

# การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชนเพื่อเสริมสร้าง สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

## COMMUNITY-BASED PARTICIPATORY ACTION RESEARCH TO STRENGTHEN HOLISTIC WELL-BEING IN OLDER ADULTS IN PATHUM THANI PROVINCE

ศิริวรรณ กำแพงพันธ์<sup>1\*</sup> ททัยรัตน์ อ่วมน้อย<sup>2</sup> และจริยา สายเงิน<sup>3</sup>  
Siriwan Kamphaengphan<sup>1\*</sup> Hathairat Oumnoi<sup>2</sup> and Jariya Sayngoen<sup>3</sup>

Received : 27-11-2025

Revised : 29-12-2025

Accepted : 30-12-2025

### บทคัดย่อ

ความรู้สึกลดลงเรื่อยๆ ขาดการทำกิจกรรมทางกาย และขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน ดำเนินการ 2 วงรอบ เริ่มจากการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 1 จากนั้นปรับแผนและดำเนินการต่อจนครบวงรอบที่ 2 ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ รวมระยะเวลาวิจัย 10 เดือน ในพื้นที่ หมู่ 8 ตำบลบึงบา อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้สูงอายุ 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง นักวิจัยชุมชน จำนวน 10 คน และผู้วิจัย จำนวน 2 คน ใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต 9Q และการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

<sup>1</sup> หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>2</sup> หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

<sup>3</sup> ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ 8 ตำบลบึงบา อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

<sup>1</sup> Doctor of Philosophy Program, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

<sup>2</sup> Bachelor of Arts Program in Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Valaya Alongkorn Rajabhat University

<sup>3</sup> President of the Village Health Volunteers, Village No. 8, Bueng Ba Subdistrict, Nong Suea District, Pathum Thani

\* Corresponding Author's E-mail: siriwanka@g.swu.ac.th

การออกกำลังกาย และร้อยละ 88 รับประทานอาหารเหมาะสมกับวัย ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 83 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีรายได้เพิ่ม และ ร้อยละ 94 ของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีระดับความสุขเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ได้แก่ คณะทำงานระดับหมู่บ้านมีความรู้และขับเคลื่อนงานได้อย่างเข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของชุมชน การบูรณาการกิจกรรมทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา เข้าด้วยกันบนบริบทของชุมชน ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ / การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน / สุขภาวะองค์รวม

### ABSTRACT

Loneliness, physical inactivity, and lack of social engagement are risk factors associated with physical and mental health problems among older adults. This research aimed to develop and implement a holistic well-being program for older adults in Pathum Thani Province, employing a community-based participatory action research (CBPAR) approach. The study was conducted over two cycles, each comprising planning, action, observation, and reflection phases. Following the completion of Cycle 1, the plan was revised and implementation continued through Cycle 2, with final evaluation conducted at project completion. The total research duration was 10 months, conducted in Moo 8, Bueng Ba Sub-district, Nong Suea District, Pathum Thani Province. Research participants consisted of 90 older adults categorized into socially active, homebound, and bedbound groups, 10 community researchers, and 2 principal investigators. Both quantitative and qualitative data collection methods were employed, utilizing the 9-Question Mental Health Screening (9Q) and focus group discussions.

The findings revealed that 80% of the target older adult population demonstrated behavioral changes in exercise practices, 88% adopted age-appropriate dietary habits, and 100% of homebound and bedbound older adults received home visits. Furthermore, 83% of socially active older adults reported increased income, and 94% of the target population demonstrated elevated happiness levels. Key success factors identified included: a knowledgeable and proactive village-level working team, active community participation, and the integration of physical, mental, social, and cognitive activities tailored to the community context. These research findings can be applied to health promotion activities for older adults in communities with similar contexts.

**Keywords:** Older Adults / Community-Based Participatory Action Research / Holistic Well-being

## บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลผู้สูงอายุของประเทศไทยที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป เทียบกับสัดส่วนของประชากรทั้งประเทศ คิดเป็นร้อยละ 19.21 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2565) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงทางด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาทางกาย เช่น โรคเรื้อรัง ภาวะเสี่ยงล้ม และภาวะข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ขณะเดียวกันยังเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต อาทิ ความเหงา ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย พบประมาณร้อยละ 30 เคยประสบภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากความเหงาและโดดเดี่ยวจากการอยู่คนเดียว โดยในปี 2566 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 84.9 มีความสุขในระดับที่ดี แต่ความสุขของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงตามวัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกิจกรรมและบทบาททางสังคม จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2565 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ เลย ถึงร้อยละ 49.0 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก โดยมีสัดส่วนร้อยละ 28.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ผู้สูงอายุมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 14.42 คนต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 13 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งสูงกว่าช่วงวัยอื่น ๆ ที่มี 10.2 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงภาระของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ

จังหวัดปทุมธานีเป็นพื้นที่ในเขตปริมณฑล ลักษณะเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีการผสมผสานวัฒนธรรมดั้งเดิมของคนในพื้นที่และความเจริญของเมืองใหม่ มีพื้นที่อุตสาหกรรมเกิดขึ้นด้วยความเจริญที่เข้ามาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวโดยมีจำนวนครอบครัวเดี่ยวและจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเพิ่มขึ้น เนื่องจากการย้ายเข้าไปทำงานในเมืองของลูกหลาน นอกจากนี้พบว่าพื้นที่จังหวัดปทุมธานีมีหมู่บ้านจัดสรรที่เป็นแหล่งที่อยู่อาศัยใกล้กรุงเทพฯ เพิ่มขึ้น จึงมีจำนวนประชากรย้ายถิ่นฐานเข้า ทำให้เป็นเมืองที่เติบโตเร็ว มีความหลากหลายทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม โดยปทุมธานีมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและด้วยความหลากหลายของคนในชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ของจังหวัดประสบปัญหาขาดข้อมูลความรู้ที่เหมาะสมกับวัย และขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอย่างเท่าเทียม แม้ว่าจะมีหน่วยงานท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุขมุ่งส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเป็นลักษณะจากบนลงล่าง (top-down) ทำให้ไม่ตอบโจทย์ความต้องการจริงของผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างแท้จริงและยากต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ด้วยความซับซ้อนของปัญหา การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องใช้แนวทางที่เน้นบริบทของชุมชนและความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานท้องถิ่น ขับเคลื่อนร่วมกัน

แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน (Community-Based Participatory Action Research: CBPAR) เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสม เพราะมุ่งเน้นให้ชุมชนเป็น

หุ้นส่วนร่วมในการออกแบบ วางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลกิจกรรม ตลอดจนสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถพัฒนาต่อยอดได้ด้วยตนเองในระยะยาว (Collins et al., 2018) แนวทาง CBPAR ช่วยให้การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ สามารถปรับเปลี่ยนตามสภาพแวดล้อม และสร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยและชุมชน เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีชีวิตอย่างมีความสามารถ กรณีศึกษาชุมชนทรายทอง จังหวัดนนทบุรี โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุจิตอาสาในชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข มีการดำเนินงาน 6 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) สร้างเครือข่ายค้นหาจิตอาสาและแกนนำ 3) ประชุมวางแผนเพื่อกำหนดกิจกรรม 4) จัดกิจกรรมตามที่กำหนด 5) ทบทวนกิจกรรมและปรับปรุงจากผลการประเมิน และ 6) ประเมินผลกระบวนการขับเคลื่อนชุมชน ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีการใช้ชีวิตอย่างมีความสามารถในด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านการมีส่วนร่วม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองในระยะยาวได้นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ทำให้การขับเคลื่อนของชุมชนสำเร็จ คือ การมีเครือข่ายดำเนินงาน ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุและจิตอาสา ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ (รักชนก ชูพิชัย และคณะ, 2563) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุยังช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพของตนเอง อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน (Corrado et al., 2020) การส่งเสริมสุขภาวะหรือความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) จะครอบคลุมทั้งการส่งเสริมทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ดี และชีวิตมีความหมาย โดยองค์การอนามัยโลก หรือ WHO มองว่าความเป็นอยู่ที่ดีเป็นองค์ประกอบหลักของสุขภาพ ไม่ใช่แค่การไม่มีโรค แต่เป็นสภาวะกาย ใจ และสังคมที่ดีครบทุกด้าน งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมและกิจกรรมชุมชนสามารถช่วงลดความเหงา ส่งเสริมสุขภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี (Tcymbal et al., 2022)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการดำเนินการวิจัยเรื่อง “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี” โดยร่วมกับชุมชนในจังหวัดปทุมธานีพัฒนาและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตอบสนองบริบทและความต้องการจริงของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการขับเคลื่อนกิจกรรมตั้งแต่การวางแผนการทำงาน การสร้างและพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ การลงมือปฏิบัติโดยใช้ศักยภาพของคนในชุมชน การติดตามผลอย่างเป็นรูปธรรม และการนำผลการประเมินมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ คาดว่าผลการวิจัยจะช่วยเสริมสร้างสุขภาวะองค์รวมเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการพัฒนางานสุขภาพในระดับชุมชนที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน ที่มีการดำเนินการ 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1 มุ่งเน้นให้เกิดคณะทำงาน แผน กลไกขับเคลื่อน และการติดตามผลอย่างเป็นรูปธรรม ส่วนในวงรอบถัดไปเน้นการนำผลมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย รวมระยะเวลา 10 เดือน คือระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 ก่อนเริ่มต้นวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทีมผู้วิจัยและชุมชนได้มีการสะท้อนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของชุมชน จากนั้นจึงเริ่มกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart, 2006) คือ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ดำเนินการตามแผน (Action) เก็บรวบรวมข้อมูล (Observation) และสะท้อนผลข้อมูล (Reflection) หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแผน (Re-Planning) และเริ่มดำเนินการวงรอบที่ 2 ต่อ จนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม ภาพที่ 1

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ดำเนินการวิจัย การดำเนินโครงการครั้งนี้ต้องการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุ โดยประชากรคือผู้สูงอายุในหมู่ที่ 8 ขององค์การบริหารส่วนตำบลบึงบา เนื่องจากในพื้นที่หมู่ที่ 8 ยังไม่เคยจัดตั้งชมรมหรือการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน ที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่สนใจกิจกรรมรวมกลุ่มจะเข้าร่วมกับกิจกรรมผู้สูงอายุในระดับตำบล ซึ่งจัดขึ้นโดย อบต.บึงบา เดือนละ 1 ครั้ง ผู้สูงอายุในหมู่บ้านหลายรายไม่สะดวกในการเดินทาง จึงส่งผลให้ตัดสินใจไม่เข้าร่วม บางส่วนเข้าร่วมแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรค NCDs (Non-Communicable Diseases หรือ NCDs) จำนวน 70 คน และพบภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุ จำนวน 3 ราย เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากมีผู้พบเห็นและให้การช่วยเหลือทันเวลา หลังจากพบจิตแพทย์ได้รับยาและที่ม อสม. ได้เข้าพูดคุย ดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังพบว่ามีอาการที่ดีขึ้นตามลำดับ

ผู้ร่วมวิจัย (Participants) กลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 8 ขององค์การบริหารส่วนตำบลบึงบา ที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นด้วยซีพี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 8 ตำบลบึงบา อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี และ 3) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัยได้น้อยกว่า ร้อยละ 80 ซึ่งสามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม จำนวน 60 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 25 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 5 คน รวมจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 90 คน โดยออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้ยังรวมถึงคณะทำงานหรือนักวิจัยชุมชน จำนวน 10 คน และผู้วิจัยจำนวน 2 คน โดยมีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน คือ องค์การบริหารส่วนตำบลบึงบา โรงพยาบาลหนองเสือ บวรธรรมสถาน และมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

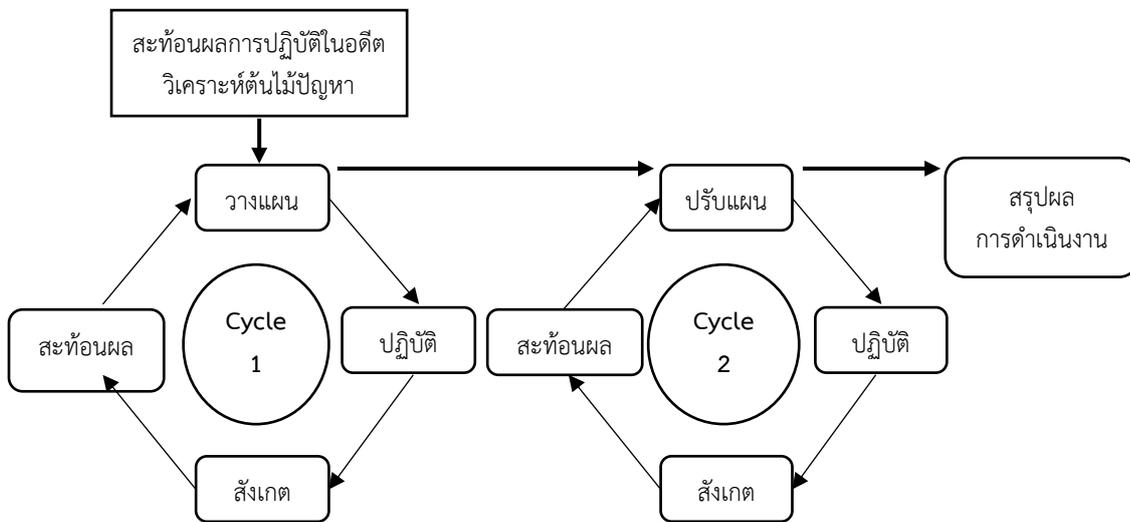
### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน ตัวนักวิจัยถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ ดังนั้นตัวนักวิจัยและนักวิจัยชุมชน ได้ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพร่วมกับหน่วยจัดการร่วมกับ สสส.จังหวัดปทุมธานี ในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น การวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนาข้อเสนอโครงการ การกำหนดผลลัพธ์ การออกแบบกิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บข้อมูลที่หลากหลายทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเลือกใช้เครื่องมือให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ต้องการ รายละเอียดดังตารางที่ 1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

ทีมผู้วิจัยและคณะทำงานชุมชนได้ร่วมกันออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจากเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำแบบบันทึกข้อมูลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต 9Q ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่อาจมีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้วิจัยใช้การสังเกตพฤติกรรมหรือสัมภาษณ์ผู้ดูแล (Caregiver) ควบคู่ไปด้วย แบบคัดกรองสุขภาพจิต 9Q ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน = 0 เป็นบางวันให้ค่า คะแนน = 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และเป็นทุกวัน ให้ค่าคะแนน = 3 มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือตั้งแต่ 7 ขึ้นไป คุณสมบัตินี้ของแบบประเมิน 9Q มีค่าความสัมพันธ์ของค่าคะแนนจากแบบประเมิน 9Q กับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression อยู่ในเกณฑ์ดี ด้วยค่า Pearson's product-moment correlation = 0.719 (95% CI: 0.69 to 0.746) ค่าจุดตัดที่เหมาะสม คือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.897 (95%CI 0.85 to 0.943) เมื่อประเมินตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่า ช่วงค่าคะแนน 7-12 เป็นระดับเล็กน้อย มีค่าความไวร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ช่วงค่าคะแนน 13-17 เป็นระดับปานกลาง มีค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 93.2 ช่วงค่าคะแนนช่วง 18 ขึ้นไป เป็นระดับรุนแรง มีค่าความไวร้อยละ 80.0 ความจำเพาะ ร้อยละ 95.2 (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2561) นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยทีมสนับสนุนวิชาการหน่วยจัดการร่วมกับ สสส.จังหวัดปทุมธานี อาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ข้อเสนอแนะและประเมินความถูกต้อง ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 ถึง 1.00



ภาพที่ 1 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน  
ที่มา: ดัดแปลงจาก Kemmis & McTaggart (2006)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมบนฐานชุมชนในครั้ง มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็นระยะเตรียมการ และระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน ดังนี้

**ระยะเตรียมการ**

1. ผู้วิจัยประสานงานกับแกนนำชุมชนของพื้นที่ หมู่ 8 ขององค์การบริหารส่วนตำบลบึงบา จังหวัดปทุมธานี นัดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบการวิจัย และเปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนและผู้สูงอายุซักถามจนเกิดความเข้าใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิและการรักษาความลับก่อนให้กลุ่มเป้าหมายลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ (Informed Consent) โดยให้เวลาตัดสินใจอย่างอิสระ
2. เมื่อแกนนำนักวิจัยพื้นที่ (Local Researcher) ตอบตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงนัดหมายแกนนำนักวิจัยพื้นที่เพื่อร่วมกันสะท้อนถึงการดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยร่วมกันกำหนดปัญหา วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์ต้นไม้อุปสรรค ซึ่งแกนนำชุมชนระบุว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาคความเครียด เหงา โดดเดี่ยว ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ชุมชนและสังคม จากนั้นจึงร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมของบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อมเชิงสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ จุดแข็งหรือทรัพยากรของชุมชน ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน โดยจำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

ระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน วงรอบที่ 1

1. ขั้นวางแผน (Plan) ผู้วิจัยและนักวิจัยชุมชนได้ทบทวนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ต้นไม่ ปัญหา จากนั้นจึงร่วมกันวางแผนโดยกำหนดวัตถุประสงค์คือ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวให้กับผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และกิจกรรมที่เอื้อให้ตัวชี้วัดสำเร็จ โดยจัดทำในรูปแบบบันไดผลลัพธ์ ซึ่งกำหนดผลลัพธ์ดังนี้คือ 1) แกนนำขับเคลื่อนงานได้อย่างเข้มแข็ง 2) ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจมีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม 3) แกนนำดำเนินการตามนโยบายและมีกลไกการติดตามสนับสนุน และ 4) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและจิตใจอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย รายละเอียดดังตารางที่ 1

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามบันไดผลลัพธ์ โดยผู้วิจัย นักวิจัยร่วม และผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมกันจัดกิจกรรม ตั้งแต่การแต่งตั้งคณะทำงานชุมชนที่มีโครงสร้างหลากหลาย และมีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน คณะทำงานมีข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กลุ่มผู้สูงอายุ และเชิญชวนผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว โดยร่วมกันกำหนดกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นจึงดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมกับตำบล การออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน และให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยหรือโรคประจำตัว และทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง การจัดกิจกรรมรวมกลุ่มอาชีพ ในวงรอบที่ 1 ทำกิจกรรมจัดทำน้้ายาล้างจาน

3. ขั้นสังเกต (Observation) โดยผู้วิจัย นักวิจัยร่วม มีการประเมินติดตามผลหลังการทำกิจกรรมทุกครั้ง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การสนทนากลุ่ม การสังเกต

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ของวงรอบที่ 1 ผู้วิจัย นักวิจัยร่วม และผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมกันสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) หวนระลึกถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกต นำข้อมูลมาไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติ รวมไปถึงปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หากมีสิ่งใดที่ควรปรับปรุงหรือรื้อถอน ก็ระดมความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติตามวิธีใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปปฏิบัติในวงรอบถัดไป โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นสังเกตของวงรอบที่ 1 ว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ หรือไม่และอย่างไร จากนั้นจึงปรับปรุงแผนดำเนินการกิจกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์

ระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน วงรอบที่ 2

1. ขั้นปรับปรุงแผน (Re-Planning) ทบทวนข้อมูลที่พบจากการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ของวงรอบที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยและนักวิจัยร่วมได้ร่วมกันปรับปรุงแผน

2. ขั้นปฏิบัติ (Action2) ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่ได้ทำการปรับปรุง โดยในวงรอบที่ 2 คณะทำงานได้แบ่งความรับผิดชอบในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้นทั้งการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร

มีการบูรณาการกิจกรรมออกกำลังกายกับการรวมกลุ่มอาชีพ มีการปรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และอาชีพเป็นการทำไข่เค็มและการทำกล้วยฉาบ และมีการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุที่เคยมี ปัญหาสุขภาพจิตแต่ปัจจุบันอาการดีขึ้นแล้วให้เข้ามามีบทบาทในการถ่ายทอดประสบการณ์ วิธีดูแล ร่างกายและจิตใจของตนเอง ปรับความถี่ของกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมยกย่อง ผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี

3. ขั้นสังเกต (Observation2) ผู้วิจัย นักวิจัยร่วม มีการประเมินติดตามผลหลังการทำ กิจกรรมทุกครั้ง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การสนทนากลุ่ม การสังเกต

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect 2) ของวงจรที่ 2 โดยผู้วิจัย นักวิจัยร่วม และ กลุ่มผู้ร่วมวิจัย จัดเวทีสะท้อนผลด้วยเทคนิคการทบทวนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review) ผลที่ได้ในขั้นนี้จะถือว่าเป็นการสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามตัวชี้วัดในบันไดผลลัพธ์ หลังจากนั้นประมวลผลทั้งหมด เพื่อสรุปรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพภาวะองค์กรรวมโดยการมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน และข้อเสนอแนะ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ที่ใช้ศึกษาและตีความ ข้อมูลที่บันทึกไว้ เช่น เอกสาร ข้อความ ภาพ เสียง เพื่อค้นหารูปแบบ ความหมาย หรือแก่นเรื่อง สำคัญที่ซ่อนอยู่ วิธีการนี้สามารถใช้ได้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยสามารถนับความถี่ ของคำ วลี หรือแนวคิด และยังสามารถเจาะลึกถึงความหมายและความสัมพันธ์ของข้อมูล

### ตารางที่ 1 บันไดผลลัพธ์ ตัวชี้วัด กิจกรรม และวิธีการเก็บข้อมูล

บันไดขั้นที่ 1	บันไดขั้นที่ 2	บันไดขั้นที่ 3	บันไดขั้นที่ 4
<b>กิจกรรม</b> 1. ประชุมคณะทำงานเพื่อทำ ความเข้าใจ จัดตั้ง คณะทำงาน และแบ่ง บทบาทหน้าที่ 2. อบรมพัฒนาความรู้และ ทักษะของคณะทำงาน ในการจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ	<b>กิจกรรม</b> 1. ประชุมชี้แจงโครงการ และคืนข้อมูล สถานการณ์และ ภาวะสุขภาพกายและ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ให้กลุ่มเป้าหมาย 2. กำหนดข้อตกลง ในการดำเนินกิจกรรม และการเข้าร่วมของ กลุ่มเป้าหมาย	<b>กิจกรรม</b> 1. จัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพกายให้กับ ผู้สูงอายุตามแผน เช่น การออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับวัย และการ รับประทานอาหาร 2. จัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพจิตและอาชีพ ให้กับผู้สูงอายุตามแผน เช่น การเยี่ยมบ้าน รวมกลุ่มอาชีพ	<b>กิจกรรม</b> 1. จัดเวที สรุปบทเรียน การดำเนินงาน เพื่อสรุป ความสำเร็จและ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

บันไดขั้นที่ 1	บันไดขั้นที่ 2	บันไดขั้นที่ 3	บันไดขั้นที่ 4
<p>3. จัดทำแผนการปฏิบัติงานและตารางการประชุมของคณะทำงาน</p> <p>4. สํารวจ/รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลให้เป็นปัจจุบัน (update) เช่น จำนวนภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต การอยู่อาศัย ฯลฯ</p>	<p>3. อบรมผู้สูงอายุเรื่อง การดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ตามแผน</p>	<p>3. จัดกิจกรรมส่งเสริม/ปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางสังคม</p> <p>4. ติดตามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ</p>	<p><b>ผลลัพธ์:</b> ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพกายและจิตใจอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย</p>
<p><b>ผลลัพธ์:</b> แกนนำขับเคลื่อนงาน ได้อย่างเข้มแข็ง</p>	<p><b>ผลลัพธ์:</b> มีความรู้ความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการกำหนด ทิศทางในการดูแลสุขภาพ กายและจิตใจของตนเอง อย่างเหมาะสม</p>	<p><b>ผลลัพธ์:</b> ดำเนินการตามนโยบาย และมีกลไกการติดตาม สนับสนุน</p>	
<p><b>ตัวชี้วัด</b></p> <p>1. มีโครงสร้างคณะทำงาน ที่หลากหลาย คณะกรรมการ มีการแบ่งหน้าที่กัน อย่างชัดเจน</p> <p>2. มีฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ</p>	<p><b>ตัวชี้วัด</b></p> <p>1. มีข้อตกลงร่วมกัน ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม</p> <p>2. ผู้สูงอายุมีความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่าง ถูกต้อง</p>	<p><b>ตัวชี้วัด</b></p> <p>1. มีนโยบายในการสร้าง แรงจูงใจ เพื่อส่งเสริม ในการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ในชุมชน (เกิด ครอบครัวต้นแบบ หรือผู้สูงอายุดีเด่น ด้านการส่งเสริม สุขภาพจิต)</p> <p>3. สามารถสะท้อนผล และปรับขบวนการ ทำงานให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ทำงาน</p> <p>4. มีข้อมูลการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p><b>ตัวชี้วัด</b></p> <p>1. ร้อยละ 70 ของ ผู้สูงอายุที่เป็น กลุ่มเป้าหมาย มีการออกกำลังกาย สม่ำเสมอ (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที) และ มีการบริโภคอาหาร ที่เหมาะสม</p> <p>2. ร้อยละ 100 ของ ผู้สูงอายุติดบ้านติด เติงในชุมชน ได้รับ การเยี่ยมบ้านเป็น ประจำ (เดือนละครั้ง)</p> <p>3. ร้อยละ 50 ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ในครัวเรือน</p> <p>4. ร้อยละ 50 ของ ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย มีความสุขเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแล สุขภาพจิตที่เหมาะสม เช่น ลดความเครียด ด้วยตนเอง และ แสวงหาการช่วยเหลือ ด้านจิตใจเหมาะสม</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

บันไดขั้นที่ 1	บันไดขั้นที่ 2	บันไดขั้นที่ 3	บันไดขั้นที่ 4
<b>วิธีการเก็บข้อมูล</b> 1. รายงานการประชุมเอกสารแต่งตั้งและการแบ่งบทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน 2. รายงานสรุปข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. แบบคัดกรองสุขภาพจิต 9Q 4. แผนการทำงานของคณะทำงาน	<b>วิธีการเก็บข้อมูล</b> 1. รายงานการประชุม 2. แบบประเมินความรู้ 3. ประการข้อตกลงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. การสนทนากลุ่ม	<b>วิธีการเก็บข้อมูล</b> 1. รายงานการประชุม 2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ 3. แผนการทำงานของคณะทำงาน 4. การสนทนากลุ่ม/ภาพถ่าย	<b>วิธีการเก็บข้อมูล</b> 1. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ 2. แบบคัดกรองสุขภาพจิต 9Q 3. การสนทนากลุ่ม/ภาพถ่าย

## ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถแสดงผลลัพธ์เป็น 2 ตอน คือ ผลลัพธ์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน และผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรรวมของผู้สูงอายุ

**ตอนที่ 1 ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน**

ผลจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมบนฐานชุมชน หลังสิ้นสุดวงจรรอบที่ 2 พบปัจจัยที่ทำให้การขับเคลื่อนงานสำเร็จและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ คือ

1.1 คณะทำงานเข้มแข็งมีความรู้และแผนการทำงาน คณะทำงานเห็นความสำคัญของปัญหามองว่าเป็นประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้นในชุมชนของตน โดยการนำเหตุการณ์จริงที่เคยเกิดขึ้นในชุมชนขึ้นมาทบทวน เช่น ในครั้งนี้ได้ร่วมกันทบทวนถึงปัญหาในอดีตที่ขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดทำร้ายตนเองของคนในชุมชนจนเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีการเชิญชวนผู้ที่เคยมีประสบการณ์เป็นผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ามาเป็นคณะทำงาน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รู้สึกตนเองมีคุณค่าต่อผู้อื่นและมีความเข้าใจผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้า เหงา โดดเดี่ยว ได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น ข้อดีของการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกมาทำกิจกรรมรวมกลุ่ม การทานยารักษาอาการซึมเศร้าเป็นประจำ ทำให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุจึงฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ และสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ คณะทำงานมีแผนที่ชัดเจน โดยกำหนดผลลัพธ์ ตัวชี้วัด และจึงออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ตัวชี้วัดบรรลุ จึงทำให้คณะทำงานมีเป้าหมายเดียวกัน

1.2 การติดตามผลจากการปฏิบัติและสะท้อนผล มีการกำหนดข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่ต้องการและออกแบบวิธีการเก็บข้อมูลทำให้เกิดการติดตามผลการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม มีกลไกการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติไปพัฒนากระบวนการทำงานและกิจกรรมเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การสะท้อนผลการปฏิบัติช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.3 การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและเครือข่าย ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการร่วมกับแกนนำ เริ่มจากการคืนข้อมูลสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ร่วมสะท้อนความต้องการ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และร่วมปฏิบัติ คณะทำงานมีการประสานเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนในการทำกิจกรรมที่เกินความสามารถของตน เช่น การใช้แบบประเมินและการแปลผลแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต วิทยากรให้ความรู้ โดยประสานการทำงานกับเครือข่าย เช่น แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และสถานที่จัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อส่งเสริมการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

1.4 รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ มีการบูรณาการกิจกรรมทางกายและจิตใจ มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อเนื่อง คัดกรองภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุผ่านการสนทนาขณะทำกิจกรรมและชวนให้ผู้สูงอายุเข้ารับการดูแลรักษาต่อกับจิตแพทย์ มีกิจกรรมรวมกลุ่มอาชีพ “การทำไข่เค็มลาวา” ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมได้มาก มีเวลาอยู่ร่วมกันในบรรยากาศของความสนุกสนานและผลผลิตสามารถนำไปรับประทานในครัวเรือนและจัดจำหน่ายสร้างรายได้เสริม

รายละเอียดแสดงการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ก่อนเริ่มวงรอบที่ 1 จนถึงสิ้นสุดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ประเด็นปัญหา	ก่อนเริ่มวงรอบที่ 1	สิ้นสุดวงรอบที่ 1	สิ้นสุดวงรอบที่ 2
คณะทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน	ยังไม่มี การก่อตัวของคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน ที่มีการขับเคลื่อนงานด้วยชุมชนเป็นหลัก (คิด วางแผน ตัดสินใจ ปฏิบัติ และพัฒนาโดยชุมชน)	เกิดคณะทำงานระดับหมู่บ้านที่มีความรู้ความสามารถ มีการแบ่งบทบาทการทำงาน สามารถออกแบบและขับเคลื่อนโครงการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ คณะทำงานชุมชนทุกคนมีความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยจิตเวช	คณะทำงานระดับหมู่บ้านมีความเข้มแข็ง มีกลไกขับเคลื่อนงานได้ต่อเนื่อง โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ
การมีส่วนร่วมของชุมชน	การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นแบบ Top-down คือ จัดโดยหน่วยงานท้องถิ่นหรือรัฐบาลกำหนดให้เข้าร่วม ผู้สูงอายุยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญ	ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง อย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมในการกำหนดกติกา เสนอกิจกรรม และเข้าร่วมกิจกรรม	ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการร่วมกับแกนนำ และสะท้อนผลการปฏิบัติ ชักชวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ตัดสินใจเข้าร่วม โครงการให้เข้าร่วมเพิ่มมากขึ้น (ชักชวนกันต่อ)

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	ก่อนเริ่มวงรอบที่ 1	สิ้นสุดวงรอบที่ 1	สิ้นสุดวงรอบที่ 2
	และขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในบางครั้ง		
การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายในระดับหมู่บ้าน	ยังไม่มีกิจกรรมรวมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพกายของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน มีเพียงกิจกรรมในระดับตำบล ซึ่งบางคนไม่สะดวกในการเดินทาง กิจกรรมเน้นไปที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แต่ยังคงขาดกิจกรรมสำหรับกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง	เกิดการรวมกลุ่มออกกำลังกายร่วมกันของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย (แยกกิจกรรมกายกับจิต ผู้สูงอายุบางคนเข้าร่วมไม่ครบ)	มีการบูรณาการกิจกรรมทางกายและจิตใจ เช่น จัดกิจกรรมออกกำลังกายก่อนทำกิจกรรมรวมกลุ่ม อาชีพ บูรณาการกิจกรรมทางกายกับการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง โดยส่งเสริมการออกกำลังกายตามความเหมาะสม เช่น ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีกิจกรรมยกย่องผู้สูงอายุต้นแบบ
การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้าน	ยังไม่มีกิจกรรมรวมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน การคัดกรองภาวะทางจิตโดยใช้แบบวัด ซึ่งผู้สูงอายุบางส่วนหลีกเลี่ยงการตอบตามความเป็นจริง จึงไม่พบปัญหาทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม	เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด การปรับความคิด การทำสมาธิ เป็นต้น	มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ต่อเนื่อง สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง คัดกรองภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุผ่านการสนทนา ขณะทำกิจกรรม และชวนให้ผู้สูงอายุเข้ารับการดูแลรักษาต่อกับจิตแพทย์
การออกแบบกิจกรรมรวมกลุ่มอาชีพ	ความเครียดส่วนหนึ่งเกิดจากรายได้ไม่เพียงพอ แต่ยังไม่มีการรวมกลุ่มอาชีพในหมู่บ้าน	เกิดการรวมกลุ่มอาชีพ “ทำน้ายาล้างจาน” ซึ่งผลิตสามารถนำไปใช้ในครัวเรือนเพื่อลดรายจ่ายได้ แต่ยังไม่สามารถจำหน่ายเพื่อสร้างรายได้เสริม	มีกิจกรรมรวมกลุ่มอาชีพ “การทำไข่เค็มลาวา” ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมได้มากขึ้น มีเวลาอยู่ร่วมกันในบรรยากาศของความสุข และผลิตสามารถนำไปรับประทานในครัวเรือนและจัดจำหน่ายสร้างรายได้เสริม

## ตอนที่ 2 ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 60 คน ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 25 คน ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 5 คน จากการลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพก่อนเริ่มโครงการโดยใช้แบบประเมิน 9Q และการสนทนา พบผู้สูงอายุมีแนวโน้มป่วยด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 7 คน เมื่อเริ่มกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม แกนนำชุมชนได้ชักชวนผู้ที่เคยมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเข้าร่วมเป็นคณะทำงาน จำนวน 3 คน และภายหลังการดำเนินโครงการสิ้นสุดสามารถช่วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเข้าสู่กระบวนการรักษาและกลับเข้าสู่สังคมเพิ่มขึ้น จำนวน 4 คน โดยได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตกับคณะทำงานอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อสิ้นสุดโครงการผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที) ร้อยละ 80 และมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 88 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียงในชุมชนได้รับการเยี่ยมบ้านเป็นประจำ (เดือนละครั้ง) ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมสามารถลดรายจ่ายหรือมีรายได้เสริมเพิ่มขึ้นในครัวเรือน ร้อยละ 83 และผู้สูงอายุมีระดับความสุขเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม เช่น ทำกิจกรรมลดความเครียดด้วยตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจอย่างเหมาะสม การไปพบแพทย์ เป็นต้น ร้อยละ 94 รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนเริ่มวงรอบที่ 1 จนถึงสิ้นสุดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ก่อนเริ่มวงรอบที่ 1	สิ้นสุดวงรอบที่ 1	สิ้นสุดวงรอบที่ 2
<b>มิติด้านร่างกาย</b> 1. ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	การออกกำลังกาย ร้อยละ 27 การบริโภคอาหาร ร้อยละ 50	การออกกำลังกาย ร้อยละ 50 การบริโภคอาหาร ร้อยละ 70	การออกกำลังกาย ร้อยละ 80 การบริโภคอาหาร ร้อยละ 88
ข้อสังเกตเชิงคุณภาพ	ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที) โดยร่วมออกกำลังกายกับกลุ่มและด้วยตนเองที่บ้าน เช่น เดิน ยืดเหยียดร่างกาย แกว่งแขน ส่วนการบริโภคอาหารได้มีการลดทานอาหารรสจัด (เค็ม หวาน มัน) และอาหารแปรรูป		
<b>มิติด้านจิตใจและปัญญา</b> 2. ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ได้รับการเยี่ยมบ้านเป็นประจำ 3. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีระดับความสุขเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 50 ร้อยละ 33	ร้อยละ 100 ร้อยละ 50	ร้อยละ 100 ร้อยละ 94

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ก่อนเริ่มวงรอบที่ 1	สิ้นสุดวงรอบที่ 1	สิ้นสุดวงรอบที่ 2
ข้อสังเกตเชิงคุณภาพ	ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านครบทุกคน ขณะเยี่ยมบ้านได้มีการชวนผู้สูงอายุ/ญาติสนทนาด้วยบรรยากาศผ่อนคลาย ให้กำลังใจ แนะนำการเลือกอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและโรค ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสามารถกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่กลุ่มจัดขึ้น ยินดีช่วยเหลือเพื่อนและชุมชน		
มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ 4. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง ลดรายจ่าย/ เพิ่มรายได้ในครัวเรือน	ร้อยละ 8	ร้อยละ 50	ร้อยละ 83
ข้อสังเกตเชิงคุณภาพ	ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมรวมกลุ่มอาชีพที่จัดขึ้น และมีการชักชวนกันต่อ		

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกรณีศึกษา (Case Study) ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวกอย่างชัดเจน ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะองค์รวม จำนวน 3 ราย ดังนี้

นางเอ (นามสมมุติ) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย ได้กลับมาใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวและชุมชน เพราะเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับสังคมที่ทางหน่วยงานเชิญ ขณะนี้ได้เป็นคณะทำงานของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน และช่วยเหลือศูนย์ปฏิบัติธรรมบวรธรรมสถานเป็นประจำ

นางบี (นามสมมุติ) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่เข้าสังคมเก็บตัวเงียบ หลังจากที่ไม่พบผู้คนเลยทางคณะทำงานเราได้เข้าพูดคุย แนะนำความรู้ทางสุขภาพจิตและพาพบแพทย์ ทำให้ขณะนี้ได้กลับเข้าสู่สังคมตามปกติ อีกทั้งยังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

นางซี (นามสมมุติ) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย สาเหตุจากล้มละลาย ทางคณะทำงานเราแนะนำความรู้ทางสุขภาพจิตและพาพบแพทย์ ทำให้ขณะนี้ได้กลับมาใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวและตัดสินใจโกนผม บวชชี ปฏิบัติธรรมอยู่ที่บวรธรรมสถานและช่วยงานศูนย์ปฏิบัติธรรมเป็นอย่างดี

## อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชน ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพเนื่องจากมีความเท่าเทียมกันในการลงมือปฏิบัติ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและสร้างแผนการดำเนินงาน (Collins et al., 2018) จากเดิมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตเป็นแบบ Top-down คือ ผู้มีอำนาจเป็นคนตัดสินใจและกำหนดกลยุทธ์ คนในชุมชนไม่มีโอกาสวางแผน และสร้างกลไกขับเคลื่อนและพัฒนางานของตนเอง จึงทำให้กิจกรรมขาดความต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนผู้บริหารหรือนโยบาย แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีการออกแบบและขับเคลื่อนโครงการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมโดยคณะทำงานที่เป็นคนในชุมชน ผ่านการสนับสนุน

ทรัพยากรและองค์ความรู้จากเครือข่ายที่มีผลต่อความสำเร็จของงาน โดยเริ่มการก่อตั้งของทีมงาน โครงสร้างทีม การสร้างการมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพ (ระหว่างโครงการ) ในขณะทำงาน ทั้งหมดส่วนใหญ่มาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำหมู่บ้าน จึงทำให้ได้ ข้อมูลที่แน่นอนและเชื่อถือได้ คณะทำงานทำงานกันอย่างมีประสิทธิภาพจึงประสบผลสำเร็จ ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมา สามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลับสู่สังคมได้อีกครั้ง นอกจากนี้พบว่า รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าและความรู้สึกโดดเดี่ยว ในผู้สูงอายุได้ (Kim et al., 2024)

การขับเคลื่อนโครงการตามกิจกรรมระหว่างดำเนินโครงการ คณะทำงาน ภาควิชาเครือข่าย ได้แก่ อบต.บึงบา บวรธรรมสถาน โรงพยาบาลหนองเสือ และผู้เข้าร่วมโครงการให้ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรมจนบรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพ และคณะทำงานได้สืบค้นหาผู้ป่วย ด้านสุขภาพจิตที่ไม่เปิดเผยตนเองได้กลับเข้ามาสู่กระบวนการรักษาและเข้าสู่สังคมได้ ซึ่งเป็นผลสำคัญ ที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเนื่องจากคณะทำงานส่วนใหญ่เป็น อสม. และ คนในหมู่บ้านที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพแล้ว ทำให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นกันเอง สบายใจ และความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเปิดเผยภาวะทางอารมณ์ที่แท้จริงผ่านการสนทนาที่เป็นกันเอง ระหว่างทำกิจกรรม รวมถึงการคัดกรองผ่านวิธีชุมชนที่คณะทำงานได้ปรับแผนสู่การใช้การสนทนา เชิงลึกควบคู่กับกิจกรรมรวมกลุ่ม และที่สำคัญ คณะทำงานสามารถประสานงานกับภาควิชาเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลหนองเสือ และบวรธรรมสถาน ได้ทันที เปลี่ยนจากสถานะผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต ที่ไม่เปิดเผยตนเองให้กลายเป็นคณะทำงานหรือผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ ทั้งนี้ด้วยกระบวนการ ดังกล่าวสร้างให้เกิดความไว้วางใจ เงื่อนไขที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จสามารถจัดกลุ่มได้ 5 ประเด็น คือ 1) การออกแบบกิจกรรมเกิดจากการมีส่วนร่วมและความต้องการของชุมชน ทำให้เกิด ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมสอดคล้องกับงานวิจัยของนิศาชล เฉตรระการ อังคณา สรียาภรณ์ และชนิษฐา นันทบุตร (2560) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน เป็นฐาน ที่พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้ได้กิจกรรมที่ตรงใจชุมชน ส่งผลให้ ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดข้อตกลงร่วมและกิจกรรมที่ตรงตามบริบท พื้นที่ซึ่งสอดคล้องกับผลการดำเนินงานในตำบลบึงบาที่คณะทำงานและผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดกติกา การเข้าร่วมและเลือกกิจกรรมอาชีพ เช่น การทำไข่เค็มลาวา จนนำไปสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 2) กิจกรรมเสริมความรู้สึกมีคุณค่าของผู้สูงอายุ เช่น การก่อตั้งคณะทำงานที่ส่วนหนึ่งเป็น ผู้สูงอายุ และบางส่วนคือผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะซึมเศร้าโดยมีการเชิญเข้าร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อน ได้มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์ความยากลำบากและวิธีการก้าวผ่านความทุกข์ที่เกิดขึ้น รวมไปถึง การทำงานจิตอาสาเพื่อสังคมยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดเครือข่ายทางสังคม ที่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวลง ลดความเครียด และเกิดความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษา ของฟิลเกส (Filges et al., 2020) ที่พบว่าการทำจิตอาสามีผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัคร รวมถึงสอดคล้องกับงานของพระมหาศุภโชค สุภัทโธ (ปีทมราช) พระครูวิจิตรสรนาท และพระมหาปิยะกุล ปิยธมโม (2563) ที่ศึกษาพฤติกรรมจิตอาสาและพลัง สุขภาพจิตของประชากรสูงอายุในเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า การได้แบ่งปันประสบการณ์และถ่ายทอด

บทเรียนชีวิตให้ผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จและเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงช่วยเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้สูงขึ้น 3) กิจกรรมที่จัดขึ้นถูกออกแบบอยู่บนฐานความต้องการและศักยภาพของชุมชน มีการสร้างบรรยากาศการทำกิจกรรมที่เป็นกันเอง สนุกสนาน ทำให้เกิดภาวะอารมณ์ที่เป็นสุข กิจกรรมถูกออกแบบอยู่บนฐานความต้องการและศักยภาพของชุมชน จึงทำให้เกิดความเพลิดเพลินขณะทำกิจกรรม และรู้สึกประสบความสำเร็จ เมื่อทำกิจกรรมได้บรรลุตามเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพทางจิตตามรูปแบบของจิตวิทยาเชิงบวก หรือเรียกว่า PERMA Model คือ การมีอารมณ์เชิงบวก (positive emotion) การรู้สึกมีส่วนร่วม (Engagement) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) ชีวิตมีความหมาย (Meaning) และการประสบความสำเร็จ (Accomplishment) (Tsiflikioti et al., 2023) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ ปิยะตระกูล วรณรัตน์ รัตภูมิ และวีระศักดิ์ ปิยะตระกูล (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มที่เน้นจิตวิทยาเชิงบวก ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้สะท้อนความรู้สึกที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดพลังใจ 4) บูรณาการการจัดกิจกรรม กิจกรรมที่จัดขึ้น 1 ครั้ง อาจส่งผลกระทบต่อเชิงบวกในหลายมิติ เช่น กิจกรรมรวมกลุ่มอาชีพ ได้ทั้งการส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้านร่างกายได้ความสุขในมิติของจิตใจและการเข้าสังคม เกิดความหวัง มีเป้าหมายชีวิตในมิติของปัญญาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ระพีพรรณ คำหอม ฐาณิษา สุขสวัสดิ์ และพรรณภัสสิริ ชาญวานิชเจริญ (2562) ซึ่งพบว่ากิจกรรมที่สามารถบูรณาการความต้องการทางสุขภาพเข้ากับกิจกรรมทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรว่าการดูแลสุขภาพเป็นภาระ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตที่มีความหมายเช่นเดียวกับการทำกิจกรรมกลุ่มอาชีพไข่มุกลาวาซึ่งไม่เพียงแต่สร้างรายได้และลดรายจ่าย แต่ยังเป็นพื้นที่ให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีความสุขเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 94 และ 5) กิจกรรมที่จัดขึ้นออกแบบให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่ระดับตัวบุคคลโดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เกิดความตระหนักถึงปัญหา จากกิจกรรมคืนข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและระดับสิ่งแวดล้อม คือสิ่งแวดล้อมเชิงสังคม เช่น การรวมกลุ่มทำกิจกรรมของคนในวัยเดียวกัน การมีกติกาและข้อกำหนดร่วมกัน และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น เกิดสถานที่ร่วมตัวทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการขับเคลื่อนกิจกรรมโดยชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของสมพงษ์ สิทธิผล วราณี สิทธิผล และ อัมภพร นามวงศ์ (2564) ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดนิเวศวิทยาทางสังคม พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนต้องอาศัยทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคล ได้แก่ การคืนข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนจากคนรอบข้าง ได้แก่ กติกาชุมชนหรือกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน การที่คณะทำงานจัดกิจกรรมคืนข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหา ควบคู่ไปกับการกำหนดกติกาและข้อตกลงร่วมกัน ในการดูแลสุขภาพ ถือเป็นกระบวนการที่สร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ในหมู่บ้านจนสามารถดึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เคยแยกตัวออกมามีบทบาทเป็นคณะทำงานได้สำเร็จ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมฯ เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรรวมของผู้สูงอายุในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. หลังจากกำหนดปัญหาแล้ว ควรมีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา โดยเป็นข้อมูลของคนในชุมชน มีการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นที่ยอมรับ และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจรายละเอียด โดยมีการเก็บข้อมูลก่อน ระหว่างดำเนินโครงการ และประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ ทั้งนี้ควรมีการติดตามผลลัพธ์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในระยะยาวหลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน หรือ 1 ปี
2. แผนการทำงานควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และกิจกรรมที่จะทำให้ผลลัพธ์นั้นสำเร็จ มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุชัดเจนจะช่วยให้จัดกิจกรรมได้ตรงกับความพร้อมของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม
3. เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง อบต. หรือหน่วยงานท้องถิ่นควรบรรจุกิจกรรมนี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาตำบล เพื่อให้มีงบประมาณสนับสนุนระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งโดยธรรมชาติของงานวิจัยรูปแบบนี้คือการศึกษาข้อมูลในบริบทของพื้นที่วิจัย ดังนั้นผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงแนะนำให้มีการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม บนฐานชุมชนนี้ในพื้นที่อื่น ๆ เช่น ในบริบทของภาคเหนือ ภาคใต้ ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท เป็นต้น หรือศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชุมชนเมืองที่ต่างคนต่างอยู่สูงกับชุมชนชนบทเพื่อดูว่ากลไก CBPAR จะต้องปรับเปลี่ยนอย่างไร

#### องค์ความรู้ที่ได้รับ

พบองค์ความรู้ที่สำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา ที่มีความเชื่อมโยงกัน ความสำเร็จนี้เกิดจากองค์ประกอบการทำงานที่สำคัญ คือ คณะทำงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน แผน/กลไกการทำงาน และการใช้ข้อมูล ดังภาพที่ 2



**ภาพที่ 2** องค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมฯ  
ที่มา: ผู้วิจัย

**เอกสารอ้างอิง**

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2565). ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร สถิติประชากรรายจังหวัด. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/3> (2565, 31 ธันวาคม).

ดวงใจ ปิยะตระกูล วุฒิรัตน์ รัตกัญ และวีระศักดิ์ ปิยะตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(2), 143 - 152.

ธณินทร์ กองสุข สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล ศุภชัย จันทร์ทอง เบญจมาศ พงษ์กานนท์ สุพัตรา สุขาวท และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(4), 321 - 334.

นิตชาล เฉดระการ อังคณา สรียาภรณ์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(2), 1 - 18.

พระมหาศุภโชค สุภัทโร (ปัทมราช) พระครูวิจิตรสรนาท และพระมหาปิยะกุล ปิยธมโม. (2563). พฤติกรรมจิตอาสาและพลังสุขภาพจิตของประชากรสูงอายุในเขตจังหวัดนครปฐม. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 6(2), 25 - 38.

- ระพีพรรณ คำหอม ฐาณิษา สุขสวัสดิ์ และพรรณภีสิริ ชาญวานิชเจริญ. (2562). รูปแบบการบูรณาการการจัดสวัสดิการสังคมและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น. **วารสารวิชาการสังคมศาสตร์**, 12(2), 168 - 183.
- รักชนก ชูพิชัย เสาวลักษณ์ หัตถพรสวรรค์ มาสรีน ศุกลปักษ์ วรานิษฐ์ ลำไย และกนิษฐา ญัตติกิจ. (2563). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีชีวิตอย่างมีความสามารถ: กรณีศึกษาชุมชนทรายทองจังหวัดนนทบุรี. **วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย**, 16(2), 26 - 38
- สมพงษ์ สิทธิผล วราณี สิทธิผล และอัมภพร นามวงศ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดนิเวศวิทยาทางสังคม. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 35(1), 89 - 106.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). **การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567**. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2025/20241209145003\\_27188.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566). **เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16**. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก <https://old.nationalhealth.or.th/th/node/4779>
- Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Stanton, J., The Leap Advisory Board, Straits, K. J. E., Gil-Kashiwabara, E., Rodriguez Espinosa, P., Nicasio, A. V., Andrasik, M. P., Hawes, S. M., Miller, K. A., Nelson, L. A., Orfaly, V. E., Duran, B. M., & Wallerstein, N. (2018). Community-based participatory research (CBPR): Towards equitable involvement of community in psychology research. **American psychologist**, 73(7), 884 – 898. <https://doi.org/10.1037/amp000167>
- Corrado, A. M., Benjamin-Thomas, T. E., McGrath, C., Hand, C., & Laliberte Rudman, D. (2020). Participatory action research with older adults: A critical interpretive synthesis. **The Gerontologist**, 60(5), e413 - e427.
- Filges, T., Siren, A., Fridberg, T., & Nielsen, B. C. V. (2020). Voluntary work for the physical and mental health of older volunteers: A systematic review. **Campbell systematic reviews**, 16(4), e1124. <https://doi.org/10.1002/cl2.1124>
- Kemmis S.& McTaggart R. (2006). Participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), **Handbook of qualitative research** (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Kim, I., An, H., Yun, S., & Park, H. Y. (2024). Effectiveness of community-based interventions for older adults living alone: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology and health**, 46, e2024013. <https://doi.org/10.4178/epih.e2024013>
- Tcymbal, A., Abu-Omar, K., Hartung, V., Bußkamp, A., Comito, C., Rossmann, C., Meinzinger, D., & Reimers, A. K. (2022). Interventions simultaneously promoting social participation and physical activity in community living older adults: A systematic review. **Frontiers in public health**, 10, 1048496. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1048496>
- Tsiflikioti, K., Moraitou, D., Pezirkianidis, C., Papantoniou, G., Sofologi, M., Kougioumtzis, G. A., & Tsolaki, M. (2023). Enhancing Subjective Wellbeing in Older Individuals with Amnesic Mild Cognitive Impairment: A Randomized Trial of a Positive Psychology Intervention. **Behavioral sciences (Basel, Switzerland)**, 13(10), 838. <https://doi.org/10.3390/bs13100838>