Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.2 April-June 2026

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

"Organizational Participatory in Holistic Health Risk Management Model for enhancing Elderly Quality of Life in Nakhon Si Thammarat Province"

(Received: June 4,2026 ; Revised: June 11,2026 ; Accepted: June 23,2026)

วจินี จงจิตร[1] สุภาวรรณ แพรกทอง[2] นพมาศ โกศล[1]
Wajinee Jongjit[1] Supawan Praktong[2] Noppamas Koson

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี ดำเนินการ 3 ระยะใน 4 อำเภอ 4 โซน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 126 คน เครื่องมือได้แก่ โปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) แบบประเมินความเสี่ยง 9 ด้าน และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา McNemar Test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบปัญหาอุปสรรค 5 ด้าน นำสู่การพัฒนาโปรแกรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ประสิทธิผลพบว่าลดความเสี่ยงด้านความคิดความจำ โภชนาการ การมองเห็น และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .01$

คำสำคัญ: การจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, กระบวนการมีส่วนร่วม,

Abstract

This study aimed to develop a holistic health risk management program the NAKHONSI Model for community-dwelling older adults in Nakhon Si Thammarat Province. This study was Participatory Action Research (PAR) combined with mixed methods was employed across four districts; 126 older adults participated. Instruments included the NAKHONSI Model program, a nine-domain health risk screening tool, and the WHOQOL-BREF-THAI scale.

Results: Five barriers were identified and addressed through participatory development. The program significantly reduced cognitive ($p < .001$), nutritional ($p < .001$), vision ($p = .008$), and depression risks ($p = .008$) and improved all quality-of-life domains ($p < .001$).

Keywords: Holistic health risk management, Elderly, Quality of life, Participatory process

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) อย่างรวดเร็ว ข้อมูลปี 2565 พบประชากรสูงอายุ 12.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.04 ของประชากรทั้งหมด[1] คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 36.2 ในปี 2583 [2] ส่งผลให้อัตราส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นต่อประชากรวัยทำงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และก่อให้เกิดภาระต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 21.8

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

[2] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ส่งผลโดยตรงต่อภาระงบประมาณสาธารณสุขในพื้นที่[9] ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีความซับซ้อนครอบคลุม 9 ด้านหลักตามกรอบการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหว โภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลั้นปัสสาวะ กิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก[6] อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชมีผู้สูงอายุได้รับ การคัดกรองครบทั้ง 9 ด้านเพียงร้อยละ 42.3 เท่านั้น [10] นอกจากนี้ ระบบฐานข้อมูลยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงกระจัดกระจายอยู่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยไม่สามารถเชื่อมโยงเพื่อวางแผนดูแลรายบุคคล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังขาดโปรแกรมป้องกันแบบหลายมิติ (Multidomain Prevention) ที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติ การดูแลผู้สูงอายุแบบ Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 14 และลดการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำได้ร้อยละ 25[11] โปรแกรมป้องกันแบบหลายมิติ เช่น FINGER Trial และ MAPT ยืนยันว่าการจัดการพร้อมกันในหลายด้าน ทั้งการออกกำลังกาย โภชนาการ การฝึกสมอง และการมีส่วนร่วมทางสังคม สามารถชะลอการเสื่อมของความจำได้ร้อยละ 40 และลดความเสี่ยงหกล้มร้อยละ 32[12] นอกจากนี้ ภาระงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละร้อยละ 7-10 โดยต้นทุนการดูแลต่อคนสูงถึง 422,200 บาทต่อปี การลงทุนในโปรแกรมเชิงป้องกันจึงมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพสูงมาก[4]

ในบริบทของประเทศไทยและพื้นที่ภาคใต้ โกศลและคณะ พบว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดอัตราความเสื่อมถอยของสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ[3] ยะโกะและคณะ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลโดยตรงต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด และการป้องกันการหกล้ม[7] ขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาระบุว่าการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเจตคติส่วนบุคคลยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้โปรแกรมสำเร็จรูปจากส่วนกลางมักไม่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น[8]

คณะวิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) อ้างอิงกรอบแนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลก[11] และการคัดกรอง 9 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข[6] โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างครอบคลุม ยั่งยืน และขยายผลได้ในระดับประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพ แบบองค์รวม (NAKHONSI Model) จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed Methods) ดำเนินการใน 4 อำเภอ 4 โซนของจังหวัดนครศรีธรรมราช ระยะเวลารวม 6 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้วยการ

สัมภาษณ์เชิงลึก (2) พัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) โดยกระบวนการมีส่วนร่วม และ (3) ประเมินประสิทธิผล พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อขยายผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 23 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอถ้ำพรรณรา อำเภอพรหมคีรี อำเภอพิปูน อำเภอฉวาง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ อำเภอทุ่งใหญ่ อำเภอจุฬาภรณ์ อำเภอท่าศาลา อำเภอร่อนพิบูลย์ อำเภอทุ่งสง อำเภอเชียรใหญ่ อำเภอชะอวด อำเภอลานสกา อำเภอปากพนัง อำเภอหัวไทร อำเภอขนอม อำเภอช้างกลาง อำเภอนาบอน อำเภอบางขัน อำเภอพระพรหม อำเภอนบพิตำ และอำเภอสิชล จำนวนทั้งหมด 279,145 คน (ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในระบบฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568) ซึ่งแบ่งพื้นที่เป็น 4 โซนตามลักษณะภูมิศาสตร์ รวมทั้งหมด 33,374 คน โดยสุ่มโซนละ 1 อำเภอเป็นพื้นที่ตัวแทน ได้แก่ โซนเล (อ.หัวไทร) โซนนา (อ.จุฬาภรณ์) โซนเขา (อ.ทุ่งสง) และโซนป่า (อ.ลานสกา)

กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 126 คน จาก 4 โซน สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โซนละ 30-36 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ ≥ 6 เดือน ไม่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง เดินได้ด้วยตนเอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ครอบคลุมการจัดการความเสี่ยง 9 ด้าน โดยกิจกรรมออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้

2. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการผ่าน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคืนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน (Community Diagnosis Forum): นำผลการสัมภาษณ์เชิงลึกคืนสู่ชุมชนผ่านเวทีประชาคมใน 4 โซน ร่วมกับผู้สูงอายุแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน รวม 80 คน เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาต้นทุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมร่วมกัน (Co-design Workshop): จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตท้องถิ่น เช่น รำไม้พลอง ฤาษีดัดตน และเมนูอาหารท้องถิ่น ตั้งชื่อย่อ NAKHONSI: N=Nutrition, A=Activity, K=Keen Mind, H=Happiness, O=Organization, N=No Fall, S=Safety, I=Integration

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้นำร่องและปรับปรุง (Pilot Testing): ทดลองใช้กับผู้สูงอายุอาสาสมัคร 20 คน ก่อนนำผลประเมินมาปรับปรุงเนื้อหา ระยะเวลา วิธีการสื่อสาร และอุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินโปรแกรมจริงและติดตามผล (Full Implementation): ดำเนินโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) ใน 4 อำเภอพร้อมกัน แบ่งเป็น 8 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2569 โดยมีบุคลากรสาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำกิจกรรมพร้อมระบบติดตามผลรายสัปดาห์

3. แบบประเมินความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

4. แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับมาตรฐานภาษาไทย วัด 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

6. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม มาตรวัด Likert 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย) การทดสอบ McNemar Test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลแบบจับคู่หรือกลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่วัดซ้ำ 2 ครั้ง (ก่อน-หลัง) โดยมีผลลัพธ์เป็น 2กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง /ไม่เสี่ยง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม สถิติทดสอบ Paired t-test (ตรวจสอบแล้วคะแนนผลต่างมีการแจกแจงแบบปรกติ) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เจาะลึก ดำเนินการรวม 9 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์จนถึงการติดตามผลระยะยาวในเดือนที่ 3 และ 6

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามมาตรฐานสากล ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองที่ 210/2568 รหัส NSTPH 210/2568 วันที่ 25 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

1. ปัญหาอุปสรรคการจัดการความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบปัญหาอุปสรรคสำคัญ 5 ด้าน ดังนี้

- ด้านระบบข้อมูลและการคัดกรอง: ฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงกระจัดกระจายระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครบเพียงร้อยละ 42.3 การประเมินความเสี่ยงทำเพียงเพื่อตัวชี้วัดโดยไม่นำผลมาวางแผนดูแลรายบุคคล

- ด้านการบริหารจัดการและทรัพยากร: งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลติดขัดจากข้อจำกัดกฎหมาย หน่วยงานต่างทำโครงการแยกส่วนขาดแผนสุขภาพชุมชนระยะยาว

- ด้านกำลังคนและกลไกในชุมชน: ภาระงานอาสาสมัครสาธารณสุขล้นมือ ผู้บริบาลชุมชนมีจำกัด ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เริ่มมีความเสี่ยงตกหล่นไม่ได้รับการจัดการก่อนป่วยหนัก

- ด้านการวิเคราะห์และติดตามผล: การประเมินผลเน้นเชิงปริมาณ ขาดการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ขาดระบบส่งต่อข้อมูลย้อนกลับที่รวดเร็ว

- ด้านโปรแกรม: โปรแกรมสำเร็จรูปจากส่วนกลางยากเกินไป ไม่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมภาคใต้ มีอุปสรรคด้านดิจิทัล (Digital Divide) และรูปแบบกิจกรรมขาดความน่าสนใจ

2. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการผ่าน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคืนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน (Community Diagnosis Forum): นำผลการสัมภาษณ์เชิงลึกคืนสู่ชุมชนผ่านเวทีประชาคมใน 4 โซน ร่วมกับผู้สูงอายุแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน รวม 80 คน เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาต้นทุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมร่วมกัน (Co-design Workshop): จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตท้องถิ่น เช่น รำไม้พลอง ฤาษีดัดตน และเมนูอาหารท้องถิ่น ตั้งชื่อย่อ NAKHONSI: N=Nutrition, A=Activity, K=Keen Mind, H=Happiness, O=Organization, N=No Fall, S=Safety, I=Integration

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้นำร่องและปรับปรุง (Pilot Testing): ทดลองใช้กับผู้สูงอายุอาสาสมัคร 20 คน ก่อนนำผลประเมินมาปรับปรุงเนื้อหา ระยะเวลา วิธีการสื่อสาร และอุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินโปรแกรมจริงและติดตามผล (Full Implementation): ดำเนินโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) ใน 4 อำเภอพร้อมกัน แบ่งเป็น 8 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2569 โดยมีบุคลากรสาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำกิจกรรมพร้อมระบบติดตามผลรายสัปดาห์

3. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 126 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 94.4) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 53.2) อายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 38.9) และอายุ 80-90 ปี (ร้อยละ 7.9) โดยมาจากโซนเขา (อ.ทุ่งสง) 36 คน (ร้อยละ 28.6) และจากโซนเล โซนนา โซนป่า โซนละ 30 คน (ร้อยละ 23.8 ต่อโซน)

4.ประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) ต่อความเสี่ยงสุขภาพ 9 ด้าน

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงสุขภาพ 9 ด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=126)

ความเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุ			หลัง						
			ไม่เสี่ยง		เสี่ยง		รวมทั้งหมด		p-value
			n	%	n	%	n	%	
ความเสี่ยงด้านความคิดความจำ	ก่อน	ไม่เสี่ยง	102	83.6%	0	0.0%	102	81.0%	0.000*
		เสี่ยง	20	16.4%	4	100.0%	24	19.0%	
ความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว	ก่อน	ไม่เสี่ยง	122	100.0%	0	0.0%	122	96.8%	1.00
		เสี่ยง	0	0.0%	4	100.0%	4	3.2%	
ความเสี่ยงด้านขาดสารอาหาร	ก่อน	ไม่เสี่ยง	83	74.1%	0	0.0%	83	65.9%	<0.001*
		เสี่ยง	29	25.9%	14	100.0%	43	34.1%	
ความเสี่ยงด้านการมองเห็น	ก่อน	ไม่เสี่ยง	114	93.4%	0	0.0%	114	90.5%	0.008*
		เสี่ยง	8	6.6%	4	100.0%	12	9.5%	
ความเสี่ยงด้านการได้ยิน	ก่อน	ไม่เสี่ยง	118	100.0%	0	0.0%	118	93.7%	1.00
		เสี่ยง	0	0.0%	8	100.0%	8	6.3%	
ความเสี่ยงด้านซึมเศร้า 2 Q	ก่อน	ไม่เสี่ยง	114	93.4%	0	0.0%	114	90.5%	0.008*
		เสี่ยง	8	6.6%	4	100.0%	12	9.5%	
ความเสี่ยงด้านการกลั้นปัสสาวะ	ก่อน	ไม่เสี่ยง	106	100.0%	0	0.0%	106	84.1%	1.00
		เสี่ยง	0	0.0%	20	100.0%	20	15.9%	
ความเสี่ยงด้านสุขภาพในช่องปาก	ก่อน	ไม่เสี่ยง	36	28.60%	0	0%	36	28.60%	NA
		เสี่ยง	90	71.40%	0	0.0%	90	71.40%	

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ทดสอบด้วยสถิติ McNemar test,
NA ไม่สามารถคำนวณค่า Test , 7.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนไม่เสี่ยง 100% และหลัง ไม่เสี่ยง 100%

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความเสี่ยง 9 ด้านของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ($p < .001$) โดยจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงจาก 24 คน (19.0%) เหลือ 4 คน (3.2%), ความเสี่ยงด้านขาดสารอาหาร ($p < .001$) โดยผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงจาก 43 คน (34.1%) เหลือ 14 คน (11.1%), ความเสี่ยงด้านการมองเห็น ($p = .008$) โดยผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงจาก 12 คน (9.5%) เหลือ 4 คน (3.2%) และความเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้า 2Q ($p = .008$) โดยผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงจาก 12 คน (9.5%) เหลือ 4 คน (3.2%)

ในขณะที่ความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว ($p = 1.00$) และความเสี่ยงด้านการได้ยิน ($p = 1.00$) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงในด้านดังกล่าวตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่แล้ว

สำหรับความเสี่ยงด้านการกลั้นปัสสาวะ พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีความเสี่ยงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและยังคงไม่มีความเสี่ยงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($p = 1.00$) ส่วนความเสี่ยงด้านสุขภาพในช่องปากไม่สามารถทดสอบความแตกต่างทางสถิติได้ (NA) เนื่องจากข้อมูลไม่มีความแปรปรวนเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรม NAKHONSI Model มีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ด้านขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น และด้านภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุก่อนและหลังร่วมโปรแกรม (n = 126)

คุณภาพชีวิต	ช่วงเวลา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	95% CI of μ_d	t-test	p-value
ด้านสุขภาพกาย	ก่อน	18.5	3.6	ปานกลาง	7.66	6.83, 8.49	18.28	0.000*
	หลัง	26.1	4.0	ดี				
ด้านจิตใจ	ก่อน	16.7	4.1	ปานกลาง	8.62	7.72, 9.51	19.06	0.000*
	หลัง	25.3	3.6	ดี				
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ก่อน	8.3	2.0	ปานกลาง	2.94	2.45, 3.42	12.05	0.000*
	หลัง	11.3	2.3	ดี				
ด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อน	22.2	5.4	ปานกลาง	10.39	9.18, 11.58	17.21	0.000*
	หลัง	32.6	4.9	ดี				
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ก่อน	65.6	15.0	ปานกลาง	29.62	26.56 , 32.69	19.04	0.000*
	หลัง	95.3	12.1	ดี				

หมายเหตุ: *p < .01 ทดสอบด้วย Paired t-test

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม NAKHONSI Model โดยใช้สถิติ Paired-samples *t* test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อน

เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน

สำหรับด้านสุขภาพกาย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 7.66 (95% CI [6.83, 8.49]) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 18.28$, $p < .001$

ด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 8.62 (95% CI [7.72, 9.51]) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 19.06$, $p < .001$

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 2.94 (95% CI [2.45, 3.42]) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 12.05$, $p < .001$

ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 10.39 (95% CI [9.18, 11.58]) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 17.21$, $p < .001$

นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 29.62 (95% CI [26.56, 32.69]) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(125) = 19.04$, $p < .001$

โดยสรุป ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรม NAKHONSI Model สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งในด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) มีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Healthy IDEAS & PEARLS Program ที่ใช้การกระตุ้นสมองพฤติกรรมบำบัด และการให้คำปรึกษาดึงผู้สูงอายุกลับสู่กิจกรรมสังคม[13] และ WHO ICOPE Care Pathways ที่เน้นการประเมินแบบ Person-centred และการดึงผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตัดสินใจ[11] รวมถึงผลการวิจัยของโกศลและคณะที่พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเสื่อมถอยของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ[3]

การที่คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับดีในทุกมิติ สอดคล้องกับทฤษฎี Multidomain Prevention ที่ European Geriatric Medicine Network ยืนยันว่าการจัดการพร้อมกันหลายด้านให้ผลดีกว่าการจัดการเพียงมิติเดียว[12] ขณะที่ยะโกะและคณะพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลโดยตรงต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุภาคใต้[7] ความสำเร็จของโปรแกรมมาจากการออกแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้ ทำให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของโปรแกรมและ อสม. สามารถขยายผลได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทางของกรมอนามัย[6]

อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 71.4) ยังไม่ลดลง เนื่องจากต้องการการส่งต่อทันตแพทย์และการแก้ไขเชิงโครงสร้างระยะยาว สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ที่ชี้ว่าอุปสรรคด้านเจตคติส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากครอบครัวยังต้องพัฒนาควบคู่กัน[8] โปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) จึงสามารถเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกในระดับจังหวัดและขยายผลสู่ระดับประเทศได้ โดยมีต้นทุนคุ้มค่าเมื่อเทียบกับต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสูงถึง 422,200 บาทต่อคนต่อปี[4]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) บรรจุในแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดระยะ 5 ปี เป็นมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุก

2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่บูรณาการจาก รพ.สต. อบต. และ พม. เพื่อเห็นภาพรวมความเสี่ยงผู้สูงอายุในทุกมิติ

3. พัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และผู้บริบาลชุมชนให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน

4. ขยายผลโปรแกรมจัดการความเสี่ยงสุขภาพแบบองค์รวม (NAKHONSI Model) สู่จังหวัดอื่นในภาคใต้และระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลกระทบระยะยาว (12-24 เดือน) ต่ออัตราการเข้าโรงพยาบาลและภาวะพึ่งพิง

2. ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis) เทียบกับต้นทุน การรักษาพยาบาลระยะยาว

3. พัฒนาโปรแกรมเฉพาะสำหรับความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งพบอัตราเสี่ยงสูงร้อยละ 71.4

4. ทดลองใช้โปรแกรมในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ห่างไกล

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม; 2566.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2566.
3. Koson N, Pekalee A, Therawiwat M. Effect of dementia preventive behaviours promotion program based on health belief model among older people at risk. Dis Control J. 2025;51(2):280-92.
4. โครงการสุขภาพคนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2569.
5. กรมผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมผู้สูงอายุ; 2566.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม 9 ด้านในชุมชน. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2567.
7. ยะโกะ ม, สะมะนิ น, ดอเลาะ ร, บาโงย ว, มะแตหะ อ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. JKKPHO. 2568;7(2):e274899.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. แนวทางการคัดกรองความเสื่อมถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุในชุมชน. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา; 2566.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2568. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2568.
10. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
11. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2025.
12. European Geriatric Medicine Network. Effectiveness of the WHO ICOPE framework on intrinsic capacity domains in independent living older adults. Clin Trials Reg Europe. 2026.
13. National Council on Aging. Advancing behavioral health programs for older adults: Evidence-based interventions. Washington DC: NCOA; 2025.