



การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี Development of the Health Care New Normal Model for Elderly Muangubonratchathani Distric, Ubon Ratchathani Province

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

สุทัศน์ สีทน¹
Suthat Sithon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการโดยการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ระยะดำเนินการวางแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 2.1) วางแผน 2.2) ปฏิบัติการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 2.3) ติดตามประเมินผล 2.4) สะท้อนผล 3) ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี 3 กลุ่ม คือ 1) การศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน 2) กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบฯ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จำนวน 42 คน 3) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.82 - 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และ Paired Sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 4) จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 4.1) เมนูสุขภาพ 4.2) ออกกำลังกายวันละนิด 4.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4.4) 3 อ. ยืดชีวิต (อาหาร,ออกกำลังกาย,อารมณ์) 4.5) ห่างไกลโควิด 5) จัดบริการในสถานบริการ 6) จัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 7) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 8) พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

2. หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า ความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบฯ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ความสามัคคี กิจกรรมที่ชัดเจนปฏิบัติได้จริง การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การแนวปฏิบัติที่ดี จัดอาสางานการทำงานชุมชน งบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ การมีเป้าหมายเป้าหมายเดียวกัน ข่าวสารที่เชื่อถือได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่

Abstract

This action research aimed to development of the health care new normal model for elderly Muangubonratchathani distric, Ubon Ratchathani province. The study was conducted in 3 phases 1) Preparatory phase to study the framework of health care for the elderly 2) The action plan for health care activities is 2.1) Planning 2.2) action 2.3) observation 2.4) reflection 3) model development evaluation phase. There were 3 groups of samples in this research: 1) a study of the context of caring for the elderly, 385 members of the elderly club, 2) Target groups for the development of the model were 30 stakeholders, and 3) the sample group in the model evaluation 50 elderly people by simple random. The data were collected by using focus group discussion and questionnaire(the confidence value between 0.82 - 0.88). The quantitative data were mainly analyzed through descriptive statistics and a statistical paired t-test and the qualitative data were mainly analyzed through content analysis. The results showed that:

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. The health care new normal model for elderly Muangubonratchathani distric, Ubon Ratchathani province which consists of 8 activities :1) propose a policy for elderly health care. 2) analyzing health problems of the elderly 3) prepare a database for the elderly 4) organize health care activities, 5 new normal life health care activities for the elderly, which are (1) healthy menu (2) stretch a little each day (3) combine positive thinking energy (4) 3 aspects (food, exercise and emotion) and (4) far away from COVID-19.5) provide services in public health facilities 6) provide proactive health care services in the community. 7) developing the potential of the elderly care network 8) Developing the Potential of the Elderly Club

2. After the development of the model, it was found that knowledge, health care behaviors, a new way of life for the elderly. after model development better than before the development of the model statistically significant ($P < 0.001$). Satisfaction with the model was at a high level ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$). Furthermore, the success factors the including Muangubon : management activity, network, good practice, undertake, budget, objective and news.

คำสำคัญ : Elderly, Health Care New Normal

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรภายใต้ภาวะสังคมสูงวัย (Aging Society) โดยในปี ค.ศ.2015 จำนวนประชากรโลกกว่า 620 ล้านคน มีอายุมากกว่า 65 ปี และจะกลายเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในอีก 35 ปีข้างหน้า⁹ เช่นเดียวกับประเทศไทยซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 66,413,979 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 10,666,803 คน คิดเป็นร้อยละ 16.06 ของประชากรไทย แสดงให้เห็นว่าสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยอันดับจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศ คือ กรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,020,917 คิดเป็นร้อยละ 17.98 และมี 4 จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงรองลงมา ได้แก่ นครราชสีมา เชียงใหม่ ขอนแก่น และอุบลราชธานี² ทั้งนี้จากสถานการณ์ ประชากรประเทศไทย พบว่า ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่วัยเด็กและวัยทำงานลดลง อันจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาสังคม ทั้งมิติคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย และใจ การใช้ชีวิต ในสังคม การรับภาระของประชากรวัยแรงงาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนสูงขึ้น³¹

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และต้องพึ่งพิงการดูแลจากครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุจำแนกเป็น 3 ระดับคือ ระดับแรกการดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้ และมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ระดับที่สองการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรงจากโรคประจำตัวหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับที่สาม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนซึ่งต้องการการดูแลเป็นการเฉพาะจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้ บางรายอาจจะต้องนอนติดเตียง ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2554) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) รายงานว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 47 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 8 อยู่ตามลำพัง ร้อยละ 6 เป็นผู้พิการ ปัญหาสุขภาพที่พบมากคือ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคของกล้ามเนื้อและข้อ และปัญหาสุขภาพฟัน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, ม.ป.ป.) และพบว่า ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 26 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 40 ไม่ทราบว่าตนเองมีโอกาสเป็นเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนมากที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังบางส่วนยังขาดความรู้ ขาดความเข้าใจและ

ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้รับรู้ปัญหาและมองเห็นอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายนั้น รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในตนเอง อีกทั้งในปัจจุบันพบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โดยการเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์การสวมหน้ากากอนามัยและการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์การใช้แอปพลิเคชันไลน์มากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่มนุษย์จะต้องเรียนรู้และปรับตัวให้อยู่รอดภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุ จำนวน 189,150 คน คิดเป็นร้อยละ 10.61 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2564) อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุ จำนวน 20,035 คน คิดเป็นร้อยละ 10.59 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี, 2564) ซึ่งบางรายไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver) ต้องอาศัยกลุ่มจิตอาสาในหมู่บ้านหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาอาจมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นครั้งคราวตามโอกาสสำคัญ เช่น วันผู้สูงอายุ แต่ยังขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ชัดเจน การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์เพียงอย่างเดียว⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร ที่ใช้ในการศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุ และการประเมินผลรูปแบบฯ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 9,035 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน โดยใช้สูตรตารางเลขสุ่มของ ทาโรยามาเน (Yamane, 1970) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling)

กลุ่มเป้าหมาย ในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 42 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่

รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จาก สสอ.เมืองอุบลราชธานี และ รพ.สต. จำนวน 20 คน บุคลากร อปท. จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5 คน ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน จำนวน 5 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ตัวแทน อสม. จำนวน 5 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีความสามารถรับรู้สื่อความหมายความเข้าใจอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้ 3) มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ย้ายออกนอกเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี ระหว่างการวิจัย 3) เป็นผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลหนองบ่อ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 50 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลาก จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) มีดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 2) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองบ่อ มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) มีความสามารถรับรู้สื่อความหมายความเข้าใจอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้ 4) มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ย้ายออกนอกเขตพื้นที่ตำบลหนองบ่อ ระหว่างการวิจัย 3) เป็นผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ

1.1 โดยการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน เพื่อประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพและสังคมกับกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในการนำสู่การจัดลำดับความสำคัญการแก้ปัญหาและการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและเตรียมชุมชน เตรียมเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ

2. ระยะดำเนินการ

เป็นการร่วมกันวางแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุและนำกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุไปใช้ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการนำรูปแบบที่พัฒนาได้โดยการสนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข ภาควิชาเครือข่าย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 42 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 วางแผน (Planing)

2.1.1 นำข้อมูลจากระยะเตรียมการมาใช้สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

2.1.2 สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ โดยมีการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน

2.2 ปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้



- กิจกรรมที่ 1 เรื่อง “เมนูสุขภาพ”
- กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ออกกำลังกายวันละนิด”
- กิจกรรมที่ 3 เรื่อง “สร้างสรรค์พลังคิดบวก”
- กิจกรรมที่ 4 เรื่อง “3 อ. ยืดชีวิต”
- กิจกรรมที่ 5 เรื่อง “ห่างไกลโควิด”

2.3 ติดตามประเมิน (Observation) ผู้วิจัยมี
ติดตามประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดย
การสังเกตสัมภาษณ์ สอบถามทุกสัปดาห์และประชุม
ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างทุก 2 สัปดาห์

2.4 สะท้อนผล (Reflection) สรุปและ
ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล
สุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งสะท้อนผล
เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จ

3. ระยะประเมินผล หลังใช้รูปแบบการดูแล
สุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ ทำการประเมินผล
ความรู้การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ พฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ และความพึง
พอใจต่อการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ
อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อสร้าง
รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ
อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิด
ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย
แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพ
วิถีชีวิตใหม่ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2
ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้
0 คะแนน

การแปลความหมายระดับความรู้ แบ่งเป็น 3
ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80-100 (16-20 ข้อ) หมายถึง
มีคะแนนความรู้ในระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 (12 – 15 ข้อ) หมายถึง
มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0-59 (0-11 ข้อ) หมายถึง มี
คะแนนความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพวิถี
ชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัด
อุบลราชธานี จำนวน 36 ข้อ

โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรม/
ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำ ให้ค่าคะแนน
เท่ากับ 5

ปฏิบัติส่วนมาก หมายถึง มีพฤติกรรม/ปฏิบัติ
กิจกรรมในเรื่องนั้นเกือบทุกวัน ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรม/ปฏิบัติ
กิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้ง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ
3

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรม/
ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆครั้ง ให้ค่าคะแนน
เท่ากับ 2

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่มีพฤติกรรม/ไม่
เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
วิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน
(คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้น (Best,
1977; Daniel, 1995, อ้างถึงใน วิรัตน์ ปานศิลา,
2544) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ต่ำ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรม/การ
ปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรม/
การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรม/
การปฏิบัติอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการ
ดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale)
5 ระดับ 5 ตัวเลือกประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปาน

กลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คือ

5 = มากที่สุด หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ มากที่สุด

4 = มาก หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ มาก

3 = ปานกลาง หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ ปานกลาง

2 = น้อย หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ น้อย

1 = น้อยที่สุด หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ น้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (Best, 1977; Daniel, 1995, อ้างถึงใน วิรัตน์ ปานศิลา, 2544) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ต่ำ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1-2.33 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง พึงพอใจมาก

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทำการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม เป็นรายข้อกับวัตถุประสงค์ในการวัด Index of Item Objective Consistency หรือ IOC จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ แบบทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก มีค่าคะแนน 0 กับ 1 ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการของ Kuder-Richardson 20 : KR-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจต่อรูปแบบ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่ง

มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ทำการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการ Cronbach Alpha's coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ การดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์สถิติแบบ Paired Samples t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ SSUB/2565-86 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2565

สรุปผลการวิจัย

1. บริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

1.1 บริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี พบว่า ปี 2565 มีจำนวนทั้งหมด 20,842 คน ได้รับการคัดกรองการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทั้งหมด 19,414 คน คิดเป็นร้อยละ 93.15 โดยพบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL12-20) มากที่สุด จำนวน 18,098 คน คิดเป็นร้อยละ 93.22 กลุ่มติดบ้าน (ADL5-11) จำนวน 1,069 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.91 และติดเตียง (ADL0-4) จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 1.29 การ



ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน 1) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมที่จำเป็น 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) มีทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ให้การดูแล และการติดตามเยี่ยมของทีมนสวิชาชีพ 3) การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองอุบลราชธานี แบ่งได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การดูแลภายในครอบครัว 2) การดูแลการดูแลโดยชุมชน 3) การดูแลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญคือ 1) การจัดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ 2) ขาดการติดตามกำกับ และประเมินผลที่ต่อเนื่อง 3) งบประมาณล่าช้า 4) ด้านบุคลากร ขาดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน 5) ด้านอุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนขาดสื่อและคู่มือในการสนับสนุนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 6) ด้านผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ดูแลผู้สูงอายุ จากแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 65.45 รองลงมามีคะแนนความรู้ในระดับสูง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 25.45 และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.45$) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=3.76$, $SD=0.53$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.57$)

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มี 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ

3) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ 4) สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ 6) นำแผนไปปฏิบัติ ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 6.1) เมนูสุขภาพ 6.2) ออกกำลังกายวันละนิด 6.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 6.4) 3 อ. ยึดชีวิต 6.5) ห่างไกลโควิด 7) ติดตาม สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน 8) ประเมินผลหลังการศึกษาวิจัย 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 4) จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 4.1) เมนูสุขภาพ 4.2) ออกกำลังกายวันละนิด 4.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4.4) 3 อ. ยึดชีวิต 4.5) ห่างไกลโควิด 5) จัดบริการในสถานบริการ 6) จัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 7) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย 8) พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

4. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

4.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมามีคะแนนความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 หลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมามีคะแนนความรู้ในระดับสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 ภายหลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ดีขึ้นมากกว่าก่อน

การพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\%CL = 1.45-2.54$, $t = 7.42$, $P < 0.001$)

4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($=3.06$, $SD=0.28$) หลังการพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($=4.04$, $SD=0.24$) ภายหลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% CL = 10.95-0.99$, $t = 98.04$, $P < 0.001$)

4.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD=0.49$) ข้อที่พึงพอใจมากที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี ($\bar{X} = 4.52$, $SD=0.95$)

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี คือ Muangubon ประกอบด้วย M : Management คือการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ U : Unity คือ ความสามัคคีของคนในชุมชน และภาคีเครือข่าย A : Activity : คือ กิจกรรมที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง N: Network คือ การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน G คือ Good Practice คือ มีแนวปฏิบัติที่ดีเป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน U : คือ Undertake คือ อาสาสมัคร จิตอาสาในการทำงานชุมชน B : Budget คืองบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ O : Objective คือ การมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่ชัดเจน N : News คือข่าวสารที่ถูกต้องเชื่อถือได้และทันต่อสถานการณ์

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มี 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ 3) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ 6) นำแผนไปปฏิบัติ ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 6.1) เมนูสุขภาพ 6.2) ออกกำลังกายวันละนิด 6.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 6.4) 3 อ. ยืดชีวิต 6.5) ห่างไกลโควิด 7) ติดตาม สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน 8) ประเมินผลหลังการศึกษาวิจัย 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยขั้นตอนการวางแผนผู้วิจัยได้นำกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม A-I-C มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) โดยการ 1.1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 1.2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ 1.3) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประชุมคณะทำงานเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการอยู่เดิม และกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) เพื่อร่วมกันระดมความคิด สร้างกิจกรรม/เพื่อตอบสนองการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ และ 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบเพื่อ



จัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม และกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประทุม กงมหา และกรรณิการ์ หาญสูงเนิน (2560) ศึกษาแบบการสร้างเสริมภาวะพหุผลในผู้สูงอายุใช้การมีส่วนร่วมพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุผล โดยใช้เทคนิค Appreciation Influence Control (AIC) มีขั้นตอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาผู้นำให้มีศักยภาพ 4) การลงมือปฏิบัติตามแผน 5) การติดตามประเมินผล พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุใช้เทคนิค Appreciation Influence Control (AIC) ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาผู้นำให้มีศักยภาพ 4) การลงมือปฏิบัติตามแผน 5) การติดตามประเมินผล จากขั้นตอนการวางแผนโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม A+C ซึ่งนำไปสู่การนำแผนไปปฏิบัติ ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 1) เมนูสุขภาพ 2) ออกกำลังกายวันละนิด 3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4) 3 อ. ยืดชีวิต 5) ห่างไกลโควิด ติดตาม สนับสนุน สังเกต การดำเนินงาน ประเมินผลหลังการศึกษาวิจัย และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แพรววิภา รัตนศรี (2560) ศึกษาแบบการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า กระบวนการพัฒนารุ่นนี้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาสาเหตุและการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การจัดทำแผน 3) ปฏิบัติตามแผน 4) นิเทศติดตามสรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการ เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ

ดูแลผู้สูงอายุและเกิดกิจกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมกระบวนการ

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ศึกษา/วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยจำแนกตามกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม 4) จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม 4.1) เมนูสุขภาพ 4.2) ออกกำลังกายวันละนิด 4.4) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4.4) 3 อ. ยืดชีวิต 4.5) ห่างไกลโควิด 5) จัดบริการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการ 6) จัดบริการดูแลและสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน 7) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 8) พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า จากการศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี การดูแลผู้สูงอายุ จากเดิมเป็นการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน 1) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมที่จำเป็น 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) มีทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ให้การดูแลและการติดตามเยี่ยมของทีมสหวิชาชีพ 3) การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองอุบลราชธานี แบ่งได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การดูแลภายในครอบครัว 2) การดูแลการดูแลโดยชุมชน 3) การดูแลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญคือ 1) การจัดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ 2) ขาดการติดตามกำกับ และประเมินผลที่ต่อเนื่อง 3) งบประมาณล่าช้า 4) ด้านบุคลากร ขาดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน 5) ด้านอุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนขาดสื่อและคู่มือในการสนับสนุนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 6) ด้านผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ได้รับการดูแลไม่ถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย มากที่สุด ร้อยละ 55.58 ในการ

พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ได้มีการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้น โดยมีการสำรวจและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และสำรวจความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนการดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบ โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และนำกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม A+C มาใช้กระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการ เสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลสุขภาพ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้มและสันติภาพ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์ (2562)⁴ ศึกษาการดูแลสุขภาพระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3)

บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CL = 1.45-2.54, $t = 7.42$, $P < 0.001$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CL = 10.95-0.99, $t = 98.04$, $P < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$) อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี พัฒนาขึ้นโดยการนำผลการศึกษาริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุโดยชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการอยู่เดิมร่วมกันระดมความคิดสร้างกิจกรรมเพื่อตอบสนองการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จึงได้รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานีที่มีประสิทธิผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา และเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ สอดคล้องกับผลการวิจัยของอุบลรัตน์ วิเชียร, ดำรงค์ศักดิ์ สอนแจ้ง และ เจษฎา บุญราศรี (2562)³⁶ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และช่วยในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น ก่อนและหลังใช้กิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่



ระดับ .05 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังใช้กิจกรรมเท่ากับ 2.85 และ 4.67) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังใช้กิจกรรมเท่ากับ 3.20 และ 4.14) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังใช้กิจกรรมเท่ากับ 2.92 และ 3.31 ตามลำดับ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของแพรววิภา รัตนศรี (2560) ศึกษาแบบการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า กิจกรรมกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับกำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean=2.95, SD.=0.18) โดยสรุปการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมคือ การเปิดโอกาสให้ภาคเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบและร่วมดำเนินการโดยมี กลไกการปลูกฝังให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความรู้สึก เป็นเจ้าของและพร้อมที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี คือ MUANGUBON ประกอบด้วย M : Management คือการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ U : Unity คือ ความสามัคคีของคนในชุมชน และภาคีเครือข่าย A : Activity : คือ กิจกรรมที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง N: Network คือ การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน G คือ Good Practice คือ มีแนวปฏิบัติที่ดีเป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน U : คือ Undertake คือ อาสาสมัคร จัดอาสาในการทำงานชุมชน B : Budget คืองบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ O : Objective คือ การมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่ชัดเจน N : News คือข่าวสารที่ถูกต้องเชื่อถือได้และทันต่อสถานการณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพัตรา แก้วเมือง (2563)³³ ศึกษาการพัฒนาแบบ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายเดียวกันของทีม การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย การประสานงานของทีม และการสื่อสารกับชุมชน การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของทีมอีกกุดรัง

โดยสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 4) จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 4.1) เมนูสุขภาพ 4.2) ออกกำลังกายวันละนิด 4.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4.4) 3 อ. ยืดชีวิต 4.5) ห่วงไกลโควิด 5) จัดบริการในสถานบริการ 6) จัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 7) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย 8) พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ รูปแบบฯ มีประสิทธิผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ MUANGUBON (Management การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ Unity ความสามัคคีของคนในชุมชนและภาคีเครือข่าย Activity กิจกรรมที่ชัดเจนปฏิบัติได้จริง Network เครือข่ายที่เข้มแข็ง Good Practice มีแนวปฏิบัติที่ดี Undertake จัดอาสาในชุมชน Budget งบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ Objective การมีเป้าหมายที่ชัดเจน และ News ข่าวสารที่เชื่อถือได้และทันต่อสถานการณ์ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาท มีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและพร้อมที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ไปใช้ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายกัน โดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจน
2. ควรประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความรู้สึกรับผิดชอบและพร้อมที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับระดับปานกลาง ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุยังมีน้อย จึงควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในหมู่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก
5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

อำเภอเมืองอุบลราชธานี คือ เครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การมีแนวปฏิบัติที่ดี เป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน การมีอาสาสมัครจิตอาสาในการทำงานชุมชน ดังนั้น ควรสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

6. ควรพัฒนาทีมต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน
7. ควรจัดทำคู่มือดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรศึกษาการพัฒนาและขยายเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
3. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัต์ย. (2551). “ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 14 (3) (กันยายน-ธันวาคม 2551) : 385-399.
- 2.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2561. ออนไลน์ 2562 สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2565. จาก <http://www.dop.go.th/download>
- 3.กิตติกา ณะข่าง. (2551). “เครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชน”, วารสารวิจัยทางพยาบาล.12 (4) (ตุลาคม-ธันวาคม 2551) : 243-258.
- 4.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์. (2562). “รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบังอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี,” มนุษยสังคมสาร. (มสส.) 17,1 (มกราคม - เมษายน 2562) : 1-20.
- 5.กาญจนา ทองทั่ว และคณะ. (2563). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยหนุนเสริมการสร้างระบบกลไกและพื้นที่รูปธรรม รองรับสังคมผู้สูงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
- 6.จิราภรณ์ หลาบคำและคณะ. (2562). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการเตรียมความพร้อมของชุมชนชนบทเพื่อรองรับสังคมสูงวัย : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. กรุงเทพฯ: สำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม.
- 7.ขวลิศ สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวารี ศรีสุพล. (2560). “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย,” วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. ปีที่ 5 ฉบับพิเศษ (เมษายน 2559) : 387-405.
- 8.ณัฐวุฒิ เพชรคง. (2558). ผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.



- 9.ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2561). สังคมสูงวัยกับความท้าทายของตลาดแรงงานไทย. (ออนไลน์) 2561 สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2562. จาก <https://www.bot.or.th>
- 10.ธีรวัณ อกะกุล. (2553). การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research). อุบลราชธานี: บริษัทยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป จำกัด.
- 11.นภาพรณ ทะวานนท์ และ ธีรวัลย์ วรรณโณทัย. (2552). ทิศทางใหม่ของการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- 12.บรรลุ ศิริพานิช. (2548). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้านประทุม กงมหา และ กรรมการจัดหาสูงเนิน. (2560). รูปแบบการเสริมสร้างภาวะพลพลงใน
- 13.ผู้สูงอายุ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, ฉบับพิเศษการ ประชุมพยาบาลครั้งที่ 25 : 151-159.
- 14.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2557). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2556. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- 15.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2559. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- 16.รติยานกิต พละศึก และ เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ.4 (3) (กันยายน-ธันวาคม 2560) : 135-150.
- 17.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- 18.วิรัตน์ คำศรีจันทร์ เกรียงศักดิ์ ชื้อล้อม และเรณวิทย์ นิลโคตร (2550). การจัดการของชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพลเมืองอาวุโส. หน้า 95-128. ใน ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงวัย : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล.
- 19.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536). รายงานการวิจัย ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.
- 20.วัชริน สีนธวานนท์. “ พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุคำตอบอยู่ที่ชุมชน,” วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1,2 (มีนาคม - มิถุนายน 2552) : 48-51.
- 21.ศติพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2540). การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง. กรุงเทพฯ:แอล ที เพรส.
- 22.ศศธร สุมน. (2562). การพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ทางจิตของผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ปรินญาณิพนธ์ปริญญาคุฎิบัณฑิต มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- 23.ศิริภาณ ศรีทากาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2556). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- 24.ศิริพร จิรวรรณกุล. (2555). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ส. เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- 25.ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ. (2552). รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.).
- 26.สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนเวทีเสวนา ‘ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน’ ครั้งที่ 824 เมษายน 2555. นครปฐม :สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
- 27.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- 28.สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2555). รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. Mental Health and Psychiatric Nursing, 39(2), 94-99.
- 29.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- 30.สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.



- 31.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 32.สุพัตรา ศรีวิชชากรและคณะ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- 33.สุพัตรา แก้วเมือง. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม . ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- 34.องอาจ นัยพัฒน์. (2548). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- 35.องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบการวิจัย:วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 36.อุบลรัตน์ วิเชียร, ดำรงค์ศักดิ์ สอนแจ้ง และ เจษฎา บุญราศี. (2562). “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุจังหวัดฉะเชิงเทรา,” วารสารพยาบาลทหารบก 22, 3 (กันยายน – ธันวาคม 2564) : 151-159.
- 37.Johnson AP. (2008). A Short Guide to Action Research (3 ed.). Boston: Pearson Education.
- 38.Kemmis S , & McTaggart R. (1988). The Action Research Planer (3 ed.). Victoria: Deakin University.
- 39.World Health Organization. (2000). Home-Based Long-Term Care: Report of a WHO study Group. Geneva: WHO.
- 40.World Health Organization. (2003). Collection on long-term care: Key policy issues in longtermcare. Geneva: WHO.