็นระบบ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนตั้งแต่การวางแผน ดำเนินงาน ติดตามประเมินผล ไปจนถึงการรับผลประโยชน์ร่วมกัน โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากการระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประชุมกลุ่มย่อย และการประชุมประชาคม 5 ครั้ง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนบ้านทุ่งเหิง รูปแบบนี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบ ได้แก่ 1) โครงสร้างการบริหารจัดการที่มีคณะกรรมการ 15 คนและอาสาสมัครสุขภาพ 25 คนทำหน้าที่ประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบคลุม 5 ด้านตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่) ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายผ่านการอบรมและสร้างภาวะผู้นำอย่างยั่งยืน 4) การสนับสนุนทรัพยากรจากหลายแหล่งทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพงบประมาณท้องถิ่น และทรัพยากรชุมชน และ 5) การติดตามและประเมินผลเพื่อปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง รูปแบบนี้

แสดงให้เห็นความสำคัญของการทำงานแบบบูรณาการที่ทุกองค์ประกอบสนับสนุนกัน สร้างความมั่นใจว่าการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง และดำเนินการได้อย่างยั่งยืนในบริบทชุมชน

### รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ



### ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการในพื้นที่ชุมชนบ้านทุ่งเทิ่งระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 ด้วยวิธีการ 3 รูปแบบ คือ

1. การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 8 ครั้ง
2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก 12 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 3 คน อสม. 4 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน และผู้สูงอายุ 3 คน
3. การสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม รวม 7 คน กลุ่มละ 60-90 นาที

**ลักษณะผู้ให้ข้อมูล** จำนวน 19 คนแบ่งเป็น เพศชาย 11 คน (ร้อยละ 57.89) เพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 42.11) อายุระหว่าง 35-67 ปี และมีประสบการณ์การทำงานในชุมชนเฉลี่ย 12.45 ปี

### เครื่องมือและการวิเคราะห์

ใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสังเกต และแนวทางการสนทนากลุ่ม บันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียงและการจดบันทึก โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย ข้อมูลถูกถอดเทปคำต่อคำและวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิเคราะห์สามารถจำแนกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. บทบาทและกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำชุมชนและ อสม. เป็นแกนหลักในการสื่อสารและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ

2. รูปแบบการดำเนินงานแบบบูรณาการ มีความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคประชาชน ผ่านเวทีประชาคมและกิจกรรมต่อเนื่อง
3. ปัจจัยเอื้อและทุนทางสังคม ได้แก่ ความไว้วางใจ ความร่วมมือขององค์กรท้องถิ่น และการสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากร
4. อุปสรรคและข้อจำกัด ได้แก่ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ความไม่ต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรมจากผู้สูงอายุ บางกลุ่ม และจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี" เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุจำนวน 165 คน สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนดำเนินโครงการ ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.12$ , S.D.=0.54) โดยร้อยละ 77.0 มีความรอบรู้ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านไม่สูบบุหรี่มีค่าสูงสุด ( $\bar{X}=2.29$ ) และด้านออกกำลังกายมีค่าต่ำสุด ( $\bar{X}=1.88$ )
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้รูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ (1) โครงสร้างการบริหารจัดการ มีคณะกรรมการ 15 คนและอาสาสมัครสุขภาพ 25 คน (2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบคลุม 5 ด้านตามหลัก 3อ. 2ส. (3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย (4) การสนับสนุนทรัพยากรจากหลายแหล่ง และ (5) การติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ รูปแบบนี้สะท้อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในระดับสูง ( $\bar{X}=4.06$ , S.D.=0.51) โดยเฉพาะด้านการดำเนินงาน ( $\bar{X}=4.15$ )
3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p<0.001$ ) จากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ( $\bar{X}=4.26$ ) เพิ่มขึ้น 2.14 คะแนน โดยด้านไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นสูงสุด (+2.26) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ (+2.24) ด้านไม่ดื่มสุรา (+2.18) ด้านออกกำลังกาย (+2.07) และด้านอาหาร (+2.03)
4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.32$ , S.D.=0.48) โดยการประเมินผลผลิตมีค่าสูงสุด ( $\bar{X}=4.38$ ) รองลงมาคือ กระบวนการ ( $\bar{X}=4.35$ ) บริบทโครงการ ( $\bar{X}=4.30$ ) และปัจจัยนำเข้า ( $\bar{X}=4.25$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทุ่งเทิง ตำบลทุ่งเทิง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.12$ ) เป็นระดับสูง ( $\bar{X}=4.26$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) สอดคล้องกับงานวิจัย<sup>18</sup> ที่พบว่าการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน<sup>19</sup> ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพชุมชนผ่านการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านไม่สูบบุหรี่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด (+2.26) รองลงมาคือด้านอารมณ์ (+2.24) ไม่ดื่มสุรา (+

2.18) ออกกำลังกาย (+2.07) และอาหาร (+2.03) ทั้งนี้ด้านไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่ชัดเจนและมีบรรทัดฐานทางสังคมสนับสนุน ในขณะที่ด้านอาหารและออกกำลังกายต้องการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ<sup>20</sup> ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของพฤติกรรมและการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.06$ ) โดยการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=4.15$ ) รองลงมา คือการวางแผน ( $\bar{X}=4.05$ ) การแบ่งปันทรัพยากร ( $\bar{X}=4.01$ ) และการประเมินผล ( $\bar{X}=3.88$ ) สะท้อนความสำเร็จของการใช้ แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นเจ้าของและมีบทบาทในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับทฤษฎีบันไดการมีส่วนร่วม<sup>21</sup> การที่การประเมินผลมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าอาจเป็นเพราะชุมชนยังขาดความเชื่อมั่น และทักษะในการประเมินผล ผลการศึกษาเชิงคุณภาพยืนยันว่าบทบาทของผู้นำชุมชนและอสม.เป็นปัจจัยสำคัญในการ กระตุ้นและสนับสนุนการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคม<sup>22</sup>ที่เน้นความไว้วางใจและเครือข่ายที่เพิ่ม ประสิทธิภาพการทำงานร่วมกัน

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.32$ ) โดยการประเมิน ผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=4.38$ ) สะท้อนประสิทธิภาพของรูปแบบที่คำนึงถึงบริบทท้องถิ่นและความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืน<sup>12</sup> ที่เน้นการพึ่งพาตนเองและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่น ความพึงพอใจใน ระดับสูงเป็นตัวชี้วัดความยั่งยืนของโครงการ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพระบุปัจจัยความสำเร็จได้แก่บทบาทผู้นำชุมชน และอสม.ที่เข้มแข็ง ความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคประชาชน รวมถึงทุนทางสังคมและความไว้วางใจในชุมชน สอดคล้อง<sup>20</sup> อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านงบประมาณ ความไม่ ต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรม และจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ผลการวิจัยสอดคล้อง<sup>23</sup> ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา และรายได้แตกต่างกันจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งยืนยันว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมส่งผลต่อ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้

1. ระยะเวลาในการติดตามผล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา ระยะเวลาในการประเมินผลที่จำกัดอาจไม่เพียงพอต่อการสะท้อนความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

2. ทรัพยากรและงบประมาณ การดำเนินโครงการมีงบประมาณจำกัดและความไม่แน่นอนในการจัดสรร ทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความครอบคลุมและความต่อเนื่องของกิจกรรม

3. ภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุบางส่วนมีภาวะโรคเรื้อรังหรือข้อจำกัดทางร่างกาย ส่งผลต่อการ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

4. ระดับการศึกษาและความสามารถในการรับรู้ ผู้สูงอายุบางส่วนมีระดับการศึกษาต่ำหรือข้อจำกัดด้านการ รับรู้ ส่งผลต่อความเข้าใจเนื้อหาและการประเมินผลการเรียนรู้

ข้อจำกัดดังกล่าวสะท้อนความท้าทายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัย ระยะเวลา ความต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน การพัฒนากลไกเพื่อสร้างความยั่งยืนจึงเป็นประเด็น สำคัญที่ควรพัฒนาในระยะต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการดำเนินโครงการพบว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในทุกด้าน โดยเฉพาะการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. การมีส่วนร่วมของชุมชน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับสูง ดังนั้นมีข้อเสนอแนะดังนี้

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง ควรสานต่อและขยายกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว โดยสร้างกิจกรรมประจำเดือนหรือประจำปีเพื่อรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน
2. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการออกกำลังกาย แม้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ควรเน้นด้านการออกกำลังกายซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โดยออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับศักยภาพทางกายภาพและโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ
3. การเสริมสร้างศักยภาพด้านการประเมินผล เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีค่าต่ำสุด ควรพัฒนาทักษะการประเมินผลให้กับอาสาสมัครและผู้นำชุมชนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย หน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขควรให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและเข้มแข็ง

## ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การติดตามผลในระยะยาว ควรติดตามผลเกิน 3 เดือนเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากการประเมินผลในช่วงเวลาจำกัดยังไม่สามารถสะท้อนความยั่งยืนได้ครบถ้วน
2. การขยายพื้นที่ศึกษา ควรศึกษาในชุมชนที่มีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความเหมาะสมและความสามารถในการปรับใช้ของรูปแบบในหลากหลายบริบท
3. การบูรณาการกับหน่วยงานภายนอก ควรส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชน เพื่อสร้างกลไกสนับสนุนที่มั่นคงและเชื่อมโยงสู่นโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่
4. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลและติดตามพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและสะดวกมากขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทุ่งเทิง” สำเร็จด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งเทิง องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเทิง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 19 ท่าน รวมถึงผู้สูงอายุ 165 คน ในชุมชนบ้านทุ่งเทิงที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและแบ่งปันภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงอย่างมีคุณค่า

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567.
3. สำนักงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2567. อุบลราชธานี: สำนักงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี; 2567.
4. องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเทิง. ข้อมูลพื้นฐานประชากรตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2567. อุบลราชธานี: อบต.ทุ่งเทิง; 2567.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งเทิง. รายงานสถิติการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต พ.ศ. 2566. อุบลราชธานี: รพ.สต.ทุ่งเทิง; 2566.
6. Aekplakorn W, Hogan M, Lim LL. Health literacy and health promotion program implementation in rural elderly populations in Thailand. *J Aging Health*. 2021;33(7-8):557–70.
7. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet*. 2018;391(10126):1205–23.
8. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. Los Angeles: Sage; 2018.
9. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
10. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 3อ.2ส. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2563.
11. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
12. Chambers R. *Whose reality counts? Putting the first last*. London: Intermediate Technology Publications; 1997.
13. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติสำหรับการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
14. ชูทาน ศรายุทธ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชนบท. *วารสารวิจัยสาธารณสุข*. 2564;34(2):115–28.
15. กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, คณะ. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3อ.2ส. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
16. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2021.
17. Krippendorff K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2018.
18. มาลี รักดี, สมชาย เจริญสุข, วิรัตน์ หาญเจริญ. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 2566;53(4):423-36.

19. Zimmerman MA. Psychological empowerment: issues and illustrations. *Am J Community Psychol.* 1995;23(5):581–99.
20. พรพรรณ สุขเกษม, คณະ. ปัจจัยความสำเร็จของโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2566;41(3):67–78.
21. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J Am Inst Plann.* 1969;35(4):216–24.
22. Putnam RD. *Bowling alone: the collapse and revival of American community.* New York: Simon & Schuster; 2000.
23. สุธิดา เชื้อบัวงาม, คณະ. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารเวชศาสตร์ชุมชน.* 2566;39(2):89–101.