



การ

พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อภิชัย คุณิพงษ์^{1*}ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด²

รับบทความ: 2 มีนาคม 2568 แก้ไขบทความ: 8 เมษายน 2568 ตอรับบทความ: 17 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

บทความวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 74 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 54 คน รวม 128 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 5.20 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นต้องมีผู้ดูแล และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย (1) การสร้างเครือข่าย (2) การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย (3) การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (4) การเยี่ยมบ้านกลุ่มติดบ้านติดเตียง (5) การสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยง (6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 3) ภายหลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่เข้มแข็ง 2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹⁻² คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

* อีเมล: apichai.iesa@gmail.com

Development of a Health Care Model for Elderly by Community Participation, Bang Pahan Subdistrict, Bang Pahan District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Apichai Khunepong ^{1*}

Srisurang Eamsa-ard ²

Abstract

The purpose of this participatory action research article 1) study the situation and challenges in elderly healthcare 2) develop a community-based participatory elderly healthcare model, and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study sample included 74 dependent elderly individuals and 54 stakeholders, totaling 128 participants selected through purposive sampling. Data were collected using questionnaires and focus group discussions, and analyzed using descriptive statistics, t-tests, and content analysis. The research results were found as follows; (1) 5.20% of the elderly were homebound, with most suffering from chronic non-communicable diseases, requiring caregivers, and being at risk of complications; (2) the community-based participatory elderly healthcare model comprised six key components: (1) network establishment, (2) capacity building for stakeholders, (3) caregiver training, (4) home visits for homebound and bedridden elderly, (5) support from mentor teams, and (6) knowledge exchange; and (3) after implementation, the elderly had significantly improved quality of life at a .05 significance level. Key success factors included: (1) a strong sub-district committee, (2) effective collaboration among multidisciplinary teams and relevant personnel, and (3) commitment and dedication of elderly caregivers.

Keywords: Health Care Model, Elderly, Community Participation

¹⁻² Faculty of Public Health, Institute of Entrepreneurial Science Ayothaya

* Email: apichai.iesa@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ถือเป็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากร จะเห็นว่าในหลายประเทศกำลังก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” กล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และอีกหลายประเทศ กลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” กล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) สำหรับสถานการณ์และโครงสร้างทางประชากรของประเทศในกลุ่มประชาคมอาเซียนมีความแตกต่างกันไปโดยประเทศไทยอยู่ในกลุ่มที่มีโครงสร้างทางประชากร เป็นประชากรสูงวัยมีสัดส่วนของประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นโดยคิดเป็นอย่างน้อยร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) เนื่องจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมาได้มีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีความเจริญก้าวหน้าทั้งด้านการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมโดยองค์การสหประชาชาติถือว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์กล่าวคือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ.2565 และร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

จากการศึกษาสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2565 มีประชากรทั้งหมดจำนวน 667,661 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 142,617 คน คิดเป็นร้อยละ 21.36 โดยอำเภอบางปะหัน เป็นอำเภอหนึ่งที่เป็นสังคมผู้สูงอายุระดับ 2 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 24.47 เป็นอำเภอที่มีผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) มากที่สุดของจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 91.81 จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม (12-20 คะแนน) จำนวน 7,004 คน ร้อยละ 96.71 กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) จำนวน 181 คน ร้อยละ 2.60 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 67 คน ร้อยละ 0.79 รวมกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวน 238 คน ร้อยละ 3.29 (ที่มา : ข้อมูลจาก HDC วันที่ 4 กรกฎาคม 2565) จากรายงานการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ร้อยละ 2.8 มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 5.08 มีปัญหาด้านการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 4 สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 1,423 คน มีผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและติดบ้าน จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 5.20 จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว องค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมทุกด้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม สนับสนุนและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน ตั้งแต่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นักบริหารผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล โรงพยาบาล และภาคเอกชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องตามความต้องการของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีพื้นฐานจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงอายุ โดยสามารถแบ่งออกเป็นหัวข้อสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในการประเมินความเป็นอยู่ของบุคคล โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ให้คำจำกัดความว่าเป็นแนวคิดหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และระบบค่านิยมของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Campbell (1976) ที่มองว่าคุณภาพชีวิตครอบคลุมมิติด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกจากนี้ Dean (1985) ยังเน้นว่าคุณภาพชีวิตสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต สุขภาวะ และความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล WHO ได้พัฒนาเครื่องมือ WHOQOL-BREF ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 1995) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลากหลายบริบท

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและภาวะพึ่งพิง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุถูกกำหนดโดย WHO (2010) ว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ในบางประเทศอาจกำหนดเกณฑ์อายุที่ 65 ปี ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้กำหนดแนวทางการจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ดัชนี Barthel ADL เป็นเกณฑ์ประเมินความสามารถในการดำรงชีวิต

ประจำวัน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (คะแนน 12 ขึ้นไป) ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้ กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) ที่ต้องการการดูแลบางส่วน และ กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน) ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ โดย Arnstein (1969) ได้เสนอ บันไดการมีส่วนร่วมของประชาชน (Ladder of Citizen Participation) ซึ่งแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 8 ขั้น ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลไปจนถึงการมีอำนาจตัดสินใจในเชิงนโยบาย Pretty (1995) ได้พัฒนาแนวคิดเพิ่มเติม โดยแบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่การไม่มีส่วนร่วมเลยจนถึงการมีส่วนร่วมแบบพัฒนาและการร่วมมืออย่างแท้จริง แนวคิดเหล่านี้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนสามารถมีบทบาทในการสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระยะนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ รวมถึงการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนี Barthel ADL Index และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย WHOQOL-BREF-THAI นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเข้าใจปัญหา ความต้องการ และบริบทของชุมชนอย่างรอบด้าน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จากข้อมูลที่ได้ใน ระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยยึดแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) **การวางแผน (Planning):** ร่วมกับภาคีในชุมชนในการกำหนดเป้าหมาย แนวทาง และกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (2) **การปฏิบัติ (Action):** ดำเนินการตามแผนที่ได้ร่วมกันวางไว้ เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และการจัดระบบดูแลแบบบูรณาการ (3) **การสังเกต (Observation):** เก็บข้อมูลการมีส่วนร่วม ผลลัพธ์ และข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล และ (4) **การสะท้อนกลับ (Reflection):** ประเมินและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานผ่านการประชุมสรุปร่วมกับชุมชน

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวเมื่อถูกนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และทำการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ โดยใช้

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI และแบบประเมิน Barthel ADL Index เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมถึงการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางปะหันทั้งหมด 1,423 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน รวมถึงประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันโดยใช้ ดัชนี Barthel ADL Index แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (คะแนน ≥ 12) กลุ่มติดบ้าน (คะแนน 5-11) และกลุ่มติดเตียง (คะแนน ≤ 4) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.82 - 0.86 ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ WHOQOL - BREF - THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตต่ำ (26-60 คะแนน), ปานกลาง (61-95 คะแนน), และดี (96-130 คะแนน) และชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่มศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรของ Kemmis & McTaggart (1988) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วางแผน (Planning) ร่วมกับชุมชนเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพ (2) ลงมือปฏิบัติ (Action) โดยให้ผู้สูงอายุและเครือข่ายมีส่วนร่วม (3) สังเกตผล (Observation) รวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล และ (4) สะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบดำเนินการระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยการทดสอบค่าที่ก่อน-หลังแบบกลุ่มเดียว (Dependent t-test) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เอกสาร สนทนากลุ่ม และสังเคราะห์ข้อมูล แล้วนำเสนอในรูปแบบการบรรยายเชิงพรรณนา โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (รหัสโครงการ 2/2567) ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

ทราบถึงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,423 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและติดบ้าน ร้อยละ 5.20 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือด และมีความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งการทํากิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมยารับประทาน ยาฉีดประจำตัว รวมทั้งต้องดูแลพาไปตรวจรักษาพยาบาลตามนัด บางรายมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม และปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น รู้สึกเหงา มีจิตใจที่หดหู่ และมีความรู้สึกไร้ค่า

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย

2.1 การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินการดังนี้

2.1.1 การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยการบูรณาการกระบวนการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่ พบว่า มีการสนับสนุนการดำเนินการเป็นอย่างดี โดยบูรณาการร่วมกับแผนงานและโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลบางปะหัน ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบางปะหัน

2.1.2 การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางปะหัน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางปะหัน เป็นประธาน ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนผู้สูงอายุ ผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปะหัน เป็นกรรมการและเลขานุการ

2.1.3 การทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลบางปะหันมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการสอบถามพบว่า คณะกรรมการยังขาดความมั่นใจในการดำเนินงานและไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงได้ทำการทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเรื่องบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามที่กำหนด

2.2 พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบางปะหัน เกี่ยวกับการบริหารจัดการ การจัดทำแผนงานโครงการ การควบคุมกำกับ และการติดตามประเมินผล

2.3 การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าอบรมจำนวน 10 คน ได้รับงบประมาณในการจัดอบรมจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ท้องถิ่นตำบลบางปะหัน ได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปะหัน พร้อมทั้งมีการฝึกปฏิบัติเขียนแผนการดูแลผู้ป่วย (care plan) และแนวทางการเยี่ยมผู้สูงอายุ

2.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นแกนร่วมในการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุเขียนแผนการเยี่ยมและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เมื่อได้มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้วผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการคัดกรองผู้สูงอายุในเขตตำบลบางปะหัน จำนวน 1,423 คน มีคัดกรองผู้สูงอายุจากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่มีคะแนนประเมินตั้งแต่ 4-11 คะแนนจำนวน 74 คน โดยมีแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ ผู้จัดการระบบการดูแล คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปะหันร่วมประเมินคัดกรองผู้สูงอายุจากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุโดยเขียนเป็นแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับผู้จัดการระบบการดูแลติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุตามแผนที่กำหนดไว้ตามความจำเป็นในแต่ละราย โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อนของผู้สูงอายุ ผู้จัดการระบบการดูแล ติดตามเยี่ยมและประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งประชุมปรึกษาเพื่อปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางปะหัน

2.5 ทีมพี่เลี้ยงนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ โดยทีมพี่เลี้ยงคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปะหัน นิเทศติดตามการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตำบลบางปะหัน โดยติดตามการเยี่ยมผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยตัวแทนขององค์การบริหารส่วนตำบลบางปะหัน กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปะหัน จำนวน 21 คน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและร่วมกันสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งร่วมกันค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลบางปะหัน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ด้านร่างกาย	2.79	0.61	3.19	0.71	40.49	<.001*
ด้านจิตใจ	2.86	0.56	3.32	0.70	45.31	<.001*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.76	0.54	2.98	0.58	46.27	<.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.14	0.51	3.51	0.78	56.27	<.001*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.89	0.56	3.25	0.69	47.09	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน พบว่า ภายหลังจากการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทำการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

4.1 มีคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ให้ความตระหนักและมีความรับผิดชอบในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง และต่อเนื่อง

4.2 การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลบางปะหันครั้งนี้ เกิดจากการประสานความร่วมมือดำเนินการระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

4.3 อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและ อสม. ให้ความสำคัญและให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบตามแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างดี

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพหลายประการโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันและการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เต็นนภา ทองอินทร์ วรพจน์

พรหมสัตยพรต และเทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด ปวดบวม แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุยังต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม พบว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีข้อจำกัดในด้านการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโครงสร้างการดูแลสุขภาพของชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ที่ระบุว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรเป็นการบูรณาการระหว่างชุมชนและระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Fillenbaum (1984) ยังระบุว่า ปัจจัยด้านสังคม เช่น การสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ผลการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้ ได้นำแนวทางการบูรณาการระหว่างทุกภาคส่วนมาใช้ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ การพัฒนาแนวทางนี้ได้รับการสนับสนุนจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ซึ่งระบุว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่หลากหลายสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ อนุชา ลาวงศ์ อนุชา ลาวงศ์, ชุตติภา บุตรดีวงศ์, เสถียรพงษ์ ศิวินา, จุไรรัตน์ แก้วพิลา, และบุญชนะ ยี่สารพัฒน์ (2564) พบว่าการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นช่วยลดปัญหาด้านภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในระยะยาว สอดคล้องกับผลการศึกษาของสังวาล จ่างโพธิ์ (2564) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และสุพิตรา เศลวัตนะกุล (2562) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (2) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและ (3) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวเมื่อถูกนำไปใช้จริง จากการประเมินผลพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่สม่ำเสมอ และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายและใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิทยา ทองหนูน้อย (2561) ที่พบว่า การพัฒนาโปรแกรม

สร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ ศิริประภา หล้าสิงห์, สุมัทนา กลางคาร และศิรินาถ ตงศิริ (2563) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ดังนั้น จากผลการวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้สูงอายุตำบลบางปะหันเผชิญปัญหาสุขภาพและขาดการดูแลที่เป็นระบบ จากการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมพบว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญ โดยการดำเนินงานเน้นการวางแผนร่วมกันและติดตามผลอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล อสม. และอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีบทบาทอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ชุมชนเป็นประจำ
2. ควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมไปปรับใช้ในชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายกัน โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับทรัพยากรและความพร้อมของแต่ละพื้นที่
3. ควรประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินโครงการให้มีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลการดำเนินโครงการในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่ใช้แนวทางการมีส่วนร่วมและชุมชนที่ใช้แนวทางการดูแลแบบเดิม เพื่อวิเคราะห์ข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบ
3. ควรเน้นการศึกษาปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และการมีส่วนร่วมทางสังคม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *KPI กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565*. <https://shorturl.asia/MJCA6>
- เด่นนภา ทองอินทร์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และเทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. (2563). การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(1), 38–49.
- พิทยา ทองหนูน้อย. (2561). *กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ศิริประภา หล้าสิงห์, สุมัทนา กลางคาร และศิรินาถ ตงศิริ. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 29–40.
- สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และสุพิตรา เศวตวันะกุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(4), 38–49.
- สังวาล จ่างโพธิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 165–183.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579)*. https://www.dga.or.th/wp-content/uploads/2018/08/file_32600e26a233b3fc9c88e48300c10334.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*.

สำนักงานสถิติพยากรณ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2565). *HDC – Dashboard*.

<https://aya.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>

อนุชา ลาวงศ์, ชุติภา บุตรดีวงษ์, เสถียรพงษ์ ศิวินา, จุไรรัตน์ แก้วพิลา และบุญชนะ ยี่สารพัฒน์. (2564).

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด. *Journal of Modern Learning Development*, 6(2), 268–277.

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117–118. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.2.117>

Dean, R. S. (1985). *Perspectives on the future of neuropsychological assessment*. Plenum Press.

Fillenbaum, G. (1984). U.S. Social Security Administration Longitudinal Retirement History Survey: Data set report. *Review of Public Data Use*, 12(4), 325–347.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rded.). Deakin University.

Pretty, J. N. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World Development*, 23(8), 1247–1263. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(95\)00046-F](https://doi.org/10.1016/0305-750X(95)00046-F)

WHOQOL Group. (1995). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of assessment (field trial version)*. World Health Organization.

WHO. (1999). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneva: WHO.

WHO. (2010). *Definition of an older or elderly person*.

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>