

# การประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย The Implementation of a Community-Based Elderly Health Care Model through Network Participation

กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง<sup>1</sup>, ชลการ ทรงศรี<sup>2\*</sup>, ศรีไชย โพธิ์ศรี<sup>1</sup>, เพชรา ทองเฝ้า<sup>3</sup>, วริดา นิลราช<sup>1</sup>, ภัณฑิราча เฟื่องทอง<sup>3</sup>  
Kamonthip Tanglakmankhong<sup>1</sup>, Chonlakarn Songsri<sup>2\*</sup>, Srichai Posri<sup>1</sup>, Petchara Thongphao<sup>3</sup>,  
Warida Nilrach<sup>1</sup>, Panthiracha Fuongtong<sup>3</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข<sup>1</sup>,  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี<sup>2</sup>, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุตรธานี<sup>3</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health<sup>1</sup>,  
Faculty of Nursing, UdonThani Rajabhat University<sup>2</sup>, Faculty of Nursing, Ratchathani University, UdonThani Campus<sup>3</sup>

(Received: September 15, 2024; Revised: February 5, 2025; Accepted: June 4, 2025)

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์การใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุรวมจำนวน 176 คน และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่นำรูปแบบไปใช้ จำนวน 108 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบสอบถามปลายเปิดถึงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม ออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 50.85 เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 38.35 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 2) การอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุตามสถานการณ์ปัญหาของชุมชนที่พบ โดยคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบริหารสมอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า และจัดกิจกรรมสันทนาการ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 3) ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น และมีการจัดอบรมผู้สูงอายุให้มีความรู้ตามความต้องการตามสภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการทำกิจกรรม 4 กลุ่ม คือ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มปลูกผักปลอดภัย กลุ่มปฏิบัติศาสนกิจ และกลุ่มจิตอาสา ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวลดลง ผู้ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีคะแนนในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.33 เป็น 91.67 และภาวะซึมเศร้ามลดลงจากร้อยละ 16.67 เป็น 12.04 ผลวิจัยนี้สามารถเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้นการมีส่วนร่วมและกิจกรรมที่ตอบสนองปัญหาเฉพาะได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, ผู้สูงอายุ

\*ผู้ให้การติดต่อ ชลการ ทรงศรี e-mail: noya2599@bcnu.ac.th

## Abstract

This action research aimed to apply a community-based elderly healthcare model through participatory collaboration with local networks. The participants were purposively selected and divided into two groups: 1) the network group, consisting of 176 individuals including village health volunteers, community leaders, pre-elderly individuals, and elderly persons; and 2) a group of 108 elderly individuals who implemented the model. Research instruments included the community-based elderly healthcare model, an elderly health assessment form, and a semi-structured open-ended questionnaire. Qualitative data were analyzed through content analysis and categorization, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The research found that the top three health problems among older adults were hypertension, diabetes, and osteoarthritis. Only 50.85% engaged in regular exercise, and just 38.35% participated in elderly club activities. The community-based elderly healthcare model, implemented through network collaboration, included three main components: 1) establishment of elderly clubs, 2) health education based on community-specific issues—organized by the club committee and covering topics such as cognitive stimulation, depression prevention, and monthly recreational activities, and 3) promotion of social engagement, home visits for dependent elderly, basic health screening, and tailored health education. Four additional activity groups were implemented: exercise, organic gardening, religious practices, and volunteer work. The outcomes showed improved overall health among the elderly, a reduction in complications of underlying diseases, an increase in the percentage of those with normal cognitive function from 83.33% to 91.67%, and a decrease in depression rates from 16.67% to 12.04%. These findings suggest that the model serves as an effective approach for promoting elderly health through participatory and targeted community-based activities.

**Keywords:** Elderly Care, Community Network Participation, Older adults

## บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีอัตราการเสียชีวิตลดลง และมีอายุยืนยาวขึ้นในขณะที่อัตราการเกิดและการเจริญพันธุ์ลดลง จึงพบว่ามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2020) การสูงวัยของประชากรเป็น

{2/17}

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในรอบทศวรรษนี้ ในปี 2021 มีประชากรโลกรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด โดยที่ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้วคือ มีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) เมียนมา (ร้อยละ 10) และบรูไน (ร้อยละ 10) และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่ จำนวน 13 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 19 ของประชากรไทยทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 19 ล้านคน สิ่งที่น่ากังวล คือ ประชากรไทยในปัจจุบันมีอัตราเพิ่มติดลบ ซึ่งหมายความว่า อัตราเกิดน้อยกว่าอัตราตาย ทำให้ประชากรโดยรวมลดลง แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (ช่วงอายุ 60-69 ปี) ประมาณร้อยละ 56.13 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (ช่วงอายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 29.28 และเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.59 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566).

จากสถิติของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ แม้ว่าประชากรไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่กลับตามมาด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยาวนานขึ้น และโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิง อันเนื่องมาจากการมีทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2565 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งเป็นปีที่ 3 ที่มีการระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง และมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม หอบหืด หัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต เสียชีวิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเนื่องจากการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยได้ออกจากบ้านหรือไปทำงาน รวมทั้งบุตรหลานที่ทำงานอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถมาเยี่ยมได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวรวมถึงภาครัฐที่จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำด้วยดัชนีความยากจนหลายมิติ (Multidimensional Poverty Index (MPI)) ของประเทศไทย มิติความเป็นอยู่ และมิติความมั่นคงทางการเงิน พบว่า ผู้สูงอายุมีฐานะยากจนร้อยละ 18.10 สูงกว่าประชากรในช่วงวัยอื่น และมีจำนวนผู้สูงอายุที่ยากจนหลายมิติ คิดเป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 36.90 ของคนจนหลายมิติทั้งหมดในประเทศ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาความเปราะบางและความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทยที่รุนแรงกว่าประชากรวัยอื่น (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566)

ดังนั้น เพื่อรองรับสังคมสูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านหรือชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญที่มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความใกล้ชิด เข้าใจสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงสามารถเข้าถึง และพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนได้ดีที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า มีกระบวนการที่หลากหลายส่วนใหญ่ เน้นการรวมพลังและการทำงานร่วมกันของผู้สูงอายุ ชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้ กระบวนการพัฒนารูปแบบให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการให้คำแนะนำ ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และสร้างความอบอุ่นทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น (อารี พุ่มประไพทย์ และจรรยา เสียงเสนาะ, 2560) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2560) ได้เสนอรูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เน้นการสนับสนุนชุมชนให้มีศักยภาพตามบริบทพื้นที่ รวมถึงมีการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเทศบาล และชมรมต่าง ๆ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการพัฒนารูปแบบมักประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาปัญหา การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วม การวางแผนร่วมกัน การคืนข้อมูลให้ชุมชน การประชาคม การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล (สังวาล จ่างโพธิ์, 2564) ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยสนใจการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตามกรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2560)

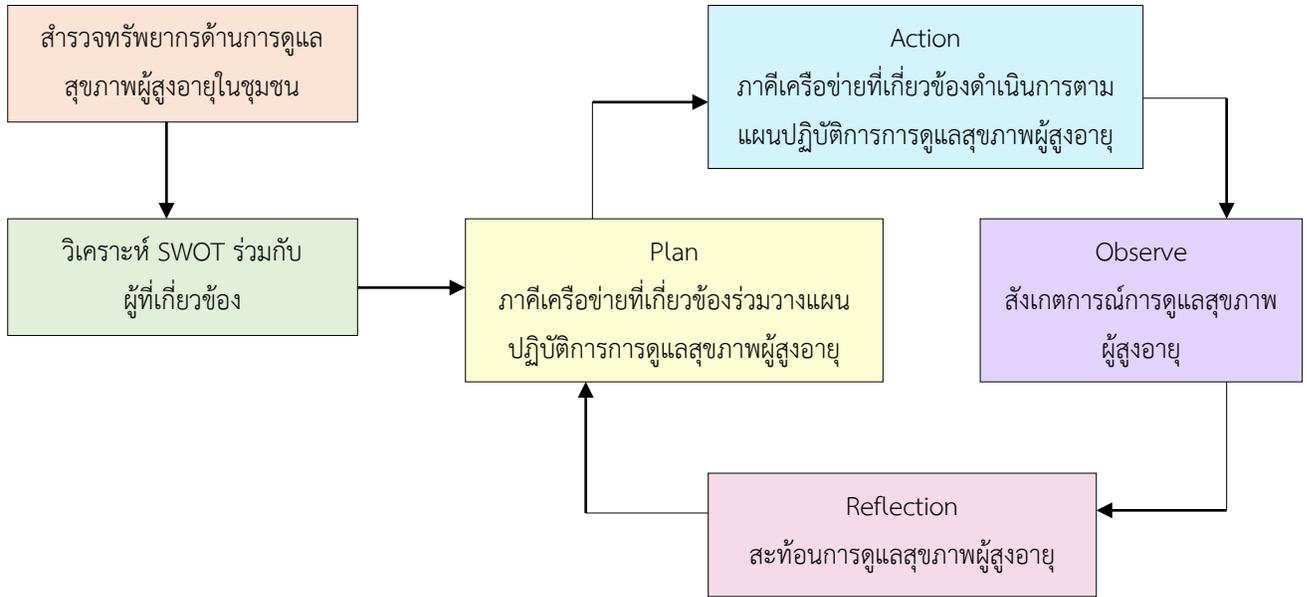
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลโนนสูง อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อการประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมศักยภาพและสุขภาพะของผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยส่งเสริมให้จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาความรู้แก่ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย และมีการจัดกิจกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และระบบการส่งต่อดูแลสุขภาพ

มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) คณะผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตามแนวกรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการสนับสนุนชุมชน ให้มีชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน หรือชุมชน มีศักยภาพและมีความเข้มแข็ง ผ่านกิจกรรมหลัก คือ การสำรวจและจัดทำข้อมูลสถานการณ์ การประชุมสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การอบรมให้ความรู้ และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการของบริบทพื้นที่ ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้ วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้แบบแผนขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เริ่มต้นด้วยการศึกษาสภาพการณ์ ด้วยวิธีการเชิงปริมาณ ต่อด้วยการเก็บข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตีความและวิเคราะห์ร่วมกัน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ณ ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในในเขตรับผิดชอบตำบลโนนสูง 11 ชุมชน ได้แก่ 1) กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่นำรูปแบบไปใช้ เพื่อศึกษาผลลัพธ์

## กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มภาคีเครือข่าย ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 11 ชุมชน ในตำบลโนนสูง เป็นภาคีเครือข่ายชุมชนในหมู่บ้าน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ได้จนครบกระบวนการ รวม 176 คน ประกอบด้วย

- 1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนละ 5 คน 11 ชุมชน รวม จำนวน 55 คน
- 1.2 แกนนำชุมชนที่เป็นสมาชิกสภาเทศบาลตำบลชุมชนละ 1 คน จำนวน 11 คน
- 1.3 ตัวแทนผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55-60ปี) ชุมชนละ 5 คน รวม จำนวน 55 คน
- 1.4 ตัวแทนผู้สูงอายุชุมชนละ 5 คน รวม จำนวน 55 คน

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ถูกนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไปใช้ จำนวน 108 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียงในตำบลโนนสูง จำนวน 18 คน ผู้สูงอายุที่สนใจในประเด็นอาหารปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุที่สนใจประเด็นการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และ ผู้สูงอายุที่มีความสนใจประเด็นจิตอาสาการบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม จำนวน 30 คน ทั้งนี้มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี และสมัครใจสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ได้จนครบกระบวนการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวกรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2562) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยรูปแบบนี้ มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของกลุ่มผู้นำชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถวางแผน ออกแบบกิจกรรมสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ สร้างความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) คือ การอบรมให้ความรู้แก่คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ การสนับสนุนข้อมูลจากภาคีเครือข่าย 2) กระบวนการ (Process) คือ การประชุม การวางแผนกิจกรรม การดำเนินงานและติดตามผล โดยมีการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และ 3) ผลลัพธ์ (Output/Outcome) ผู้สูงอายุมีความรู้ มีความตระหนัก และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง สามารถดำเนินงานต่อเนื่องได้ โดยมี ตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ การเกิดชมรมที่สามารถออกแบบกิจกรรมเองได้ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น และการมีระบบการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม

## 2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี ประยุกต์ใช้แบบประเมิน Geriatric Assessment (GA) ปีพ.ศ. 2564 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ, 2564) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ด้านสุขภาพปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุด้านการเคลื่อนไหว (Timed Up and Go (TUG)) หากใช้เวลาทำแบบทดสอบ  $\geq 12$  วินาที ถือว่าเสี่ยงต่อการหกล้ม กิจกรรมประจำวัน (Barthel ADL) ประเมินความสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวัน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ กินอาหาร ฯลฯ คะแนนที่ลดลงบ่งชี้ถึงการพึ่งพิงมากขึ้น ด้านความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD Risk Score) ประเมินโอกาสเสี่ยงเป็นร้อยละใน 10 ปีข้างหน้า  $< 10\%$  = ต่ำ  $10-19\%$  = ปานกลาง  $20-29\%$  = สูง  $\geq 30\%$  = สูงมาก การมองเห็น (Snellen Chart) หากมองเห็นต่ำกว่า 20/40 ถือว่ามีความผิดปกติ ภาวะกระดูกพรุน (OSTA Index) ค่า  $\leq -1$  ถือว่ามีความเสี่ยงสูง สุขภาพช่องปาก ประเมินจำนวนฟันใช้งาน การบดเคี้ยว อาการปากแห้ง และความต้องการทันตกรรม ประเมินภาวะรู้คิดบกพร่องด้วย MMSE-Thai 2002 พิจารณาตามระดับการศึกษา ดังนี้ ผู้มีการศึกษาไม่เกินระดับประถมตอนต้น หากได้คะแนนต่ำกว่า 14 คะแนน จะถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมปลายถึงมัธยมต้น หากได้คะแนนต่ำกว่า 17 คะแนน และผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่มัธยมปลายขึ้นไป หากได้คะแนนต่ำกว่า 22 คะแนน ก็จะถือว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเช่นเดียวกัน ส่วนแบบคัดกรอง Geriatric Depression Scale - 6 (GDS-6) 6 ข้อคำถาม คะแนน 1 บ่งชี้ภาวะซึมเศร้า คะแนน 0 หากตอบในทิศทางไม่บ่งชี้ หากได้ 2 คะแนนขึ้นไป แปลผล ว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า

2.2 คำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการกำหนดกิจกรรมการประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการถอดบทเรียน ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนโนนสูงเป็นปัจจุบันอย่างไร 2) รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโนนสูงควรเป็นอย่างไร 3) กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร 4) การดูแลผู้สูงอายุควรมีผลลัพธ์ หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกรอบแนวคิดมาตรฐานของโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2562) และแบบประเมิน Geriatric Assessment (GA) ปีพ.ศ. 2564 (กรมการแพทย์, 2564) เป็นแบบประเมินกลางที่เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใหม่ ส่วนแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นแบบคำถามปลายเปิด สร้างจากกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุ และจากการทบทวนวรรณกรรม และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) ระหว่าง 0.67-1.00

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมก่อนการวิจัย มีการดำเนินการดังนี้

- 1.1 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานชุมชน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประชากร
- 1.2 ประสานพื้นที่และชุมชน ขอความร่วมมือ เพื่อแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์ รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน
- 1.3 จัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเข้าพบเพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีและชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ แผนกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวม ในขั้นตอนนี้ทีมวิจัยได้รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิโดยประสานข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในเวชระเบียนทั้งหมด 350 คน

### 2. ขั้นปฏิบัติการวิจัย

#### 2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) มีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

2.1.1 ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน Geriatric Assessment (GA) ปี 2564 (กรมการแพทย์, 2564) ในผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวน 108 คน

2.1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพสถานการณ์สุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัญหาอุปสรรคในปัจจุบัน 1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนโนนสูงเป็นปัจจุบันอย่างไร 2) รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโนนสูงควรเป็นอย่างไร 3) กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร และ 4) การดูแลผู้สูงอายุควรมีผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างไรจากกลุ่มภาคีเครือข่าย 176 คน โดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 90-120 นาที โดยประเด็นคำถามคือ โดยทีมวิจัยได้จัดกลุ่มในการสนทนากลุ่มดังนี้ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คน 2) แกนนำชุมชนที่เป็นสมาชิกสภาเทศบาลตำบล 1 กลุ่ม จำนวน 11 คน 3) ตัวแทนผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55-60ปี) 5 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คน และ 4) ตัวแทนผู้สูงอายุ 5 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คน

2.1.3 จัดเวทีคืนข้อมูลทั้งข้อมูลภาวะสุขภาพที่วิเคราะห์ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและข้อมูลภาวะสุขภาพที่รวบรวมได้จากข้อมูลทุติยภูมิ แก่กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ รวมจำนวน 176 คน ใช้เวลาในการจัดเวทีคืนข้อมูลและสะท้อนข้อมูล 1 วัน

2.1.4 กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ รวมจำนวน 176 คน ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และร่วมกัน  
กำหนดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ

## 2.2 ชั้นปฏิบัติการ (Action)

2.2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ภาคีเครือข่าย 176 คน เพื่อวางแผนกำหนดกิจกรรม  
รายละเอียดในแต่ละกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ โดยกำหนด  
กลุ่มเป้าหมายจากผู้สูงอายุ 108 คน

2.2.2 ภาคีเครือข่ายมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ชุด  
เพื่อติดตามและเป็นทีมสังเกตการณ์การดูแลผู้สูงอายุของแต่ละกลุ่มประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 คน  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน แกนนำชุมชนจำนวน 1 คน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ จำนวน 1 คน  
ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และกรรมการชมรมผู้สูงอายุจำนวน 1 คน ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน  
2565

2.2.3 แบ่งผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 4 กลุ่มโดยสมัครใจโดยกลุ่มที่ 1  
เป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงทั้งหมดในตำบลโนนสูง จำนวน 18 คน กลุ่มที่ 2 เป็น  
ผู้สูงอายุที่สมัครใจและสนใจในประเด็นอาหารปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน กลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุ  
ที่สนใจประเด็นการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ 4 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มจิตอาสา จำนวน 30 คน  
แต่ละกลุ่มมีการวางแผนจัดกิจกรรมของกลุ่มตนเองร่วมกับภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพ ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง  
จะมีกลุ่มจิตอาสาเข้าไปดำเนินการดูแลเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ

2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Observation) การสังเกตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวม  
หลักฐานการปฏิบัติตั้งแต่ก่อนดำเนินงาน ระหว่างดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน จากการประชุมกลุ่มย่อย  
ทั้งนี้มีการนิเทศ ติดตาม โดยทีมภาคีเครือข่ายมีหน้าที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ  
ทั้ง 4 กลุ่ม และในแต่ละเดือนคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจะนำผลการดำเนินงาน  
ปัญหาและอุปสรรคของแต่ละกลุ่มย่อยในแต่ละเดือนมาสรุปวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุ  
ตามผลลัพธ์มากยิ่งขึ้นในเดือนถัดไป ทั้งนี้มีการประชุมเพื่อการติดตามงานทุกเดือนในระหว่างการนำรูปแบบไปใช้  
ในกลุ่มตัวอย่างตลอด 6 เดือน จากเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2565

2.4 ชั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีสรุปบทเรียนการดำเนินงาน ซึ่งเป็นขั้นตอนการ  
ถอดบทเรียนการดำเนินงานผลลัพธ์รวมถึงการเปลี่ยนแปลง ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั้ง 108 คน และ  
ถอดบทเรียนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 4 กลุ่มร่วมกับคณะกรรมการทั้ง 4 ชุด ดำเนินการ  
ในเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2566

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ (หมายเลขรับรอง IRB BCNU 300/02/2565) ในการดำเนินการวิจัย ทีมวิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเคารพ โดยให้ความสำคัญในความคิดเห็นและการตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ด้านสิทธิประโยชน์ ผู้สูงอายุจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และด้านความยุติธรรม โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ทุกคนมีสิทธิที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน และกิจกรรมที่มีการบันทึกภาพ การบันทึกเสียง หรือจดบันทึก การสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทราบทุกครั้ง

## ผลการวิจัย

### 1. สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

#### 1.1 ข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนและภาวะสุขภาพ

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่าประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.95 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่นร้อยละ 92.85 และยังมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 65.71 เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ บางคนมีสุขภาพมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 34.29 ด้านปัญหาสุขภาพ โรคที่ผู้สูงอายุเป็น 3 อันดับแรก คือโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็น ร้อยละ 51.66 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ โรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 33.33 โรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10.00 ทั้งนี้ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 50.86 มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ในขณะที่มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 38.86 ที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์สาเหตุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเดินทางลำบาก ไม่มีลูกหลานพามา และต้องดูแลหลานที่บ้านแทนพ่อแม่ที่ไปทำงาน ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถนั่งเป็นเวลานานได้ นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมส่วนหนึ่งไม่ได้อยู่ประจำในชุมชน ต้องเดินทางไปทำงานในตัวเมือง หรือยังมีงานประจำอยู่ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลเบื้องต้นผู้สูงอายุในชุมชนและภาวะสุขภาพ

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้สูงอายุ	
ประชากรทั้งหมดในเขตตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี	2,065
ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป)	350 (16.95)
ประเภทของผู้สูงอายุ	
ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม)	325 (92.85)
ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน)	7 (2.00)
ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง)	18 (5.14)
สุขภาพของผู้สูงอายุ	
ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ	230 (65.71)
ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (บางคนมีโรคสุขภาพมากกว่า 1 โรค)	120 (34.29)
โรคความดันโลหิตสูง	62 (51.66)
โรคเบาหวาน	40 (33.33)
โรคข้ออักเสบ ข้อเสื่อม	12 (10.0)
โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมปิดอุดกั้นเรื้อรัง	2 (1.67)
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย	6 (5.0)
ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำ	178 (50.86)
ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ	136 (38.86)
ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการหกล้ม เช่น หกล้มจากทำยีน/ตกจากเตียง เก้าอี้หรือ ตกจากที่สูง	40 (11.43)

**1.2 ข้อค้นพบข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็นปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ** พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ บางคนขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุบางคนต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงด้วย และบางคนมีภาวะเลี้ยงดูหลานที่อยู่ในวัยเด็กและ/หรือวัยรุ่น เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ผู้สูงอายุเหล่านี้บางส่วนพร้อมความรู้และ/หรือความตระหนักในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีปัญหาขาดผู้ดูแลตลอดระยะเวลา เนื่องจากเป็นครอบครัวเดี่ยว ขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือไม่มีวัฒนธรรมเครือญาติในการช่วยเหลือดูแล บางรายพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเสาหลักของครอบครัวในการหารายได้ ทำให้มีภาระค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ครอบครัวและผู้ดูแลบางส่วนยังพร้อมความรู้ความเข้าใจในการดูแลหรือการส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

**1.3 ข้อค้นพบด้านแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ** ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง ซึ่งมีสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุเป็นอย่างดี มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน ที่ผ่านมามีชมรมผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้มีบทบาทชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาาร่วมกัน และชุมชนไม่มีการวางแผนงานโครงการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

## 2. รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุข้างต้น คณะผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้ตกลงร่วมกันในการนำร่อง ในพื้นที่ชุมชนเสมาก่อน เนื่องจากเป็นชุมชนใหญ่ ใกล้ตลาด และใกล้ รพ.สต.โนนสูง โดยร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการตามโครงการที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและคณะทำงานโดยประชุมคณะทำงานและชมรมผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์ในการประชุมดังนี้

- 1) เพื่อปรับแผนและออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงการร่วมกันให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาอุปสรรคและการปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

**กิจกรรมที่ 2** การอบรมพัฒนาศักยภาพให้ความรู้แก่คณะทำงานทุกชุดและชมรมผู้สูงอายุ การอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง พิจารณาให้ความรู้ตามสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน ประกอบด้วย 1) การบริหารสมอง และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยมีการนัดหมายและจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง กิจกรรมสันทนาการ เช่น ดนตรี เป็นต้น 2) การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างปลอดภัยและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 3) การปลูกผักและการทำเกษตรอินทรีย์ การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ อาหารเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

**กิจกรรมที่ 3** ทีมดูแลสุขภาพทั้ง 4 กลุ่ม ได้ดำเนินกิจกรรมย่อยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเป้าหมายดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุกลุ่มการออกกำลังกาย จำนวน 30 คน มีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม เช่นการรำไม้พลอง การใช้ผ้าขาวม้ามัดตราและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายร่วมกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายที่บ้านเพิ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

- 2) ผู้สูงอายุกลุ่มบำเพ็ญประโยชน์จิตอาสา จำนวน 30 คน มีการรวมกลุ่มเพื่อการประกอบศาสนกิจตามหลักศาสนา เช่น เข้าวัดฟังธรรมเดือนละ 4 ครั้ง (วันพระ) ส่งเสริมการสวดมนต์ นั่งสมาธิและวิปัสสนาที่บ้านทุกวัน

นอกจากนี้กลุ่มนี้ยังมีกิจกรรมเพื่อสังคมเพื่อยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุ เช่น การบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมจิตอาสา ทำความสะอาดชุมชนเพื่อทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน การถ่ายทอดภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุให้แก่เด็กเยาวชน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมทั้งกิจกรรมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยติดเตียง

3) ผู้สูงอายุกลุ่มอาหารปลอดภัย จำนวน 30 คน รวมกลุ่มกันประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ รพ.สต. ทุกสัปดาห์ในวันคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูง ส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนมีการปลูกผัก ปลอดภัยสำหรับใช้ประกอบอาหารในครัวเรือน

4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงจำนวน 18 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านจากคณะทำงานและชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ให้การช่วยเหลือตามสภาพการณ์ของผู้สูงอายุ เช่นการทำแผลกดทับการสอนญาติ พลิกตะแคงตัว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสายสวดยปัสสาวะ การวัดระดับน้ำตาล การวัดระดับความดันโลหิต การวัดดัชนีมวลกาย การให้ความรู้อาหารเฉพาะโรค และการดูแลสิ่งแวดล้อมของครัวเรือน การบริหารสมอง การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในลักษณะ “เพื่อนช่วยเพื่อน” การให้กำลังใจ การสนับสนุนอุปกรณ์ การแพทย์ที่จำเป็นเช่น แพนเพิร์ส สำลี ถูมมือ และการกำจัดขยะติดเชื้อ

### 3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้เกิด แก่นนำชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคณะกรรมการที่มีความสามารถออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ในชุมชน จากการนำข้อมูลคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ มาออกแบบกิจกรรม จัดประชุมติดตามงานทุกเดือน และจัดเวทีสรุปทบทวนการดำเนินงาน และมีการสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

**3.1 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ** จากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงในการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 108 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 70.37) อายุ 70-74 ปี (ร้อยละ 33.33) การศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.92) มีสิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิผู้สูงอายุ (ร้อยละ 73.15) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกาย โดยส่วนใหญ่มีการมองเห็นในระยะ 3 เมตร (ร้อยละ 83.33) การบดเคี้ยวฟัน 20 ซี่ขึ้นไป และมี 4 คู่สบ (ร้อยละ 51.85) ไม่มีประวัติการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 71.30) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปี (ร้อยละ 68.52) มีผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อเข่า (ร้อยละ 52.78) และ เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (TUGT) พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาในการเดินน้อยกว่า 30 วินาที (ร้อยละ 73.15) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 52.78)

**3.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพ** ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน พบว่า ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 79.63) ส่วนระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการดำเนินงาน จากร้อยละ 68.52 เป็นร้อยละ 71.30 และการผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังการดำเนินงานลดลงกว่าก่อน

การดำเนินงาน ร้อยละ 76.85 เป็น ร้อยละ 72.22 นอกจากนั้นพบผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.33 เป็น ร้อยละ 91.67 และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงจากเดิม ร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 12.04

**3.3 ผลการถอดบทเรียน** รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเสมอ เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมและพัฒนาชุมชนที่ผ่านมา พบว่าชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่กระบวนการคิดริเริ่มโครงการน้อย โดยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือมากกว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานอย่างแท้จริง เมื่อคณะผู้วิจัยได้นำเอาแนวกรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการสนับสนุนชุมชนให้มีศักยภาพ พบว่าชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมตั้งแต่กระบวนการคิดริเริ่ม ดำเนินกิจกรรม ประเมินกิจกรรม และปรับปรุงกิจกรรม ได้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตามสภาพการณ์จริงและสอดคล้องตามความต้องการของชุมชน

**3.4 การเปลี่ยนแปลง** ชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง และสามารถออกแบบดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ภายใต้บริบทของชุมชนและยังพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโดยการดำเนินงานของชุมชนและภาคีเครือข่าย ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงผลของการดูแลสุขภาพและมีการดูแลตนเองมากขึ้นโดยมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายที่บ้านหรือรวมกลุ่มออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการปลูกผักกินเองที่บ้าน ผู้สูงอายุใส่ใจสุขภาพของตนเองและร่วมใช้เวลาร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น ในส่วนผู้สูงอายุที่ติดเตียงนั้นก็ได้รับการดูแลจากแกนนำและชมรมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีกำลังใจจากการเยี่ยมและได้รับความช่วยเหลือตามความจำเป็น และที่สำคัญส่งผลให้ชุมชนและครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยครอบครัวชุมชนเข้ามาบทบาทและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

## การอภิปรายผล

การประยุกต์รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกำหนดขึ้นภายใต้บริบทและสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นการดูแลแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกายจิตใจสังคมและสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับการสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)) ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อร่วมมือกันดูแลผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ทางสุขภาพกาย มิติทางสังคมและจิตใจ สิ่งแวดล้อม รวมถึงการวางแผนการดูแลและช่วยให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ (Stuck, Siu, Wieland, Adams, & Rubenstein, 1993) อันจะนำไปสู่ความยั่งยืน จุดเด่นการนำแนวคิดโครงการ สสส. มาเป็นใช้ ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบมีการบูรณาการทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และบูรณาการองค์ความรู้ ทำให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพมากขึ้น และกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังช่วยสร้างความตระหนักถึง

ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและนำไปสู่การยอมรับและสนับสนุนจากสมาชิกในชุมชน รวมทั้งการดำเนินงานผ่านชมรมผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งการดำเนินโครงการนี้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของ สสส. ที่มุ่งเน้นการใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลัง ได้แก่พลังปัญญา พลังสังคม และพลังนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) สอดคล้องกับการวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่พบว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมนั้นส่งผลให้แกนนำมีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้นนับเป็นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน (ณภัช สัจจนกุล และคณะ, 2565; Greenfield, 2016)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในลักษณะนี้อาจมีความท้าทาย เช่น การประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย เนื่องจากแต่ละภาคส่วนอาจมีเป้าหมาย วิธีการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน การสร้างกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การจัดตั้งคณะกรรมการร่วมหรือการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร จะช่วยให้การทำงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น (สุรีย์ บุญญานุพงศ์ และคณะ, 2562) การจัดการความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากความแตกต่างในความคิดเห็น วิธีการทำงาน หรือการจัดสรรทรัพยากร การมีกระบวนการจัดการความขัดแย้งที่ชัดเจน เช่น การเจรจาไกล่เกลี่ย หรือการใช้เทคนิคการแก้ปัญหาร่วมกันจะช่วยลดผลกระทบของความขัดแย้งและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่าย และรักษาความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมในระยะยาว (ศิริพร จิรวินน์กุล และคณะ, 2563) และการศึกษาวิจัยสอดคล้องกับ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีการออกแบบกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทจะส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างแท้จริง อธิบายได้ถึงเดิมชุมชนมีทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่ดีงามเพียง แต่ขาดกลไกที่จะช่วยเชื่อมโยงเกิดความยั่งยืนงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดกลไกดังกล่าว

นอกจากนี้การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจากการประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น โดยจากปัญหาประชาชนและผู้สูงอายุจำเป็นต้องอยู่บ้านเป็นเวลานานในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เพื่อป้องกันการระบาดของ โควิด-19 และจากการที่บุตรหลานไม่สามารถมาเยี่ยมได้ ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ชมรมผู้สูงอายุจึงได้จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า และการจัดกิจกรรม 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มปลูกผักปลอดภัย กลุ่มปฏิบัติศาสนกิจ และกลุ่มจิตอาสา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายตามความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ได้ให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ ตามความสมัครใจของตนเอง ผลการศึกษาพบว่าจำนวนความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผลกระทบระยะยาวจากโควิด-19 (Long COVID) เสี่ยงต่อความจำเสื่อม สมาธิ นอนไม่หลับ และซึมเศร้า เช่นเดียวกับงานวิจัยจากประเทศเกาหลีใต้ที่พบผู้ป่วยที่ประสบปัญหา Long COVID มักมีอาการผิดปกติที่พบบ่อย คือด้านความคิดวิเคราะห์ ความจำ ซึมเศร้า วิตกกังวล และสมาธิ (Kim, Bae, Chang, & Kim, 2023)

## การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

กรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการสนับสนุนชุมชนให้มีศักยภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ทำให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ในการค้นหาปัญหาจากชุมชน และสามารถนำมาวางแผนงานทั้งในแผนงานโครงการระยะสั้นและแผนระยะยาวได้

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทของชุมชนส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมดีขึ้นแต่อย่างไรก็ตามควรมีการวางแผนการทำวิจัยในระยะยาวเพื่อติดตามความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และควรมีการวิจัยการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ไปปรับใช้และศึกษาหาแนวทางในการพัฒนาในกลุ่มวัยอื่น

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2564). *คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565 จาก [https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/02/book-2564-02\\_2.pdf](https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/02/book-2564-02_2.pdf).
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อัมรินทร์คอร์ปอเรชันส์ จำกัด มหาชน.
- ณปภัช สัจจนกุล และคณะ. (2565). *เอกสารสรุปการวิจัย (Research Brief) เรื่องการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ข้อเสนอตัวแบบนโยบายจากบทเรียนต่างประเทศ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (2563). การจัดการความขัดแย้งในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(2), 39-50.
- สังวาล จ่างโพธิ์.(2564). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 7(2), 165-183.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565 จาก <https://www.thaihealth.or.th>.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2565*. กรุงเทพฯ: กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม.
- สุรีย์ บุญญานุกพงศ์ และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(3), 278-291.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 57-69.
- อารี พุ่มประไวยุทธ์ และจรรยา เสียงเสนาะ. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 160-175.
- Greenfield, E. A. (2016). Support from Neighbors and aging in place: Can NORC programs make a difference?. *The Gerontologist*, 56(4), 651-659. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu162>
- Kemmis, S., Mctaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Singapore: Springer.
- Kim, Y., Bae, S., Chang, H. H., & Kim, S. W. (2023). Long COVID prevalence and impact on quality of life 2 years after acute COVID-19. *Scientific Reports*, 13(1), 11207. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36995-4>
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., & Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet (London, England)*, 342(8878), 1032-1036. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-v](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-v)
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). *World Population Ageing 2019*. New York: the United Nations.