e279179

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

อัมราภรณ์ ภู่ระย้า* , ศิริกนก กลั่นขจร, รุ่งทิวา บุญประคม, กิตติศักดิ์ คัมภีระ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

(วันที่รับบทความ: 8 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 14 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับ: 21 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 – เมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 45 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 358 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 0.89, 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ แบบสอบถามสอบถามความรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า KR 20 มีค่าเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น สถิติเชิงอนุมาณเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนใช้สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก คือ “3P2RAO Model” ประกอบด้วย 1) P1; Policy & Structure 2) P2; Plan 3) P3; Participate 4) R1; Research 5) A; Action 6) O; Observation และ 7) R2; Refection ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา คุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ 2) ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุน 4) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 5) มีทุนทางสังคม และ 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, ครอบครัว, ชุมชน

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** อัมราภรณ์ ภู่ระย้า: amarapornp@nu.ac.th

*บทความวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องกลไกการพัฒนาและยกระดับศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดพิษณุโลก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

Developing a Model of Elderly Care through Family and Community Participation in Nikhom Phatthana Sub-district, Bang Rakam District, Phitsanulok Province

Amaraporn Puraya*, Sirikanok Klankhajhon, Roongtiva Boonpracom, Kittisak Kumpeera
Faculty of Nursing Naresuan University Phitsanulok

(Received: 8 November 2025; Revised: 14 April 2026; Accepted: 21 April 2026)

Abstract

This action research aimed to develop a health care model for the elderly with the participation of families and the community in Nikhom Phatthana Sub-district, Bang Rakam District, Phitsanulok Province. The study was conducted from November 2021 to April 2022. The sample population was 45 stakeholders and 358 elderly individuals. The research employed the action research model, which consists of four phases: planning, acting, observing, and reflecting. The instruments used in this study included: (1) a questionnaire assessing participation in the development of a health promotion model for older adults, (2) a general quality of life questionnaire, and (3) a quality-of-life questionnaire specifically for older adults. The reliability coefficients of these instruments were 0.89, 0.92, and 0.92, respectively. In addition, a knowledge questionnaire for caregivers and related personnel regarding elderly care was employed, with reliability tested using the Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20), yielding a coefficient of 0.94. Data from the sample were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were applied to evaluate differences in quality of life before and after participation in the developed intervention model. A paired t-test was used to compare mean scores, with the level of statistical significance set at 0.05.

Results: The health care model for the elderly, developed with the participation of families and the community in Nikhom Phatthana sub-district is the "3P2RAO Model," which comprises seven key components: 1) P1 (Policy & Structure) 2) P2 (Plan) 3) P3 (Participate) 4) R1 (Research) 5) A (Action) 6) O (Observation) and 7) R2 (Reflection), with a focus on success stories and opportunities for development. There was a statistically significant difference in the overall quality of life among the elderly before and after the intervention at the 0.05 level, and the quality of life among the elderly between the pre-test and post-test periods at the 0.05 level. Key factors for success included: The local administrative organization's emphasis on the elderly, Family and community participation, Support and encouragement from the sub-district health promotion hospital, a strong community leader, social capital, and Network coordination.

Keywords: Developing a Model, Elderly Care, Participation, Family, Community

***Corresponding author:** Amaraporn Puraya; amrapornp@nu.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ ที่กำหนดให้ประเทศที่มีผู้สูงอายุสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศนั้น ถือว่าได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ข้อมูลการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1,050 ล้านคน ร้อยละ 13.50 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ทำให้ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมกับหลายประเทศในสังคมโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aging Society) ในปี 2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.40 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 และเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aging Society) เมื่อมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 28 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.30 ของจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศ (สำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด เพราะจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยแบ่งตามภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือ เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุด ร้อยละ 19.87 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 18.66 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.86 ภาคตะวันออก ร้อยละ 15.56 และภาคใต้ ร้อยละ 15.22 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การเพิ่มของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี พ.ศ. 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูล ปี พ.ศ. 2563 พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 19.90 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 (สกานต์ บุญนาค และคณะ, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว อาจจะส่งผลต่อภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ด้านผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ รักษาความสะอาดของร่างกายเท่าที่จำเป็น ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาส ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม ไม่มีบทบาททางสังคม ด้านเศรษฐกิจ ไม่มีอาชีพเสริม มีภาระหนี้สิน และด้านสิ่งแวดล้อม บ้านเรือนไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด (องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมพัฒนา, 2564) ภาคีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุยังน้อยเมื่อเทียบกับภารกิจงานอื่น และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อย ภาคีผู้ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองสุขภาพเฉพาะรายที่สนใจ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนสื่อตามความเหมาะสม ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบเดิม การดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแผน/กิจกรรม และส่งต่อสู่หน่วยงาน องค์กรและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนและการตัดสินใจดำเนินการ จึงทำให้การทำงานในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นแนวคิดที่สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุและการให้บริการสุขภาพจึงขยายขอบเขตลงสู่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการสุขภาพ ท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (สุนทร คงทองสังข์, 2566) จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทางสังคม ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรสุขภาพ รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชน ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบ การศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการ รูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (2005) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการ 1 วงรอบ

ประชากร

ผู้สูงอายุในตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1,715 คน ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - เมษายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากสูตรของ Taro Yamane’s Formula (วลีรัตน์ แสงไชย, 2565) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน

$$n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

$$n = \frac{1715}{1 + 1715(0.05^2)}$$

= 325

และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 325+33=358 คน

กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแล คนในครอบครัว และกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า

1.เป็นประชาชนที่ภูมิลำเนา ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.มีอายุ60 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะ การรับรู้ดีมีความสามารถให้ข้อมูล และ

3.เข้าร่วมกิจกรรมได้ ยินดีและสมัครใจในการให้ข้อมูล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

เกณฑ์การคัดออก

1.มีการเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่างการสำรวจข้อมูล หรือ

2.ในระหว่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือและรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย มีด้วยกัน 2 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถาม check list ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประยุกต์จาก ศรายุทธ ชูสุทน (2564) จำนวน 24 ข้อ คำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (วิภาพร สิทธิสาตร์, 2565) การแบ่งระดับการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการมีส่วนร่วมน้อย ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ระดับการมีส่วนร่วมมาก แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1975) ดังนี้ คะแนน 0 - 8 ระดับการมีส่วนร่วมน้อย คะแนน 9 - 16 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง คะแนน 17 - 24 ระดับการมีส่วนร่วมมาก

1.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับสอบถามผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถาม check list ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL BREF THAI) ของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล (2554) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครั้งนี้ โดยเครื่องมือดังกล่าวได้พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL) ข้อมูลชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF – THAI) ประกอบด้วย ข้อคำถามชี้วัดคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อโดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 -130 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีชีวิตปานกลางคะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ (สังวาล จ่างโพธิ์, 2564) คำถามจำนวน 26 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

หมายถึงท่านรู้สึกไม่พอใจมาก ท่านรู้สึกแย่มาก ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึงรู้สึกพอใจมากที่สุด/ชอบมากที่สุด ผลรวมของคะแนนทั้งแบบสอบถามเป็นไปได้ตั้งแต่ 5 – 120 การแปลผลคะแนน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 24 - 55 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 59-88 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง และ 89 - 120 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 ใช้สำหรับสอบถามความรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวซึ่งตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ ออกเป็น 3 ระดับจากคะแนนเต็ม 16 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ต่ำ 0–5 คะแนน ระดับความรู้ปานกลาง 6–11 คะแนน ระดับความรู้สูง 12–16 คะแนน

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหารูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงตรงของข้อคาถามอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ตำบลคุยม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาซ (Cronbach's Alpha) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2565) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.92 และ0.92 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามสอบถามความรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า KR 20 (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) มีค่าเท่ากับ 0.94

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ โดยวิธีการตรวจสอบขอมูลแบบสามเสา เพื่อพิสูจนวาขอมูลที่ผูวิจัยไดมานั้นมีความถูกตองหรือไม โดยทำการตรวจสอบจากแหลงที่มาของขอมูล เวลา สถานที่ และบุคคลใหครบทั้ง 3 ดานเพื่อเปนการยืนยัน (ทิพยาภา ดาหาร,2560) ผลจากการตรวจสอบขอมูล ทำใหผูวิจัยสามารถรวบรวม วิเคราะห และสรุปผลของขอมูลการวิจัยไดชัดเจนและสอดคลองกับความมุงหมายของการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ศึกษา สถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ สำรวจปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประสานงานกับพื้นที่ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัจจุบัน ปัญหาและ ความต้องการ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 45 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บรวมรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 358 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ศึกษาผลการดำเนินงานตาม รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์การนิเทศ ตรวจเยี่ยม สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวมรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 358 คน การประเมินผล การดำเนินงาน โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพ บันทึกการถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) สร้างคู่มือลงรหัส (Data Coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ 2) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง เดือนมกราคม - เมษายน 2565 โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ การพูดแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชน การประชุมกลุ่ม สนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์รวบรวม ตรวจสอบ ข้อมูล และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัยโดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อน และหลังการดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และอนุมัติ ในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ โดยได้รับรองการอนุมัติ COA No. 434/2021 วันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านบริบท ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ประชากรทั้งหมด 7,934 คน แบ่งเป็น เพศชาย 3,801 คน เพศหญิง 4,133 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,715 คน เพศชาย 793 คน เพศหญิง 992 คน ซึ่งร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปีโดยจะมีปัญหาด้านสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเข้ารับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยาหรือคลินิกใกล้หมู่บ้าน เนื่องจากบางคนไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้ต้องมีผู้รับส่งและการมารับการรักษา แต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 20 นาที ส่วนด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีการตรวจสุขภาพตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่ได้มารับบริการตรวจสุขภาพทุกคน โดยมีความเข้าใจว่าการจะมาตรวจสุขภาพต้องได้รับการเจ็บป่วยเท่านั้น และ ถ้าได้รับการตรวจแล้วต้องได้รับยาด้วยทุกครั้ง ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน ผู้มีสวนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.92 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.24 มีสถานะสมรส ร้อยละ 78.22 โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.46 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 79.02 รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 18.71 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพร้อยละ 70.73 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 34.15 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงร้อยละ 54.22 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นคนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ,กรรมการหมู่บ้าน, ชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 358 คน จากการเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.82 อายุเฉลี่ย 70 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส ร้อยละ 48.06 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.54 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 37.53 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 18.06 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.47 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อนละ 38.45 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 55.65 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 58.41 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 58.48 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 89.82 มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.38 เป็นส่วนใหญ่และส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 56.70

1.3 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart, (2005) ร่วมกับเทคนิคกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) (Nualsithong, 2020) ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564- เมษายน 2565 ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ซึ่งมีกลยุทธ์การดำเนินงานประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยผู้วิจัยได้นำเสนอขั้นตอนในการพัฒนาตามกระบวนการดังนี้

1.3.1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 45 คน เพื่อวางแผนแบบมีส่วนร่วมและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC โดยใช้ระยะเวลา 2 วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการศึกษาค้นคว้า แนวทางการ แก้ไขปัญหาวางแผนแก้ไขปัญหาโดยชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางความต้องการของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้อง เหมาะสมกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน และเกิดความมั่นคง และได้แผนงานโครงการเพื่อนำไปสู่ขั้นการปฏิบัติ จำนวน 3 โครงการ คือ 1) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) โครงการถ่ายทอดความรู้ ส่งเสริมภูมิปัญญาสู่ชุมชนด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ 3) โครงการส่งต่อพลังใจให้กับผู้สูงอายุ

1.3.2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) นำแผนงานทั้ง 3 โครงการไปปฏิบัติ ดังนี้

1) โครงการที่ 1 ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกายกิจกรรมการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย ตามความถนัดในหมู่บ้านทุกวันศุกร์ เวลา 18.00 น. โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้นำทำกิจกรรมการให้ความรู้หลัก 3 อ. 2 ส. (ด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย การดื่มสุรา และสูบบุหรี่) ด้านจิตใจ ทำบุญที่วัดเดือนละ 1 ครั้ง การสวดมนต์ทำสมาธิทุกวันพระ ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน เยี่ยมบ้านให้กำลังใจเพื่อนบ้าน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ด้านสังคมและปัญญา ได้พบปะพูดคุยกัน การใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การเป็นปราชญ์ชาวบ้าน ถ่ายทอดภูมิปัญญา ให้ผู้สูงอายุไม่เขินอาย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าด้านสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงทำความสะอาด

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

บ้านเรือนให้สะอาด การพัฒนาหมู่บ้านในวันสำคัญต่าง ๆ และการอยู่ในที่ ๆ ปลอดภัย การติดตามข่าว สารบ้านเมืองที่ทันสมัย ก้าวทันเทคโนโลยีและสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2) โครงการที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ ส่งเสริมภูมิปัญญาสู่ชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านผู้ให้บริการในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการการตรวจคัดกรองสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตให้แก่ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนสื่อความรู้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกเดือน การประสานงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างแกนนำผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุ ได้ฝึกการประชาสัมพันธ์ความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ผ่านหอกระจายข่าวเดือนละ 1 ครั้ง

3) โครงการที่ 3 ส่งต่อพลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมภาคีเครือข่าย โดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ มอบสิ่งของเครื่องใช้แก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านทุกเดือน

1.3.3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการสังเกตการณ์ดำเนินงานของผู้สูงอายุและทีมเครือข่ายในแต่ละกิจกรรม เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สรุปได้ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีความพร้อม เนื่องจากทีมผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้

2) การให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การประชุมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินกิจกรรม โดยส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคนในพื้นที่ที่คุ้นเคยกันดีกับวิทยากรและทีมวิจัย วิทยากรดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ

3) ความตั้งใจและความสนใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันระดมความคิดในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยความตั้งใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจดีมาก มีการเล่าถึงปัญหาให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม

4) การแสดงความคิดเห็นในขณะอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมอบรมได้ให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็น และสอบถามเป็นอย่างดีโดยมีบางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นในด้านประสบการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนได้รับความร่วมมือจากทุกคนเป็นอย่างดี

1.3.4. ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการดำเนินตามแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่ดำเนินการเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุรู้หน้าที่ของตนเองมากขึ้น เกิดการเชื่อมโยงของบุคคลในชุมชนทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำจังหวัดพิษณุโลก จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคมระดมสมอง การจัดทำ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก คือ “3P2RAO Model” ประกอบด้วย

2.1 P1; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลอย่างชัดเจน

2.2 P2; Plan: มีการวางแผนการดำเนินงานภายใต้บริบทและปัญหาความเป็นจริงของพื้นที่แบบมีส่วนร่วม

2.3 P3; Participate: โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

2.4 R1; Research: ใช้กระบวนการวิจัย/การพัฒนา เป็นกรอบการพัฒนา

2.5 A; Action: ปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการทำแผนแบบมีส่วนร่วม

2.6 O; Observation: การสังเกต การนิเทศ การติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบ

2.7 R2;Refection: การสะท้อนผลการทำงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา

ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การเสริมพลังคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก5. ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

3. ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 25 คน ร้อยละ 55.56 รองลงมาคือระดับการมีส่วนร่วมมาก จำนวน 16 คน ร้อยละ 35.56 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 3.11, SD. = 0.78)

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุ (n=45)

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีส่วนร่วมมาก	16	35.56
มีส่วนร่วมปานกลาง	25	55.56
มีส่วนร่วมน้อย	4	8.88
รวม	45	100
Mean = 3.11, S.D. = 0.78, Min = 7, Max = 23		

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความรู้หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ (ก่อน = 10.72 คะแนน vs หลัง = 12.48 คะแนน)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=45)

ระดับความรู้	Mean	S.D.	t	*p-value*
ก่อน	10.72	1.89	7.57	*<0.001**
หลัง	12.48	1.31		

*p-value< 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=358)

ระดับคุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	t	*p-value*
ก่อน	2.73	0.42	5.04	*<0.001**
หลัง	2.97	0.39		

*p-value< 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=358)

ระดับคุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	t	*p-value*
ก่อน	2.42	0.42	6.10	*<0.001**
หลัง	3.54	0.38		

*p-value< 0.05

4. ปัจจัยแห่งสำเร็จในการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์เกิดกระบวนการ ดำเนินงานที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และสภาพปัญหาของพื้นที่สำคัญ คือ 1) มีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเข้าร่วมกิจกรรม อย่างต่อเนื่องและพร้อมเพียง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง 3) ครอบครัวและชุมชน เห็นพร้อมและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูลร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำ แผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน คอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) มีการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน องค์กรชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

อภิปรายผล

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,715 คน เพศชาย 793 คน เพศหญิง 992 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปีโดยจะมีปัญหาด้านสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเข้ารับการรักษาที่สถานบริการใกล้ บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยาหรือคลินิกใกล้หมู่บ้าน เนื่องจากบางคนไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้ต้องมีผู้รับส่งและการมารับการรักษา แต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 20 นาที ส่วนด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีการตรวจสุขภาพตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่ได้มารับบริการตรวจสุขภาพทุกคน โดยมีความเข้าใจว่าการจะมาตรวจสุขภาพต้องได้รับการเจ็บป่วยเท่านั้น และ ถ้าได้รับการตรวจแล้วต้องได้รับยาด้วยทุกครั้ง ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนการพัฒนาฯอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาฯ มีความรู้ในการการดูแล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

สุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการพัฒนาฯ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี (ประพัฒสร ไสวเวียง, 2566) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา (Phothipim, 2019) ว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คือ “3P2RAO Model”ประกอบด้วย 1)P1; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลอย่างชัดเจน 2) P2; Plan: มีการวางแผนการดำเนินงานภายใต้บริบทและปัญหาความเป็นจริงของพื้นที่แบบมีส่วนร่วม 3) P3; Participate: โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 4) R1; Research: ใช้กระบวนการวิจัย/การพัฒนา เป็นกรอบการพัฒนา 5) A; Action: ปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการทำแผนแบบมีส่วนร่วม 6) O; Observation: การสังเกตการนิเทศ การติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบ 7) R2;Refection: การสะท้อนผลการทำงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาเป็นดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การเสริมพลังคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนโดยอาศัยจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมของประชาชน ความสัมพันธ์กันลักษณะเครือญาติ การเคารพผู้อาวุโส การสร้างจุดร่วมในการตระหนักรู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Buddeekhan (2023) และ Weravaitaya (2023) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการและขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริม ชักนำและเปิดให้บุคคล กลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาส มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสรภาพ และเสมอภาค วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการปรึกษาหารือร่วมกัน ร่วมคิดค้นหาประเด็น ปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ การกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกบนพื้นฐานของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในสังคม และสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านขององค์การอนามัยโลก

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

The WHO QOL Group (World Health Organization, 1997) ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อม รวมไปถึงการหาแนวทางการขยายเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเสริมความเข้มแข็งของชุมชนมากยิ่งขึ้น

4. ผลจากการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า การมีผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพและเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้น มีทุนทางสังคมที่ดี ได้แก่คนในชุมชนเข้มแข็ง มีความพร้อม มีความรักใคร่สามัคคีเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน และมีการระดมทุนหาสิ่งที่มีอยู่ในพื้นที่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน การมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแต่งตั้งแกนนำ พาทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ และคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกติดตามให้กำลังใจประเมินผลงานดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางที่คนในชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาของอติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2562) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย ภาวะผู้นำที่ดี มีความมุ่งมั่นคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุที่มาจากภาคีเครือข่ายและประสานความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ และเกิดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน และเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ และคณะ (2563) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ 1) มีนโยบายสนับสนุน 2) ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านวิชาการ การส่งเสริมดูแลรักษา การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย 3) การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเช่นนี้จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน 4) การออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา ตลอดจนร่วมกันวางแผนออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินงานการในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงาน ได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

2. การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาโดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นๆ

2.นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI).* สืบค้นจาก https://www.dmh.go.th/test/download/ les/whoqol.pdf

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.* สืบค้นจาก http://www.tako.moph.go.th/

ทิพยาภา ดาหาร. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผูสูงอายุโดยชุมชนมีสวนรวม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ประพัฒสร ไสวเวียง. (2566). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. *ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 11*(2), 41–55.

ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ, สุมัทนา กลางคาร, และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2563). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ* (รายงานผลการวิจัย). อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลอำนาจเจริญ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2565). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 6; ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วลีรัตน์ แสงไชย.(2565). อยู่รอด อยู่เป็น อยู่ยืน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 7(11),240-254.

วิภาพร สิทธิสาตร์,จันทิมา นวะมะวัฒน์, อัญชลี รุ่งฉาย, สมาภรณ์ เทียนขาว, เปี่ยมศักดิ์ พึ่งโพธิ์และ นพรัตน์ เพชรกลอง (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(1), 15-26.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ศรายุทธ ชูสุทน. (2564). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม.* งานวิจัยปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สกานต์ บุนนาค, วิชัย เอกพลากร, กฤษณา ตรียมณีรัตน์ และนิสสรา แผ่นศิลา. (2563). *การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สังวาล จ่างโพธ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7*(2), 165 - 183.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *มาตรฐานสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.* สืบค้นจาก http://statstd.nso.go.th/classification/default.aspx

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก http://www.stat.bora.dopa.go.th/

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2563.* กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุนทร คงทองสังข์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(2), 455–464.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล. (2554). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI).* โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่.

องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมพัฒนา. (2564). *ข้อมูลสภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน.* สืบค้นจาก https://www.nikompattana.go.th/home

อติญาณ์ ศรเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, สถาพร แถวจันทึก, วารุณี เกตุอินทร์, และวิไลวรรณ คมขำ. (2562). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,* 8(1), 85–99.

Bloom BS, et al. (1975). *Taxonomy of Educational Objective. Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David Macay;

Buddeekhan, C. (2023). Model development for health promotion of the elderly in Ratanaburi District, Surin Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 17*(3), 1092–1107.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory Action Research. In Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed.). (pp. 567-605). Thousand Oaks, CA: Sage.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

Nualsithong, N. (2020). Developing a participatory learning model for adjusting health behaviors of the elderly. *Udonthani Hospital Medical Journal, 27*(3), 231–239.

Phothipim, M., Ketbumroong, V., Norkaew, J., & Kujapun, J. (2019). The effectiveness of health behavioral promotion program on knowledge, attitude and practice among members of elderly club, Nakhon Ratchasima Province. *The Public Health Journal of Burapha University, 14*(1), 119–130.

Weravaitaya, W. (2023). A development of health care model for older adult according to new normal by community and network participation, Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 3*(1), 1–12.

WHOQOL BREF. (1996). WHOQOL BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

World Health Organization. (1997). *Programmed on mental health: WHOQOL measuring quality of life*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2020). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Retrieved from https://www.who.int/tools/whoqol.