การศึกษานำร่องในสตรีวัยสูงอายุต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและครอบครัว

A Pilot Study of Self-Care and Family Care Health Behaviors Among Elderly Women

บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์ ปร.ด.[1], สมโภช บุญวัน ส.บ.[2], ชุติมา มาลัย ปร.ด.[3*], ดนัย ดุสรักษ์ กศ.ม.[4]

Buntawan Hirunkhro, Ph.D.[1]; Sompot Bunwan, B.P.H.[2]; Chutima Malai, Ph.D.[3*]; Danai Dussaruk, M.Ed.[4]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000
[2]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี 71120
[3]ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000
[4]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัชคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 70110
[1]Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ratchaburi 70000
[2]Tha Maka District Public Health Office, Kanchanaburi 71120
[3]Director at College of Nursing Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ratchaburi 70000
[4]Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj,Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ratchaburi 70110
*ผู้ให้การติดต่อชุติมา มาลัย (corresponding author): chutimali15@gmail.com

Received: 29 January 2026 Revised: 24 August 2026 Accepted: 26 August 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของสตรีวัยสูงอายุ และ 2) พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพสตรีวัยสูงอายุและครอบครัว โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน ในพื้นที่ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนาในระยะการศึกษานำร่อง โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพและการศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างคือสตรีวัยสูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลครอบครัวจำนวน 30 คน ในตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา ซึ่งเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยสูงอายุ ดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดการรับรู้สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: รูปแบบการดูแลสุขภาพสตรีวัยสูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (88.59±5.12 และ 65.23±4.81; p<0.001) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการมีส่วนร่วมทางสังคม

สรุปผล: รูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้สตรีวัยสูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองและเป็นผู้ดูแลครอบครัว ผลการวิจัยจะเป็นต้นแบบสำคัญให้หน่วยงานสาธารณสุขนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุและครอบครัว

คำสำคัญ: สตรีวัยสูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพ, การดูแลตนเอง, การดูแลครอบครัว, ชุมชนเป็นฐาน

Abstract

Objectives: This study aimed to 1) examine the health contexts, problematic situations, and health needs of elderly women; and 2) develop and evaluate the effectiveness of a community-based health care model for elderly women and their families in Tha Maka Subdistrict, Tha Maka District, Kanchanaburi Province.

Methodology: This research and development (R&D) design presents Phase 1 as a pilot study, employing qualitative methods and a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The study was conducted between July and September 2023. A purposive sampling method was used to select 30 elderly women who acted as family caregivers. The experimental instrument was an 8-week community-based health promotion program. Data were collected using general information, health perception, and self-care behavior questionnaires. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

Results: Following the completion of the program, the community-based health care model significantly improved the participants' overall mean scores for health perception and self-care behaviors (88.59±5.12 vs. 65.23±4.81; p<0.001). Significant improvements were particularly observed in non-communicable disease (NCD) management and social participation

Conclusion: The developed model effectively fosters proactive health behaviors and strengthens the caregiving potential of elderly women for themselves and their families. These findings serve as a crucial prototype for public health agencies to implement and enhance the quality of life for elderly women in local contexts.

Keywords: elderly woman, health behavior, self-care, family care, community-based

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งใหญ่ โดยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567[1] ซึ่งมีประชากรวัยสูงอายุกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[2] ในสภาวะนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความเสี่ยงสูงที่จะประสบปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูงและภาวะข้อเข่าเสื่อม[3] การขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อโรค รวมถึงการขาดผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถ จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทยในบริบทของการดูแลสุขภาพนั้น สตรีวัยสูงอายุ (elderly woman) มักมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ดูแลหลัก (caregiver) ในบริบทสังคมไทยมักมีบทบาทเป็นแกนหลักของครอบครัว (center of the family) โดยไม่ได้ทำหน้าที่เพียงดูแลตนเองเท่านั้น แต่ยังเป็นผู้ดูแล (caregiver) ทั้งต่อตนเอง สมาชิกคนอื่นในครอบครัว และคู่สมรส[4] อย่างไรก็ตาม การทุ่มเทดูแลผู้อื่นมักทำให้พฤติกรรมสุขภาพของตนเองถูกละเลย หรือขาดความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบ การเสริมสร้างศักยภาพให้สตรีกลุ่มนี้จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะผลลัพธ์ที่ได้จะส่งผลดีแบบทวีคูณ (multiplier effect) ทั้งต่อตัวสตรีเองและสมาชิกในครัวเรือนดังนั้น การส่งเสริมให้สตรีวัยสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การลดภาระการพึ่งพิงและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในครอบครัวโดยรวม[5] ซึ่งนำมาสู่ความท้าทายด้านการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสตรีวัยสูงอายุที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองและดูแลครอบครัว

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบชุมชนเป็นฐาน (community-based healthcare) จึงถูกนำมาประยุกต์ใช้ โดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานรัฐ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและการเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ[6] อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นพื้นที่หนึ่งที่เผชิญกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมกว่า 22,587 คน และมีประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวม 16,189 คน[7] ซึ่งข้อมูลนี้ตอกย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ควรเข้าถึงง่ายไร้รอยต่อการวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยสูงอายุในชุมชนท่ามะกา เพื่อให้เกิดต้นแบบที่สามารถขยายผลการดูแลสุขภาพสู่ครอบครัวและชุมชนได้อย่างยั่งยืน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ทว่าขอบเขตการศึกษาส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่เพียงการดูแลรักษาเชิงคลินิกในสถานพยาบาล หรือมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล ซึ่งยังขาดการบูรณาการมิติเชิงสังคมและศักยภาพของเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม[8] ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ที่มุ่งเน้นทั้งการดูแลตนเองควบคู่ไปกับการดูแลครอบครัวจึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง งานวิจัยนำร่องฉบับนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างต้นแบบ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงรุก ก่อนจะนำไปขยายผลเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพสตรีวัยสูงอายุในชุมชนตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพสตรีวัยสูงอายุและครอบครัวที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน (community-based) ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ที่มีความสัมพันธ์แบบวงจรที่เชื่อมโยงกัน ซึ่งชุมชนไม่ได้เป็นแค่สถานที่วิจัย แต่เป็นระบบนิเวศสนับสนุน และการเสริมสร้างพลังอำนาจคือแรงขับเคลื่อนที่สร้างให้สตรีวัยสูงอายุเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับบริการเป็นผู้จัดการสุขภาพ จึงเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based empowerment model) โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา และขับเคลื่อนการทำงานกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ (stakeholder engagement) เพื่อความยั่งยืน ให้สตรีวัยสูงอายุแกนนำในการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลบุคคลในครอบครัว โดยในโปรแกรมพัฒนามาจากปัญหาและความต้องการก่อเกิดเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยสูงอายุ มีกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การอบรมเสริมอาวุธด้านความรู้สุขภาพ การแจกสมุดคู่มือสุขภาพ มีการใช้เทคโนโลยีการสร้างกลุ่มไลน์ (LINE) การได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องรวดเร็วผ่านช่องทางออนไลน์ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผลลัพธ์แห่งการเปลี่ยนแปลง (outcomes) เมื่อสตรีวัยสูงอายุได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน สามารถจัดการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตนเองและครอบครัว (self-management) ด้วยความเข้าใจเปลี่ยนบทบาทเป็นแกนหลักที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยนำเสนอในระยะการศึกษานำร่อง (pilot study) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาบริบทและความต้องการ และ 2) การวิจัยเชิงทดลองขั้นต้น (pre-experimental research) โดยใช้แผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ (one group pretest-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือ สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลสถิติจำนวนประชากรสตรีวัยสูงอายุในพื้นที่รวมทั้งสิ้นประมาณ 15,000 คน[7]

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คือ สตรีวัยสูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยประสานงานผ่านผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) เพื่อคัดเลือกครอบครัวที่มีสตรีสูงอายุตามเกณฑ์ และกระจายครอบครัวให้ครอบคลุมบริบทของชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนภาพรวมของปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี มาไม่น้อยกว่า 6 เดือน อาศัยอยู่กับครอบครัว สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หรือย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นและมีความต้องการออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุเพศสถานภาพ อาชีพเดิม/ปัจจุบัน รายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว ภาวการณ์เจ็บป่วย (โรคประจำตัว) จำนวนและสมาชิกในครอบครัว และงานอดิเรก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (checklist) และเติมข้อความบางส่วน

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แบ่งเป็น 3 ด้าน รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ (knowledge) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบตัวเลือกถูก-ผิด การให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือสุ่มตอบได้ 0 คะแนน การแปลผลพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ร้อยละ โดยกำหนดดังนี้ คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้อยู่ในระดับดีร้อยละ 60–79 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและต่ำกว่าร้อยละ 60 มีความรู้อยู่ในระดับ ต่ำ

ด้านที่ 2 ทัศนคติที่มีต่อการดูแลสุขภาพ (attitude) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ การให้คะแนนตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ลงไปถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผลค่าเฉลี่ยรายด้านดังนี้ ทัศนคติดี (4.20 ขึ้นไป) ทัศนคติดี (3.41–4.20) ทัศนคติปานกลาง (2.61–3.40) ทัศนคติไม่ดี (1.81–2.60) และทัศนคติไม่ดีอย่างยิ่ง (1.00–1.80)

ด้านที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ (practice) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดความถี่ของพฤติกรรม (frequency scale) การให้คะแนนปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) การแปลผลค่าเฉลี่ยรายด้านดังนี้มีการปฏิบัติในระดับสูง (2.34–3.00) มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง (1.67–2.33) และมีการปฏิบัติในระดับต่ำ (1.00–1.66)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยสูงอายุ โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมสนับสนุนดังนี้

1. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (comprehensive assessment) ประกอบด้วยแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลบันทึกเฝ้าระวัง (personal health profile) บันทึกประวัติการรับคำปรึกษา (support record) และจดบันทึกต่างๆ สำหรับทีมวิจัย

2. สมุดคู่มือสุขภาพ (handbook) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเนื้อหาด้านในสมุดประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตารางบันทึกสุขภาพรายวัน/รายสัปดาห์ สำหรับจดบันทึกค่าชีพจร ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัว

ส่วนที่ 2 เป็นเนื้อหาการดูแลสุขภาพสตรีวัยสูงอายุ (core knowledge) ประกอบด้วยความรู้ด้านอาหาร (nutrition) การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะวัย การลดหวาน-มัน-เค็ม และปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมต่อวันด้านการออกกำลังกาย (exercise) ท่าบริหารที่ปลอดภัยสำหรับสตรีสูงอายุ เช่น การยืดเหยียด ท่าบริหารอุ้งเชิงกราน (ป้องกันอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่) และการเดิน–ลุก อย่างถูกวิธี ด้านอารมณ์และสุขภาพจิต (mental health) เทคนิคการจัดการความเครียด การฝึกสมาธิ และความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือนด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (safety) และวิธีปรับสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการลื่นล้ม

3. การสร้างช่องทางการสนับสนุนการติดตามผลและเสริมแรง โดยผ่านสื่อดิจิทัล (digital support &follow-up channels) เป็นเครื่องมือส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและการปรึกษาทางการพยาบาล ประกอบด้วย

3.1 ระบบกลุ่มสนทนาออนไลน์พื้นฐาน (online support group) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับข่าวสารสุขภาพในรูปแบบกลุ่มโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์โดยตั้งชื่อกลุ่มว่า “กลุ่มเครือข่ายสุขภาพ สว.อ. ท่ามะกา”

3.2 การสื่อสารทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันรายบุคคล (individual tele-consultation) เพื่อการติดตามความก้าวหน้าตามสมุดคู่มือสุขภาพ พร้อมทั้งการบันทึกประวัติการรับคำปรึกษา (support record) เพื่อใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าฉลี่ยรวมของเครื่องมืออยู่ระหว่าง IOC = 0.90–1.00

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงผ่านการพิจารณาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 10 คนในแบบวัดการรับรู้สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านที่ 1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ตรวจสอบค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตร Kuder–Richardson 20 (KR-20) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ KR-20 = 0.70 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือด้านที่ 2 และ 3 = 0.70 และ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2566

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทปัญหาและความต้องการ หลังจากขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยประสานงานและจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น นายอำเภอ นายกเทศบาล กำนันผู้ใหญ่บ้าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ประชุมสรุปผลกับภาคีเครือข่าย (stakeholders) และค้นหา/สำรวจข้อมูลพื้นฐานในพื้นที่ คัดเลือกและประกาศรับสมัครกลุ่มตัวอย่าง และสัมภาษณ์ (focus group) รายเดี่ยว/รายกลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีสูงอายุโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน คณะผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีสูงอายุที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทและความต้องการ กิจกรรมหลักประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมรายบุคคล การอบรมเชิงปฏิบัติการ การออกกำลังกาย การใช้คู่มือสุขภาพ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมฯ คณะผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีสูงอายุ (8 สัปดาห์) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ปฐมนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการรับรู้สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 2–7 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยการจัดอบรม 1 ครั้ง ร่วมกับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านโดยทีมวิจัย เจ้าหน้าที่ และ อสม. เพื่อติดตามการใช้สมุดคู่มือสุขภาพ และติดตามเสริมแรงโดยสอบถามทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 8 สรุปบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (posttest) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมอีกครั้งหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรมฯ 2) ประเมินความพึงพอใจและรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 3) การประชุมสรุปผลกับภาคีเครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์แนวทางการนำโปรแกรมไปใช้จริงในระดับพื้นที่ และการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

3. วิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีสูงอายุ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี (EC.NO. 19/2566) วันที่รับรอง 27 กรกฎาคม 2566 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามมาตรการจริยธรรม การให้ข้อมูลและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างในสตรีวัยสูงอายุจำนวน 30 คน ที่ดูแลครอบครัว ในพื้นที่อำเภอท่ามะกา เป็นสตรีสูงอายุเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีช่วงอายุระหว่าง 60–79 ปี มากที่สุดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.0) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.0) มีรายได้เฉลี่ย 9,000 บาท/เดือน และรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 4,500 บาทต่อเดือน โดยมีสตรีสูงอายุถึงร้อยละ 75.0 ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 70.0 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย มีสมาชิกเฉลี่ย 3–5 คน มีระบบสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวที่ดี โดยมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ร้อยละ 55.0 อาชีพเดิม/ปัจจุบัน ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหลักแต่ทำหน้าที่ดูแลบ้านและบุตรหลานในครอบครัวงานอดิเรก ส่วนใหญ่นิยมใช้เวลาว่างในการดูแลต้นไม้/ทำสวนครัวรอบบ้าน การเข้าวัดทำบุญในวันพระ และการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านในชุมชน

สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ

ผลการสำรวจพบว่า สตรีวัยสูงอายุในพื้นที่ตำบลท่ามะกามีสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่ระบุว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีปัญหาด้านสุขภาพและโรคเรื้อรัง[1] และตอกย้ำความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบ/โปรแกรมที่มุ่งเน้นการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง (self-management) ดังตารางที่ 1 ของระยะเตรียมการ (preparation phase)การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสตรีสูงอายุทั้งแบบสนทนาและการสัมภาษณ์รายบุคคลจำนวน 30 คน เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสตรีสูงอายุใน ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

Table 1. A situational analysis of health problems among elderly women in Tha Maka Subdistrict, Tha Maka District, Kanchanaburi Province

ประเด็นหลัก (Themes)	ประเด็นย่อย (Sub-themes)	สาระสำคัญจากกลุ่มตัวอย่าง (Excerpts)
1. การเสียสละและการจัดลำดับความสำคัญของสุขภาพ	1.1 แนวคิด “ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง” (family-centricity) เหนือการดูแลตนเอง 1.2 นิยามของสุขภาพดีคือการ “ไม่เป็นภาระ” (avoidance of dependency)	“สุขภาพดีของป้าคือการไม่เป็นภาระลูกหลาน แต่ถามว่าให้ความสำคัญกับใครก่อน ก็ต้องคนในบ้านก่อน... ถ้าคนในบ้านอิ่มและสบายใจป้าถึงจะมาดูเรื่องของตัวเองได้”
2. พฤติกรรมการบริโภคและการจัดการโภชนาการภายใต้บริบทแต่ละครอบครัว	2.1 บทบาท “ผู้กำกับดูแลอาหาร” (nutritional gatekeeper) ของครัวเรือน 2.2 การจัดการความขัดแย้งด้านโภชนาการระหว่างวัย (intergenerational dietary management)	“ป้าจะเป็นคนไปตลาดเอง จะเน้นปลาและผักเยอะหน่อยเพราะที่บ้านมีคนเป็นเบาหวาน... แต่บางทีลูกหลานอยากกินของทอดป้าก็ต้องทำ แต่ป้าจะเลี่ยงไปกินต้มหรือน้ำพริกแทน”
3. การจัดการทางอารมณ์และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม	3.1 การเยียวยาด้วยพุทธธรรมและสถาบันทางศาสนา 3.2 เพื่อนวัยเดียวกันในฐานะ “พื้นที่ปลอดภัย” และความกังวลที่จะส่งต่อความเครียดแก่ครอบครัว	“ถ้าเหนื่อยมากป้าก็จะไปเข้าวัด ฟังธรรมหรือไปคุยกับกลุ่มเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ ... ส่วนคนในครอบครัวป้าไม่ค่อยอยากเอาเรื่องเครียดไปเล่าให้ฟัง กลัวเขาจะกังวล”
4. บทบาทภาระหน้าที่และการวางแผนในอนาคต	4.1 ภาระงานดูแลที่มองไม่เห็น (invisible care burden) 4.2 การสร้าง “ความกตัญญูเชิงแลกเปลี่ยน” เพื่อความมั่นคงในวัยปลาย	“ป้าเป็นคนดูแลหลักทั้งหมด...ดูแลเขาไปก่อนเพราะในอนาคตเราต้องพึ่งลูกหลาน”
5. การสื่อสารสุขภาพและอิทธิพลต่อพฤติกรรมคนในครัวเรือน	5.1 การใช้ความกลัว (fear appeal) เป็นเครื่องมือในการจูงใจ 5.2 การสร้างความตระหนักรู้ถึงความไม่แน่นอนของสุขภาพ	“บอกเขาให้มองอนาคตว่าสุขภาพไม่แน่นอน... กินดี ๆ จะได้ไม่ป่วย ไม่เป็นภาระคนในครอบครัว นี่ขู่เขาเลย ถ้าไปนอนโรงพยาบาล จะไม่เฝ้า”
6. ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและความต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐ	6.1 ข้อจำกัดด้านเศรษฐสถานะ (economic constraints) และภาวะเงินเฟ้อ 6.2 ความต้องการการเข้าถึงบริการเชิงรุกและการคัดกรองข่าวปลอมด้านสุขภาพ (health literacy)	“รายได้น้อยมาก ข้าวของมันแพงขึ้นทุกวัน... อยากให้เจ้าหน้าที่มาตรวจสุขภาพให้ที่ชุมชนบ่อย ๆ... บางทีอ่านในไลน์แล้วไม่แน่ใจว่าจริงไหม อยากมีหมอมาแนะนำให้ชัดเจน”

การวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยสูงอายุโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพและพฤติกรรมภาพรวมของสตรีวัยสูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยสูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

Table 2. Comparison of mean scores of health status and self-care behaviors among elderly women before and after participating in the program (n=30)

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	Mean±SD		t	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		
1. ด้านความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ	6.47±1.25	9.13±0.82	10.45	< 0.001
2. ด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ	33.15±4.12	44.20±3.56	11.23	< 0.001
3. ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติ	19.08±2.45	26.40±1.98	12.87	< 0.001
คะแนนรวม (ร้อยละ)	65.23±4.81	88.59±5.12	12.56	< 0.001

ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า สตรีสูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3) มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับสูง โดยชื่นชมในประเด็นของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) จากการจัดกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน และความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลผ่านคู่มือฯและช่องทางออนไลน์/กลุ่มไลน์ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวสามารถติดตามและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องการสนทนาในกลุ่มไลน์ทำให้สะดวกในการซักถามข้อสงสัย เช่น ปัญหาสุขภาพของครอบครัว ทำให้ได้รับการแก้ไขได้อย่างทันท่วงที

อภิปราย

บริบทและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยสูงอายุ สามารถอภิปรายได้ดังนี้ ปัญหาด้านสุขภาพของสตรีวัยสูงอายุใน ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศ[(1)] และมีความต้องการด้านความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว ซึ่งสะท้อนถึงการขาดความรู้เชิงลึกหรือการขาดการสนับสนุนทางสังคมถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีสื่อต่าง ๆ สำหรับการเรียนรู้ แต่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุยังมีปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล เช่น ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อ กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจโรคไม่เข้าใจอาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวการดูแลตัวเองเกี่ยวกับโรค อาหารเฉพาะ เป็นต้น จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจสูงต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ความสำเร็จนี้มาจาก

การพัฒนาโปรแกรมที่ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทปัญหาในพื้นที่ และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว ผ่านโปรแกรมที่มีเครื่องมือที่ประกอบไปด้วยการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม และการจดบันทึกต่าง ๆ มีสมุดคู่มือสุขภาพ สนทนาออนไลน์ โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ ตั้งชื่อกลุ่มไลน์ว่า “กลุ่มเครือข่ายสุขภาพ สว.อ. ท่ามะกา” ซึ่งประเด็นการสนทนาภายในกลุ่มไลน์ที่สร้างขึ้น จะเป็นประเด็นซักถามปัญหาสุขภาพ การติดตามภาวะสุขภาพ เช่น โรคในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง อาการต่าง ๆ เช่น การกำเริบของโรค อาหาร และการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ทำให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (continuing care) โดยที่ไม่เป็นภาระต่อหน่วยงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว[5,6] และนำไปสู่การดูแลระยะยาว (long term care) โดยการสร้างกลุ่มใช้เทคโนโลยีง่าย ๆ มาช่วยสนุนับสนุน การสร้างกลุ่มไลน์ที่มีทั้งประชาชน เจ้าหน้าที่/บุคลากรของสหวิชาชีพทำให้เข้าถึงกันได้ง่าย เมื่อมีปัญหา/คำถาม ทั้งนี้สามารถพัฒนาได้ทั้งในบริบทพื้นที่ของประเทศไทยที่เป็นชุมชนชนบทและชุมชนกึ่งเมือง เพื่อให้สามารถเกิดการดูแลติดตามได้อย่างยั่งยืน

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพสตรีวัยสูงอายุและครอบครัวที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกลไกสำคัญที่ทำให้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบชุมชนเป็นฐานนี้ประสบความสำเร็จนี้ เกิดจากการพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง และมีกิจกรรมที่หลากหลาย สอดคล้องกับงานวิจัยศิริเนตร สุขดี[6] ที่ชี้ถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการ โดยผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัว มีส่วนร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติรรม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และการปฏิบัติจริงมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และโภชนาการที่สูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรนันท์ ศรีสุพรรณและคณะ[9] ในการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจและพัฒนาสมรรถภาพในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและได้รับการสอนทักษะเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลถึงการดูแลผู้สูงอายุที่ดีขึ้น สามารถเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living, ADL)

การให้ความรู้เพิ่มทักษะและการสร้างเครือข่ายผ่านกลุ่ม Line เป็นการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความเหงา และความว้าเหว่ (loneliness, isolation) และเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ หลาทอง[10] ซึ่งศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม และผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์และคณะ[11] ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอสม. จำนวน 500 ราย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป เกือบร้อยละ 80 ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านทัศนคติของ อสม. อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความชอบในการทำงานและส่งผลต่ออิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. และสามารถให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนได้ดีด้วย

ความยั่งยืนของรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นอภิปรายได้ว่าองค์ประกอบของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประเมินแบบองค์รวม (comprehensive assessment) และการใช้เครือข่ายเทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุน (Line group support/online) มีส่วนช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานได้รับการยอมรับในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากมีการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น การวิจัยของศรายุทธ ชูสุทน[12] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้เกี่ยวข้องช่วยให้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนประสบผลความสำเร็จ ส่วนการศึกษาของ เบญจา อิศรางกูร ณ อยุธยา[13] ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับงานของอุมาพร เคนศิลาและสุรีพร โพธิ์ช่วย[14] และในโปรแกรมฯ ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้[6,14] ที่มีการตั้งทีมอาสาสมัครบริบาลผู้สูงอายุหรือ อสบ. การเยี่ยมบ้าน (home visit) เพื่อลงพื้นที่ติดตามสุขภาพรายบุคคลอย่างสม่ำเสมอ และโปรแกรมฯ ที่ศึกษา ยังมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของธรรมนูญ คำชาลี[15] ที่มีแกนนำชุมชน มีการมอบหมายให้แกนนำและ อสม. ในพื้นที่ตำบลโนนคูณ เป็นผู้กำกับดูแลและรายงานความก้าวหน้าผ่านเวทีประชาคมชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุปผล

การศึกษาวิจัยนำร่องครั้งนี้ยืนยันว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพสตรีวัยสูงอายุโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน ที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและครอบครัวของสตรีวัยสูงอายุ โดยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น และเพิ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบดังกล่าวสามารถช่วยเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคเรื้อรังในระยะยาวได้ และเป็นผู้ดูแลแกนนำสุขภาพที่เข้มแข็งในครอบครัวและยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพนี้ไปขยายผลในทุก ๆ ตำบลหรือในอำเภออื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และสตรีวัยสูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ให้เป็นพี่เลี้ยงสุขภาพ (health mentors) และมุ่งสร้างผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน ของสตรีวัยสูงอายุในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการมีส่วนร่วมทางสังคม เพื่อสร้างความยั่งยืนในด้านสุขภาพของชุมชนและผลการวิจัยนี้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความต่อเนื่องของผลลัพธ์ในระยะยาว/วิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอาจขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependent elderly) เพื่อให้เกิดการดูแลกันในครอบครัวและชุมชนเข้ามีส่วนร่วมและควรศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ในอนาคตรวมถึงการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้การพิจารณาและอนุมัติโครงการวิจัยนี้ รวมถึงขอขอบพระคุณนายอำเภอท่ามะกา นายกเทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลท่ามะกา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่ามะกาทุกท่านและครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2565.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและเคหะ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/main/summano/aE
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ.สถิติผู้สูงอายุ.[อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=25232569
4. กันตวิชญ์ จูเปรมปรี, ดารุณี จงอุดมการณ์. การรับรู้ของสตรีสูงวัยเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลครอบครัว: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2):73–82.
5. ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(2):226–38.
6. ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับการมีส่วนร่วมของชุมชน. [ปริญญานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC): รายงานสถิติและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กระทรวงสาธารณสุข; [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/kri/public/standard-reportdetail/00366a85bd3c2b6932a228df29137252

8. รัถยานภิศ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ดลปภัฎ ทรงเลิศ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(1):211–21.
9. จิรนันท์ ศรีสุพรรณ, กัณฐาภรณ์ มั่งประเสริฐ. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2569;7(1):170–83.
10. อุไรวรรณ หลาทอง. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้วยกระบวนการ A-I-C ตำบลปะอาว อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):241–8.
11. ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์, อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, กะรัตเพชร ทองเกตุ.สมรรถนะและบทบาทต้นแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้นแบบ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2568;19(3):244–53.
12. ศรายุทธ ชูสุทน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล, และ สุมัทนา กลางคาร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2565;7(1):40–56.
13. เบญจา อิศรางกูร ณ อยุธยา. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. 2568;13(1):13–27.
14. อุมาพร เคนศิลา, และ สุรีพร โพธิ์ช่วย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติท่ามกลางความเป็นจริง. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. 2569;14(1):73–85.
15. ธรรมนูญ คำชาลี. ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(2):112–26.