

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง
DEVELOPMENT OF A THAI TRADITIONAL MEDICINE-BASED HEALTH CARE MODEL
FOR THE ELDERLY IN LAMPANG PROVINCE

วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์¹, ประยูต ศรีกระจ่าง², กนกวรรณ บันทุชัย^{3*}

Wanna Damnoensawat¹, Prayut Srikrajang², Ganokwun Buntuchai^{3*}

¹กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

²กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

³คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเชียงใหม่

¹Thai Traditional and Alternative Medicine Division, Lampang Provincial Health Office

²Primary Health Care and Primary Health Systems Working Group, Lampang Provincial Health Office

³ Faculty of sports and health science, Thailand National Sports University, Chiang Mai Campus

Corresponding author: ganokwun.bun@gmail.com*

Received: 27 Aug., 2025

Revised: 28 Oct., 2025

Accepted: 31 Oct., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในจังหวัดลำปาง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาองค์ประกอบของการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยไปใช้ในชุมชน ผ่านการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 13 คน (2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (3) ศึกษาร่องรอยในพื้นที่ต้นแบบกับอาสาสมัครอายุ 45-59 ปี จำนวน 30 คน ประเมินผลจากความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การยอมรับของชุมชน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และการสังเกตพฤติกรรม (4) ประเมินประสิทธิภาพและปรับปรุงรูปแบบ โดยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 10 คน ใช้แบบประเมินประสิทธิภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของกระบวนการนำรูปแบบไปใช้ประกอบด้วย องค์ความรู้ การสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ การติดตามและประเมินผล และการขยายผล รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วยกรอบ 1 ครั้ง และติดตาม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน ผลการประเมินประสิทธิภาพ พบว่า คะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการยอมรับของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < .05) ด้านประสิทธิภาพพบว่าอยู่ในระดับมากขึ้นไป ใช้งบประมาณต่ำ เน้นการพัฒนาความฉลาดรู้และการปรับใช้กิจกรรมให้เข้ากับชีวิตประจำวันได้ และวิถีชีวิตชุมชน มีศักยภาพในการขยายผลสู่ช่วงวัยอื่นโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ควรสร้างความต่อเนื่องผ่านการติดตามเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; รูปแบบการดูแลสุขภาพ; การแพทย์แผนไทย; วัยก่อนสูงอายุ; ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This study aimed to develop a Thai traditional medicine-based health care model for older adults in Lampang Province using a four-phase research and development process: (1) studying the components of implementing the Thai traditional medicine-based health care model for older adults in the community through focus group discussions with 13 stakeholders; (2) developing the Thai traditional medicine-based health care model for older adults; (3) conducting a pilot study in a prototype area with 30 volunteers aged 45–59 years, which assessed knowledge, health care behaviors, community acceptance, quality of life, satisfaction, and observed participation behaviors; and (4) evaluating the model's efficiency and making improvements through interviews with 10 stakeholders using an efficiency assessment form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the implementation process consisted of four components: enhancing knowledge of Thai traditional medicine, knowledge creation and exchange, monitoring and evaluation, and expansion. The developed model involved a one-time training session followed by four follow-up sessions over one month. Evaluation of effectiveness indicated that participants' scores on knowledge, health care behaviors, quality of life, and community acceptance significantly increased ($p\text{-value} < .05$). Efficiency evaluation revealed a high level of performance; the model requiring low budget, focused on improving health literacy, and incorporated activities into daily life consistent with local lifestyles. The model demonstrated potential for expansion to other age groups through active community participation. However, ensuring continuity through regular follow-up is necessary for sustainability.

Keywords: Model development; Health care model; Thai traditional medicine; Pre-elderly; Older adults

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ จากการมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่ร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 59.30 ส่งผลถึงการพึ่งพิงวัยแรงงาน โดยมีอัตราส่วนพึ่งพิงที่ 31.10 และอัตราส่วนเกือหนุนที่ 3.20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นถึงภาระด้านการดูแลสุขภาพที่ประชากรวัยแรงงานต้องดูแลให้แก่ประชากรวัยสูงอายุ ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย สวัสดิการ รวมไปถึงกำลังที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประเด็นเหล่านี้ยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาในพื้นที่เฉพาะ จังหวัด

ลำปางเป็นจังหวัดที่เข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30.27 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ดังนั้นการดูแลเชิงรุกโดยเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) จึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

การแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยยึดหลักความสมดุลของธาตุทั้งสี่ในร่างกาย เป็นการดูแลสุขภาพ

แบบองค์รวมตามหลักธรรมานามัย (อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, 2557) ในทางการแพทย์แผนไทย มีการแบ่งช่วงวัยออกเป็น 3 ช่วง แต่ละวัยจะได้รับอิทธิพลจากธาตุที่แตกต่างกัน วัยสูงอายุ (ปัจฉิมวัย) นับตั้งแต่อายุ 32 ปีขึ้นไป ธาตุลมมีอิทธิพลมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของธาตุและอาการที่สัมพันธ์กับความเสื่อมตามวัยได้ง่าย (ณัฐรดา บุรุษเลี่ยม, 2567) ด้วยเหตุนี้ การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงควรเริ่มในช่วงวัยนี้ ซึ่งสอดคล้องกับช่วงวัยก่อนสูงอายุ ตามหลักการสากล ที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี จากการศึกษาที่ผ่านมา (ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ, 2564) รายงานการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง การพัฒนาองค์ความรู้ และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นสำหรับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สูงวัย

การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลาย และการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของชุมชน (Israel et. al., 1998) โดยการขับเคลื่อนโครงการจากบุคลากรในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ โดยเฉพาะในชุมชนชนบท (Khanthavudh et. al., 2025) เพื่อสร้างแบบแผนการดำเนินงานที่มีความชัดเจน และสามารถประเมินผลเชิงระบบได้ งานวิจัยนี้จึงใช้กรอบแนวคิดตรรกะ (Logic Model) เป็นฐานในการออกแบบ วางแผนและประเมินผลโครงการ ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงเชิงเหตุผลระหว่างทรัพยากรที่ใช้ (Inputs) กิจกรรมที่ดำเนินการ (Activities) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outputs) และผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาว (Outcomes และ Impact) (Lando, J. et. al., 2006) โดยจะช่วยวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนของโครงการได้

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้การแพทย์แผนไทยในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มวัยสูงอายุ ในปัจจุบันประมาณ

พ.ศ. 2565 จึงได้จัดโครงการ 3S Anti-Aging: โครงการส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สูงวัย จังหวัดลำปาง) โดยอบรมสหวิชาชีพเพื่อให้มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย ด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย และจัดตั้งศูนย์ชะลอวัยในพื้นที่ เพื่อจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน ให้มีรูปแบบเป็นภาพรวมเดียวกันทั้งจังหวัด การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีการจัดตั้งศูนย์ชะลอวัยทุกอำเภอ และมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (วรรณาดำเนินสวัสดิ์ และคณะ, 2568) ยังพบปัญหาสำคัญคือ ความไม่ชัดเจนของการทำงาน การขาดความยั่งยืน และการดำเนินกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างการวิจัยด้านแบบแผนการนำไปใช้ (Implementation Model) ในทางปฏิบัติ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในครั้งนี้ จึงมุ่งที่กลุ่มวัยก่อนสูงอายุซึ่งมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย โดยการพัฒนาเพื่อให้เกิดรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขยายผลไปสู่ชุมชนได้อย่างยั่งยืน การพัฒนากระบวนการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ จะสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำไปสู่การขยายผลและความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยในชุมชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประชากรไทยในยุคสังคมสูงวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D) มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง สิงหาคม 2568 แบ่งได้เป็น 4 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบของการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยไปใช้ในชุมชน คณะวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดของโครงการ 3S Anti-Aging รวมถึงผลการประเมินโครงการที่ผ่านมา นำมากำหนดเป็นองค์ประกอบในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดลำปาง โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Proposive Sampling) จำนวน 13 คน ประกอบด้วย ตัวแทนสหวิชาชีพ 4 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน และตัวแทนผู้สูงอายุ 2 คน ใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) 3 ชั่วโมง ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2568

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2568

2.1 สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยคณะวิจัยนำผลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในระยะที่ 1 มาพัฒนาต่อยอดโครงการ 3S Anti-Aging จัดทำร่างคู่มือกิจกรรม และกระบวนการนำไปใช้ โดยมีองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การสร้างและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) การติดตามและประเมินผล และ 4) การนำไปใช้และขยายผล

2.2 นำรูปแบบที่ร่วมกันกำหนดไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ กลุ่มศูนย์ชะลอวัยในเขตตำบลแม่เมาะ อำเภอมะเขาะ จังหวัดลำปาง จำนวน 15 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในกิจกรรมและความสันทัดของกระบวนการ จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์และเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การทดลองรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในพื้นที่ต้นแบบอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ดำเนินการในเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการแบบสมัครใจ จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติ คือ อายุ 45-59 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง และให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่มิโรคประจำตัวรุนแรง มีภาวะทางจิตเวช หรือมีข้อจำกัดทางร่างกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ โดยเริ่มจากการจัดกิจกรรมการถ่ายทอดกระบวนการ รายละเอียดของรูปแบบให้แก่ กลุ่มสหวิชาชีพที่เป็นผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่อาสาสมัคร จำนวน 1 วัน ใช้เวลา 4 ชั่วโมง มีการติดตามหลังจากจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ และประเมินหลังสิ้นสุดการติดตามในระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2568 การประเมินประสิทธิผล ประเมินจากความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการยอมรับของชุมชน เปรียบเทียบผลการประเมินก่อน-หลังจัดกิจกรรม ในกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการ 30 คน และการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านทรัพยากร วัดจากงบประมาณ บุคลากร เทคโนโลยี และระยะเวลา 2) ด้านกระบวนการ วัดจาก รูปแบบ การมีส่วนร่วม การบูรณาการและความสามารถในการขยายผล สอบถามความคิดเห็น

ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 10 คน ได้แก่ สหวิชาชีพที่จัดอบรม 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ 2 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน และตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการ 2 คน 3) ด้านผลลัพธ์ วัดจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามความพึงพอใจ ในกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการ 30 คน นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมความคิดเห็นเพิ่มเติมโดยการประชุมกลุ่มย่อยจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อถอดบทเรียนพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือกิจกรรมแบบประเมินก่อน-หลังการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบตอบถูก-ผิด มีคะแนนข้อละ 1 คะแนน

2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3) แบบประเมินการยอมรับของชุมชน จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามข้อแนะนำของกรมสุขภาพจิต (ม.ป.ป.) นำเสนอผลคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม และองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเนื้อหาการประเมินเกี่ยวกับ เนื้อหากิจกรรมประโยชน์ที่ได้รับ ผลลัพธ์ต่อสุขภาพตนเอง และความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้

6) แบบประเมินประสิทธิภาพ จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านทรัพยากร 4 ข้อ ด้านกระบวนการ 4 ข้อ ด้านความยั่งยืน 3 ข้อ ตอบโดยการให้ความคิดเห็น 5 ระดับ ร่วมกับการให้เหตุผล

ประกอบการให้คะแนนในแต่ละข้อ และด้านอุปสรรค และปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จ 3 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด

เครื่องมือในข้อ 2), 3), 5) และ 6) มีเกณฑ์การให้คะแนนจาก น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) และนำค่าเฉลี่ย ไปแปลผลตามช่วงคะแนน โดย ช่วง 1.00-1.50 ระดับน้อยที่สุด ช่วง 1.51-2.50 ระดับน้อย ช่วง 2.51-3.50 ระดับปานกลาง ช่วง 3.51-4.50 ระดับมาก และ ช่วง 4.51-5.00 ระดับมากที่สุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ร่างคู่มือกิจกรรม แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบประเมินการยอมรับของชุมชน แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ และแบบประเมินประสิทธิภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ย (IOC) 0.82 -1.00 นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) มีค่าเท่ากับ 0.80 ส่วนเครื่องมืออื่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.83, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อแนะนำก่อนนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้ดำเนินการภายหลังจากโครงการได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบวัตถุประสงค์และลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยตนเอง ในระยะที่ 1 และ 4 จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ ในระยะ

ที่ 3 รูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงแล้วจะถูกถ่ายทอดให้แก่ กลุ่มสหวิชาชีพในพื้นที่ ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมจากโครงการเดิม (3S Anti-Aging) เพื่อทำหน้าที่ จัดกิจกรรม ให้แก่กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กำหนด และมีผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมโดยตรง ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามและแบบประเมิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ จากนั้น คณะผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมมา ก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายลักษณะของข้อมูล และใช้สถิติ Paired simple t-test เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสำหรับตัวแปร ความรู้ พฤติกรรม สุขภาพ การยอมรับของชุมชน และคุณภาพชีวิต

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลขโครงการวิจัย 032/2568 เอกสารรับรองเลขที่ E2568-024 โดยคณะวิจัยได้อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมโครงการแสดงความยินยอมในเอกสารก่อนเริ่มการวิจัย

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง

1.1 องค์ประกอบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1) องค์ความรู้ รวบรวมเนื้อหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่วัยก่อนสูงอายุ (45 - 59 ปี) เพื่อพัฒนาความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ปรับเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของชุมชน เช่น ใช้สมุนไพรท้องถิ่น เดิมโครงการ 3S Anti-Aging มี 6 กิจกรรมใช้เวลา 12 สัปดาห์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอให้ตัดบางกิจกรรม เช่น การดูแลผิว (การพอกหน้า) เพื่อให้เหมาะกับวิถีชีวิต ควรจัดครบทุกกิจกรรมในครั้งเดียว พร้อมจัดทำสื่อที่เข้าใจง่าย เช่น infographic เพื่อทบทวนและกระตุ้นการปฏิบัติ

2) การสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ เดิมโครงการมีการอบรมครู ก เป็นวิทยากรต้นแบบ เมื่อนำมาใช้ในชุมชนพบว่าบุคลากรมีภาระงานมาก การเพิ่มจำนวนวิทยากร ด้วยการอบรมครู ข ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้อบรมจะช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้มีการถ่ายทอดกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ มากขึ้น ปัจจัยสำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะต้องเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนรูปแบบให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3) การติดตามและประเมินผล ชุมชนควรมีระบบติดตาม โดย อสม. กระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมตามกำหนด และประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดการติดตาม 1 เดือน โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

4) การนำไปใช้และขยายผล การดำเนินงานควรให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมเรียนรู้และลงมือปฏิบัติจริง เพื่อให้ทำต่อได้เอง ระหว่างการติดตาม ควรทำให้ผู้เข้าร่วมเห็นถึงผลการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต การลดค่าใช้จ่าย หรือนำไปสู่การสร้างรายได้ เช่น การทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการขยายผล ควรขยายกิจกรรมไปยังกลุ่มวัยอื่น ๆ

เนื่องจากลักษณะของกิจกรรมสามารถปรับใช้ให้กับทุกวัย และเมื่อครบครันให้การสนับสนุนจะช่วยให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนได้

1.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง
การพัฒนาารูปแบบฯ นี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาต่อยอดจากโครงการ 3S Anti-Aging รูปแบบเหล่านี้ถูกทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยการถ่ายทอดให้แก่สหวิชาชีพที่เคยผ่านการอบรมครู ก ในโครงการ 3S Anti-Aging เพื่อให้เป็นผู้ดำเนินโครงการ รูปแบบฯ แสดงในภาพที่ 1 ประกอบด้วย

1) กระบวนการนำไปใช้ในชุมชน เริ่มจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง โดยสหวิชาชีพในพื้นที่ต้นแบบ จากนั้นสร้างกลุ่ม Line

เพื่อใช้ในการกระตุ้น เผยแพร่สื่อทบทวนความรู้ และติดตาม โดย อสม. และผู้นำชุมชน รวมระยะเวลาทั้งหมด 1 เดือน วัดผลผลิตด้านความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ วัดผลลัพธ์ ด้านคุณภาพชีวิต และการขยายผลผ่านการขับเคลื่อนโดย อสม.และผู้นำชุมชน

2) ชุดเนื้อหาองค์ความรู้ 6 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) อาหารสมุนไพรชะลอวัย ชะลอโรค (2) การดูแลผม สมุนไพรบำรุงผม/ปิดผมขาว (3) การดูแลผิว ฤๅษีตัดตนนวดหน้า 7 ท่า (4) นวดกดจุด และพอกเข้า (5) การปรับสมดุลกาย จิต สมาธิบำบัด SKT 1-2-3 และ (6) กิจกรรมชะลอสมองเสื่อม ตาราง 9 ช่อง โดยสร้างความถี่การปฏิบัติแต่ละกิจกรรม ให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง

กระบวนการนำไปใช้

- 1) อบรมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง
- 2) ทบทวนความรู้ด้วยสื่อผ่านกลุ่ม Line
- 3) กระตุ้นติดตาม โดย อสม. ผ่านกลุ่ม Line/ประชุมประจำเดือน
- 4) กระตุ้นติดตามโดยผู้นำชุมชน ผ่านกลุ่ม Line/ประชุม/เยี่ยมบ้าน

วัดผลผลิต : ความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วัดผลลัพธ์ : คุณภาพชีวิต

การขยายผล :

ขับเคลื่อนโครงการโดยอสม. และผู้นำชุมชน ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการปฏิบัติ วางแผนให้เป็นกิจวัตรประจำวัน และต่อเนื่อง

ชุดเนื้อหาองค์ความรู้

- 1) อาหารสมุนไพรชะลอวัยชะลอโรค
- 2) ดูแลผม สมุนไพรบำรุงผม/ปิดผมขาว
- 3) ดูแลผิว ฤๅษีตัดตนนวดหน้า 7 ท่า
- 4) นวดกดจุดและพอกเข้า
- 5) สมดุลกาย-จิต สมาธิบำบัด SKT 1-2-3
- 6) กิจกรรมชะลอสมองเสื่อม

สร้างความถี่การปฏิบัติแต่ละกิจกรรมให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

ภาพที่ 1 สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง

2. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง
เมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม 1 เดือน จึงประเมินประสิทธิผล และประสิทธิภาพของรูปแบบ ผลการประเมิน พบว่า กลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 83.3) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 56.7) รายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 70.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.7)

และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยมาก่อน (ร้อยละ 66.7)

2.1 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พิจารณาคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการยอมรับของชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า อาสาสมัครมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการยอมรับของชุมชนต่อรูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการยอมรับของชุมชน

ตัวแปร		Mean	SD	t	p-value
ความรู้	ก่อน	8.87	1.07		
	หลัง	9.67	0.66	-3.694	<.001**
พฤติกรรม	ก่อน	2.65	0.77		
	หลัง	3.54	0.61	-4.797	<.001**
การยอมรับของชุมชน	ก่อน	3.36	0.97		
	หลัง	3.91	0.81	-2.823	0.009*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ พิจารณา 3 ปัจจัย ได้แก่ ด้านทรัพยากร ด้านกระบวนการ และ ด้านผลลัพธ์ ผลการประเมินในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.3 - 5.0) โดยเฉพาะ ด้านกระบวนการที่มีคะแนนสูงสุดคือ โครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชนและโครงการสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นได้ (คะแนนเฉลี่ย 5.0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
<u>การประเมินด้านทรัพยากร</u>		
งบประมาณมีความเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการ	4.60	มากที่สุด
บุคลากรมีทักษะ ความพร้อม และจำนวนที่เพียงพอ	4.90	มากที่สุด
เทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ที่ใช้สนับสนุนการดำเนินงานได้ดี	4.30	มาก
ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโครงการเพียงพอต่อการบรรลุเป้าหมาย	4.50	มากที่สุด
<u>การประเมินด้านกระบวนการ</u>		
รูปแบบการดำเนินงานมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	4.60	มากที่สุด
โครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชน	5.00	มากที่สุด
โครงการสามารถบูรณาการเข้ากับโครงการหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่	4.90	มากที่สุด
โครงการสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นได้	5.00	มากที่สุด
<u>การประเมินด้านผลลัพธ์</u>		
โครงการสามารถดำเนินต่อไปในระยะยาวโดยไม่ต้องพึ่งพาทุนภายนอก	4.50	มากที่สุด
การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนเพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของโครงการ	4.80	มากที่สุด
ผลลัพธ์โครงการมีความต่อเนื่องสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน	4.90	มากที่สุด

ข้อคิดเห็นที่สำคัญจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

2.2.1 ด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 1) งบประมาณ งบประมาณที่ใช้มีความเหมาะสม เนื่องจากกิจกรรมใช้งบไม่สูง มีอุปกรณ์และเอกสารประกอบให้ครบ แต่หากต้องการให้เกิดความยั่งยืน ควรวางแผนงบประมาณเพื่อขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง 2) บุคลากร บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงาน

แต่ควรมีการเพิ่มจำนวน "ครู ข" ที่อาจพัฒนาจาก อสม. เพื่อให้เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมและรองรับการขยายกิจกรรมไปยังกลุ่มช่วงอายุที่หลากหลายขึ้น 3) อุปกรณ์/เทคโนโลยี มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ครบ เช่น ชุดความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรพื้นบ้าน การนวดหน้า และสมาธิบำบัด มีทีมงานที่คอยแนะนำการใช้อุปกรณ์ และอุปกรณ์บางส่วนยังสามารถจัดหาได้จากทรัพยากรท้องถิ่น เช่น พืชผักสมุนไพร 4) เวลา ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม แต่เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของกิจกรรม ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว และเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกันในกลุ่ม

2.2.2 ด้านกระบวนการ 1) จุดแข็ง รูปแบบกิจกรรมเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย มีความกระชับ ให้ความรู้ที่ใช้ได้จริง จุดแข็งที่สำคัญคือชุมชนให้ความสนใจ โดยเฉพาะกลุ่มก่อนสูงวัยที่เริ่มหันมาใส่ใจสุขภาพ 2) จุดอ่อน มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง และบางกิจกรรมไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีปัญหาข้อเท้า 3) ประสิทธิภาพและปัจจัยสนับสนุน ใช้ทุนต่ำ (งบประมาณ 6,300 บาท/ 30 คน/อบรม 1 ครั้ง) สามารถบูรณาการกับหน่วยงานท้องถิ่น เช่น เทศบาลและ อบต. ได้ ปัจจัยสนับสนุน คือ ความตระหนักด้านสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย การมีส่วนร่วมของชุมชน และเนื้อหาที่เข้าใจง่าย อุปสรรคต่อการขยายผล ได้แก่ การเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม และการจัดกิจกรรมที่อาจไม่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้เข้าร่วม เช่น ฤดูทำนา รวมถึงปัญหาด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอ แนวทางการสร้างความยั่งยืน ควรวางแผนดำเนินการต่อเนื่องโดยใช้ทุนจาก อปท. กำหนดให้ อสม.หรือผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ต่อ โดยใช้สมุนไพรที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายในชุมชนให้มีการติดตามกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ

2.2.3 ด้านผลลัพธ์ ประเมินจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .001$) คุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านสังคมไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการอบรม

ตัวแปร		Mean	SD	t	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ก่อน	53.20	10.78	-3.830	<.001**
	หลัง	62.60	7.78		
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	ก่อน	15.90	3.12	-2.102	0.044*
	หลัง	17.63	2.47		
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	ก่อน	10.17	2.92	-4.802	<.001**
	หลัง	13.63	2.25		
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	ก่อน	6.23	1.56	-1.522	0.139
	หลัง	6.83	1.46		
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อน	18.87	4.76	-2.782	0.009**
	หลัง	21.70	3.53		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในด้านเนื้อหา ประโยชน์ที่ได้รับ ความเข้าใจและการนำไปใช้ความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้ อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.23-4.47) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (n= 30)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
<u>เนื้อหากิจกรรม</u>		
ความเหมาะสมของเนื้อหากับความต้องการของผู้สูงอายุ	4.33	มาก
ความเข้าใจง่ายของเนื้อหาที่น่าสนใจ	4.23	มาก
<u>ประโยชน์ที่ได้รับ</u>		
การนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน	4.27	มาก
ผลลัพธ์ที่ได้รับต่อสุขภาพของตนเอง	4.33	มาก
<u>ความเข้าใจและการนำไปใช้</u>		
ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางที่เรียนรู้	4.33	มาก
ความสามารถในการนำแนวทางการดูแลสุขภาพนี้ไปใช้ในระยะเวลา	4.47	มาก
<u>ความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้</u>		
ความสามารถในการนำความรู้ไปสอนหรือบอกต่อให้ผู้อื่น	4.37	มาก
การสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน	4.40	มาก

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยไปใช้ในชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ การรวบรวมองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ปรับเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของชุมชน เช่น การใช้สมุนไพรท้องถิ่น และสื่อสารด้วยรูปแบบเข้าใจง่าย เช่น infographic สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Marshall et. al. (2025) ที่พบว่า การสื่อสารเชิงสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับความฉลาดรู้ด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและการใช้สื่อที่เข้าใจง่ายจะเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความฉลาดรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้แก่กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ การเพิ่มจำนวนวิทยากรจาก อสม. โดยการอบรมครู ข. เป็นการเพิ่มบทบาท สร้างความภาคภูมิใจ และเพิ่มการถ่ายทอดความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นมากขึ้น ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khanthavudh et. al. (2025) ที่พบว่า การเสริมบทบาทของ อสม. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในพื้นที่ชนบทของไทย ดังนั้น

การพัฒนา "ครู ข" จาก อสม. จึงเป็นกลไกที่เหมาะสมในการสร้างความยั่งยืนของการถ่ายทอดความรู้ โดยอาศัยความเชื่อมั่นและความใกล้ชิดกับชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการติดตามและประเมินผล การใช้ อสม. และผู้นำชุมชนติดตามและกระตุ้น เป็นวิธีที่อาจช่วยลดการเลิกทำกลางคัน กระบวนการดำเนินงานที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Israel et. al. (1998) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของโครงการสุขภาพ การออกแบบกระบวนการให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมกันตั้งแต่ขั้นตอนแรก ไปจนถึงการติดตามผล เป็นอีกปัจจัยที่จะทำให้โครงการสุขภาพเชิงรุกสามารถดำเนินได้ด้วยตนเองในระยะยาว

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการนำไปใช้และการขยายผล การปฏิบัติจริงระหว่างเรียนรู้ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายนำความรู้ไปใช้เองได้ กิจกรรมแบบหลายกิจกรรมร่วมกันในโปรแกรมเดียว เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมอง และการใช้สมุนไพร อาจช่วยพัฒนาความแข็งแรง ความสมดุล และลดความเสี่ยงต่อโรคในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rodrigues et. al. (2023) ที่พบว่า กิจกรรมแบบบูรณาการ

หลายองค์ประกอบช่วยเสริมสมรรถภาพร่างกาย และสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้

การทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ ด้านประสิทธิผล พบว่า ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการยอมรับ ของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบนี้สามารถเพิ่มความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการและสร้างความเชื่อมั่น ต่อชุมชนได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษา ของ Nutbeam (2000); ปราภวนา โกวิทยางกูร และคณะ (2565) ที่พบว่าการใช้กิจกรรมที่สอดคล้องกับ วิถีชีวิตและบริบทท้องถิ่น ช่วยเพิ่มการยอมรับ และความต่อเนื่องในการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ด้านประสิทธิภาพ การประเมินตามเกณฑ์ ทรัพยากร กระบวนการ และผลลัพธ์อยู่ในระดับ มากขึ้นไป โดยเฉพาะงบประมาณและอุปกรณ์ แสดงถึง ความคุ้มค่าและความพร้อมในการดำเนินงาน แม้จะมี ข้อเสนอเรื่องการจัดสรรงบประมาณและการเพิ่ม บุคลากร “ครู ข” เพื่อขยายผล การพัฒนาแกนนำ สุขภาพที่มาจากชุมชน หรือจากครอบครัวนั้นส่งผล ต่อการบริหารจัดการ (ศิริวรรณ จันทร์สระคู และสม นาสอ้าน, 2559) และประสิทธิภาพของโครงการ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันไปสู่ความยั่งยืนได้

ด้านกระบวนการ จุดแข็งของรูปแบบคือกิจกรรม ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ใช้เวลากระชับ และเนื้อหา นำไปปฏิบัติได้จริง ข้อจำกัด คือ การเดินทาง ของผู้เข้าร่วม และกิจกรรมบางอย่างไม่เหมาะกับ ผู้มีปัญหาข้อเท้า ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรปรับกิจกรรม ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและบริบทของผู้เข้าร่วม แต่ละกลุ่ม

ด้านผลลัพธ์ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม รวมถึง มิติ ด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chan et. al. (2017); Tulloch et. al. (2018) ที่พบว่ากิจกรรม ด้านสมุนไพรรักษาอาการ และการศึกษาสามารถเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตาม มิติด้านสังคมยังไม่พบการเปลี่ยนแปลง อาจเนื่องจากระยะเวลาการดำเนินโครงการสั้นเกินไปที่จะเห็นผล ต่อความสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

(Levasseur et. al., 2010) นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจาก การที่รูปแบบกิจกรรมมุ่งเน้นการปฏิบัติตนเองเป็นหลัก มากกว่าการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วม ซึ่งเป็น ประเด็นที่ควรพิจารณาในการพัฒนาโครงการในอนาคต

การมีชุดกิจกรรมที่มีความชัดเจนและ เป็นมาตรฐานเดียวกัน ร่วมกับกระบวนการนำไปใช้ อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้สามารถขยายผลและปรับใช้ ในพื้นที่อื่นได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่ลดทอนคุณภาพ ของการดำเนินงาน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ โครงการนี้สามารถต่อยอดและสร้างผลกระทบเชิงบวก ในระดับพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถ เป็นต้นแบบเชิงยุทธศาสตร์ที่นำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ได้ โดยองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ด้าน มีความยืดหยุ่น และสามารถปรับเนื้อหาตาม “องค์ความรู้” ให้เข้ากับ ภูมิปัญญาและบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ได้ ถึงแม้จะมี การศึกษานำร่องในจังหวัดลำปาง แต่โครงสร้าง ของรูปแบบ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาแกนนำสุขภาพในพื้นที่ (“ครู ข”) จะทำให้ พื้นที่อื่นนำรูปแบบนี้ไปใช้ในบริบทของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น นี้ยังมีข้อจำกัดและปัจจัยที่ต้องพัฒนาเพื่อเสริมความ ยั่งยืนของโครงการ เช่น การเพิ่มบุคลากร การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ การสร้างระบบติดตามผลระยะยาว และการขยายเครือข่าย ให้ครอบคลุมมากขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ที่อาจมีผลต่อการตีความและการนำไปใช้ ประการแรก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลเป็นกลุ่มที่สมัครใจ เข้าร่วมและอยู่ในพื้นที่จังหวัดลำปางเท่านั้น จึงอาจ ไม่สะท้อนความหลากหลายของบริบทในพื้นที่อื่น ประการที่สอง ระยะเวลาการติดตามและประเมินผล ค่อนข้างสั้น ทำให้ยังไม่สามารถสรุปผลกระทบระยะยาว ของรูปแบบได้อย่างชัดเจน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง โดยปรับจากโครงการ 3S Anti-Aging ให้มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับบริบทชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

หลักคือ (1) ด้านความรู้ที่ปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายเข้ากับท้องถิ่น (2) ด้านการสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ผ่าน “ครู ข” (อสม.) (3) ด้านการติดตามและประเมินผลโดยชุมชน และ (4) ด้านการนำไปใช้และการขยายผลด้วยกิจกรรมแบบบูรณาการหลายองค์ประกอบ ผลการศึกษานำร่องในระยะ 1 เดือน พบว่า ความรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การยอมรับของชุมชน และคุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .05$) รูปแบบมีผลประเมินความพึงพอใจ ประสิทธิภาพด้านทรัพยากร กระบวนการ และผลลัพธ์อยู่ในระดับมากขึ้นไป ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต./อปท.) เพื่อสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มวัยก่อนสูงอายุได้อย่างคุ้มค่า โดยมีเงื่อนไขความสำเร็จ คือ การสร้าง ครู ข ระบบติดตามผลรวมไปถึงสื่อที่เข้าใจง่าย อย่างไรก็ตามการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับปฏิบัติการจำเป็นต้องมีการแก้ไขอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การจัดสรรบุคลากร และช่วงเวลาในการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด เพื่อให้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการ
2. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมครู ข สำหรับ อสม. หมอพื้นบ้าน และผู้นำชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลและถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงผลักดันนโยบายการให้ ค่าตอบแทน หรือ การยกย่อง บุคคลเหล่านี้เพื่อสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการทำงาน
3. ส่งเสริมให้บรรจุเนื้อหาองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ
4. สนับสนุนการวิจัยและการขยายผล การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในสังคมผู้สูงวัยอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการผลักดันเชิงนโยบายในระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาวหลังสิ้นสุดโครงการอย่างน้อย 6 – 12 เดือน เพื่อประเมินผลกระทบต่อกิจกรรมและคุณภาพชีวิตในระยะยาว
2. ศึกษาในพื้นที่จังหวัดอื่น หรือภูมิภาคที่มีบริบทแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบและปรับให้เข้ากับสภาพชุมชนที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). สถิติผู้สูงอายุ กันยายน 2568. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578
- กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- ณัฐรดา บุรุษเลี่ยม. (2567). การดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 49(2), 187-196.
- ปารณนา โกวิททางกูร, อภิรดี จินคร้าม, สิริพันธ์นา ปัญจจริยะกุล, การุณ รัตนธรรม, & ยิ่งยง พงศ์นรินทร์. (2565). การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารนาคบุตรปริทรรศน์, 14(3), 91-100.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- ศิริวรรณ จันทร์สระคู และสม นาสอำนาจ. (2559). การประเมินประสิทธิผลโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กรณีศึกษา : แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อำเภอเขาวง-นาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2554. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 13(2), 62-70.
- ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ. (2564). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียม

- ความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 2. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(3), 56-68.
- วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์, กนกวรรณ บัณฑิตชัย และ สุวพันธ์ นามบุญ. (2568). การประเมินผลโครงการ 3S Anti-Aging: โครงการส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 23(2), 301-317.
- อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. (2557). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยภูมิปัญญาไทย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 250-262.
- Chan, P., Wong, R., Yip, B., Lee, J., Tai, J., & Woo, J. (2017). Effects of tai chi qigong on psychosocial well-being among hidden elderly, using elderly neighborhood volunteer approach: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 85-96.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLOS ONE*, 20(3), e0320559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>.
- Lando, J., Williams, S. M., Williams, B., & Sturgis, S. (2006). A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), A61.
- Marshall, N., Butler, M., Lambert, V., Timon, C. M., Joyce, D., Warters, A., & Cullen, W. (2025). Health literacy interventions and health literacy-related outcomes for older adults: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12457-7>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Rodrigues, F., Jacinto, M., Figueiredo, N., Monteiro, A. M., & Forte, P. (2023). Effects of a 24-week low-cost multicomponent exercise program on health-related functional fitness in the community-dwelling aged and older adults. *Medicina (Kaunas)*, 59(2), 371. <https://doi.org/10.3390/medicina59020371>
- Tulloch, A., Bombell, H., Dean, C., & Tiedemann, A. (2018). Yoga-based exercise improves health-related quality of life and mental well-being in older people: A systematic review of randomised controlled trials. *Age and Ageing*, 47(4), 537-544. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy044>