การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

Development of a community-based participatory care model for the elderly in Mueang Nakhon Pathom District.

(Received: September 21,2026 ; Revised: September 23,2026 ; Accepted: September 25,2026)

ยศสรัล พิมพา[1]
Yosaral Pimpa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม และศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (การวิจัย) การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ศึกษาในเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568 ระยะที่ 2 (การพัฒนา) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ศึกษาในเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือน มิถุนายน 2569 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ระหว่าง ปี 2566 – 2567 โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ปี 2566 จำนวน 23,090 คน และปี 2567 จำนวน 23,255 คน เก็บข้อมูลจากแบบประเมินและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVAและ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการดำเนินงาน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป จำนวน 22,361 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.37 คะแนน กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน จำนวน 595 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.56 และ กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน จำนวน 247 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.06 และการเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 96.06 หลังดำเนินการ ร้อยละ 96.37 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.31 กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 2.51 หลังดำเนินการ ร้อยละ 2.56 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.05 กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 1.13 หลังดำเนินการ ร้อยละ 1.06 ลดลง ร้อยละ 0.07 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยที่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแล ความสุข 5 มิติ

Abstract

This study aimed to investigate the characteristics and problems of elderly residents in Mueang Nakhon Pathom District and to study the development of a community-participatory elderly care model in the district. This research and development (R&D) project was conducted from March 2025 to September 2025, divided into two phases: Phase 1 (Research): Studying the community-participatory elderly care model in Mueang Nakhon Pathom District (March 2025 - September 2025); Phase 2 (Development): Developing the

[1] สาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

community-participatory elderly care model in Mueang Nakhon Pathom District (October 2025 - June 2026). The sample consisted of elderly residents in Mueang Nakhon Pathom District, with voluntary participation in the project from 2023 to 2024 (23,090 individuals in 2023 and 23,255 individuals in 2024). Data was collected using assessment forms and questionnaires. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, F-test, One-Way ANOVA, and Dependent t-test.

The study results showed that, after the intervention, the Barthel ADL index scores for daily living activities improved. The socially active group (22,361 people, or 96.37%) scored 11 or higher; the homebound group (595 people, or 2.56%) scored between 5 and 10; and the bedridden group (247 people, or 1.06%) scored between 0 and 4. A comparison of daily living activities abilities was also conducted. The Barthel ADL index before and after the intervention showed that the socially active group (11 points or higher) had a score of 96.06% before the intervention and 96.37% after the intervention, an increase of 0.31%. The homebound group (5-10 points) had a score of 2.51% before the intervention and 2.56% after the intervention, an increase of 0.05%. The bedridden group (0-4 points) had a score of 1.13% before the intervention and 1.06% after the intervention, a decrease of 0.07%. The health literacy, self-care behavior, and opinions regarding the five dimensions of happiness among the elderly in Mueang Nakhon Pathom District, both overall and in each dimension, were at the highest level. Significant differences at the 0.05 level were observed in the health literacy, self-care behavior, and opinions regarding the five dimensions of happiness among the elderly in Mueang Nakhon Pathom District after the intervention. Increased from before implementation.

Keywords: Elderly care, Participation, Health literacy, Caregiving behaviors, 5 dimensions of happiness.

บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังอาจเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความโดดเดี่ยวทางสังคมหรือการสูญเสียคนรัก[1] สำนักงานอ้างอิงประชากรเผยข้อมูลจากเอกสารข้อมูลประชากรโลกฉบับล่าสุด ปี 2567 พบว่าในปัจจุบันโลกมีประชากรกว่า 8 พันล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 800 ล้านคน โดยการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจะนำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สัดส่วนนี้คาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากอัตราการตายที่ลดลงและการพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น[2] สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 20.0 ในปี 2567 ซึ่งถือได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14) ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดลงเรื่อย ๆ ถ้าสถานการณ์โครงสร้างของประชากรไทยยังคงเป็นเช่นนี้ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20) ต่อไป[3]

ผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพหลายอย่าง เช่น โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, และโรคหัวใจ. นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังอาจเผชิญกับโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองและ

ความจำ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและความเข้าใจจากผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุในในปัจจุบัน ยังขาดการบูรณาการและความต่อเนื่องในการให้บริการ มีการแบ่งส่วนการดูแลระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และองค์กรเอกชน ขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล การดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลด้านจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุด้วย. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เช่น การออกแบบบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[1,4]

การส่วนร่วมของชุมชนเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างการมีส่วนร่วมสามารถทำได้โดยการสร้างกลุ่มสนับสนุนในชุมชนและการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยลดความโดดเดี่ยวทางสังคมของผู้สูงอายุได้ โดยการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกสบายมากขึ้น โดยการมีเครือข่ายการสนับสนุนที่ช่วยเหลือในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการที่จำเป็น ซึ่งการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลกระทบอย่างมากต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาเหล่านี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี รัตนเมืองเพรียว ขนิษฐา พรมกระโทก[6] ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลป่าตองอำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต จากการศึกษาทำให้เกิดกระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการออกแบบและวางแผนกิจกรรมดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ สะท้อนผล และพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ พบว่าการพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 71.43 เป็น 89.36 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 55.00 เป็น ร้อยละ 100 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ประกอบด้วย 1) นวัตกรรม “ที่จับช้อน”สำหรับผู้สูงอายุกล้ามเนื้อแขนอ่อนแรง 2) ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายผู้สูงอายุ 3) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

จังหวัดนครปฐมมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศ ในการดูแลผู้สูงอายุยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุในเขตเมืองบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกสบาย นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองยังต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการและความโดดเดี่ยวทางสังคม จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม เพื่อเป็นการสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอเมืองนครปฐม และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนและการจัดกิจกรรมเพื่อ

สร้างความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลและปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 (การวิจัย) การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ศึกษาในเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568

ระยะที่ 2 (การพัฒนา) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ศึกษาในเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือน มิถุนายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ระหว่าง ปี 2566 – 2567 โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ (รายละเอียดดังตาราง 3.1 และ 3.2) แบ่งเป็น

2.1 ปี 2566 จำนวน 23,090 คน

2.2 ปี 2567 จำนวน 23,255 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม มีกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์แนวทางการดูแลและปัญหา การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การทบทวนและปรับปรุง กิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม

1.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน การจัดจำแนกผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุตามการคัดกรอง 9 ด้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตาม Care Plan

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนนและน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

4.21 – 5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก 2.61

– 3.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง 1.81 – 2.60 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย และ 1.00 - 1.80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .923

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐมเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก 3.41 – 4.20 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม 2.61 – 3.40 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้ 1.81 – 2.60 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง และ 1.00 - 1.80 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .937

2.4 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

4.21 – 5.00 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ มากที่สุด 3.41 – 4.20 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ มาก 2.61 – 3.40 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ปานกลาง 1.81 – 2.60 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ น้อย และ 1.00 - 1.80มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ

แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .871

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐมและความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

2.2 สถิติอนุมาน ได้แก่

2.2.1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐมและความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ระหว่างอำเภอ ด้วยสถิติ F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVA

2.2.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐมและความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน ด้วยสถิติ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 2 / 2569

ผลการศึกษา

1. แนวทางการดูแลและปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

1.1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหว การป้องกันการหกล้ม แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุว่า “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลด้านจิตใจและสังคม และการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน

1.2 สรุปความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

พบว่า มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มากกว่า 11 คะแนน จำนวน 22,180 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.06 คะแนน ระหว่าง 5 – 11 คะแนน จำนวน 579 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.51 และ คะแนน น้อยกว่า 5 จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 1.17

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

1.3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

1.3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ในผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

1.3.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

1.3.4 การเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ระหว่างอำเภอ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

1.4 ปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ภาวะกระดูกพรุน ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม อาการนอนไม่หลับ ปัญหาการกลั้นการขับถ่ายไม่อยู่ อาการมึนงง เวียนศีรษะ ปัญหาภาวะทุพโภชนาการและความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ปัญหาการได้ยินและ ปัญหาการมองเห็น

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย

2.1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ การปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

2.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย

2.2.1 การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) กำหนดการดูแลตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

2.2.2 แนวทางการประเมินและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านสุขภาพจิต ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ด้านสุขภาพช่องปาก

2.2.3 การดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และ สุขสงบ

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่

การกำหนดโครงสร้างการขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในทุกระดับ และการกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในชุมชน การกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผล

4. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

4.1 สรุปความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป จำนวน 22,361 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.37 คะแนน กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน

จำนวน 595 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.56 และ กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน จำนวน 247 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.06

4.2 การเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 96.06 หลังดำเนินการ ร้อยละ 96.37 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.31 กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 2.51 หลังดำเนินการ ร้อยละ 2.56 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.05 กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 1.13 หลังดำเนินการ ร้อยละ 1.06 ลดลง ร้อยละ 0.07

4.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

4.3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ในผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลางโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4.3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4.3.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4.3.4 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู โดยที่หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหว การป้องกันการหกล้ม แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุว่า “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลด้านจิตใจและสังคม และการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน เป็นไปตามแนวคิดของ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งการดูแลผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อจัดบริการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล[8] ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มากกว่า 11 คะแนน จำนวน 22,180 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.06 คะแนนระหว่าง 5 – 11 คะแนน จำนวน 579 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.51 และ คะแนน น้อยกว่า 5 จำนวน 260 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.17[9,10,11,12] ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอ[9,13,14,15] ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง

นครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลางและไม่มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอสอดคล้องกัน[4,16]

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม จากการศึกษาแนวทางการดูแลและปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ การปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) กำหนดการดูแลตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง แนวทางการประเมินและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านสุขภาพจิต ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ด้านสุขภาพช่องปาก และการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขส่า สุขสว่าง และ สุขสงบ ตามแนวคิดของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความสามารถในการแสวงหาเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม กรมอนามัยให้ความสำคัญกับการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ[17] และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูล สื่อสารซักถามข้อมูล ประเมินทางเลือก ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องให้แก่บุคคลในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการจัดทำคู่มือเฉพาะสำหรับการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล ตลอดจนมีแนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและหลักสูตรสำหรับเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งสะท้อนแนวคิดว่าการสร้างความรอบรู้ไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะการให้ความรู้ แต่ควรพัฒนาความสามารถในการนำความรู้ไปใช้และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[18] การดูแลผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้านถือเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน หากครอบครัวช่วยกันดูแล จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีความสุข และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขในช่วงบั้นปลายของชีวิต[19] ตามแนวคิดของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบบการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีการประเมินผู้สูงอายุทั้งด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการคัดกรองกลุ่มอาการเสื่อม 9 ด้าน เพื่อค้นหาความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล โดยระบบ Blue Book ของกรมอนามัยแสดงการจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง รวมทั้งบันทึกผลการคัดกรองสุขภาพ 9

ด้านและข้อมูลแผนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ในระบบเดียวกัน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่ การกำหนดโครงสร้างการขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในทุกระดับ การกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในชุมชน และการกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลตามแนวคิดของ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ (Long-Term Care) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และคู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป จำนวน 22,361 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.37 คะแนน กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน จำนวน 595 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.56 และ กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน จำนวน 247 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.06 และการเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 96.06 หลังดำเนินการ ร้อยละ 96.37 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.31 กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 2.51 หลังดำเนินการ ร้อยละ 2.56 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.05 กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 1.13 หลังดำเนินการ ร้อยละ 1.06 ลดลง ร้อยละ 0.07[10,11,12] ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณ ,พรรณี ปานเทวัญ ,ฐานิตา พึ่งฉิ่ง ,ชวิศา รัตนกมลกานต์ และสุพร วงค์ประทุม[20,21,22,23] ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด[24,25,26,27] นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ[28,29]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ควรประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์แนวทางการดูแลและปัญหา การกำหนดกิจกรรมการดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การทบทวนและปรับปรุง กิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน การจัดจำแนกผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุตามการคัดกรอง 9 ด้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตาม Care Plan

3. การดูแลผู้สูงอายุควรแบ่งการดูแลตามกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดังต่อไปนี้ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) แบ่งเป็น เคลื่อนไหวได้บ้างและ

อาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง และ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) แบ่งเป็น เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและเคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในระยะยาวและในผู้ป่วยที่มีรายละเอียดตามบริบทมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2561). คู่มือ เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: บริษัท ยีนยงการพิมพ์ จำกัด
2. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.(2559). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ : บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด. 2559
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). รายงานมองสถานการณ์ผ่านข้อมูลสถิติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/public/e-book/Analytical-Reports/statistical-data-situation-2567/16-17
4. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช.(2562). สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/168981
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560) คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที.
6. รัชนี รัตนเมืองเพรียว ขนิษฐา พรมกระโทก (2567) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลป่าตองอำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (2567)
7. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). กรมอนามัย ชวนร่วมสืบสานประเพณีไทย “สงกรานต์วิถีใหม่ สืบสานประเพณีไทย ใส่ใจผู้สูงอายุ” [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai
9. สมพร ใจสมุทร.(2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/43465/
10. จิรังกูร ณัฐรังสี, สุนิตา ไชยมี, สุวนันท์ จังจิตร, สุภาวินี สุภะพินิ, สุปรียา โพธิ์อุดม.(2561). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุชุมชนทุ่งขุนน้อย อุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (JRIHS) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];2(1):มกราคม-มีนาคม 2561. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JRIHS/article/download/213168/148158/
11. กัญชรีย์ พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, เอกลักษณ์ ฟักสุข, นันทวัน สุวรรณรูป, ประภา ยุทธไตร, อรพรรณ โตสิงห์.(2564). การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];22(3):กันยายน-ธันวาคม 2564. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/254013/171615
12. ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด.(2568). ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข (Academic Journal of Nursing and Public

Health) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];1(1):71–80. เข้าถึงได้จาก: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/A_JNP/article/view/4343

13. ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, ยุพาพร หอมสมบัติ.(2026). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2026];14(33):088–106. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242454
14. มาลัย กำเนิดชาติ.(2565). บทความวิจัยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://sro.moph.go.th/file/130220230444451 _บทความวิจัย%20%20(มาลัย%20กำเนิดชาติ).pdf
15. สายฝน สุภาศรี, วารุณี พันธ์วงศ์, วรัญญา มณีรัตน์.(2023). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [อ้างถึง 22 สิงหาคม 2026];30(2):213-27. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/265675
16. ชัชญาภา สมศรี.(2564). การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/252670
17. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2569). การจัดทำแผน “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปี 2571–2575” [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/44828
18. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). ชุมชนต้นแบบจัดการสุขภาพ บ้านไร่แสนสุข อ.เชียงคำ จ.พะเยา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.youtube.com/user/thaihealtheducation
19. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2569). บทความ 9 ด้านสำคัญ ดูแลผู้สูงอายุอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://healthmedia.hss.moph.go.th/article/2277/
20. ฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณ, พรรณี ปานเทวัญ, ฐานิตา พึ่งฉิ่ง, ชวิศา รัตนกมลกานต์, สุพร วงค์ประทุม.(2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ [อินเทอร์เน็ต]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://has.hcu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/1348/1/Chunthip-Ploysuwan.pdf
21. อรรยา จันทร์เพ็ญ, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ.(2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพฤฒพลัง เขตอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];4(3):90–100. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1693
22. รัตนาภรณ์ เทพธวัช.(2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2023/TU_2023_6117030020_11486_28325.pdf
23. เพ็ญศรี ผาสุก.(2563). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];16(1). เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/873024. วัฒน์ ศิริแก่นทราย, มงคล นราศรี, นัชชา ยันติ, ธนูศิลป์ สลีอ่อน. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล JBCN_Bangkok [อินเทอร์เน็ต]. 2026 [อ้างถึง 22 สิงหาคม 2026];42(1):93-103. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/281210
25. สุภาภรณ์ สมพาน.(2564). ผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบวกค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2564 [เข้าถึงเมื่อ

29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_academic.php?academic_id=1

26. โสภณา จิรวงศ์นุสรณ.(2566). การพัฒนารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jmhs1_s/article/download/266020/180842
27. ยศยา จุฬารักษ์, ธวัชชัย ไชยกุล, ฐิติพร ถิ่นวนา.(2567). ผลของการสร้างสุข 5 มิติต่อความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พื้นที่เขตรับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน โรงพยาบาลสบเมย อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน [อินเทอร์เน็ต]. แม่ฮ่องสอน: โรงพยาบาลสบเมย; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://mhso.moph.go.th/mhso/frontend/web/newsreader/hr/download?id=669&file=39e842926618190d6f61ff4c71ab88b9.pdf&file_name.pdf
28. ณิชาภัทร มณีพันธ์, ศรินรัตน์ จันทพิมพ์.(2021). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ต่อคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ. J Nurs Ther Care [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [อ้างถึง 22 สิงหาคม 2026];39(4):94-102. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/252374
29. กุลธิดา กุลประทีปัญญา, นิพพาภัทร สินทรัพย์.(2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยอีสาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];18(1):26–40. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/umt-poly/article/view/248796