

## การศึกษาการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

จุฑารัตน์ บุตรดีขันธุ์<sup>a</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ 2) ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ และ 3) ศึกษาผลการดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน เป็นการเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดำเนินงานตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) การกำหนดแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 6) การประชุมสรุปผลการดำเนินงานแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และ 3) กิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง พบว่ามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.85$ ,  $SD=0.81$ ) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.92$ ,  $SD=0.61$ ) และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 82.00 หลังการดำเนินงาน ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=76.30$ ,  $SD=10.18$ ) มีคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=83.60$ ,  $SD=8.99$ ) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.89$ ,  $SD=0.56$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากการศึกษา คือการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานที่มั่นคงและยั่งยืน

**คำสำคัญ:** การพัฒนาแบบแผน; ผู้สูงอายุ; การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

<sup>a</sup> นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

<sup>a</sup> Corresponding author: จุฑารัตน์ บุตรดีขันธุ์ Email: chutharatpat@gmail.com

รับบทความ: 18 มิ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 16 ก.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 ส.ค. 66

## Model Development for Health Promotion of the Elderly in Ratanaburi District, Surin Province

Chutharat Buddeekhan<sup>\*a</sup>

### Abstract

The objectives of this action research were to 1) study health promotion context among elderly, 2) develop a model to promote quality of life among the elderly, and 3) evaluate the model factors affecting achievements in implementing the model to promote health among elderly in Ratanaburi district, Surin province. Samples were 330 elderly, 50 elderly caregivers, and 50 persons relating to the process, all selected through purposive sampling technique. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, t-tests and content analysis. Results showed that the development process was consisted of 6 steps: 1) studying the primary data and areas' contexts, 2) conducting the meetings for operation planning, 3) setting the operational plan, 4) implementation, 5) supervision, and 6) evaluation. Health promotion model for elderly in the community was consisted of: 1) health promotion activities, 2) community knowledge transfer, and 3) building morale for the elderly. The overall participations of all parties were at a high level ( $\bar{X}$ =3.85, SD=0.81), while their satisfactions were at a high level ( $\bar{X}$ =3.92, SD=0.61). Caregivers' knowledge was at a moderate level (82.0%). After the use of the model, the overall life quality of the elderly was at a moderate level ( $\bar{X}$ =83.60, SD=8.99) with a high satisfaction level ( $\bar{X}$ =3.89, SD=0.56). When comparing the elderly's quality of life between before and after the use of the model, it was found that their quality of life has significantly improved at  $p=0.05$ . Success factors included continuous participations from all parties in every level to ensure the development of a stable and sustainable health promotion model for the elderly.

**Keywords:** Model development; Elderly; Health promotion for the elderly

---

<sup>\*</sup> Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Ratanaburi Hospital,  
Surin Provincial Public Health Office

<sup>a</sup> Corresponding author: Chutharat Buddeekhan Email: chutharatpat@gmail.com

*Received: Jun. 18, 23; Revised: Jul. 16, 23; Accepted: Jul. 17, 23; Published Online: Aug. 17, 23*

## บทนำ

การเพิ่มของประชากรสูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อปริมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ<sup>(1)</sup> เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากผลกระทบที่ได้กล่าวมาข้างต้น รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุจึงได้กำหนดนโยบายหลักของรัฐบาลด้านสุขภาพของประเทศ ในการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>(2)</sup> โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการเตรียมความพร้อมของประชากรสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยมีวิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลผลและพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม<sup>(3)</sup>

จังหวัดสุรินทร์ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่าปี 2564 จากจำนวนประชากร 1,397,180 คน พบว่า เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 235,045 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.82 สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดสุรินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน ร้อยละ 16.05, 16.91 และ 17.68 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> ถือว่าได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับโครงสร้างประชากรของประเทศไทย และจากข้อมูล ปี 2564 พบว่าอำเภอที่มีร้อยละของประชากรสูงอายุมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ อำเภอท่าตูม อำเภอเมืองสุรินทร์ อำเภอศีขรภูมิ อำเภอรัตนบุรี และอำเภอปราสาท ที่พบจำนวน ร้อยละ 21.50, 20.17, 18.50, 18.19 และ 17.69 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> จะเห็นได้ว่าอำเภอรัตนบุรีอยู่ในลำดับที่ 4 ของอำเภอที่ประชากรสูงอายุมากที่สุดของจังหวัดสุรินทร์ และมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเช่นกัน จากข้อมูลสถานการณ์ของจำนวนผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 พบร้อยละ 15.47, 15.98 และ 16.91 ตามลำดับ<sup>(5)</sup>ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทวีความรุนแรงและรวดเร็วมาก ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงสูงขึ้นด้วย นำไปสู่ผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจและคัดกรองภาวะสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังประจำตัว อย่างน้อยคนละ 1-2 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หอบหืด หรืออาการแสดงจากกล้ามเนื้อ กระดูก

ข้อ และเส้นเอ็น ร้อยละ 48.22<sup>(5)</sup> ซึ่งโรคเรื้อรังประจำตัวหรืออาการแสดงนี้ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงตนอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพกาย ปัญหาโรคเรื้อรังอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางรายที่ญาติไม่มีเวลาพอที่จะมาดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ขาดที่พึ่ง และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และยังขาดการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของข้อมูลการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน ดัชนีบาร์เทล เอ็ดดัล ของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี ปี 2564 พบว่ามีผู้สูงอายุประเภทติดสังคม ร้อยละ 89.67 ผู้สูงอายุประเภทติดบ้านร้อยละ 5.65 และ ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง ร้อยละ 0.35<sup>(5)</sup> จากข้อมูลที่พบหน่วยงานมีความจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตดังกล่าว โดยดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การพัฒนาการคัดกรองภาวะสุขภาพ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะเสี่ยง หรือโรคที่พบบ่อย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มโรค Geriatric syndromes พัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว (Long-term care) การพัฒนาศูนย์บริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ คือ Care Manager, Caregiver รวมทั้งพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุให้เข้มแข็งสามารถพึ่งพาและดูแลตนเอง รอบด้าน ทั้งสังคม เศรษฐกิจ และ ภาวะสุขภาพผ่านชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอีกด้วย

คุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบไปด้วย 4 ด้าน<sup>(6)</sup> ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกาย และสุขภาพร่างกายรวมถึงบุคลิกภาพด้วย 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรม และจริยธรรม 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความยั่งยืนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความสำคัญให้เกิดการบูรณาการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน

โรงพยาบาลรัตนบุรี เป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ที่เน้นการรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง และที่สำคัญ ต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวม ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายและขยายบริการลงสู่ระดับปฐมภูมิ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลประชาชน ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบัน ให้บริการวิชาการแก่สังคม และส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีส่วนร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งคนในครอบครัว มีเป้าหมายสำคัญคือ เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพและชุมชน และการมุ่งเป้าให้การดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญต่อการดูแลซึ่งกันและกันอย่างมีส่วนร่วม ตามบทบาทภาระกิจ เพื่อการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน จากสภาพดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์เป็นประเด็นที่สำคัญ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และการสรุปบทเรียน ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ไปสู่เกณฑ์เป้าหมายของคุณภาพชีวิต อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบPAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart<sup>(7)</sup> มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

พื้นที่เป้าหมายในการวิจัยเป็นพื้นที่ คือตำบล รตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ปี 2566

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ปี 2566 จำนวน 2,131 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และ กลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ปี 2566 จำนวน 330 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)<sup>(8)</sup> เลือกโดยการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อ กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และ กลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จำนวน 50 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในครั้งนี้ มี ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีด้วยกัน 4 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับสอบถามผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>(9)</sup> ได้ประยุกต์ จากเกณฑ์ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL BREF THAI)<sup>(10)</sup> จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI)<sup>(11)</sup> จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 ใช้สำหรับสอบถามความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน คือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี<sup>(12)</sup>

1.4 แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถาม การบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาจากคำดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ IOC (Index of congruence)<sup>(13)</sup> ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ มีคำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกชุด และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเชิงปริมาณทุกชุด โดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ผลการตรวจความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ ดังนี้ 1) แบบสอบถามชุดที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 2) แบบสอบถามชุดที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 3) แบบสอบถามชุดที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 4) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ

นำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 2 รายแล้วปรับแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย ศึกษาสถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพสำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประสานงานกับพื้นที่ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดสอบ (Pre-test) ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL BREFTHAI) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) และ แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สังเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาตามการรวบรวมข้อมูลตามข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในระยะที่ 1 ร่วมวางแผนในการหารูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการในขั้นตอนนี้ใช้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน จัดกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ในขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องก่อนการดำเนินงาน การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและ การประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศ ตรวจสอบสนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 50 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน การประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL BREF THAI) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) และแบบประเมินการมีส่วนร่วม และ ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ บันทึกการถอดบทเรียน สรุปผล การดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ การพูดแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชน การประชุมกลุ่ม สนทนา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวบรวม ตรวจสอบ ข้อมูล และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) สร้างคู่มือลงรหัส (Data coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ 2) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของกลุ่ม

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัย จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความต้อร่างกาย จิตใจ และวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 8/2566 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

## ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

1.1 ข้อมูลทั่วไป ตำบลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์มีอาณาเขตครอบคลุม 17 หมู่บ้าน มีเทศบาลตำบล 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลรัตนบุรี มีโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลรัตนบุรี ตั้งอยู่หมู่ที่ 8 ตำบลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ มี ประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 14,764 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 179 คน มีสูงอายุในพื้นที่ จำนวน 2,131คน แยกเป็นชาย 1,035 คน หญิง 1,096 คน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ใช้หวัด ปวดศีรษะ และเข้ารับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้าน คือโรงพยาบาลรัตนบุรี หรือไปคลินิก ไปซื้อยารับประทานเอง จากร้านขายยาในชุมชน เนื่องจากบางคนไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้ ต้องมีผู้รับส่ง ส่วนด้านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่ได้มารับบริการตรวจสุขภาพทุกคน โดยมีความเข้าใจว่าการจะมาตรวจสุขภาพต้องได้รับการเจ็บป่วยเท่านั้น และถ้าได้รับการตรวจแล้วต้องได้รับยาด้วยทุกครั้ง ไม่มีการออกกำลังกาย

ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุ

1.2 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ เพศหญิงร้อยละ 68.79 อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 47.28 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.31 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37.88 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 17.28 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.67 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 57.80 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.70 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชนร้อยละ 56.06 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.79 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 62.13 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 54.85

1.3 คุณลักษณะประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.00 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.00 มีสถานะสมรส ร้อยละ 40.00 รองลงมา มีสถานะโสด ร้อยละ 34.00 อายุเฉลี่ย 57.71 โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.00 รองลงมา จบปริญญาตรี ร้อยละ 28.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 36.00 รองลงมาประกอบเกษตรกรรม ร้อยละ 20.00 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.00 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 34.00 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 52.00 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มากที่สุด ร้อยละ 18.00

1.4 การศึกษาบริบทชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองน้อย ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ การเข้ารับการตรวจสุขภาพไม่ครอบคลุม เพราะมีความเชื่อว่าตัวเองยังไม่เจ็บป่วยมีปัญหาด้านการบริโภคอาหาร และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเอง โดยยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเนื่องจากขาดผู้นำในกิจกรรมการออกกำลังกาย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความเชี่ยวชาญการแปลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ 3) ด้านชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนจึงไม่ทราบปัญหาของผู้สูงอายุ และไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

## 2. ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีขั้นตอนในการพัฒนาตามกระบวนการดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 50 คน เพื่อวางแผนแบบมีส่วนร่วมและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC โดยใช้ระยะเวลา 2 วัน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสร้างความเข้าใจร่วมกันในการศึกษาค้นคว้า

แนวทางการแก้ไขปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาโดยชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการความต้องการของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน และเกิดความมั่นคง และได้แผนงานโครงการเพื่อนำไปสู่ขั้นการปฏิบัติ จำนวน 3 โครงการ คือ 1) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) โครงการถ่ายทอดความรู้ชุมชนด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ 3) โครงการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ

## 2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) นำแผนงานทั้ง 3 โครงการไปปฏิบัติ ดังนี้

2.2.1 โครงการที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้านด้านร่างกายกิจกรรมออกกำลังกายรำไม้มลองออกกำลังกายตามความถนัดในชุมชนทุกวันศุกร์เวลา 18.00 น. โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำพาทำกิจกรรม มีการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้หลัก 3อ.2ส. (ด้านอาหาร อารมณ์ กำลังกาย การดื่มสุรา และสูบบุหรี่) ด้านจิตใจทำบุญที่วัดเดือนละ 1 ครั้ง การสวดมนต์ทำสมาธิ ทุกวันพระ ณ ศาลาวัดป่าบ้านผือ ตำบลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เวลา 18.00 น. มีการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจเพื่อนบ้าน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนด้านสังคมและปัญญา ได้พบปะพูดคุยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองก่อนรับเบี้ยยังชีพ การประชุมประจำเดือนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนเพิ่มขึ้น การใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การเป็นปราชญ์ชาวบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่ เบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าด้านสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาด การพัฒนาชุมชนในวันสำคัญต่างๆ และการอยู่ในที่ปลอดภัย การติดตามข่าวสารบ้านเมืองที่ทันสมัย ก้าวทันเทคโนโลยีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2.2 โครงการที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ชุมชนด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านผู้ให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลรัตนบุรี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการตรวจคัดกรองสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตให้แก่ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ผู้นำชุมชน มีบทบาทในการให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนสื่อความรู้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ทุกเดือน การประสานงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างแกนนำผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุ ได้ฝึกการประชาสัมพันธ์ความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคผ่านหอกระจายข่าวเดือนละ 1 ครั้ง

2.2.3 โครงการที่ 3 สร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยทีมภาคีเครือข่าย โดยมีเจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลรัตนบุรีเป็นพี่เลี้ยง ด้านเทศบาลตำบลรัตนบุรี มีบทบาทในการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านทุกเดือน การสนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ

2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการสังเกตการณ์ดำเนินงานของผู้สูงอายุและทีมเครือข่ายในแต่ละกิจกรรม เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ สรุปได้ดังนี้

2.3.1 การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพร้อมเนื่องจากทีมผู้วิจัยได้อธิบาย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้

2.3.2 การให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การประชุมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินกิจกรรม โดยส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคนในพื้นที่ที่คุ้นเคยกันดีกับวิทยากรและทีมวิจัยวิทยากรดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ

2.3.3 ความตั้งใจและความสนใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันระดมความคิดในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยความตั้งใจซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจดีมาก มีการเล่าถึงปัญหาให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม

2.3.4 การแสดงความคิดเห็นในขณะอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมอบรมได้ให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็น และสอบถามเป็นอย่างดี โดยมีบางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นในด้านประสบการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนได้รับความร่วมมือจากทุกคนเป็นอย่างดี

2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการดำเนินตามแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่ดำเนินการเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุรู้หน้าที่ของตนเองมากขึ้น เกิดการเชื่อมโยงของบุคคลในชุมชนทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

### 3. ผลการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.1 ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 53.33 ( $\bar{X}=3.85$ ,  $SD=0.81$ ) และมีความพึงพอใจระดับมากร้อยละ 75.55 ( $\bar{X}=3.92$ ,  $SD=0.61$ )

3.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.787 และหลังดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.11 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ จำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ( $\bar{X}=19.21$ ,  $SD=1.77$ ) และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนดำเนินการ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.34 ( $\bar{X}=72.50$ ,  $SD=10.91$ ) หลังดำเนินการ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.79 ( $\bar{X}=76.30$ ,  $SD=10.18$ ) เมื่อการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนดำเนินการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.75 ( $\bar{X}=81.01$ ,  $SD=10.01$ ) หลังดำเนินการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.64 ( $\bar{X}=83.60$ ,  $SD=8.99$ ) เมื่อการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.49 ( $\bar{X}=3.89$ ,  $SD=0.56$ )

**4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** ปัจจัยที่มีผลทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ เกิดกระบวนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และสภาพปัญหาของพื้นที่สำคัญ คือ 1) มีผู้นำชุมชน เข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพียง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง 3) ชุมชน เห็นพร้อมและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูลร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาท คอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน คอยให้คำปรึกษาอำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน 5) มีการติดต่อ ประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน องค์กรชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีประเด็นอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมมีความรู้ในการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ก่อนและหลัง การพัฒนา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษา ของ ทศนีย์ อนันทวัน และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่าย ชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เรื่องการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการพัฒนา หลังการพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่อยู่ในระดับสูงซึ่งมากกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับผลการศึกษา ของ พินทิพย์ จำปาพงษ์<sup>(15)</sup> ที่ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้หลังเข้าการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยคะแนน ทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 สอดคล้องกับแนวคิดของ Caffrey R<sup>(16)</sup> ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวในด้านพฤติกรรม การเอาใจใส่ด้านอารมณ์ จิตสังคม ได้อธิบายถึงองค์ประกอบ ของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับความรู้เป็นทำที่ที่แสดงออกว่าจะปฏิบัติได้ดีในอนาคตได้

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนโดยอาศัย จิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมของประชาชน ความสัมพันธ์กันลักษณะเครือญาติ การเคารพ

ผู้อาวุโส มาสร้างจุดร่วมในการตระหนักรู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ จะเห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉวีวรรณ อุปมานะ<sup>(17)</sup> ที่ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 91.95 คะแนน หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 101.15 คะแนน ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง 9.20 คะแนน เช่นเดียวกับผลการศึกษา ของ อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ<sup>(18)</sup> ที่ได้ศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้านของผู้สูงอายุหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุดีกว่าก่อนเข้าโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดของ นรินทร์ชัย พัฒนพงษา และโกวิทย์ พวงงาม<sup>(19)</sup> ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ และขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับ การส่งเสริม ชักนำ และเปิดให้บุคคลกลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาส มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสระภาพ และเสมอภาค วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการปรึกษาหารือร่วมกันร่วมคิดค้นหาประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุการกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ บนพื้นฐานของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในสังคม และสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก The WHOQOL Group<sup>(7)</sup> ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อม รวมไปถึงการหาแนวทางการ ขยายเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเสริมความเข้มแข็งของชุมชนมากยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ผลจากการถอดบทเรียนหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีผู้นำชุมชนมีศักยภาพและเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความกระตือรือร้น มีทุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ คนในชุมชนเข้มแข็ง มีความพร้อม มีความรักใคร่สามัคคีเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกันในการระดมทุนหาสิ่งที่มีอยู่ในพื้นที่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่งตั้งแกนนำ พาทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลรัตนบุรี ออกติดตามให้กำลังใจประเมินผลงานดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางที่คนในชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ<sup>(18)</sup>

ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย ภาวะผู้นำที่ดี มีความมุ่งมั่น คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุที่มาจากภาคีเครือข่ายและประสานความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ และเกิดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ของ ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ และคณะ<sup>20)</sup> ที่ได้ศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบล น้ำปึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ 1) มีนโยบายสนับสนุน 2) ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านวิชาการ การส่งเสริมดูแลรักษา การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย 3) การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเช่นนี้จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน 4) การออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา ตลอดจนร่วมกันวางแผนออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากขึ้น

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

##### 1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินการในพื้นที่ต่างๆเพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงาน ได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

1.2 การพัฒนาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ควรคัดเลือกชุมชนที่มีความพร้อมในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านบุคคล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการศึกษาวิจัยที่จะทำให้เกิดการพัฒนาดีขึ้น

##### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาโดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นๆ

2.2 ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลเพื่อกำหนดวงรอบในการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นจะทำให้มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน และต่อเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินงานและติดตามประเมินผล 4 เดือน อาจทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมและเป็นการดำเนินการเพียง 1 วงรอบ

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ชลธิชา อัครนิรันดร์. การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุในมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยรายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พงษ์พาณิชย์เจริญผล; 2555.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานประจำปี 2564. สุรินทร์:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2564.
5. โรงพยาบาลรัตนบุรี. สรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลรัตนบุรี ปี 2564. สุรินทร์: โรงพยาบาลรัตนบุรี; 2564.
6. World Health Organization. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). in Orley J, Kunyken W. (eds.). Quality of life assessment : international perspectives : proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3 1993.
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3<sup>rd</sup> ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. มาเรียม นิลพันธ์. วิจัยทางการศึกษา. นครปฐม: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยศิลปกร นครปฐม; 2553.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med. 1998 May;28(3):551-8.  
doi: 10.1017/s0033291798006667
11. World Health Organization. Programmed on mental health: WHOQOL Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1995
12. ทศนีย์ อนันทวัน, สงครามชัย ลีทองดี, ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี. รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2560;23(2):85-99.
13. ชูศรี วงรัตน์. เทคนิคการใช้สถิติในการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์; 2544.
14. ล้วน สายยศ, อังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุริยวิสาสน์; 2539.

15. พิณทิพย์ จำปาพงษ์. รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาล ครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกงจังหวัดฉะเชิงเทรา. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลบางปะกง; 2561.
16. Caffrey R. Family Caregiving to the elderly in northeast Thailand: Changing pattern. Doctoral dissertation, Philosophy, Department of Anthropology: Oregon University; 1991.
17. ฉวีวรรณ อุปมานะ. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2561.
18. อติญาณ ศรีเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, สถาพร แก้วจันทิก, วารุณี เกตุอินทร์, วิไลวรรณ คมขำ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;8(1):85-99.
19. นรินทร์ชัย พัฒนพงษ์, โกวิท พวงงาม. การมีส่วนร่วม หลักการ พื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2553.
20. ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ, สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลอำนาจเจริญ; 2563.