

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นฐาน
หลักการทรงงาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้
เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ *

The Model for Promoting Health of the Elderly
Communities Based on the King's Working Principles of
Subdistrict Health Promoting Hospitals under the Primary
Care Service Plan Network, Chiang Mai Province

ชนกพร อุตตะมะ¹, มณัส สุวรรณ², วิชรพงษ์ วัฒนกุล³, และ ภัทรวุฒิ สมยานะ⁴
Chanokporn Uttama¹, Manat Suwan², Watcharapong Wattanakul³, and
Phatharawuth Somyana⁴

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่^{1,2}
คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่³
คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่⁴
Graduate School, Chiang Mai Rajabhat University^{1,2}
Faculty of Agricultural Technology, Chiang Mai Rajabhat University³
Faculty of Management Science, Chiang Mai Rajabhat University⁴
Corresponding Author, E-mail: 63886103@cmru.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทของผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในการ
สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2) วิเคราะห์
ปัจจัยและระดับการประยุกต์ใช้หลักการทรงงานของบุคลากร รพ.สต. ในการสร้างเสริมสุขภาพ

* ได้รับความเห็นชอบ: 19 กรกฎาคม 2568; แก้ไขบทความ: 24 สิงหาคม 2568; ตอรับตีพิมพ์: 29 สิงหาคม 2568



ผู้สูงอายุ และ 3) พัฒนาและประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นฐานหลักการทรงงาน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) โดยเลือกพื้นที่เป้าหมายแบบเจาะจงในจังหวัดเชียงใหม่ 3 ชุมชน ได้แก่ เขตเมือง เขตชานเมือง และเขตชนบท กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคคลจาก 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ 350 คน ภาควิชา 31 คน สมาชิกครัวเรือน 30 คน บุคลากร รพ.สต. 23 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 30 คน ใช้เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยต้องการการดูแลจากครอบครัว พื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย และการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสังกัด รพ.สต. ในการประยุกต์ใช้หลักการทรงงาน พบว่าทั้งสามชุมชนมีการน้อมนำในระดับมากถึงมากที่สุด สำหรับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด “บันได 5 ขั้นของการพัฒนา” ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน 2) ขั้นประเมินสภาพการณ์และนำมาวางแผนพัฒนา 3) ขั้นการพัฒนา 4) ขั้นก้าวหน้าขยายแบ่งปันไปสู่ที่อื่น ๆ และ 5) ขั้นสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบทั้ง 7 ด้าน โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด

สรุปได้ว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้หลักการทรงงานเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ผ่านกระบวนการบันได 5 ขั้น ช่วยให้บุคลากรของ รพ.สต. และภาควิชาสามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ มีส่วนร่วม และยั่งยืน

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; หลักการทรงงาน; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study aimed to: 1) examine the context of older adults and health promotion networks in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs); 2) analyze the factors and extent to which SHPH personnel applied the King's working



principles in promoting community-based elderly health; and 3) develop and evaluate a new health promotion model for older adults based on these principles. A mixed-methods approach was employed in three purposively selected communities in Chiang Mai Province, representing urban, peri-urban, and rural areas. The study involved five groups of participants: 350 older adults, 31 network partners, 30 household members, 23 SHPH personnel, and 30 village health volunteers. Data were collected using questionnaires, in-depth interviews, semi-structured interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that older adults experienced quality of life issues across physical, mental, social, economic, and environmental dimensions. Their primary needs included family caregiving, access to public spaces for recreation and exercise, and continuous care from SHPH personnel. Application of the King's working principles was found at high to very high levels across all three communities. The developed model of elderly health promotion was structured around the "Five-Step Development Ladder," which included: 1) foundational stage, 2) situation assessment and planning, 3) development stage, 4) expansion and sharing, and 5) achieving sustainable success. Expert and stakeholder evaluations across seven dimensions rated the model as highly appropriate.

In conclusion, the developed elderly health promotion model aligns with local contexts and elderly needs, using the King's working principles as the important foundation through a Five-Step Development ladder process, enabling SHPH personnel and network partners to operate systematically, participatively, and sustainably.

Keywords: health promotion; elderly; The King's working principles; Subdistrict Health Promoting Hospital (SHPH)



1. บทนำ

การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นความท้าทายระดับโลกและของประเทศไทย WHO (2024) คาดว่าประชากรสูงอายุโลกจะเพิ่มจาก 1.4 พันล้านคนในปี 2573 เป็น 2.1 พันล้านคนในปี 2593 สำหรับประเทศไทย คาดว่าสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.1 ในปี 2583 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) จังหวัดเชียงใหม่เป็นพื้นที่ที่สะท้อนสถานการณ์นี้อย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 25.28 และอัตราการพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 44.30 ในปี 2567 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2567) ผู้สูงอายุเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หลายโรคร่วมกัน ปัญหาสุขภาพจิตจากความเหงาและการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลง (Depping, Köhler-Ipek, Ullrich, Hauer, & Wolf, 2023) การสร้างเสริมสุขภาพภายใต้แนวคิด "ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย" โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดชุมชน มีบทบาทสำคัญผ่านการให้บริการองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการสนับสนุนการพึ่งพาตนเอง อย่างไรก็ดี การดำเนินงานของ รพ.สต. ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ด้านบริการและนโยบาย การทำงานในกรอบนโยบายทั่วไปโดยไม่เน้นบริบทเฉพาะท้องถิ่น การให้บริการแบบตั้งรับ ขาดการบูรณาการกับเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านทรัพยากรบุคคล ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ ภาระงานล้นมือ และขาดงบประมาณสำหรับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ด้านภูมิศาสตร์และการเข้าถึง ผู้สูงอายุอาศัยกระจายตัวในพื้นที่ทุรกันดารและภูเขา การคมนาคมไม่สะดวกโดยเฉพาะในฤดูฝน ด้านสังคมและวัฒนธรรม มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และภาษา ความเชื่อดั้งเดิมที่อาจขัดแย้งกับการแพทย์สมัยใหม่ และการอพยพของแรงงานวัยหนุ่มสาวทำให้ขาดผู้ดูแล ด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาความยากจน และขาดรายได้ที่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพ

ด้านสุขภาพเฉพาะ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องติดตามต่อเนื่อง และปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและความเหงา



จากปัญหาดังกล่าว จะเห็นว่ามีคามจำเป็นที่ต้องมีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนเป็นสำคัญ โดยการน้อมนำหลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ซึ่งครอบคลุมแนวคิดใน 3 มิติ ได้แก่ หลักธรรม หลักคิด และหลักปฏิบัติ (สำนักงาน กปร., 2564) ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยที่มีศักยภาพสูงมาประยุกต์ใช้ ทั้งนี้เนื่องจากหลักการทรงงานดังกล่าวเน้นการพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วม การพึ่งพาตนเอง การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และการทำงานแบบบูรณาการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการแก้ปัญหาที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

อย่างไรก็ตาม สภาพการณ์ปัจจุบันยังขาดการศึกษาที่เป็นระบบในการนำหลักการทรงงานมาประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบุคลากรของ รพ.สต. ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นฐานหลักการทรงงานสำหรับบุคลากร สังกัด รพ.สต. ในพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน (เมือง ชานเมือง และชนบท) ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่อื่น ๆ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุขอย่างพอเพียงและยั่งยืน สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาบริบทของผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใต้เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่

2.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและระดับการประยุกต์ใช้หลักการทรงงานของบุคลากรสังกัด รพ.สต. ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่

2.3 เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นฐานหลักการทรงงาน ของบุคลากรสังกัด รพ.สต. ภายใต้เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่



3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้รับอนุมัติการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่ IRBCMRU 2024/298.22.06 ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.1 พื้นที่ดำเนินการวิจัย ดำเนินการในชุมชนพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ในเขตเมือง คือ เทศบาลเมืองต้นเปา อำเภอสันกำแพง เขตชานเมือง คือ เทศบาลตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด และเขตชนบท คือ องค์การบริหารส่วนตำบลก๊ิดช้าง อำเภอแม่แตง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุจาก 3 ชุมชนที่กำหนดศึกษาจำนวน 3,922 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 ราย เทียบจากตารางสุ่มของ Handel (มนัส สุวรรณ, 2556) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน และ 2) กลุ่มบุคลากรสังกัด รพ.สต. ทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายจากทั้ง 3 ชุมชน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจงจากชุมชนเขตเมือง จำนวน 10 ราย เขตชานเมือง จำนวน 6 ราย และเขตชนบท จำนวน 7 ราย รวม 23 ราย

การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมาย การศึกษานี้ได้กำหนดเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย จากบุคคล 5 กลุ่มใน 3 ชุมชนที่กำหนดศึกษา จำนวน 144 ราย ขนาดกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย 2) สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 30 ครีวเรือน 3) บุคลากรสังกัด รพ.สต. จำนวน 23 ราย 4) ผู้นำทางสุขภาพและผู้นำชุมชน จำนวน 31 ราย และ 5) เจ้าหน้าที่ อสม. จำนวน 30 ราย ทั้งนี้ ทั้งหมดล้วนเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้งสิ้น และได้มาด้วยการเลือกแบบเจาะจง

3.3 เครื่องมือวิจัยและการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความต้องการสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการน้อมนำหลักการทรงงานไปประยุกต์ใช้ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Best & Kahn, 1988)

เครื่องมือดังกล่าวได้นำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ประเมินได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.66 – 1.00 และ 0.8 -1.00 ตามลำดับ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ทำการทดสอบกับกลุ่มบุคคลที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่ม



ตัวอย่างจำนวน 30 ราย และเหมือนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 ราย ประมวลได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.78 และ 0.88 ตามลำดับ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

การวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้วิธีการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิจัยเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. สรุปผลการวิจัย

4.1. ผลการศึกษาบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

4.1.1. บริบทของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพื้นที่ทั้ง 3 แห่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง ด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุทุกพื้นที่ประสบปัญหารายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนจบปริญญาตรีและรายได้เฉลี่ยสูงกว่า แต่มักอาศัยในพื้นที่แออัด อากาศไม่ถ่ายเท ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการได้รับการดูแลจากครอบครัวน้อยกว่าส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและโรค NCDs พบมากกว่าชนบท (ตารางที่ 1) ขณะที่เขตชานเมืองและชนบทมีอากาศดี มีความสัมพันธ์ในชุมชนแน่นแฟ้นกว่า



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 พื้นที่

พื้นที่	เขตเมือง	เขตชนเมือง	เขตชนบท
เพศหญิง (%)	80.48	64.70	66.22
จบปริญญาตรีขึ้นไป (%)	13.82	11.11	6.73
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)	8,488.30	5428.10	3,470.27
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (%)	14.64	46.41	36.48
ได้รับการดูแลจากครอบครัว (%)	26.01	79.08	82.43
การเจ็บป่วย NCDs (%)	39.43	40.69	29.66
ภาวะซึมเศร้า (%)	17.25	13.37	5.51

4.1.2. ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่มีความต้องการคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น การดูแลสุขภาพป้องกันความเสื่อม การได้รับฟันปลอม แว่นตา และบริการเยี่ยมบ้านจากบุคลากร รพ.สต. โดยเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 2.59 ± 0.40 และเขตชนบท 2.62 ± 0.23 (ระดับ “มาก”) และเขตชนเมือง 2.27 ± 0.43 (ระดับ “ปานกลาง”)

โดยในด้านสังคม เขตเมืองและชนเมืองเน้นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการพบปะสังสรรค์ โดยมีคะแนนด้าน “การเข้าถึงบริการ” อยู่ที่ 2.66 ± 0.38 และ 2.38 ± 0.25 ส่วนเขตชนบทสูงสุดที่ 2.67 ± 0.40 ขณะที่ด้านแรงสนับสนุน เขตเมืองมีคะแนนสูงสุด (2.71 ± 0.35) แสดงถึงความคาดหวังต่อภาคีเครือข่ายในชุมชน

ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุทุกเขตมีความต้องการร่วมกัน ได้แก่ การเพิ่มเบี้ยยังชีพ ส่งเสริมอาชีพใหม่ จัดสวัสดิการพื้นฐาน และจัดบริการรถรับส่งไปสถานพยาบาล ซึ่งสะท้อนภาพความต้องการระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมและทั่วถึงในสังคมผู้สูงวัย (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความต้องการของผู้สูงอายุและการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 พื้นที่

รายการ	เขตเมือง ($\bar{X} \pm SD.$)	เขตชนเมือง ($\bar{X} \pm SD.$)	เขตชนบท ($\bar{X} \pm SD.$)
1. ด้านเศรษฐกิจ	2.21 $\pm$ 0.44	2.01 $\pm$ 0.41	2.39 $\pm$ 0.45
2. ด้านสังคม			
2.1 การเข้าถึงบริการ	2.66 $\pm$ 0.38	2.38 $\pm$ 0.25	2.67 $\pm$ 0.40
2.2 แรงสนับสนุน	2.71 $\pm$ 0.35	2.21 $\pm$ 0.28	2.70 $\pm$ 0.34
2.3 รับรู้ข้อมูลข่าวสาร	2.68 $\pm$ 0.34	2.65 $\pm$ 0.33	2.68 $\pm$ 0.34
2.4 สัมพันธภาพ	2.67 $\pm$ 0.32	2.13 $\pm$ 0.40	2.48 $\pm$ 0.35
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	2.69 $\pm$ 0.32	2.22 $\pm$ 0.31	2.48 $\pm$ 0.35
4. การมีส่วนร่วม	2.57 $\pm$ 0.46	2.32 $\pm$ 0.61	2.24 $\pm$ 0.26
5. คุณภาพชีวิต	2.56 $\pm$ 0.56	2.41 $\pm$ 0.58	2.52 $\pm$ 0.50
รวม	2.59 $\pm$ 0.40	2.27 $\pm$ 0.43	2.62 $\pm$ 0.23

4.1.3. การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย รพ.สต.

ในเขตเมืองและชนเมือง หน่วยงานท้องถิ่น เช่น เทศบาล ได้ช่วยให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพ การฝึกอาชีพ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งแตกต่างจากเขตชนบทที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทร่วมกันในการคัดกรองสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสาร การเฝ้าระวังโรค และการประสานกับ รพ.สต. เพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง



4.2. การน้อมนำหลักการทรงงานไปประยุกต์ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรสังกัด รพ.สต.

4.2.1. ระดับการน้อมนำหลักการทรงงานของบุคลากร รพ.สต.

จากผลการวิจัยพบว่าบุคลากรสังกัดรพ.สต. ทั้ง 3 พื้นที่ที่มีการน้อมนำหลักการทรงงานทั้ง 27 ข้อไปใช้ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด โดยเขตชนบทมีระดับการน้อมนำหลักการทรงงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (4.53 ± 0.28) รองลงมาคือเขตชานเมือง และเขตเมืองตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดสองเขต (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการน้อมนำหลักการทรงงานไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 3 พื้นที่ ของบุคลากรสังกัด รพ.สต.

พื้นที่	ค่าเฉลี่ยรวม ($\bar{X} \pm SD$)	ระดับการ น้อมนำ	จุดเด่น
เขตเมือง	4.06 ± 0.51	มาก	พออยู่พอกิน, ประหยัด, การพึ่งตน
เขตชานเมือง	4.22 ± 0.45	มาก	มีความสุขในการทำประโยชน์, การมีส่วนร่วม, การแก้ปัญหาจากจุดเล็ก
เขตชนบท	4.53 ± 0.28	มากที่สุด	บริการที่จุดเดียว, อ่อนน้อมถ่อมตน

4.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการน้อมนำหลักการทรงงานไปประยุกต์ใช้ ได้แก่

1) ปัจจัยนำ บุคลากรต้องมีความเข้าใจหลักการทรงงานทั้ง 27 ข้อ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ต้องมีภาวะผู้นำเพื่อส่งเสริมความรู้และสนับสนุนการประยุกต์ใช้หลักการทรงงานให้กับบุคลากร
2) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วยนโยบายระดับชาติเช่นยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) ที่เน้นการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การสนับสนุนจากหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ และ ศักยภาพผู้สูงอายุ ที่ต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นโดยใช้หลักการทรงงานที่ได้ผลดีกระตุ้นให้มีการใช้ต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของการดูแลปฐมภูมิ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการพึ่งพาจากส่วนราชการหรือจากบุคลากรรพ.สต. และได้รับการสนับสนุนจากชุมชน อปท.และเอกชน ให้การสนับสนุนด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อมและงบประมาณ โดยเฉพาะการสร้างการมีส่วนร่วมของ



ผู้สูงอายุในการสร้างเครือข่ายในชุมชน อสม. ให้ความรู้และดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในด้านความรู้ แหล่งประโยชน์ต่างๆ 4) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ การบริหารจัดการภายใน รพ.สต.อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเวลา รวมถึงการมีทักษะในการวางแผนโครงการ แก้ไขปัญหาตลอดจนการประสานงานกับภาคีเครือข่ายและการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการน้อมนำหลักการทรงงานมาปรับใช้

4.3. การพัฒนาและประเมินรูปแบบใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นฐานหลักการทรงงานของบุคลากร รพ.สต.

ผู้วิจัยบูรณาการผลการศึกษาบริบทผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในชุมชน 3 พื้นที่กับหลักการทรงงาน แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวคิดบันได 9 ขั้นสู่ความพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เพื่อพัฒนารูปแบบจำลองบันได 5 ขั้นของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน: รากฐานความเข้าใจในความพอเพียง การประหยัด การพึ่งตน และภูมิสังคม 2) ขั้นประเมิน: ประเมินองค์รวม ศึกษาข้อมูลเป็นระบบ ระบุดิจาจากข้างใน แก้ไขปัญหาจุดเล็ก 3) ขั้นพัฒนา: ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความเพียร และเข้าใจ เข้าถึงพัฒนา การบริการแบบจุดเดียว ไม่ยัดติตตำรา 4) ขั้นก้าวหน้า: ขับเคลื่อนด้วยคุณธรรมซื่อสัตย์ อ่อนน้อม รู้รักสามัคคี และคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม 5) ขั้นแห่งความสำเร็จและยั่งยืน: ประกอบด้วยเศรษฐกิจพอเพียง การมีความสุขในการทำประโยชน์ให้ผู้อื่น และการทำเรื่อย ๆ แบบสังฆทาน เพื่อเป้าหมายความสำเร็จอย่างยั่งยืน

4.4. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดหลักการทรงงานกับบริบทของพื้นที่จริง พบว่ารูปแบบอยู่ในระดับ “เหมาะสมมากที่สุด” (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องของรูปแบบกับบริบทการทำงานของ รพ.สต. และความเป็นไปได้ในการนำไปประยุกต์ใช้จริงในชุมชน



ตารางที่ 4 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ	ผู้เชี่ยวชาญ ($\bar{X} \pm SD.$)	ผู้มีส่วนได้เสีย ($\bar{X} \pm SD.$)
1. ความเหมาะสมของรูปแบบในการน้อมนำหลักการทรงงานมาประยุกต์ใช้	4.72 $\pm$ 0.48	4.55 $\pm$ 0.16
2. ความเหมาะสมของรูปแบบในด้านเทคนิคและวิธีการ	4.60 $\pm$ 0.54	4.48 $\pm$ 0.23
3. ความเหมาะสมของรูปแบบในด้านเศรษฐกิจ	4.52 $\pm$ 0.52	4.61 $\pm$ 0.24
4. ความเหมาะสมของรูปแบบในการนำไปปฏิบัติจริง	4.60 $\pm$ 0.42	4.70 $\pm$ 0.31
5. ความเป็นประโยชน์ (Utility) ของรูปแบบ	4.66 $\pm$ 0.57	4.69 $\pm$ 0.31
6. ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของรูปแบบ	4.20 $\pm$ 0.66	4.57 $\pm$ 0.36
7. รูปแบบมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับองค์ประกอบหลักการทรงงาน	4.40 $\pm$ 0.55	4.53 $\pm$ 0.37
ค่าเฉลี่ยรวม	4.53 $\pm$ 0.53	4.59 $\pm$ 0.28

5. อภิปรายผลการวิจัย

5.1. บริบทของผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใต้เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาหลักแบ่งได้เป็น 5 มิติ คือ ด้านร่างกาย (โรค NCDs หลอดลิ้ม กระดูกพรุน) ด้านจิตใจ (ความเครียดและซึมเศร้า) ด้านสังคม (ขาดปฏิสัมพันธ์) ด้านเศรษฐกิจ (รายได้ไม่เพียงพอ) และด้านสิ่งแวดล้อม (ที่อยู่ไม่เหมาะสม) ส่วนความต้องการของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การได้รับการดูแลจากครอบครัว ต้องการพื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกายและการสันทนาการ และการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรของ รพ.สต. ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช (2562) ที่ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งพบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง



เบาหวาน รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เช่น ต้อกระจก ขาดตามปลายมือ ปลายเท้า ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองลดลง โดดเดี่ยว หดหู่ ซึมเศร้า และมีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ รวมไปถึงปัญหาความยากจน การเจ็บป่วย ถูกทอดทิ้ง และถูกยกยอกเงินเลี้ยงชีพ ส่วนความต้องการของผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ การทบทวนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การกำหนดนโยบายจ้างงานผู้สูงอายุ การพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม และการจัดบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ World Health Organization (2024) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมหลายมิติ และ Urbaniak & Wanka (2023) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งบทบาทภาคีเครือข่ายเป็นความร่วมมือของชุมชน ที่มี 4 บทบาทหลัก ได้แก่ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของกิจกรรมชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขเชิงรุก โดย ผู้นำท้องถิ่น อสม. และครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ สังวาล จ่างโพธิ์ (2564) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและ ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

5.2 วิเคราะห์ปัจจัยและระดับการประยุกต์ใช้หลักการทรงงานของบุคลากร รพ.สต. ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปทุมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่

เขตชนบทมีระดับการน้อมนำหลักการทรงงานมาประยุกต์ใช้สูงที่สุดด้วยคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.53 โดยมีความโดดเด่นในข้อบริการที่จุดเดียว และความอ่อนน้อมเอื้ออาทร เนื่องจากความสัมพันธ์ในชุมชนระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรสังกัด รพ.สต. มีความแน่นแฟ้น ให้ความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพสูงสอดคล้องกับการศึกษาของนิลภา จิระรัตนวรรณ, สุนทร วรรณระอมร, และ ศรีสุดา รัศมีพงศ์ (2562) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ จาก 4 ภาคีหลัก ได้แก่ 1) องค์กรบริหารส่วนตำบล 2) หน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ คือ รพ.สต. สถานศึกษา 3) อสม. และ 4) ผู้ใหญ่บ้าน สะท้อนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนสามารถนำไปใช้สร้างเสริมสุขภาพตามกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีกว่า ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมการน้อมนำหลักการทรงงานไปประยุกต์ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และการบริหารจัดการของบุคลากรสังกัด รพ.สต. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรรุณกานต์ ขำเขียว, ศนิกันต์ ศรีมณี, และ



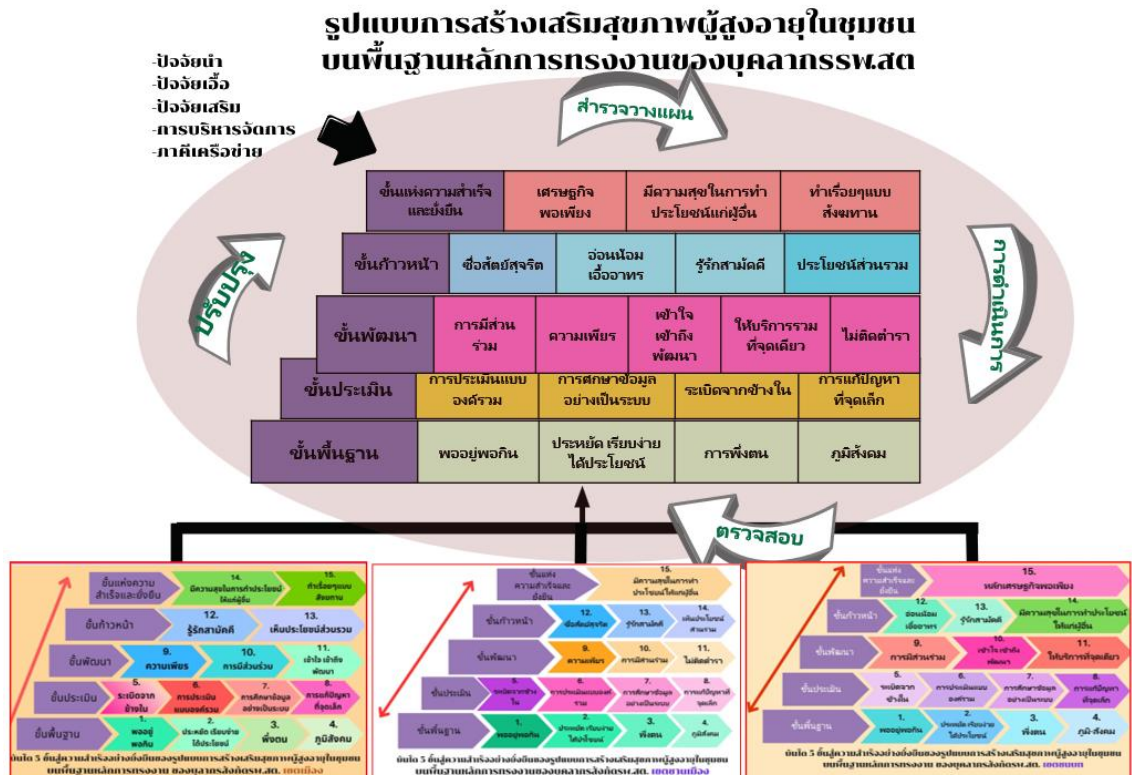
ศิรินา สันทดงาน (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนริมคลองภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า ปัจจัยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.3. รูปแบบใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นฐานหลักการทรงงานของบุคคลากร รพ.สต. ภายใต้เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ การพัฒนารูปแบบใหม่นี้ประกอบด้วย แบบจำลองบันได 5 ขั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1: ขั้นพื้นฐาน ขั้นที่ 2: ขั้นประเมินสภาพการณ์ เพื่อนำมาวางแผนพัฒนา ขั้นที่ 3: ขั้นพัฒนา ขั้นที่ 4: ขั้นก้าวหน้า ขั้นที่ 5: ขั้นสู่ความสำเร็จ ซึ่งรูปแบบ "แบบจำลองบันได 5 ขั้น" ที่พัฒนาขึ้นมีความโดดเด่นในการผสมผสานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ การที่นำหลักการทรงงานมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในชุมชน แสดงถึงการคิดเชิงบูรณาการที่เชื่อมโยงการพัฒนาย่างยั่งยืนกับการดูแลสุขภาพ โดยที่ขั้นที่ 1 (ขั้นพื้นฐาน) การเน้นเรื่อง พออยู่พอกิน และ การพึ่งตน สะท้อนถึงการสร้างรากฐานที่มั่นคงก่อนการพัฒนาต่อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Maslow (1943) ในเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ขั้นที่ 2 (ประเมินสภาพการณ์) การสำรวจ ค้นหาข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังองค์ประกอบที่ว่าจะเปิดจากข้างใน คือการสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อให้เกิดความตระหนักจากภายใน ขั้นที่ 3-5 แสดงถึงการพัฒนาที่เป็นลำดับขั้นจากการมีส่วนร่วมไปสู่ความยั่งยืน ซึ่งรูปแบบนี้สอดคล้องกับ Kotter (1995) เกี่ยวกับการจัดการการเปลี่ยนแปลงแบบมีขั้นตอน ที่เน้นการศึกษาแบบมีส่วนร่วมและการตื่นตัวของชุมชน และเน้นว่าการข้ามขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งจะทำให้การเปลี่ยนแปลงล้มเหลว และแต่ละขั้นตอนต้องดำเนินการอย่างเป็นลำดับเพื่อให้เกิดผลสำเร็จ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ มีการบูรณาการระหว่างความรู้สมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่น เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยและสามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต่อไป



6. องค์ความรู้จากการวิจัย



ภาพที่ 1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน บนพื้นฐานหลักการทรงงานของ รพ.สต. ภายใต้เครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ ตามแบบจำลองบันได 5 ขั้นสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน

ผลจากการพัฒนาและประเมินรูปแบบทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เพื่อนำไปพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ โดยการขยายขอบเขตการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากมุมมองใหม่ที่ผสมผสานระหว่างแนวคิดของหลักการทรงงานที่เป็นหลักธรรม หลักคิด หลักปฏิบัติ แบบไทย เชื่อมโยงกับทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสมัยใหม่ บูรณาการออกมาเป็นรูปแบบจำลองบันได 5 ขั้นสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรสังกัดรพ.สต. ในพื้นที่เขตเมือง เขตชนเมือง และ



เขตชนบท บุรณาการออกมาเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นฐานหลักการทรงงานของบุคลากรสังกัดรพ.สต. ซึ่งมีปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และการบริหารจัดการ ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรสังกัดรพ.สต.ได้เสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ให้สามารถนำหลักการทรงงานมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิต ความสุขอย่างพอเพียงและยั่งยืนของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7.1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุขจังหวัด สามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดแบบแผนนโยบายเพื่อพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบนพื้นฐานหลักการทรงงาน ที่ประหยัด ครอบคลุมภายใต้งบประมาณที่จำกัด

7.1.2 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในชุมชน โดยการร่วมด้วยช่วยกันระหว่างตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ผู้นำชุมชน บุคลากรสังกัด รพ.สต. และภาคีเครือข่ายในชุมชนต่างๆที่เข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติหรือการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยป้องกันปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากความเสี่ยงต่างๆหรือช่วยลดปัญหา ภาระทางสังคมได้อย่างยั่งยืน ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7.2 ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติการ

7.2.1 ในระดับบุคคล บุคลากร รพ.สต. ควรมีการน้อมนำหลักการทรงงานในแต่ละข้อที่ผ่านการประเมินและมีกิจกรรมการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมไปสู่การปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนแบบเชิงรุก เพื่อความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

7.2.2 หัวหน้ารพ.สต.ควรส่งเสริมให้มีการจัดการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการทรงงาน ให้กับบุคลากรทุกระดับจะได้น้อมนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม



7.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

7.3.1 ควรมีการวิจัยต่อยอดโดยการติดตามประเมินผลในระยะยาวเพื่อพัฒนา รูปแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หรือนำองค์ประกอบอื่นๆ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา รูปแบบใหม่ต่อไป

7.3.2 ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครและการจัดกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและ ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

7.3.3 ควรทำการศึกษาวิจัยแบบเจาะลึกในการน้อมนำหลักการทรงงานในแต่ละข้อ มาเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพและทักษะของบุคลากร รพ.สต. ในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

สรุปได้ว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับ บริบทพื้นที่และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้หลักการทรงงานเป็นแนวทางสำคัญ ผ่านกระบวนการบันได 5 ขั้น ช่วยให้บุคลากร รพ.สต. และภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินงานได้ อย่างเป็นระบบ มีส่วนร่วม และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะ สมองเสื่อมสำหรับ ประชาชน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และ มาริสา สุวรรณราช. (2562). สภาพปัญหา และความต้องการของ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(2), 118- 131.
- นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุคนธ์ วรรณะอมร, และ ศรีสุตา รัศมีพงศ์. (2562). การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*, 6(พิเศษ), 365-381.
- มนัส สุวรรณ. (2556). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โอเดียน สโตร์.



- รัฐกานต์ ขำเขียว, ศนิกานต์ ศรีมณี, และ ศิรินา สันต์ตงาน. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนริมคลองภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 9(2), 204-216.
- สังวาล จ่างโพธิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 168-183.
- สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (สำนักงานกปร.) (2564). หลักการทรงงาน. สืบค้นจาก <https://www.rdpb.go.th/th/king/royal-work-principles>
- สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2567). *สถิติผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้นจาก https://www.chiangmaihealth.go.th/all_it.php
- Best, J. w., & Kahn, J. V. (1988). *Research in Education* (7th ed.). New Delhi: Prentice-Hall of India.
- Depping, M. S., Köhler-Ipek, L., Ullrich, P., Hauer, K., & Wolf, R. C. (2023). Depression im Alter und Frailty – epidemiologische, klinische und neurobiologische Zusammenhänge. *Nervenarzt*, 94(3), 234–239. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-023-01444-0>
- Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Urbaniak, A., & Wanka, A. (2023). Participatory approaches in ageing research. Retrieved from <https://doi.org/10.4324/9781003254829-40>
- World Health Organization. (2024). Ageing and health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>