

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

The Development the quality of operations for the elderly Udon Thani Province.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

सानิตย์ เหง้าพรหมมินทร์¹ พรพิมล มัฆนาโส¹ ธัชธรรม มัฆนาโส¹

Sanit Ngawprommin¹ Phornphimon Muckhanaso¹ Thatchathan Muckhanaso¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา ในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 34 คน กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 244 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 246 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม - เมษายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1.กระบวนการการดำเนินงานผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น 2. ผลการพัฒนาคุณภาพกระบวนการ การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.64, S.D. = 0.43) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 0.57) ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 3. ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.04, S.D. = 0.72)

คำสำคัญ : การพัฒนา/ คุณภาพการดำเนินงาน/ ผู้สูงอายุ

Abstract

This research was research and development. The objective is to analyze the process of operating the elderly. To develop the quality of the elderly operations process and to compare the results of quality development elderly operations before and after development In Nong Han District Udon Thani Province. The sample group was divided into 3 groups: 34 service personnel, 244 people from local network groups, and 246 elderly people. Data collection period: January – April 2025. The research tool was a questionnaire created by researcher. The data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and statistics, paired t-test.

The results of study were as follows. 1. The elderly operations process consists of 5 measures: 1) Preparing the population for a quality elderly age 2) Promotion and development of the elderly 3) Development of elderly operations processes 4) Proactive home visiting services in the community and 5) Creating participation of local networks. 2. Results of process quality development Operations are at a high level. ($\bar{X}$ = 4.64, S.D. = 0.43) Participation of network partners is high. ($\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 0.57) Elderly people have a level of ability to go about their daily lives at a self-reliant level. Help others community and society have memory ability is at a high level and there is no risk of falls. 3. The results of the operation of the elderly according to the indicators criteria passed, 2 indicators (66.67 percent) and the sample group were satisfied with the quality of the operation of the elderly is at a high level ($\bar{X}$ = 4.04, S.D. = 0.72)

Keywords: Development / Operational quality / Elderly

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นทางสังคมและเศรษฐกิจซึ่งเป็นที่สนใจในหลายประเทศ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสัดส่วนขึ้นมาก มีสาเหตุสำคัญมาจากคุณภาพทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นจนส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น แต่ในทางกลับกันอัตราการเกิดในประเทศต่าง ๆ กลับลดลง เนื่องจากคนรุ่นใหม่มีบุตรน้อยลงมากเมื่อเทียบกับคนรุ่นก่อน ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และมีการคาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ.2050 จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จากปี ค.ศ. 2019 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (มากกว่า 1,500 ล้านคน) จากฐานข้อมูลของกรมการปกครองคาดการณ์ไว้ว่า ในปี 2567 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด หรือ Super Aged Society อย่างเต็มรูปแบบ โดยปี 2566 ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า ไทยมีประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็น 20.17% ของประชากรรวม จากประชากรไทยทั้งประเทศ 66,057,967 คน โดยตัวเลขล่าสุดในเดือนธันวาคม 2566 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 20.1 - 20.2%² การประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) พบว่า กลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 96.85 กลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 2.54 และกลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.61 และร้อยละของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan คิดเป็นร้อยละ 96.20³

ประเทศไทย ภายใต้แผนและนโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ.2566 - 2580) ซึ่งมีความต่อเนื่องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 กำหนดให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการเพื่อเตรียมรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กำหนดให้มีบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (Elderly Clinic) เป็นการเฉพาะ เน้นการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การคัดกรองปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ⁴

จากการสำรวจคัดกรอง พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เรียกว่ากลุ่มติดสังคม มีมากถึงร้อยละ 97.15 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.12 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.73 (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2566) จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปีงบประมาณ 2565 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 188,146 คน ร้อยละ 97.16 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 4,682 คน ร้อยละ 2.42 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 817 คน ร้อยละ 0.42 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยงจำนวน 5,920 คน คิดเป็นร้อยละ 3.07 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 1,966 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16 ด้านการเคลื่อนไหวพบภาวะเสี่ยงจำนวน 4,522 คน คิดเป็นร้อยละ 2.38 ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 214,639 คน ร้อยละ 96.45 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 7,183 คน ร้อยละ 3.23 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 10 คน ร้อยละ 0.32 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยงจำนวน 9,375 คน คิดเป็นร้อยละ 4.12 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 2,743 คน คิดเป็นร้อยละ 1.26 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยงจำนวน 5,720 คน คิดเป็นร้อยละ 2.52 และปีงบประมาณ 2567 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 213,894 คน ร้อยละ 96.78 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 6,236 คน ร้อยละ 2.82 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 880 คน ร้อยละ 0.39 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 6,887 คน คิดเป็นร้อยละ 2.87 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 1,600 คน คิดเป็นร้อยละ 0.69 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 5,336 คน คิดเป็นร้อยละ 2.23⁴

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจังหวัดอุดรธานี จากปีงบประมาณ 2564 – จนถึงปัจจุบัน มีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และกระบวนการ

ดำเนินงานผู้สูงอายุที่ผ่านมายังพบปัญหาในการดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังพบปัญหาในการประสานงานและการติดต่อสื่อสารและความเอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ผลการดำเนินงานตามมาตรการและนำมาปรับใช้และวางแผนพัฒนาการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี เปรียบเทียบระหว่างก่อน และหลังการพัฒนา

สมมติฐานในการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2568 ในจังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทุกคนในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 314 คน

2. กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น ในจังหวัดอุดรธานี ทั้งหมดจำนวน 30,207 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 262,167 คน

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ใช้สูตรการคำนวณ $G^*Power 3.1.9.4^8$ จำนวน 34 คน กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นและกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณ ค่าสัดส่วนของประชากร⁹ กลุ่มตัวอย่าง 244 และ 246 ตามลำดับ

การสุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ⁽¹⁰⁾ หลังจากนั้นเลือกแบบเจาะจงบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งประชากรกลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นออกเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันมาก และกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามอำเภอ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือออก เขียนภาษาไทยได้สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือให้ข้อมูลครบและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ย้ายออกนอกพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ไม่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือไม่ออก และเขียนภาษาไทยไม่ได้หรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือข้อมูลไม่ครบหรือออกจากการศึกษาโดยสมัครใจ หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประมาณค่า

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของรอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ

2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)⁵ หมายถึง แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) จำนวน 10 ข้อคำถาม (10 ด้าน) ได้แก่ 1.feeding 2.grooming 3.Transfer 4.Toilet use 5.Mobility 6.Dressing 7.Stairs 8.Bathing 9.Bowels และ 10.Bladder

3. แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ⁶ หมายถึง แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563) จำนวน 14 ข้อคำถาม

4. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม⁷ หมายถึง แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ (Morse Fall Scale) จำนวน 6 ข้อคำถาม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 5268 ลงวันที่ 27 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า มี 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น

1. การเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา

1.1 การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.64$, S.D. = 0.43) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.62) มีคุณภาพมากที่สุดด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 4.76$, S.D. = 0.42) รองลงมาได้แก่ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ ($\bar{X} = 4.66$, S.D. = 0.42) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงาน เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ของบุคลากรผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 34)

กระบวนการดำเนินงาน	ก่อน		หลัง		t	p	95%CI
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม	4.24	0.59	4.76	0.42	4.596	0.000*	0.29 ถึง 0.76
ด้านบุคลากร	4.07	0.71	4.57	0.50	3.340	0.002*	0.19 ถึง 0.80
ด้านรูปแบบและการจัดบริการ	4.12	0.62	4.66	0.42	4.438	0.000*	0.29 ถึง 0.79
ด้านการบริหารจัดการคลินิก	3.58	0.97	4.55	0.67	5.628	0.000*	0.62 ถึง 1.32
ภาพรวม	4.00	0.62	4.64	0.43	5.309	0.000*	0.39 ถึง 0.88

1.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.57) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.63) มีส่วนร่วมมากที่สุดในด้านการ

ดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.59) รองลงมาได้แก่ ด้านการรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.59) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วม เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ของเครือข่ายท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 244)

การมีส่วนร่วม	ก่อน		หลัง		t	p	95%CI
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ด้านการวางแผน	3.73	0.70	4.12	0.63	6.689	0.000*	0.27 ถึง 0.51
ด้านการดำเนินงาน	3.88	0.68	4.25	0.59	6.349	0.000*	0.25 ถึง 0.48
ด้านการรับผลประโยชน์	3.90	0.65	4.21	0.59	5.687	0.000*	0.20 ถึง 0.41
ด้านการประเมินผล	3.81	0.73	4.19	0.66	6.277	0.000*	0.26 ถึง 0.50
ภาพรวม	3.83	0.63	4.19	0.57	6.766	0.000*	0.26 ถึง 0.47

1.3 ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมิน ดัชนีบาร์เธล เอ็ดดอลล์ หลังการพัฒนาอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

1.4 ความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงาน ผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = 0.72) ซึ่งมีความพึงพอใจด้านกระบวนการพัฒนา ($\bar{x} =$

4.13, S.D. = 0.73) รองลงมาได้แก่ ด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{x} = 4.11$, S.D. = 0.69)

1.5 ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) โดยพบว่าหลังการพัฒนา ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 90.61 (เกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละ 100) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา ปี 2567		หลังพัฒนา ปี 2568	
		ผลงาน	การผ่าน	ผลงาน	การผ่าน
1.ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 100	90.09	ไม่ผ่าน	90.61	ไม่ผ่าน
2.ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	> ร้อยละ 60	93.44	ผ่าน	93.48	ผ่าน
3.ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	> ร้อยละ 60	85.63	ผ่าน	85.66	ผ่าน

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context - input) เป็นระยะเตรียมการ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี ที่ผ่านมามีพบว่า 1) บุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขมีภาระงานหลายด้าน ทำให้การขับเคลื่อนการ

ดำเนินงานผู้สูงอายุได้ไม่ต่อเนื่องและเต็มที่ เช่น การออกเยี่ยมติดตามที่บ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เป็นต้น 2) การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุยังไม่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน การดำเนินงานผู้สูงอายุต้องการแคล้วคลาด และยังไม่มีความต่อเนื่อง 3) เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วพบปัญหาด้านสุขภาพ

และต้องส่งต่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน กลับพบปัญหาว่าผู้สูงอายุไม่สามารถไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้ เนื่องจากมีความลำบากในการเดินทาง 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความตระหนักและใส่ใจ ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 5) ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางอาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีคนดูแล และมีปัญหาสุขภาพอย่างซับซ้อน 6) กลุ่มผู้สูงอายุมีมากขึ้นรวมทั้งกลุ่มเปราะบางก็มากขึ้น ทำให้งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ และ 7) ขาดการบูรณาการกับงานบริการด้านอื่น ๆ รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตามที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ได้ออกมาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งความรู้พื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งในการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ คือ การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า การมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกันซ้ำเติมด้วยการที่ต้องได้รับยาหลายขนาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณ จากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลที่แตกต่างออกไป

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา (process improvement) ระยะนี้ได้มีการพัฒนาคุณภาพกระบวนการของการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี ตามรูปแบบ Nonghan Model ซึ่งใช้คู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุ และกระบวนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ภายใต้แนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ¹² ตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุโดย

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการจัดการได้ครบวงจร ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ (CGA) การวินิจฉัยเพื่อบำบัดรักษา การวินิจฉัย การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล การประสานการส่งต่อในปัญหาเฉพาะทางด้านของผู้สูงอายุ และส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน การดำเนินงานสถานบริการแต่ละระดับจะมีการบูรณาการ (Integration) การจัดการเข้ากับงานประจำที่มีการดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ

ระยะที่ 3 การนำมาตรการไปปฏิบัติ โดยบุคลากรผู้ให้บริการและการสร้างความร่วมมือของเครือข่ายท้องถิ่น พบว่า

3.1 คุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการหลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.64$, S.D. = 0.43) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.62) มีคุณภาพมากที่สุด ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 4.76$, S.D. = 0.42) รองลงมาได้แก่ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ ($\bar{X} = 4.66$, S.D. = 0.42) เนื่องจากมีคู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานรูปแบบเดียวกัน ทำให้บุคลากรมีแนวทางในการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การดำเนินงานผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสานิตย์ เหม้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัชฌนาโส (2568)⁴ ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผลการพัฒนาคุณภาพกระบวนการ การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.46) และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพยาภา ดาหาร และเจท สรียา ดาราช (2561)⁽¹³⁾ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุ

เป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล

3.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.57) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.63) มีส่วนร่วมมากที่สุดใน ด้านการดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.59) รองลงมาได้แก่ ด้านการรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.59) เนื่องจากการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่ต้น ทำให้ได้ทราบสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมดำเนินการตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้ และมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผล รวมถึงมีความยินดีและภูมิใจที่สามารถส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสภานิติฯ เฝ้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัชฌนาโส (2568)⁴ ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.59) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ เครานวล และคณะ (2563)¹⁴ ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุ-วัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลในระดับมากด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ย 4.06, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ย 4.01, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 ด้านสังคม เศรษฐกิจ ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.52, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 ด้านจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ย 4.04, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77

ระยะที่ 4 การประเมินผล ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) หลังการพัฒนา อยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มี

สมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งจากบุคลากรผู้ให้บริการ ชุมชนและภาคีเครือข่ายก็เข้ามามีส่วนร่วมและมีความตระหนักในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการร่วมกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจและใส่ใจผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการดูแลสุขภาพจากทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสภานิติฯ เฝ้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัชฌนาโส (2568)⁴ ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และสอดคล้องกับการศึกษาของอรณิชษฐ์ แสงทองสุข (2562)¹⁵ ศึกษาการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพร่างกายที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ (2564)¹⁶ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า 1.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรีพบว่า โดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับดี

มาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นอันดับ 1 อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมาก ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมาก และลำดับสุดท้ายคือ ด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมาก

ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา เนื่องจากการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเป็นไปตามมาตรฐาน บุคลากรผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสานิตย์ เหมงาพรหมมินทร์ และพรพิมล มัชฌนาโส (2568)⁴ ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) และสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2562)¹⁷ ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน กลุ่มอาสาสมัคร และวัด กิจกรรมที่มีจะมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เมื่อวัดผลผู้สูงอายุในด้าน การรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในผู้ให้บริการ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่าย และผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = 0.72) ซึ่งมีความพึงพอใจด้านกระบวนการพัฒนา ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.73) รองลงมาได้แก่ ด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = 0.69) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสานิตย์ เหมงาพรหมมินทร์ และพรพิมล มัชฌนาโส (2568) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.67) และสอดคล้องกับการศึกษาของศรายุทธ ชูสุทนต์, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสมัทนา กลางคาร (2565)¹⁸ ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.27, SD = 0.61) และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.35, SD = 0.56) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภิน, วรางคณา จันทรังค์ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2561)¹⁹ ศึกษาการพัฒนาแบบที่หมอบรรอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ

ทีมหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจะมีคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุทุกระดับ เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการควบคุมกำกับและระบบการติดตามการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย

3. การดำเนินงานผู้สูงอายุขาดการบูรณาการ ไม่มีความเชื่อมโยงกัน ทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่เชื่อมโยงบูรณาการแบบทุกภาคส่วน โดยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาส หรือยากจน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้อย่างครอบคลุมมิติสุขภาพทุกด้าน และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมต่อไป

2. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ให้ทันทั่วทั้งเพื่อการปรับกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับ

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงของการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. ควรศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากบริบทในแต่ละพื้นที่ การเข้าถึงบริการสุขภาพอาจจะแตกต่างกันไป และผู้สูงอายุอาจจะมีข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการ

4. ควรมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจจะยกย่องเกียรติคุณให้เป็นต้นแบบของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษา งานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอขอบพระคุณเป็น อย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ รวมถึงขอขอบคุณบุคลากรผู้ให้บริการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน/หมู่บ้าน รวมถึงผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). การเผชิญหน้า 'สังคมผู้สูงอายุ' โจทย์ท้าทายภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567. จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>
2. กรุงเทพธุรกิจ. (2567). ไทยก้าวสู่ 'สังคมสูงวัย' ระดับสุดยอด กระทบตลาดแรงงาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567. จาก <https://www.bangkokbiznews.com/health/labour/1114984>
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2566). รายงานประจำปี 2566. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567. จาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report/download/>
4. สานิตย์ เหม้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัชฌาโส. (2568). การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 10 (1), 756 - 764.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
6. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท สีนทวิการ

พิมพ์ จำกัด.

7. Morse, JM. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American J Infection Control. 30, 376 - 380.
8. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 5 (1), 496 – 507.
9. บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. วารสารการวัดผลการศึกษา มศว มหาสารคาม. 2535; 3 (1): 22 – 25.
10. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
11. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท สันทนาการพิมพ์ จำกัด.
12. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
13. ทิพย์ภา ดาหาร และเจทสรียา ดาวราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2 (3), 42 – 54.
14. สุนีย์ เกรานวล และคณะ. (2563). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรมเทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
15. อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. หลักสูตรสาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
16. ญัฏฐกัญญ์ อ่องเอื้อ. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
17. ยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2562). การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยบูรพา.
18. ศรายุทธ ชูสุทนต์, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสุเมธนา กลางคาร. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 7(1), 40 – 56.
19. นฤมล บุญโสภิน, วรางคณา จันทรัง และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2561). การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 12(1), 172 – 181.