

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม
ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
Development of a Health Care Model for Elderly by Community
Participation, Ban Pho Sub-district, Mueang District,
Nakhon Ratchasima Province

สังวาล จ่างโพธิ์

Sungval Jangpho

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Makha Health Promoting Hospital, Mueang district, Nakhon Ratchasima Province

เบอร์โทรศัพท์ : 09-7342-6063; E-mail : sungval02@gmail.com

วันที่รับ 4 พ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 30 พ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 23 พ.ย. 2564

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุ มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผลกระทบต่อสมรรถนะร่างกาย ทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ศึกษากระบวนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ตัวแทนภาคีเครือข่าย 30 คน และผู้สูงอายุ 264 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยค่า

ไค์สแคว กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การศึกษาปัญหา (2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วม (3) การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน (5) การประชาคม (6) การดำเนินการตามแผน (7) การประเมินผล ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาชีพ รายได้ สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; การดูแลสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

Abstract

Currently, the older adults population are a rapid increase, affects physical competency, disability and chronic illness in the older adults. This research is an action research and implement a participatory planning process. The objectives were to develop of health care model of older adults by community participation, to study level of practice in health care, quality of life level and factors related to quality of life of the older adults. The participants divided into 2 groups were 30 stake-holders of network partners and 264 older adults. Data were collected using workshop and questionnaires to assess health care practice and older adults quality of life. The qualitative data analyzed by a content analysis method and the quantitative data analyzed descriptive statistic and inferential statistics with Chi-square with significance level of .05.

The analysis found that health care model for elderly by community participation there were 7 steps consist; (1) Problem study (2) Meeting to discuss the issue (3) Participatory planning (4) The data for the community to return (5) The workshops to community participation (6) Implementation of the plan and (7) Evaluation. The older adults had a high level of health care practices (73.48%), the quality of life was at a moderate level (62.88%) and factors

related to the quality of life of the older adults were occupation, monthly net income, income adequacy, health of the older adults, participation in community health promotion activities and health care practices. ($p < 0.05$) Therefore, health promotion activities should be organized, including the practice of exercise and stress management to the elderly for a good quality of life.

Keyword: Participation; Health Care; Older Adults

บทนำ

สถานการณ์โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มลดลง แต่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น จะเห็นว่าในหลายประเทศกำลังก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” โลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,050 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.5 ของประชากรทั้งหมด ทวีปยุโรปมีอัตราผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงที่สุดในโลกคือร้อยละ 25.7 รองลงมาคือ ทวีปอเมริกาเหนือที่มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 23.1 ส่วนทวีปเอเชียมีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 13.1^[1] สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548^[2] ปี พ.ศ. 2540 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.4 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 9.7 ปีพ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.17 ปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.7 ปี พ.ศ. 2555 และ

เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18 ปี พ.ศ. 2563 โดยคาดประมาณว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2565 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20.5^[2]

การเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุนี้ ส่งผลกระทบต่อสวัสดิการที่รัฐควรจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต^[3] การพัฒนานโยบายเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคตนั้น ผู้สูงอายุควรจะมีบทบาทในการเป็นผู้ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาของตนเองมากขึ้น ระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจึงควรใช้การมีส่วนร่วมจากครอบครัว และชุมชน แนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คุณภาพชีวิตของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการถดถอยของสมรรถนะร่างกาย ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยโรคที่เป็นมากคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเมะเร็ง และโรคข้อเสื่อม^[3] และสถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว รวมไปถึงจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง^[4] เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบครอบคลุมทุกด้าน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูการรักษาสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนนั้นเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้นำทุกอย่าง ซึ่งไม่ใช่การกำหนดภายนอกแล้วให้ชุมชนเข้าร่วม

แต่เป็นเรื่องที่ชุมชนคิดเอง อีกทั้งการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องสามารถดำเนินการในสถานบริการ รวมทั้งการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพที่มีในชุมชน โดยชุมชนดำเนินการเองและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นใช้กลยุทธ์สร้างจิตสำนึก ให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหาและระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนของตน โดยชุมชนเป็นเจ้าของภาพแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนองค์กรทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,768 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 19.86 ของประชากรทุกกลุ่มอายุ^[5] จะเห็นว่ากำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และผู้สูงอายุหลายรายไม่มารับการรักษาตามนัดและมีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและติดบ้านต้องอยู่บ้านคนเดียวขาดการดูแล และมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งมีดริ่งกาย จิตใจ และสังคม การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้ร่วมกันปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาและความเป็นไปได้ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

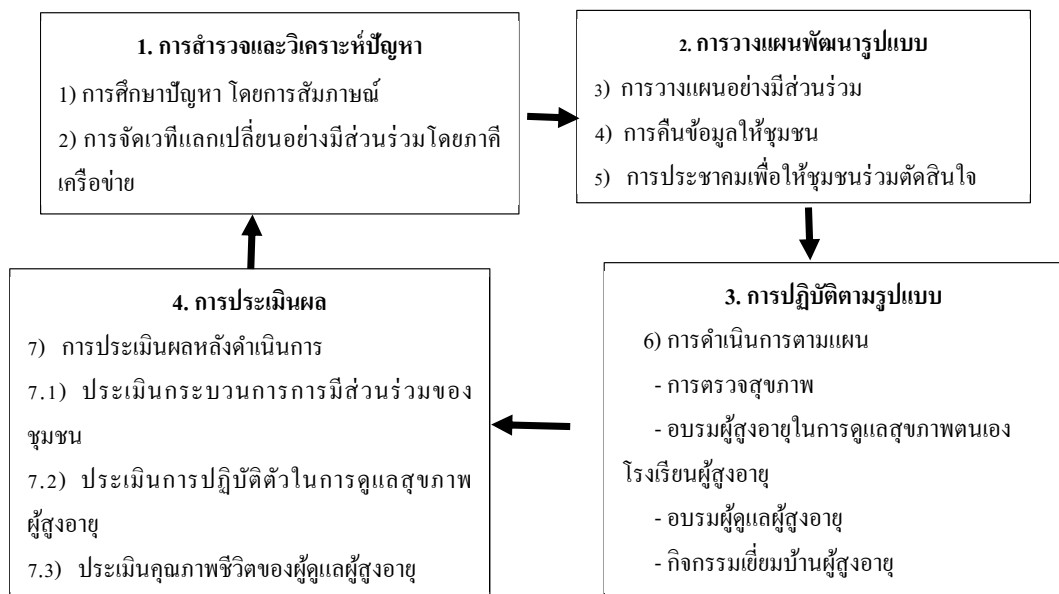
1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 264 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง ตุลาคม 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ของ Cohen and Uphoff ^[6] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ตัวแทนภาคีเครือข่าย ได้แก่ ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน 5 คน ตัวแทนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 5 คน ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้าน 5 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) 5 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) จำนวน 5 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 2 คน ที่มีความสนใจและให้ความร่วมมือเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่สามารถแสดงความคิดเห็นมีความรู้ ความเข้าใจ และเคยเข้าร่วมกิจกรรม การระดมความคิด ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนประกอบด้วยขั้นสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นการวางแผนพัฒนารูปแบบ ขั้นการปฏิบัติตามรูปแบบ และขั้นการประเมินผล และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living) 5 คะแนนขึ้นไป โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G POWER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐานแนวคิด Power Analysis^[7] โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง คือ 0.30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 220 คน และ

ได้ปรับเปลี่ยนขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยอัตรา การสูญเสียซึ่งประมาณการไว้เท่ากับ ร้อยละ 20 จึงต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 44 ราย ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 264 คน^[5] มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living) มีคะแนน 5 คะแนนขึ้นไป มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ทำการศึกษา และมีรายชื่อในทะเบียนบ้าน ในเขตตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) มีดังนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีการย้ายถิ่นฐานในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ วิกลจริต และผู้ป่วยจิตตений หลังจากนั้นแบ่งตามสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านโดยเทียบตามบัญญัติไตรยางศ์จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,768 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง 264 คน ดังนั้นในจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 10 หมู่บ้านจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16, 24, 17, 29, 19, 24, 29, 43, 32 และ 31 ตามลำดับรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 264 คน ต่อจากนั้นสุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่ได้แบ่งแล้ว โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม (2) แบบสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ขับเคลื่อนกระบวนการ ดังนี้ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็น

อย่างไรบ้าง วิสัยทัศน์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และแนวทางหรือกิจกรรมการพัฒนาการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อเป็นแบบสอบถามถามปลายปิด (4) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง ไม่เคยปฏิบัติที่สุด มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 ระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 (5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI)^[8] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 ระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว^[9] ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาตามที่ต้องการวัด และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา และตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดที่กำหนดจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหากับข้อคำถาม (item-objective congruence Index [IOC]) ของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 0.99 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขององค์การ

อนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI)^[8] หลังจากแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ตำบลตลาด อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.84 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

กระบวนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมสามารถสรุปตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

1.1 ศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา พบว่าบทบาทผู้สูงอายุในชุมชนลดน้อยลง บางคนมีภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลาน มีโรคประจำตัว มีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่นเทศบาลตำบลคูแลเปี้ยยังชีพ และการส่งเสริมเฉพาะรายที่ประสบปัญหา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละค่า คูแลด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่ละหน่วยงานได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและระดมข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้นำข้อคิดเห็นเหล่านั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่อง ไม่ได้บูรณาการทำงานร่วมกัน และขาดการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่นไม่ได้การออกกำลังกาย หรือนาน ๆ ครั้ง ผู้สูงอายุเมื่อมีความเครียด จะยังคงหงุดหงิด หรือหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

1.2 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมโดยมีตัวแทนภาคีเครือข่าย ได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน 5 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 5 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้าน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลละค่า จำนวน 2 คน จำนวนทั้งหมด 30 คน มาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการร่วมการระดมความคิดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2564

1.3 การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) จัดประชุมประชาคมร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อรับทราบและสร้างความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาวะผู้สูงอายุ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา (2) ประชุมระดมสมองร่วมกันสร้างแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ขั้นตอนการวางแผนเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อรายงานถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในทุกมิติ เพื่อการบูรณาการและระดมความคิดเห็นซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน

1.4 การคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับรู้ปัญหาทราบและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนมีความต้องการที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหามีส่วนในการประชุม

1.5 การประชาคมเพื่อให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ ซึ่งทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เสนอแนะ สร้างความเข้าใจร่วมกัน รู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดข้อตกลงร่วมกัน

มอบหมายผู้รับผิดชอบ และร่วมกันนำแผนไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

1.6 การดำเนินการตามแผน จากความร่วมมือร่วมใจของชุมชน ทำให้เกิดแผนงานในชุมชนไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้ (1) การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง (2) อบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ อบรมเดือนละ 1 ครั้งทั้งหมด 6 ครั้ง (3) อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้เวลา 70 ชั่วโมง และ (4) กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลาตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ และเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care

1.7 การประเมินกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ดำเนินการผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งประเมินจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุที่จำนวน 264 คน โดยใช้แบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.39) อายุเฉลี่ย 70.06 ปี (S.D. = 7.65) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.85) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 96.97) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 66.29) มีรายได้สุทธิต่อเดือน 2,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 51.14) มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 51.89) บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย คือคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ (ร้อยละ 92.42) โดยทั่วไปมีสุขภาพดี (ร้อยละ 82.58) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.48) เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.06) ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (ร้อยละ 73.48) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 71.01) (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางประชากร (n=264)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	35.61
หญิง	170	64.39
อายุ (ปี) (Mean = 70.06, S.D. = 7.65 Max = 96 Min = 60)		
60 - 69	143	54.17
70 ขึ้นไป	121	45.83
สถานภาพ		
โสด/หม้าย / หย่า / แยก	106	40.15
สมรสคู่	158	59.85
ระดับการศึกษา		

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางประชากร (n=264) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	8	3.03
ประถมศึกษาขึ้นไป	256	96.97
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	89	33.71
ประกอบอาชีพ (เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ)	175	66.29
รายได้สุทธิต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	129	48.86
2,000 บาทขึ้นไป	135	51.14
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
ไม่เพียงพอ	127	48.11
เพียงพอ	137	51.89
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
อยู่คนเดียว	20	7.58
อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ	244	92.42
สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป		
ไม่ดี	46	17.42
ดี	218	82.58
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ		
ไม่มีโรคประจำตัว	70	26.52
มีโรคประจำตัว	194	73.48
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่เป็นสมาชิก	116	43.94
เป็นสมาชิก	148	56.06
การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน		
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	194	73.48
เข้าร่วมกิจกรรม (เดือนละ 1-3 ครั้ง)	70	26.52
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มีผู้ดูแล	76	28.79
มีผู้ดูแล	188	71.21

2. ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) และมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ ภาพรวม = 72.92, S.D. ภาพรวม = 7.50) (ตาราง 2) เมื่อแยกการปฏิบัติ

ตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.71, S.D. = 0.26 และ $\bar{X}$ = 2.68, S.D. = 0.26) ตามลำดับ ส่วนการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.33, S.D. = 0.41 และ $\bar{X}$ = 2.22, S.D. = 0.56) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=246)

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (67.68 – 87.00 คะแนน)	194	73.48
ปานกลาง (48.34 – 67.67 คะแนน)	70	26.52
ต่ำ (29.00 – 48.33 คะแนน)	0	0.00
รวม	264	100.00

$\bar{X}$ ภาพรวม = 72.92, S.D. ภาพรวม = 7.50

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แยกรายด้าน (n=264)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ	$\bar{X}$ (คะแนนเต็ม3)	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	2.68	0.26	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	2.22	0.56	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย	2.71	0.26	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	2.33	0.41	ปานกลาง

3. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) และมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของคุณภาพชีวิต ($\bar{X}$ ภาพรวม = 92.19, S.D. ภาพรวม 11.55) (ตาราง 4) เมื่อแยกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมี

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.79, S.D. = 0.57) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพโดยรวม ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = 0.51, $\bar{X}$ = 3.56, S.D. = 0.68, $\bar{X}$ = 3.47, S.D. = 0.49 และ $\bar{X}$ = 3.15, S.D. = 0.69) ตามลำดับ (ตาราง 5)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=264)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
สูง (95.34 – 130 คะแนน)	98	37.12
ปานกลาง (60.67 – 95.33 คะแนน)	166	62.88
ต่ำ (26 – 60.66 คะแนน)	0	0.00
รวม	264	100.00

 $\bar{X}=92.19$, S.D. =11.55

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แยกรายด้าน (n=264)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$ (คะแนนเต็ม 5)	S.D.	แปลผล
ด้านสุขภาพกาย	3.47	0.49	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.79	0.57	สูง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.15	0.69	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.57	0.51	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	3.56	0.68	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ พบว่าอาชีพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) รายได้สุทธิต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$)

สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) (ตาราง 6)

ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		p-value
	ปานกลาง	สูง	
อายุ			
60 – 69 ปี	85	58	0.209
70 ปีขึ้นไป	81	40	
สถานภาพ			
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	72	34	0.165
สมรสคู่	94	64	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	7	1	0.143
อย่างน้อยระดับประถมศึกษา	159	97	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	68	21	0.001*
ประกอบอาชีพ ได้แก่ เกษตรกรรม รับจ้าง	98	77	
ค่าขาย ข้าวสารการบ้านานู			
รายได้สุทธิต่อเดือน			
ต่ำกว่า 2,000 บาท	92	37	0.006*
2,000 บาทขึ้นไป	74	61	
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย			
ไม่เพียงพอ	95	32	0.000*
เพียงพอ	71	66	
บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย			
อยู่คนเดียว	12	8	0.782
อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน และญาติ	154	90	
สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป			
ไม่ดี	42	4	0.000*
ดี	124	94	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	39	31	0.148

ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		p-value
	ปานกลาง	สูง	
มี	127	67	
การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน			
ไม่ได้เข้าร่วม	129	65	0.043*
เข้าร่วม (อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน)	37	33	
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ			
ไม่มีผู้ดูแล	52	24	0.236
มีผู้ดูแล	114	74	
การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ			
ปานกลาง	61	9	0.000*
สูง	105	89	

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ รายได้สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากงานวิจัยพบว่า

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วยขั้นสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นการวางแผนพัฒนารูปแบบขั้นการปฏิบัติตามรูปแบบ และขั้นการประเมินผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุได้แก่ การตรวจสุขภาพเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ส่วนการอบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ตามหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานเป็นกิจกรรมที่มาสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน

ผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเหล่านี้ถูกจัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการให้บริการที่ผ่านมา และเป็นระบบมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ อุปมานะ^[10] ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากการตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้โครงการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ (1) กิจกรรมการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ (2) กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ (3) กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน (4) กิจกรรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ซึ่งการดำเนินงานในกิจกรรม ตามโครงการพบว่าได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรม ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทิพยาภา ดาหาร และเจตสรียา ดาวราช^[3] ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ (1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง (2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 0.26 และ $\bar{X} = 2.68$, S.D. = 0.26) ตามลำดับ ส่วนการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียดและด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.41 และ $\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.56) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.17) สภาพร่างกายยังแข็งแรงไม่เสื่อมโทรมจึงทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่ชมรมผู้สูงอายุจัดขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.06) และมีผู้ดูแล (ร้อยละ 71.21) ที่คอยดูแลและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพได้เหมาะสมและถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา ภูริบุญรัตน์ และคณะ^[11] ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชนานเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 59.74 รองลงมาคือ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง และ ไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 39.34 และ 0.92 ตามลำดับเมื่อพิจารณาตามมิติของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดคือ ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 0.58) รองลงมาคือ มิติด้าน การพัฒนาด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.11$, S.D. = 0.41) ในขณะที่มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มิติ ในด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.48$, S.D. = 0.70) และรองลงมาที่มีคะแนน เฉลี่ยน้อยคือ มิติความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.54) ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ วัชรพลประสิทธิ์ ก่อนแก้ว^[9] ได้ศึกษา เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขต เทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดใน แต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรม ด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมดีที่สุด ($\bar{X} = 1.50$, S.D. = 0.26) รองลงมาคือ การปฏิบัติ ตนในภาวะเจ็บป่วย ($\bar{X} = 1.41$, S.D. = 0.33) การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 1.34$, S.D. = 0.37) และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายแย่ที่สุด ($\bar{X} = 1.06$, S.D. = 0.45)

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากงาน วิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88) เมื่อแยกคุณภาพ ชีวิตเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้าน จิตใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.57) ส่วน คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพโดยรวม ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม

อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = 0.51, $\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.68, $\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.49 และ $\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.69) ตามลำดับ อาจเนื่อง มาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.17) คิดว่ามีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.72) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ได้ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การพัฒนา หมู่บ้าน การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญต่าง ๆ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.06) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สังคมให้การยอมรับและให้ ความสำคัญ เป็นการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ พัฒนา^[12] ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์ การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 พบ ว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.2) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมา คือคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมโดยมีคุณภาพชีวิตใน ด้านดังกล่าวในระดับดี ร้อยละ 43.2, 29.9, 14.7 และ 13.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของอรนิษฐ์ แสงทองสุข^[13] ศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และ นนทบุรี พบว่าโดยภาพรวมคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และ นนทบุรีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, S.D. = 0.38) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือด้านสภาพร่างกาย ที่ดี ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.44) รองลงไปคือ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.44)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.53) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทันธธัตต์และคณะ^[14] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี พบว่าคุณภาพชีวิตมีภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 55.1) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.3) ด้านจิตสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54.2) ด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.8)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยพบว่าอาชีพ รายได้สุทธิ ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.17) สภาพร่างกายยังแข็งแรงไม่เสื่อมโทรม และยังสามารถประกอบอาชีพ (ร้อยละ 66.29) ได้แก่เกษตรกรรม รับจ้างค้าขาย ข้าราชการบำนาญ ทำให้ตนเองมีคุณค่านำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ พัฒนา^[12] ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุพบว่า อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รายได้สุทธิต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องจาก มีผู้ดูแล (ร้อยละ 71.21) ซึ่งสมาชิกครอบครัวดูแล ไม่ขาดสนเรื่องเงินจึงไม่ประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต ส่วนกลุ่มประกอบอาชีพ ได้แก่เกษตรกรรม รับจ้างค้าขาย ข้าราชการบำนาญ ก็มีเงินเพียงพอต่อการดำรงชีพและสามารถหารายได้เสริมได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติวงศ์ สาสวด^[15] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทันธธัตต์ และคณะ^[14] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี พบว่ารายได้ ภาวะสุขภาพกาย สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ($p < 0.05$)

สุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.48) ส่งผลให้ร่างกายเกิดจากการเสื่อมถอย และจากการเจ็บป่วยหรือส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น องค์ประกอบด้านร่างกายจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทันธธัตต์ และคณะ^[14] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำ

สวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี พบว่ารายได้ภาวะสุขภาพกาย สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ($p < 0.05$)

การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การพัฒนาหมู่บ้าน การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญต่างๆ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สังคมให้การยอมรับและให้ความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทรแจ้ง^[16] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าบทบาทในชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ($p < 0.05$)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากการอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 59.85) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 71.12) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 73.48) ทำให้มีที่ปรึกษาและคอยดูแลซึ่งกันและกัน และจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การอบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง โรงเรียนผู้สูงอายุ การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของพัชรภรณ์ พัฒนะ^[12] ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 พบว่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิต หลังเข้าร่วมโครงการรายข้อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ทุกข้อมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จุดแข็งและจุดอ่อนของงานวิจัยมีดังนี้ จุดแข็งคือการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ AIC เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ยังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาเรียนรู้ วิเคราะห์และพัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน ได้รูปแบบ และกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนจุดอ่อนคือการประเมินผลการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ เป็นการประเมินเพียงครั้งเดียว หลังจากมีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในด้านเหล่านี้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรอง KHE 2020-112 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณภาคีเครือข่ายในชุมชนผู้สูงอายุทุกท่าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าที่ให้ความร่วมมือให้ความกรุณาในการตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น และตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2564.
- [2] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ. [ออนไลน์].

(2564). [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 17].

เข้าถึงได้จาก [https:// www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id= 30476](https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476)

- [3] ทิพย์ภา คาหาร และเจตสรียา ดาวราช. การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสาร วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561; 2(3) : 42 – 54.
- [4] ศิริประภา หล้าสิงห์ สุมัทนา กลางการ และ ศิรินาถ ตงศิริ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(2) : 29 – 40.
- [5] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า. รายงานจำนวนผู้สูงอายุ. นครราชสีมา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า. ลำเนาอัด; 2564
- [6] Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. Participation place in rural development: Seeking clarity through specificity, world development. New York: Cornell University; 1980.
- [7] Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: United State of America; 1988.
- [8] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2564].

- เข้าถึงได้จาก [https://www.dmh.go.th / test/download/les/whoqol.pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/les/whoqol.pdf)
- [9] วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี [ปริญญานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
- [10] ฉวีวรรณ อุปมานะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”; 2561.
- [11] ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ อมรรัตน์ รัตนสิริ บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชนานเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(2): 153 – 60.
- [12] พัชรภรณ์ พัฒนะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. พุทธชินราชเวชสาร 2562; 36(1): 21 – 33.
- [13] อรนิษฐ์ แสงทองสุข. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2562.
- [14] สุภาภรณ์ ทันธธัตต์ สุธรรม นันทมงคลชัย โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(1): 1 – 13.
- [15] กิตติวงศ์ สาสวด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารชุมชนวิจัย 2560; 11(2): 21 – 38.
- [16] ชลธิชา จันทร์แจ้ง สุพรรณา อมาตย์เสนา ณอมศักดิ์ บุญคู่ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการ “มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 13”; 2560.