

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการแพทย์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

The Development of a Health Promotion Model for Older Adults Using Nursing Innovation through Community Participation.

(Received: November 4,2025 ; Revised: November 15,2025 ; Accepted: November 17,2025)

วิภาดา กาญจนสิทธิ์¹ และยุพาพร ม่วงนิล¹

Wipada Kanjanasit¹ and Yupaporn Muangnil¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนาแล้ว การวิจัยเป็นแบบเชิงพัฒนา ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรวม 150 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินสภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80.0) และสภาวะโดยรวมอยู่ในระดับมาก การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้นวัตกรรมทางการแพทย์ เช่น สื่อการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์ กิจกรรมกลุ่ม และการเยี่ยมบ้านเชิงรุก ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.27, S.D. = 0.60) โดยเฉพาะด้านการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.54, S.D. = 0.56) และการใช้นวัตกรรมสุขภาพในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.51, S.D. = 0.50)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, นวัตกรรมทางการแพทย์, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study aimed to examine the health status and quality of life of older adults in the community, develop a health promotion model for older adults using nursing innovation through community participation, and evaluate the implementation outcomes of the developed model. The research was developmental in nature and employed a participatory action research (PAR) process. The sample consisted of 150 participants, including older adults, caregivers, and stakeholders. Research instruments included the WHOQOL-BREF-THAI quality of life questionnaire, a holistic elderly health assessment form, and a community network satisfaction assessment form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the paired samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that most older adults were female, aged 70 years and above, and had chronic diseases such as hypertension and diabetes. The majority of participants demonstrated an overall good quality of life (80.0%) and a high level of holistic well-being. Health promotion activities employing nursing innovations—such as creative learning media, group activities, and proactive home visits—together with community participation, helped improve healthy behaviors among older adults and fostered mutual learning within the

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

community. The satisfaction of community network partners was at a high level (Mean = 4.27, S.D. = 0.60), particularly regarding the development of caregiver network capacity (Mean = 4.54, S.D. = 0.56) and the application of health innovations within the community (Mean = 4.51, S.D. = 0.50).

Keywords : Elderly, Nursing innovations, Community participation

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของโลกกำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) รายงานว่า ช่วงปี ค.ศ. 2001–2100 อาจถือเป็น “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” เนื่องจากทุกประเทศทั่วโลก กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย แม้แต่ละประเทศจะเข้าสู่ภาวะดังกล่าวในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน แต่ล้วนมีปัจจัยร่วมสำคัญ ได้แก่ ความก้าวหน้าทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม การแพทย์ และเทคโนโลยี ที่ทำให้ ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น¹ ในช่วงประมาณ สองทศวรรษก่อนหน้านี้ ประชากรโลกมีจำนวนราว 5,735 ล้านคน โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 540 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากร ทั้งหมด¹ ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 จำนวนประชากรโลกเพิ่มขึ้นเป็น 7,349 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12.3 ซึ่งสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการแล้ว¹ นอกจากนี้ ยังมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,402 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 และภายในปี พ.ศ. 2593 จะสูงถึง 2,092 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.5 ของประชากรทั้งหมด¹ ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทั่วโลกในอัตราเร่ง ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม

ประเทศไทยเองได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่า

จะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578² การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย และจิตใจที่อาจกระทบต่อคุณภาพชีวิต³ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นภารกิจสำคัญของภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะ การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่ได้มุ่งเพียงการป้องกันโรค แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าในสังคม แนวคิดการพยาบาลยุคใหม่ จึงเน้นการใช้ “นวัตกรรมทางการพยาบาล (Nursing Innovation)” เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม และการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของเทคโนโลยีช่วยสื่อสาร เครื่องมือประเมินสุขภาพ โปรแกรมกิจกรรมสุขภาพเชิงสร้างสรรค์ หรือสื่อการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ⁴ นวัตกรรมดังกล่าวไม่เพียงช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังเพิ่มแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว อีกทั้ง “การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)” ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน เพราะชุมชนเป็นแหล่งทรัพยากร และพลังทางสังคมที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้สูงอายุ ผู้นำ

ท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น⁵ การประสานพลังของชุมชนกับความรู้ทางการแพทย์บาลจึงเป็นแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่ยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่มีโครงสร้างชัดเจน และสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทต่าง ๆ โดยเฉพาะการบูรณาการนวัตกรรมทางการแพทย์บาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับหลักการพยาบาลปฐมภูมิ และสุขภาพชุมชน⁶ ดังนั้นการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการแพทย์บาลโดยมีส่วนร่วมของชุมชน” จึงมีความสำคัญ เนื่องจากมุ่งพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับชุมชน โดยมีการบูรณาการองค์ความรู้ทางการแพทย์บาล นวัตกรรม และพลังของชุมชนเข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้นวัตกรรมทางการแพทย์บาลร่วมกับการบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สามารถปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาแล้ว ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล รวมถึงศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อจำกัดของการ

ดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขยายผลสู่ชุมชนอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) ประเภทที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเน้นทั้งการศึกษาสภาพปัจจุบัน การออกแบบและพัฒนารูปแบบ และการประเมินผลการดำเนินงาน

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง และกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากฐานข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุ และข้อมูลผู้ดูแลในชุมชน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ตรง และเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุตัวแทนที่เป็นผู้รับผลการพัฒนา จำนวน 60 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 45 คน และ 3) ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาจำนวน 45 คน ประกอบด้วย นักวิชาการเทศบาลตำบล 1 คน ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) 8 คน ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน กรรมการหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน 11 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเฉพาะเจาะจงนี้ช่วยให้สามารถ รวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการใช้บริการสุขภาพ การสนับสนุนของชุมชน และการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยอยู่ระหว่างเดือน
มิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

อาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย
ครั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศ
หญิง

2. มีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และ
สื่อสารได้ชัดเจน ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการ
สื่อสาร

3. เป็นตัวแทนจากกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการ
พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) พยาบาลวิชาชีพ
นักวิชาการเทศบาลตำบล ประธานอาสาสมัคร
สาธารณสุข กลุ่มเยาวชนในชุมชน คณะกรรมการ
หมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีความสมัครใจเข้าร่วม
โครงการ และยินยอมให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษา
วิจัย

เกณฑ์การยุติการศึกษา

อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการ
ศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา โดยแจ้งความประสงค์ต่อผู้วิจัย
ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ์หรือการรับบริการอื่น ๆ
ในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในโครงการนี้แบ่งออกเป็น 2
ประเภท ได้แก่ เครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือ
เชิงคุณภาพ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เก็บข้อมูลส่วน
บุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา เก็บข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น ประวัติโรค
ประจำตัว ความถี่และรูปแบบการออกกำลังกาย
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประวัติการสูบบุหรี่
และการดื่มสุรา และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

เช่น การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรม
ผู้สูงอายุ

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
(WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดยองค์การอนามัย
โลก (WHO)⁷ แปลเป็นภาษาไทย ครอบคลุม 4 ด้าน
ได้แก่ สุขภาพกาย 7 ข้อ จิตใจ 6 ข้อ ความสัมพันธ์
ทางสังคม 3 ข้อ และสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ ใช้มาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ รวมคำถาม
ทั้งหมด 26 ข้อ และการแปลผลคะแนนประเมิน
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.3 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์
รวม ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ เกษม สุวณโณ⁸
แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 23 ข้อ ได้แก่ สุขภาวะทาง
กาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะ
ทางปัญญา และใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) 5 ระดับ

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของภาคี
เครือข่ายชุมชน ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ
ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ⁹ จำนวน 13 ข้อ ใช้มาตรา
ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์การ
แปลผลคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินสุขภาวะ
ผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ได้แก่ 1.00–1.49
หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.50–2.49 หมายถึง ระดับ
น้อย 2.50–3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.50–
4.49 หมายถึง ระดับมาก และ 4.50–5.00 หมายถึง
ระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

2.1 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ใช้
จดบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง
กิจกรรมสภาพแวดล้อมของบ้าน และชุมชน และ
พฤติกรรมที่สังเกตได้จากผู้เข้าร่วม

2.2 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus
Group Notes) ใช้จดบันทึกสาระสำคัญจากการ
ประชุมเวทีประชาคม และการประชุมระหว่างภาคี
เครือข่ายชุมชน

2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สัมภาษณ์อาสาสมัคร และผู้สูงอายุเพื่อสำรวจมุมมอง ความคิดเห็น และประสบการณ์ตรง และครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งสามชุดไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อประเมินความเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้นได้คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า $IOC \geq 0.5$ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อคำถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม (Item Discrimination Power) แบบสอบถามทั้งสามชุดที่ปรับปรุงแล้วถูกนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างหลัก จากนั้นทำการวิเคราะห์ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation) ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ≥ 0.2 จะถูกคัดเลือกเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งสามชุดถูกประเมินโดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีค่า $\alpha = 0.93$ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีค่า $\alpha = 0.95$ และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า $\alpha =$

0.86 ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูง และเหมาะสมสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ เริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษา จากนั้นทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร และสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย พร้อมจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมระบุประเด็นปัญหา ความต้องการ และความสำคัญของผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนกิจกรรมพัฒนารูปแบบ จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและออกแบบ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คำนึงข้อมูล และข้อเสนอแนะให้แก่ชุมชน จัดประชาคมเพื่อกำหนดกิจกรรมและรูปแบบร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานตามรูปแบบ การดำเนินงานมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีลักษณะดังนี้ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแล จัดอบรม และเวิร์กช็อปเชิงปฏิบัติการ (Participatory Learning) เพิ่มความรู้ และทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ใช้การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และกรณีศึกษา

(Case Study) ปรับพฤติกรรมผู้สูงอายุในชุมชน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น คู่มือ ภาพประกอบ วีดิทัศน์สั้น กิจกรรมกลุ่ม ครอบคลุมการออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด และการมีส่วนร่วมทางสังคม โครงการเยี่ยมบ้าน และติดตามผลรายบุคคล อสม. และ Care Giver ใช้แบบประเมินมาตรฐานเพื่อตรวจสอบสภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและร่วมวางแผนปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนา และใช้นวัตกรรมด้านสุขภาพ สร้างแผนภูมิการติดตามสุขภาพรายสัปดาห์ แอปพลิเคชันง่าย ๆ สำหรับบันทึกการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย กิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นสมรรถภาพทางกาย และสังคม และออกแบบร่วมกับชุมชนและผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงาน ประเมิน สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการดำเนินงาน จัดเวทีสะท้อนผล (Reflection Meeting) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะ และถอดบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและสามารถดำเนินงานต่อเนื่องได้อย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแล การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร นำเสนอผลในรูปแบบ แจกแจงความถี่ (Frequency Distribution), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความแตกต่างของ คุณภาพชีวิต สุขภาวะของผู้สูงอายุ และ ความพึงพอใจของการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้ Paired Samples t-test

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) ข้อมูลได้จาก สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview), สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ การสังเกต (Observation) ใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทำการ ถอดเทป (Transcription) และ จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Coding) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญและข้อเสนอแนะ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE-160-2568 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง มีผู้สูงอายุเข้าร่วมจำนวน 60 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.7) อายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ 70-79 ปี (ร้อยละ 33.3) โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 55.0) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่สามารถทำได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 86.7) และมีส่วนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (ร้อยละ 11.7) พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 61.7 ทั้งสองด้าน) ส่วนการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 63.3) และไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 31.7) ด้านโครงสร้างครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 76.7) และมี

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 88.3) มากกว่าครึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (ร้อยละ 56.7) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับดี (ร้อยละ 80.0) แยกตามด้าน พบว่า สุขภาพกาย ระดับกลาง (ร้อยละ 33.3), ระดับดี (ร้อยละ 66.7) ด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม ระดับกลาง (ร้อยละ 6.7), ระดับดี (ร้อยละ 93.3) ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับกลาง (ร้อยละ 23.3), ระดับดี (ร้อยละ 76.7)

ผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ผลการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยความสำเร็จต่อความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.27, S.D. = 0.60) ความพึงพอใจสูงสุดเกิดจากการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.54, S.D. = 0.56) และการนำนวัตกรรมสุขภาพไปใช้ในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.51, S.D. = 0.50) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง และมีวิสัยทัศน์ชัดเจน สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในทุกขั้นตอน การสร้างความต่อเนื่องของกิจกรรม การใช้ทรัพยากรชุมชนอย่างเหมาะสม เช่น สถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร ความสัมพันธ์และความผูกพันระหว่างสมาชิกในชุมชน และผลดังกล่าวช่วยเพิ่มความตระหนัก และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ออกแบบ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินปัจจัย

ที่เอื้อต่อความสำเร็จ ผลการศึกษา และการอภิปรายสามารถสรุปได้ดังนี้

1. สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับดี และสุขภาวะโดยรวมระดับมาก โดยสุขภาวะทางจิตใจ และสังคมสูงที่สุด ส่วนสุขภาวะทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเล็กน้อย ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านร่างกาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคข้อเสื่อม ปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ได้แก่ การมีเครือข่ายผู้ดูแลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดองค์การอนามัยโลกว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ^{10,11} นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพย์ภา ดาหาร และ เจตสริยา ดาวราช ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การสร้างและขยายเครือข่ายความร่วมมือ การเสริมศักยภาพสมาชิกเครือข่าย การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การใช้ผู้ดูแลเป็นแกนหลักในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง การนิเทศติดตามโดยทีมพี่เลี้ยง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดำเนินงานต่อไป¹²

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตาม และประเมินผล กระบวนการนี้ช่วยให้กิจกรรมสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ พร้อมสร้างความร่วมมือระหว่าง

ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล โดยเน้นการเสริมศักยภาพ เช่น การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การเยี่ยมบ้านเชิงรุก และการใช้นวัตกรรมสุขภาพท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)¹³ นอกจากนี้ ผลงานวิจัยก่อนหน้านี้ได้พัฒนารูปแบบ “2PAO2R Model” ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ Policy & Structure, Planning, Action, Observation, Resource Sharing และ Reflection¹⁴

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน หลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าคุณภาพชีวิต และสุขภาวะของผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้น โดยเฉพาะด้านจิตใจ และสังคม ซึ่งสะท้อนจากกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่ม การเข้าร่วมประเพณีท้องถิ่น และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตร่วมกัน กิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพย์ภา ดาหาร และเจทสรียา ดาวราช พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹²

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความสำเร็จของโครงการเกิดจากความร่วมมือระหว่างหลายฝ่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานบริการสุขภาพ และอาสาสมัครในพื้นที่ ปัจจัยสนับสนุนหลัก ได้แก่ ผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ชัดเจนและสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเหมาะสม รวมถึงความสัมพันธ์และความผูกพันของสมาชิกชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถาวรีย แสงงาม และคณะ¹⁴ พบว่า การมีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน และทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการผู้สูงอายุ

5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย และแนวทางปฏิบัติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่มีศักยภาพต่อความยั่งยืน หากมีการพัฒนาศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่น รูปแบบนี้สามารถปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายกันได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรายุทธ ชูสุทนต์ (2564)¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม และสร้างศักยภาพในการแก้ไขปัญหาภายในชุมชน อีกทั้ง สามารถขยายบทบาทไปยังชุมชนในพื้นที่เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพมีความยั่งยืนในระยะยาว¹⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดทำนโยบายที่ส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และยั่งยืน ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัวยุ และเครือข่ายผู้ดูแล พร้อมจัดสรรทรัพยากร บุคลากร และกลไกการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น ทั้งด้านงบประมาณ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการประเมินผล เพื่อสร้างความมั่นคงและความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงานพยาบาล

1. พยาบาลชุมชนควรร่วมมือกับชุมชนตั้งแต่วิธีดำเนินการสำรวจปัญหา การวางแผน จนถึง

ติดตามและประเมินผล เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ควรส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนให้สามารถทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

1. กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรพัฒนา และปรับแต่งโมเดลหรือแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

2. ควรส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านช่องทางสื่อสารมวลชน และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากร

สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชน เพื่อเพิ่มความเข้าใจ สร้างความร่วมมือ และสนับสนุนการดำเนินงานของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางด้านงบประมาณ และการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานะพี่เลี้ยง และให้ประชาชนมีบทบาทในทุกขั้นตอน ทั้งในระบบทางการ และไม่เป็นทางการ

2. ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาจากงานวิจัยนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- 1.United Nations Population Fund (UNFPA).(2023). World population ageing report 2023. New York: UNFPA.
- 2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 3.World Health Organization (WHO).(2022). Global report on ageing and health. Geneva: WHO.
- 4.Chinn PL, Kramer MK.(2023). Integrated theory and knowledge development in nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier.
- 5.Rifkin SB.(2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy Plan. 2014;29(Suppl 2):ii98–ii106.
- 6.Nutbeam D, Bauman AE.(2023). Evaluation in a nutshell: a practical guide to the evaluation of health promotion programs. 3rd ed. Sydney: McGraw-Hill.
- 7.World Health Organization (WHO).(1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO.
- 8.เกษม สุวณโณ.(2553). การพัฒนาแบบประเมินสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 9.ณรงค์กร ชัยวงศ์, นิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงศ์, ถาวรีย แสงงาม และปณณทัต บุนนาค.(2567). การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพผู้สูงอายุตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(3):957-73.
- 10.World Health Organization.(2020). Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO.
- 11.United Nations.(2022). World population ageing 2022. New York: UN.
- 12.ทิพยาภา ดาหาร และเจตสรียา ดาวราช.(2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561;2(3):42-54.

- 13.Cohen JM, Uphoff NT.(1980). Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments.
- 14.ถาวรีย แสงงาม, ปิ่นต๊ต บุนนาค, ณรงค์ ชัยวงศ์. นิชาภัทร มณีพันธ์, เพ็ญพิศ นกุลสวัสดิ์.(2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาลทหารบก 2568;26(2):272-80.
- 15.ศรายุทธ ชูสุทนต์.(2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.