การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

THE MODEL DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION FOR ELDERLY BY APPLYING THE LOCAL WISDOM PARTICIPATION IN COMMUNITY.

(Received: April 5,2026 ; Revised: April 10,2026 ; Accepted: April 14,2026)

ปุญญาพร พูลบวรรักษ์[1] วราภรณ์ จันทร์เวียง[2]
Poonyaporn Poolborwornrak[1] , Waraporn Chanwiang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired sample t-test และ independence sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ภูมิปัญญาท้องถิ่น

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design to develop and evaluate a health promotion model for older adults through the participatory application of local wisdom in the community. The study was conducted in Nasiao Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province, Thailand. The sample consisted of 60 older adults from Nafai Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province. Participants were randomly assigned into an experimental group and a control group, with 30 individuals in each group, using simple random sampling. The experimental group participated in a health promotion model that integrated participatory local wisdom–based activities, while the control group received routine care. Data were collected using a structured questionnaire. Statistical analyses included percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test, and independent sample t-test.

The results revealed that after the implementation of the health promotion model, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores of health-promoting behaviors than the control group ($p < 0.01$). The overall quality of life of older adults in both groups was at a moderate level. However, following the intervention, the quality of life scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < 0.01$).

Keywords: Health promotion, Elderly, Local wisdom,

[1] สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
[2] สาขาวิชาอุตสาหการและโลจิสติกส์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
Corresponding author E-mail: poonyaporn.p@cpru.ac.th

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นและส่งผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นกว่าศตวรรษก่อนหน้านี้ สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย คาดว่าในปี 2565 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.30 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 ต่อปี คิดเป็น 400,000 คนต่อปี จากการประเมินผลตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (ปี2559-2564) ในช่วง 5 ปีแรก พบว่า ปัญหาด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สุงอายุ ร้อยละ 3.8 มีผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 6.8 แสนคน และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง จำนวน 46,779 คน และร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดผู้ดูแลต้องเป็นภาระของครอบครัวและชุมชน[1] ปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุในประเทศไทย คือภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง ในปี 2564 ผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 58.60 โดยการเป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 55.70 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 58.60 ในปี 2564 โดยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 75.90 กลุ่มโรคเบาหวานและความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และเมตะบอลิซึม ร้อยละ 35.90 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.20[2] ดังนั้น จากสภาพการณ์ของกลุ่มเปราะบางในสังคมไทยที่เป็นผู้สูงอายุมีปริมาณสูงขึ้น จำเป็นที่องค์กรภาครัฐ และภาคส่วนต่าง ๆ จะต้องร่วมมือในการวางแผนเตรียมการสร้างความพร้อม ในการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย แต่ทว่าปัจจุบันศักยภาพของกลุ่มคนและชุมชนมีความแตกต่างไม่เท่ากัน กลุ่มผู้สูงอายุมีประสบการณ์การใช้ชีวิตและมีทักษะองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาที่จะใช้ฐานของการเรียนรู้ไม่เท่าทัน ส่งผลให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมด้วย

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจตามวัย ซึ่งส่งผลให้มีปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและหลากหลาย ความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีลักษณะเฉพาะที่ควรได้รับความสนใจจากครอบครัว และสังคม[3] ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยไม่เหมาะสม เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เหมาะสม มีความเครียดจากการเจ็บป่วยหรือปัญหาในครอบครัว ขาดการออกกำลังกาย เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีเงินในการรักษา และขาดการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลานและบุคคลอื่นในสังคม[4] การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล การที่บุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะทำให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การได้รับความรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ส่งผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสามารถในการเคลื่อนไหวดีขึ้น[5] การสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนคือการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนา สุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น มุ่งเน้นการใช้กลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของ ประชาชนให้ดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีสุขภาพดีและมีความสุข[6] การสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพแก่ประชาชนในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ทางการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อม

ความรู้ วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดภาวะสุขภาพดี การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทสำคัญร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน[7]

จากรายงานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.83 , 19.65 และ 20.35 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลนาเสียวปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 1,939 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ของประชากรทั้งหมด และข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสขภาพตำบลนาเสียว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบประชาชนตำบลนาเสียว พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 65 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคที่พบมาก 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และโรคเบาหวาน นอกจากนี้พบผู้สูงอายุมีภาวะโรคอ้วน ร้อยละ 9.2[8] จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารรสเค็มจัดและขนมหวานเป็นประจำ ไม่ได้มีการออกกำลังกายที่ชัดเจนและปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง มีพฤติกรรมให้ความสำคัญกับการรักษาโรคมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนละเลยการดูแลสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด และจากข้อมูลทางเศรษฐกิจของตำบล นาเสียว ประชาชนส่วนใหญ่นิยมปลูกพืชสมุนไพร ผักพื้นบ้าน เพื่อใช้ในการบริโภค การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมและสืบทอดกันมาเป็นเวลานาน ด้วยการสร้างความเข้าใจและการสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับแกนนำกลุ่มต่างๆ ร่วมกับการประสานเครือข่ายระหว่างกลุ่มแกนนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ครอบคลุมด้านการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายความเครียด ผ่านการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest design) เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งมีระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 1,939 คน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อใช้ในการทดสอบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ที่อิสระต่อกัน (two dependent means) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (Effect Size) ที่ 0.80 ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80[9] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสูญหาย ระหว่างการวิจัยผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง เป็นร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้แผนการทดลองแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test-Post-test group design) แบบลักษณะของประชากรทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในด้านของข้อมูลพื้นฐาน เช่น อาชีพ อายุ รายได้ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้ 2)ไม่มีภาวะทุพพลภาพทางร่างกาย จิตใจ และ สติปัญญา 3)เป็นผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมได้ครบทุกครั้ง และมีเกณฑ์ออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1)มีปัญหาทางด้านสุขภาพมีภาวะเจ็บป่วย 2)ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมได้ทุกครั้ง 3)กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจหรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาทดลอง 16 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1, 2 : 1)แนะนำรายละเอียดโครงการและการดำเนินกิจกรรมตลอดช่วงระยะเวลาทดลอง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนการทดลอง 2)กิจกรรมการให้ความรู้อาหารพื้นบ้านในท้องถิ่นที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ผักพื้นบ้าน พืชสมุนไพร น้ำสมุนไพร ผลไม้ไทย ที่มีอยู่ในชุมชน แนะนำวิธีการทำเมนูอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ คุณค่าด้านโภชนาการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3, 4 : 1)การทำลูกประคบสมุนไพร โดยนำสมุนไพรที่มีอยู่ในชุมชน นำมาเรียนรู้ในการทำลูกประคบด้วยสมุนไพรได้เกิดการเรียนรู้แหล่งที่เป็นประโยชน์จากสมุนไพรในชุมชน 2)การประคบสมุนไพร ประกอบด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการใช้ลูกประคบสมุนไพรภายในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการสลับการเป็นผู้ปฏิบัติและหุ่นทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5, 7, 9, 11, 13, 15 : การออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ผ้าขาวม้า การออกแบบกิจกรรมท่าทางและการเคลื่อนไหวการออกกำลังกายแบบประยุกต์ตามภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยการนำเอาวัสดุอุปกรณ์ตามภูมิปัญญาไทยที่ใกล้ตัว นำมาประยุกต์เป็นท่าทางในการออกกำลังกาย เช่น ผ้าขาวม้า ซึ่งมีข้อดี คือ หาได้ง่าย สะดวก เหมาะสมกับทุกวัย และไม่เป็นอันตราย ได้แก่ ท่าบิดผ้า ท่าชูผ้าย่ำเท้า ท่ากางแขนบิดลำตัว ท่าชูผ้าเอียงข้าง และท่าชูผ้ายกเข่า ใช้เวลาออกกำลังกายครั้งละ 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5-16 : การบริหารร่างกายแบบไทย ท่าฤาษีดัดตน ท่าฤาษีดัดตนเป็นวิธีการบริหารร่างกายที่เป็นภูมิปัญญาไทย ฝึกการหายใจและฝึกสมาธิ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนและให้ฝึกด้วยตนเองที่บ้านตามโปสเตอร์ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และ โรคประจำตัว เป็นต้น จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบเพียงข้อเดียว แบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน การแบ่งเกณฑ์การคิดคะแนน ตามวิธีการของ Best สรุปผลได้เป็น 2 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[10] ได้แปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การการอนามัยโลก 100 ข้อ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะข้อคำถามเป็นระดับคะแนน (Likert's scale) มีมาตรวัด 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ข้อความทางบวก 23 ข้อ กำหนดน้ำหนักคะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน ไม่เลยให้ 1 คะแนน กลุ่มที่ 2 ข้อความทางลบ 3 ข้อ กำหนดน้ำหนักคะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 1 คะแนน มากให้ 2 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 4 คะแนน ไม่เลยให้ 5 คะแนน การแปลผล คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม มีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าตำราเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดขอบเขตของเนื้อหา สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเรื่องที่ต้องการศึกษา 3) หาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 - 1.00 ขึ้นไป จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชนของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ หนังสือรับรองเลขที่ HE 67-2-033 ลงวันที่ 7 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.66 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.33 และและกลุ่มควบคุม 80.00 สถานภาพคู่ส่วนใหญ่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.66 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.66 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.66 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.66 อาชีพส่วนใหญ่ทำไร่ทำนาทำสวน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.33 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.00 ผู้สูงอายุมีรายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.66 และกลุ่มควบคุม

ร้อยละ 36.66 การพักอาศัยส่วนใหญ่อยู่สามีหรือภรรยา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.33 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.66 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.00

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง		n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	1.84	0.42	-0.80	< 0.082
		กลุ่มควบคุม	30	2.04	0.26		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.43	0.23	4.02	< 0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	2.04	0.24		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง Mean = 91.80, S.D. = 7.82; กลุ่มควบคุม Mean = 56.45 , S.D. = 4.31) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 93.33, 80.00) ด้านจิตใจ กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 73.33, 86.67) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 83.33, 90.00) และด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 63.33, 66.67)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มตัวอย่าง		n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	57.14	4.42	4.80	< 0.075
		กลุ่มควบคุม	30	55.86	4.34		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	91.80	7.82	24.96	< 0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	56.45	4.31		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยมีกิจกรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักร่วมกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การประคบสมุนไพร และด้านการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น โดยเฉพาะการได้เข้ากลุ่มฝึกออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้าและการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบผสมผสานจิตกับกาย ช่วยทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุข สนุกสนาน มีสมาธิเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการชื่นชมให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่า ศักยภาพ และรับผิดชอบหลักด้านการดูแลตนเองควบคู่กับการให้คุณค่าพลังจิตอาสาด้านการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดการรวมพลังเพื่อดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] รวมถึงการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมองค์ประกอบหลักของวิถีชีวิตทั้งด้านการบริโภคอาหาร การประคบสมุนไพร การออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสุขภาพดีนำไปสู่ความสุข[12] สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เอกวรางกูร และคณะ พัฒนาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลท่าขึ้น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้มี 3 ลักษณะ คือ 1) ระดับบุคคล ได้แก่ ผ้าขาวม้านวดกาย ผักพื้นบ้านอาหารเฉพาะโรค 2) ระดับกลุ่ม ได้แก่ ความรู้นิทานผ่านเสียงตามสาย รำวงเวียนครกบิค เซียมซีสร้างสุข และ 3) การสร้างความสัมพันธ์ ได้แก่ บีบนวดด้วยสื่อสะกดจุด บุตรหลานดูแลผู้สูงวัย ปฏิทินสร้างสุข นิทานพื้นบ้าน เพลงกล่อมเด็ก กะลาลูกรอกออกกำลังกาย ผลการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองและกลุ่มเพื่อน มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปในแนวทางที่มีความสุขเพิ่มขึ้น[13] หลังการทดลองจากการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามวิถีชีวิตปกติ โดยไม่ได้ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเหมือนกับกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยใช้วัดเป็นฐาน ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05)[14] และการศึกษาของพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ และคณะ ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี พบว่า หลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพด้านสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงในชีวิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01)[15] กระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและความสุขให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมครอบคลุมองค์ประกอบหลักของวิถีชีวิตทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสุขภาพดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมีเนื้อหาที่เน้นการส่งเสริม สนับสนุนและเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเอง มุ่งเน้นทางเลือกที่หลากหลายทั้งการสร้างเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง การรวมกลุ่ม และการสร้างเสริมความผูกพันระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว การกระตุ้นจากบุตรหลานและคนรอบข้างในการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข เพลิดเพลิน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจจากการได้ดูแลและการได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ครอบครัว คนรอบข้าง และชุมชนผ่านกระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพจนก่อให้เกิดเป็นความสุข[16, 17] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนิษฐ์ โง้วศิริ และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายและการออกกำาลังกายเพิ่มขึ้น มีความดันโลหิตลดลง มีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อและข้อกระดูกหัวไหล่ดีขึ้น มีความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสิ่งแวดล้อมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05[18] และการศึกษาของ กฤตเมธ อัตภูมิ และคณะ ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานบ้านดงสวนพัฒนา ตำบลนาทัน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยผ่านกระบวนการ DHML พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนการทดลองมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI = 7.16 to 11.23 , P-value < 0.001)[19] และการศึกษาของ จิรภา วิลาวรรณและคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01[20] ดังนั้น การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปลี่ยนไปในแนวทางที่เหมาะสมขึ้น นอกจากนี้การทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวทางการดูแลสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ โดยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ มีความหลากหลายและเกิดประโยชน์เป็นวงกว้างมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการพัฒนากิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีลักษณะ

สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและแต่ละภาวะสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความเมตตา ช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การวิจัยในครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถิติผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2566.

2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ:สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม 2564.

3.ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง.(2565). การดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป. วารสาร วิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565;2(1); 86-96.

4.กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี.(2563). การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563;2(2), 41-52.

5.Leszczynska, A., Daniszewska, B., Pruszynska, M., and Przedborska, A.(2016). Effect of a health improvement programme on quality of life in elderly people after fall. Polish Annals of Medicine, 2016;23(2), 129-134.

6.World Health Organization.(2016). Promoting health in the SDGs. Geneva: Author 2016.

7.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง 2558.

8.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว.(2566). ข้อมูลและสถิติผู้สูงอายุ. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว 2566.

9.Cohen, Jacob.(2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge, 2013.

10. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ.(2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.

11. Walsh, K., & O'Shea, E.(2008). Responding to rural social care needs: Older people empowering themselves, others and their community. Health & Place, 2008;14(4), 795-805.

12. Stahl, T., Rutten,A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., et al.(2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle - results from an international study. Social Science and Medicine, 2001;52(1), 1-10

13. สายฝน เอกวรางกูร นัยนา หนูนิล อรทัย นนทเภท และอุษา น่วมเพชร.(2561). การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาล 2561;67(2), 18-26.

14. ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม, บุษกร สุวรรณรงค์, สนธยา ไสยสาลี, สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ และจุฑามาศ เจียมสาธิต.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยใช้วัดเป็นฐาน. วารสารการแพทย์และการสาธารณสุขเขต 4. 2568;15(2): 123-134.

15. พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัษฎาวัลย์ โพธิขันธ์, วาสนา ธัญญโชติ และปิ่นนเรศ กาศอุดม.(2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29.

16. หงษ์ บันเทิงสุข.(2560). ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านพิธีกรรมและความเชื่อในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2560;6(2), 30-42.

17. Vogelsang, E. M.(2016). Older adult social participation and its relationship with health: Rural-urban differences. Health & Place, 2016;42, 111-119.
18. กนิษฐ์ โง้วศิริ, กันยา นภาพงษ์ และวิภากร สอนสนาม.(2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ 2563;21(3), 418-431.
19. กฤตเมธ อัตภูมิ, มนชยา พรมศรี และพล ทองสถิตย์.(2559). รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงสวนพัฒนา ตำบลนาทัน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานการวิจัย: กระทรวงสาธารณสุข 2559.
20. จิรภา วิลาวรรณ, จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์, ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์, ยุวดี บุญเนาว์ และพัทรินทร์ บุญเสริม.(2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15(1): 181-195.