

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม
อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

The Development of a Community Participation-Based Health Promotion Model for
the Elderly in Ban Kham Subdistrict, Chatturat District, Chaiyaphum Province

สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์^{1*}
Supraporn Suwannaront^{1*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 36130

¹ Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province. 36130

* Corresponding author: สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์ Email: nang.supaporn2515hos@gmail.com

Received : 19 March 2026

Revised : 23 May 2026

Accepted : 17 June 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ 20 คน ผู้ดูแล 18 คนและผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา 22 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบประเมินสภาวะผู้สูงอายุ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC > 0.50) และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.86 – 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t - test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินการกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าด้านอื่น ภายหลังการดำเนินงาน ผู้สูงอายุมีคะแนนสภาวะและคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสำรวจสถานการณ์และความต้องการ 2) การวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) การดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาวัฒนธรรมสุขภาพในชุมชน และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.60) สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถส่งเสริมสภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและควรนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to examine the health status and quality of life of the elderly, develop a health promotion model through community participation, and identify factors contributing to successful implementation. The study applied the participation concept of Cohen and Uphoff as the conceptual framework. A purposive sample of 60 participants was recruited, including 20 elderly, 18 caregivers, and 22 stakeholders involved

in elderly care within the community. Research instruments consisted of the WHOQOL-BREF-THAI, a holistic well-being assessment questionnaire, in-depth interview guidelines, and focus group discussion guidelines. Content validity was verified by experts with Item-Objective Congruence Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis. The findings revealed that, prior to the intervention, most elderly had chronic diseases and lower physical quality-of-life scores compared with other domains. After implementation, overall and domain-specific well-being and quality-of-life scores significantly improved (p - value < 0.05). The developed model consisted of four stages: 1) situation and needs assessment, 2) collaborative planning with community stakeholders, 3) implementation of capacity-building activities and community health innovations, and 4) continuous monitoring and evaluation. Community stakeholders reported a high level of satisfaction with the program ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.60). The findings suggest that a community participation-based health promotion model may contribute to improving the well-being and quality of life of the elderly in the community.

Keywords: Elderly, Health promotion, Community participation

บทนำ

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) รายงานว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน จนมีการเรียกช่วงปี ค.ศ. 2001 – 2100 ว่าเป็น “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” [1] เนื่องจากสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โลกมีประชากรรวมประมาณ 5,735 ล้านคน โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 540 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.0 ของประชากรทั้งหมด ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 จำนวนประชากรโลกเพิ่มเป็นประมาณ 7,349 ล้านคน และมีผู้สูงอายุจำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับโลกอย่างชัดเจน ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มเป็นประมาณ 1,402 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 และจะเพิ่มเป็น 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ภายในปี พ.ศ. 2593 [1] การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้ส่งผลต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และการจัดบริการดูแลระยะยาวของหลายประเทศทั่วโลก

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้เริ่มสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537 และพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,450,391 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด [2] โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยต้น (60 – 69 ปี) ประมาณร้อยละ 57.4 ขณะที่อัตราการเกิดของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 9 หรือประมาณ 800,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 1 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568 [2] กลุ่มประชากรดังกล่าวมักมีภาวะโรคเรื้อรังและความต้องการการดูแลระยะยาวมากกว่ากลุ่มวัยอื่น จึงจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพที่รองรับอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง [3]

ข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) ระบุว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มติดสังคมประมาณร้อยละ 62 อย่างไรก็ตามยังพบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านและ

ติดเตียงในสัดส่วนที่เพิ่มภาระต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ และมักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา [4] แม้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพบางด้านจะมีแนวโน้มดีขึ้น เช่น การใช้บริการทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.2 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 35.6 ในปี พ.ศ. 2565 [4] แต่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมและต่อเนื่องยังคงเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพและจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน [5]

ตามข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เมื่อปี พ.ศ. 2567 พบว่า จังหวัดชัยภูมิ มีความสำคัญในบริบทของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยถูกจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด สำหรับรายละเอียดประชากรของจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งประกอบด้วย 16 อำเภอ มีประชากรโดยรวมทั้งสิ้น 910,538 คน ในจำนวนนี้มีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 211,949 คน คิดเป็นสัดส่วนที่สำคัญของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 90,374 คน และเพศหญิงจำนวน 121,575 คน ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างทางเพศในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอย่างชัดเจน [6] นอกจากนี้ ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังหลายด้าน โดยพบโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.9 และ 3.6 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบปัญหาโรคปวดข้อ ภาวะนอนไม่หลับ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน [4, 5] ขณะเดียวกัน สถานการณ์ด้านโครงสร้างครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะครอบครัวขนาดเล็กและการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งขาดผู้ดูแลที่เพียงพอและขาดการสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง [3, 4]

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ที่ผ่านมามีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการรายบุคคล โดยหน่วยงานสาธารณสุข เช่น การเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรองสุขภาพ และการให้คำแนะนำด้านสุขศึกษา แม้ว่าการบริการดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างเป็นระบบ [2, 3] ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง และขาดกลไกสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนทางสังคม การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ [7] นอกจากนี้ งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยให้ประชาชนเกิดความรู้สึกตระหนักต่อปัญหาสุขภาพ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และสามารถร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพมีความต่อเนื่องและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น [3, 7]

การศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff [8] ซึ่งอธิบายว่าการพัฒนาชุมชนที่มีประสิทธิภาพควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit sharing) และ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (Evaluation) แนวคิดดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและคงความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ยาวนานยิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควบคู่กับการพัฒนานวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

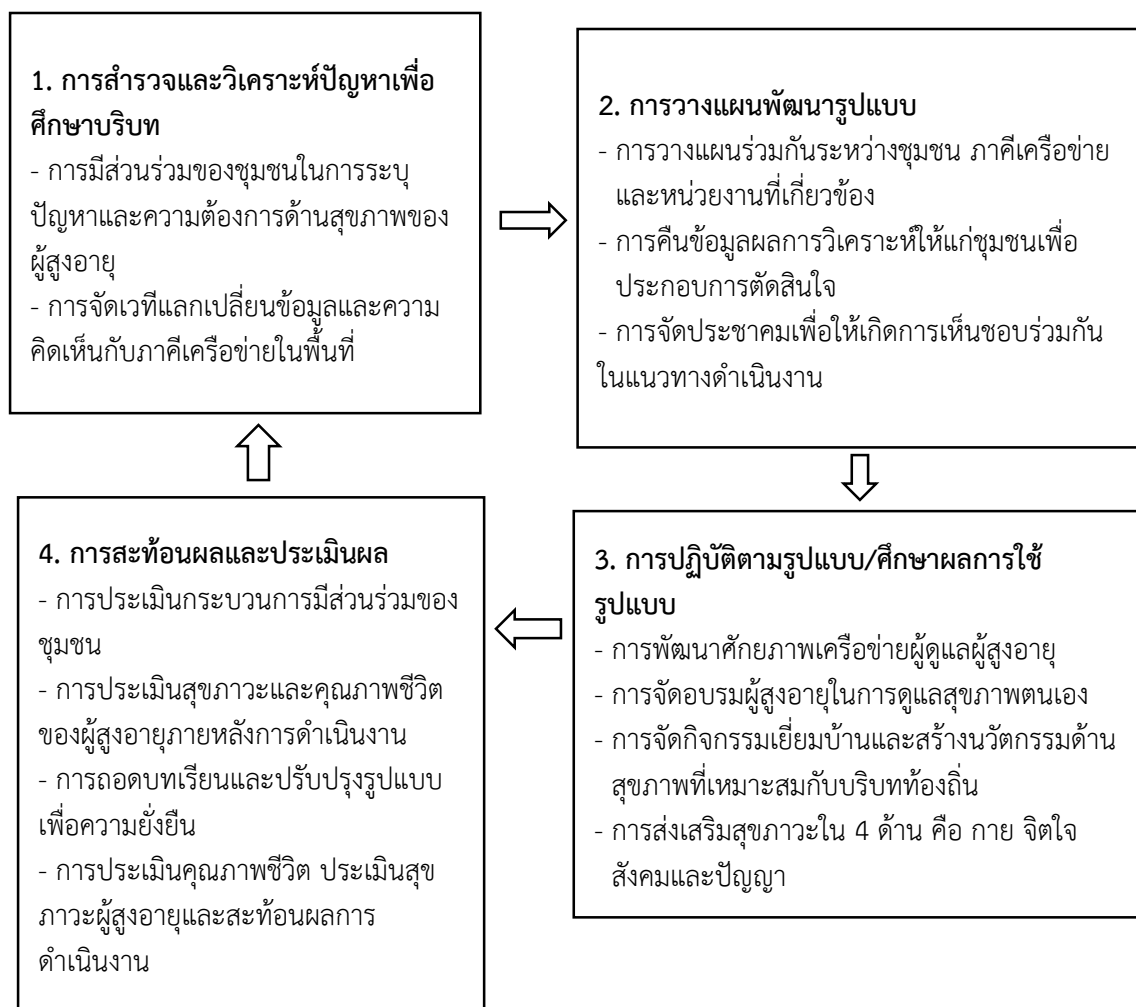
วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
- 3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
- 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff [8] เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านขาม อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit sharing) และ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (Evaluation)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [7] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมศึกษาสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชน ร่วมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการวิจัยได้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การดำเนินงานตามรูปแบบ และ 4) การประเมินผลและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [7] ซึ่งประกอบด้วยวงจรการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตและรวบรวมข้อมูล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ช่วงเวลาในการศึกษาวิจัย เดือนธันวาคม 2568 – มีนาคม 2569

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบ้านขาม จำนวน 240 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 90 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 75 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ 75 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมและระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยพิจารณาจากข้อมูลทะเบียนสุขภาพ บทบาทหน้าที่ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและบริบทของชุมชน

กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 60 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน และผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา จำนวน 22 คน โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายด้านเพศ อายุ ภาวะสุขภาพ และพื้นที่อาศัย ส่วนผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อสะท้อนข้อมูลและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างครอบคลุม

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านขาม อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 2) กลุ่มผู้ดูแลและผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถรับรู้ เข้าใจ และให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน
- 4) สนใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง
- 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ การสื่อสาร หรือภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล หรือการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย
- 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือถอนความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยระหว่างการศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ครอบคลุมการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือเชิงปริมาณ

1.1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว รูปแบบและความถี่ของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งข้อมูลด้านครอบครัวและสังคม เช่น การมีผู้ดูแล และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลดังกล่าวใช้เพื่ออธิบายลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และควบคุมตัวแปรพื้นฐานที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย

1.2) การประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบวัด WHOQOL - BREF-THAI ขององค์การอนามัยโลก [9] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ รวมทั้งข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = แย่มาก ถึง 5 = ดีมาก เกณฑ์การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 – 60 คะแนน) คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (61 – 95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตดี (96 – 130 คะแนน) [9]

1.3) แบบสอบถามประเมินสุขภาวะองค์รวมที่พัฒนาจากเครื่องมือของ เกษม สุวสินโน [10] ซึ่งครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา รวมจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อย ถึง 5 = ดีมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนนสุขภาวะแบบองค์รวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สุขภาวะระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน) สุขภาวะระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) และสุขภาวะระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) โดยพิจารณาจากคะแนนรวมที่ได้จากแบบประเมิน ซึ่งคะแนนสูงสะท้อนถึงการมีสุขภาวะที่ดีในทุกมิติของผู้สูงอายุ [10]

1.4) แบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากเครื่องมือของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ [3] จำนวน 13 ข้อ เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด สำหรับแบบประเมินสุขภาวะองค์รวมและแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00 – 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.50 – 2.49 หมายถึง ระดับน้อย 2.50 – 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.50 – 4.49 หมายถึง ระดับมาก และ 4.50 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด [3]

2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจบริบท กระบวนการดำเนินงาน และประสบการณ์ของผู้มีส่วนร่วมในชุมชน การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) ใช้สำหรับบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์ระหว่างการจัดกิจกรรม ลักษณะสภาพแวดล้อมของบ้านและชุมชน ตลอดจนพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

2.2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group note) ใช้บันทึกสาระจากการสนทนากลุ่ม ประชาคม และการประชุมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสะท้อนกระบวนการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจร่วมกัน

2.3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview guide) ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อสำรวจความคิดเห็น ประสบการณ์ และการรับรู้ต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม แบบประเมินความพึงพอใจและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Item - Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2) การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item-total correlation) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.23 – 0.79 และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

3) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำข้อมูลจากการทดลองใช้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.86

4) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของชุมชน รวมทั้งใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูล บุคคล และวิธีการเก็บข้อมูล เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ

4. การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และประเมินผล เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ สุขภาวะ และคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL – BREF - THAI) และแบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face – to – face interview) ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพ คุณภาพชีวิต ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 เป็นฐานในการร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งพัฒนาสื่อและแนวทางดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนา ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ใช้สื่อประกอบ ได้แก่ คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แผ่นพับ สื่อภาพ และแผ่นบันทึกสุขภาพรายสัปดาห์ กิจกรรมกลุ่มจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 – 3 ชั่วโมง และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การประเมินก่อนดำเนินกิจกรรม (Pre-test) ดำเนินการก่อนเริ่มโปรแกรม 1 สัปดาห์ และการประเมินหลังดำเนินกิจกรรม (Post - test) ดำเนินการภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและแบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการติดตามประเมินผลระยะยาวภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นข้อจำกัดของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยประเมินผลการดำเนินงานโดยเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อศึกษาผลลัพธ์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษา โดยนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Paired samples t - test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตภาคสนาม นำมาถอดความและวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1) ผลการศึกษาสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านขาม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.6 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.0 รองลงมาคืออายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 33.3 มากกว่าครึ่งมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 86.6 แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3 และไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 31.6 ขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีผู้ดูแล ร้อยละ 88.3

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่น ส่วนผลการประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมก่อนดำเนินกิจกรรม พบว่าสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสุขภาวะด้านปัญญาและด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ปวดข้อ นอนไม่หลับ และขาดกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง บางรายรู้สึกเหงา ขาดผู้พูดคุย และมีความกังวลเกี่ยวกับการระต่อครอบครัว นอกจากนี้ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขสะท้อนว่า ผู้สูงอายุบางส่วนขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และยังขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องในชุมชน

2) ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการพัฒนารูปแบบพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และการเยี่ยมบ้านติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

3) ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการดำเนินกิจกรรมสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (n = 20)

คุณภาพชีวิต	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	t	p - value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
ด้านสุขภาพกาย	2.31 (0.44)	3.52 (0.39)	5.98	< 0.001
ด้านจิตใจ	2.45 (0.38)	3.40 (0.36)	5.14	< 0.001
ด้านสังคม	2.29 (0.41)	3.61 (0.35)	6.42	< 0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.44 (0.40)	3.39 (0.37)	4.89	< 0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.37 (0.41)	3.48 (0.37)	6.09	< 0.001

ผลการประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่าคะแนนสุขภาวะโดยรวมและรายด้านหลังดำเนินกิจกรรมสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสุขภาวะด้านจิตใจและด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ผลการสะท้อนข้อมูลเชิงคุณภาพภายหลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขเห็นว่าผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น และเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายในชุมชนมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (n = 20)

รายการประเมิน	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	t	p – value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
สุขภาวะทางกาย	3.55 (0.83)	4.01 (0.15)	9.18	< 0.001
สุขภาวะทางจิตใจ	3.57 (0.74)	4.75 (0.76)	8.50	< 0.001
สุขภาวะทางสังคม	3.30 (1.07)	4.61 (0.56)	7.16	< 0.001
สุขภาวะทางปัญญา	3.02 (0.83)	4.30 (0.67)	12.11	< 0.001
สุขภาวะโดยรวม	3.36 (0.86)	4.41 (0.53)	-	< 0.001

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 0.60) โดยประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุด ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการนำนวัตกรรมสุขภาพมาใช้ในการชุมชน ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน การดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อกระบวนการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (n = 22)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การมีส่วนร่วมในการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา	4.36	0.51	มาก
การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น	4.11	0.81	มาก
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	4.28	0.61	
การมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน	4.04	0.73	มาก
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.11	0.71	มาก
การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.54	0.56	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและเยี่ยมบ้าน	4.28	0.56	มาก
การพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาวะ	4.34	0.50	มาก
ความเหมาะสมของนวัตกรรม	4.38	0.51	มาก
ความเป็นไปได้ในการใช้ต่อเนื่อง	4.24	0.48	มาก
ประโยชน์ของนวัตกรรมต่อผู้สูงอายุ	4.51	0.50	มากที่สุด

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การสะท้อนผลการดำเนินงาน	4.14	0.73	มาก
นวัตกรรมช่วยส่งเสริมสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรม	4.18	0.64	มาก
รวม	4.27	0.60	มาก

อภิปราย

สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1) สถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านขาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร่วมกับปัญหาด้านการออกกำลังกายและข้อจำกัดทางร่างกาย ขณะที่คุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพเรื้อรังยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization ที่ระบุว่า โรคเรื้อรัง ภาวะเสื่อมตามวัย และข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [11] รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคมักมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าด้านจิตใจและสังคม [12, 13] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ยังคงมีคะแนนด้านจิตใจและด้านสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการได้รับการดูแลจากครอบครัว การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Healthy ageing) [11] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง จะมีระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตที่ดีกว่ากลุ่มที่แยกตัวจากสังคม [13] ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนมีความรู้สึกเหงาขาดผู้พูดคุย และกังวลเกี่ยวกับภาระของครอบครัว ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในสังคมสูงวัย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่รายงานว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมักเผชิญปัญหาความโดดเดี่ยวทางสังคมและการขาดผู้ดูแล โดยเฉพาะในครอบครัวขนาดเล็กหรือครอบครัวที่บุตรหลานย้ายถิ่นไปทำงาน [12, 14]

2) กระบวนการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาขึ้นภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยเครือข่ายผู้ดูแล และการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง [8, 14] และสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุเกิดความต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบท และนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน [14, 15]

3) ผลลัพธ์หลังการดำเนินงานตามรูปแบบ ภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านจิตใจและด้านสังคม ซึ่งอาจเป็นผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ World Health Organization ที่ระบุว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม การออกกำลังกาย และการสนับสนุนจากชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [11] รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) [13, 14] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า โปรแกรมสุขภาพชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สามารถลดความรู้สึกลดเดี่ยว เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ [15] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานท้องถิ่น การมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง และการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้ทุนทางสังคมของชุมชนร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน [13, 15] รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสุขภาพโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ที่เน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและการจัดการสุขภาพร่วมกันในระดับพื้นที่ [11]

สรุป

การพัฒนาและดำเนินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาวะและคุณภาพชีวิตหลังการดำเนินกิจกรรมสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะสุขภาวะด้านจิตใจและด้านสังคมที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และมีข้อจำกัดด้านสุขภาพกาย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุ กระบวนการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และครอบครัวผู้สูงอายุ ในการร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และประเมินผล ทำให้กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยให้การดำเนินกิจกรรมสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หน่วยบริการสุขภาพและชุมชนควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัว ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่งเสริมการใช้นวัตกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบูรณาการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐานเข้าสู่แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร และบุคลากร

อย่างเพียงพอ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการอธิบายผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2) ควรขยายการศึกษาไปยังหลายพื้นที่หรือชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและการประยุกต์ใช้รูปแบบในบริบทที่หลากหลาย
- 3) ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและติดตามผลในระยะยาว รวมทั้งมีการวัดผลซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 4) ควรศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพและติดตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสังคมสูงวัยในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

- 1) การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ชุมชนเดียวและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล รวมถึงการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน
- 2) การประเมินสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณดำเนินการในผู้สูงอายุเพียง 20 คน และใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความเป็นตัวแทนของประชากร
- 3) การประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมเป็นการวัดผลระยะสั้น และไม่มีการติดตามผลซ้ำในระยะยาว จึงยังไม่สามารถสะท้อนความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่รับรอง 90/2568 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2568 โดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ เน้นความปลอดภัยและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และลดความเสี่ยงก่อนดำเนินกิจกรรม 2) หลักเคารพในความเป็นบุคคล ให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อพร้อมจัดทำเอกสารยินยอมโดยสมัครใจ และ 3) หลักความยุติธรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นธรรมรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล และใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น

การอ้างอิง

สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 259 – 72.

Suwanaront S. The Development of a Community Participation-Based Health Promotion Model for the Elderly in Ban Kham Subdistrict, Chatturat District, Chaiyaphum Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 259 – 72.

เอกสารอ้างอิง

- [1] United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, United Nations Population Fund. 2012.
- [2] กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร, กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2567.
- [3] ณรงค์กร ชัยวงศ์, นิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงค์, ถาวรีย์ แสงงาม, และปณณทัต บณขุนทด. การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ตำบลกลันตา อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(3): 957 - 73.
- [4] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2567.
- [5] อนันต์ อนันตกุล. สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2569 จาก: <http://legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2017/12/%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A23.pdf>.
- [6] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2567.
- [7] Kemmis S, and McTaggart R. Participatory Action Research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, Sage. 2000.
- [8] Cohen JM, and Uphoff NT. Participations place in rural development, Seeking clarity through specificity. New York, World Developments. 1980.
- [9] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2569 จาก: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>.
- [10] เกษม สุวณโณ. การศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตชุมชนท่าอิฐ วัดแสงสิริธรรม ตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์]. พุทธศาสนมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2560.
- [11] กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร, บริษัท อมรินทร์ยูนิค คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน). 2565.
- [12] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2567.
- [13] ทิพยาภา ดาหาร, และเจตสรียา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม. 2561; 2(3): 42 – 54.
- [14] ถิรวัฒน์ ลาประวัตติ, และสมัย ลาประวัตติ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567; 3(1): 156 – 70.
- [15] ศรายุทธ ชูสุทนต์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2564.