



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conferenceการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดHealth Care Development Model of the Elderly by Participation of Family and Partnership Networks
in Suwanaphum District at Roi-et Provinceประพันธ์ มังสระหุ (Prapan Mangsakhu)¹ สมโภช รติโอพาร (Sompoch Rattioran)²อารยา ประเสริฐชัย (Arya Prasertchai)³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาข้อมูล ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อออกแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่ตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนิน การศึกษา 2 ระยะ ระยะแรกศึกษาเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ ทั้งหมด 12,438 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 410 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้ คือ ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงาน มาตรฐานกลาง กระทรวงสาธารณสุข และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า พิสัย ระยะที่ 2 ศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง 50 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้เป็นการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิง เนื้อหา ผลการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุ พบว่า 1) พ.ศ. 2561 อำเภอสุวรรณภูมิ มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากร ร้อยละ 20.54 เข้าสู่ การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัตราป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังมี แนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.75) ไม่มีตำแหน่งหรือบทบาททาง สังคม (ร้อยละ 77.31) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 35.61 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อย ละ 37.07) 2) ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.49) ภาวะสุขภาพจิต ระดับดี (ร้อยละ 43.17) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน โดยรวมระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.78) การมีหลักประกันการดำเนินชีวิต พบว่า สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ (ร้อยละ 97.56) ไม่มีอุปสรรคอำนวยความสะดวกปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หรือมีแต่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 40.48) และ 3) รูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ (1) ด้านหน่วยบริการสุขภาพสำรวจขึ้นทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่าย เสนอข้อมูลแก่ชุมชนและ ภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ประสานการทำงานร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุก ระดับ (2) ด้านครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมจัดสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาท ของผู้สูงอายุ (3) ด้านภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้การ สนับสนุนการดำเนินงานในรูปของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ และ (4) เป้าหมายการ ดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมี หลักประกันในการดำเนินชีวิต

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม การดูแลสุขภาพ ครอบครัว ภาคีเครือข่าย

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช pan_kula@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ratiosom@hotmail.com

³ รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช araya@yaho.com



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

Abstract

The objectives of this mixed method research were : 1) to survey situation and basic elderly information; 2) to study health information, family and community participation, and elderly life assurance; and 3) to design health care model based on family and partnership network participation among the elderly at Changpuak Sub-District, Suwanaphum District in Roi-Et Province. The study was divided into 2 phases. The population for the first quantitative study was 12,438 self-assistant elderly in Suwanaphum District. A total of 410 elderly samples out of them were sampled as per sample inclusion criteria. Instruments studied were secondary data and interviewing form. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and range. The second qualitative phase was conducted in purposive 50 samples including elderly representatives, their family members, health volunteers, community leaders, elderly care givers, and health personnel. Instrument used was focus group discussion. Data were content analysis. The findings of this research were that: 1) in the year 2018 situation, about 20.54% of Thai elderly were approaching complete elderly society. Death rates of home and bed-bound elderly, high risk groups with diabetes and hypertension had been increasing. Basic elderly information. Most of them graduates Primary education (89.75%), No position or social role (77.31%), not receiving health information were 35.61%, Most of them had enough income, but not the rest (37.07%) 2) Health status showed that most of them perceived their physical status at the moderate level (50.54%), their mental status at the good level (43.17%), Participation in family and community activities. Most of them had overall participation in family and community activities at the moderate level (48.78%), elderly life assurance. Most of them had curatively service access (97.56%), no or inadequate convenient facilities for aging safety (40.48%); and 3) health care model for the elderly consisted of (1) health service units should survey elderly registration information with family and partnership networks in order to propose to their community and partnership networks, develop active and passive health service system to cover all such groups, and co-ordinate their implement with family and all partnership network levels; (2) the elderly families should participate in surveying of elderly registration, learning exchange, skill development for elderly care, and elderly role support; (3) partnership networks should participate in information development and analysis, integrate their implement with all relevant parties, support of their implement in terms of elderly club or community elderly group, define their role and duty with other offices; (4) the implementation target should cover all elderly groups in health aspect, participation in family and community activities, and having elderly life assurance.

Keywords: Elderly, Participation, Health care, Family, Partnership network



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

บทนำ

การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้และมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต เป็นเป้าหมายที่สำคัญยิ่งกว่าการมีอายุยืนยาว องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวคิดภาวะพลพลัง (active ageing) ที่แสดงถึงภาวะสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายของภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) การมีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) ความมั่นคงปลอดภัยหรือการมีหลักประกัน (Security) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้ ทำประโยชน์แก่ ครอบครัวและชุมชนได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดนี้แก่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาประชากรผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2002) เป้าหมายการจัดการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดดังกล่าว คือ การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (prevent disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระให้มากที่สุด (enhance independence) การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีจุดเน้นที่เฉพาะในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบคลุมความเป็นองค์รวม บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ซึ่งต้องพิจารณามิติความสามารถในการทำหน้าที่ และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ร่วมกับโรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ด้วยเสมอ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ การถูกลดบทบาททางสังคม ลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถูกมองว่าเป็นวัยพึ่งพิง และเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการกลายเป็นผู้รับบริการ ปัญหาความต้องการสวัสดิการจากรัฐ การแบกรับภาระด้านการรักษาพยาบาล การขาดพื้นที่ทางสังคมของผู้สูงอายุจะทวีสูงขึ้นเป็นลำดับในอนาคต (พรชัย ตระกูล วรานนท์ และคณะ, 2555) การพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการใช้ความสามารถร่วมกับการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม ภายใต้การใกล้เคียงเชิงคุณค่าระหว่างค่านิยมทางสังคมและคุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่ (มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง, 2558) การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันมีหลายแนวคิด เช่น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การดูแลต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสาน การดูแล และการเสริมพลังชุมชน (สุพัตรา ศรีวินิชชากร และคณะ, 2552) ด้านการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แม้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และศาสนาที่จะช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัวโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (เล็ก สมบัติ, 2550) การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ให้ผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หารูปแบบ แนวทาง วิธีการ/กิจกรรม ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตาม ในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยหลักการสร้างการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การรับฟังความคิดเห็น 3) การเกี่ยวข้อง 4) ความร่วมมือ และการเสริมอำนาจแก่ประชาชน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ต้องเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของชุมชน โดยคำนึงถึงวิถีชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิด



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูล (กองสุศึกษา, 2556)

พ.ศ. 2559 อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 18.62 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีถึงร้อยละ 98.07 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2559) ขณะที่การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีการดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หน่วยงานอื่นที่มีความสำคัญในการดำเนินงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ การจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการดำเนินงานดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในปัจจุบันเริ่มมีการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในบางพื้นที่แต่ยังเป็นส่วนน้อย การดำเนินงานไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวยังมีส่วนร่วมน้อย และยังไม่พบมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ

ผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตามแนวคิดภาวะพลพลัง ซึ่งมีปัจจัยที่ศึกษา 3 ประการ คือ 1) การมีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) การมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต (Security) เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย เพื่อเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ และมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในอนาคต

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

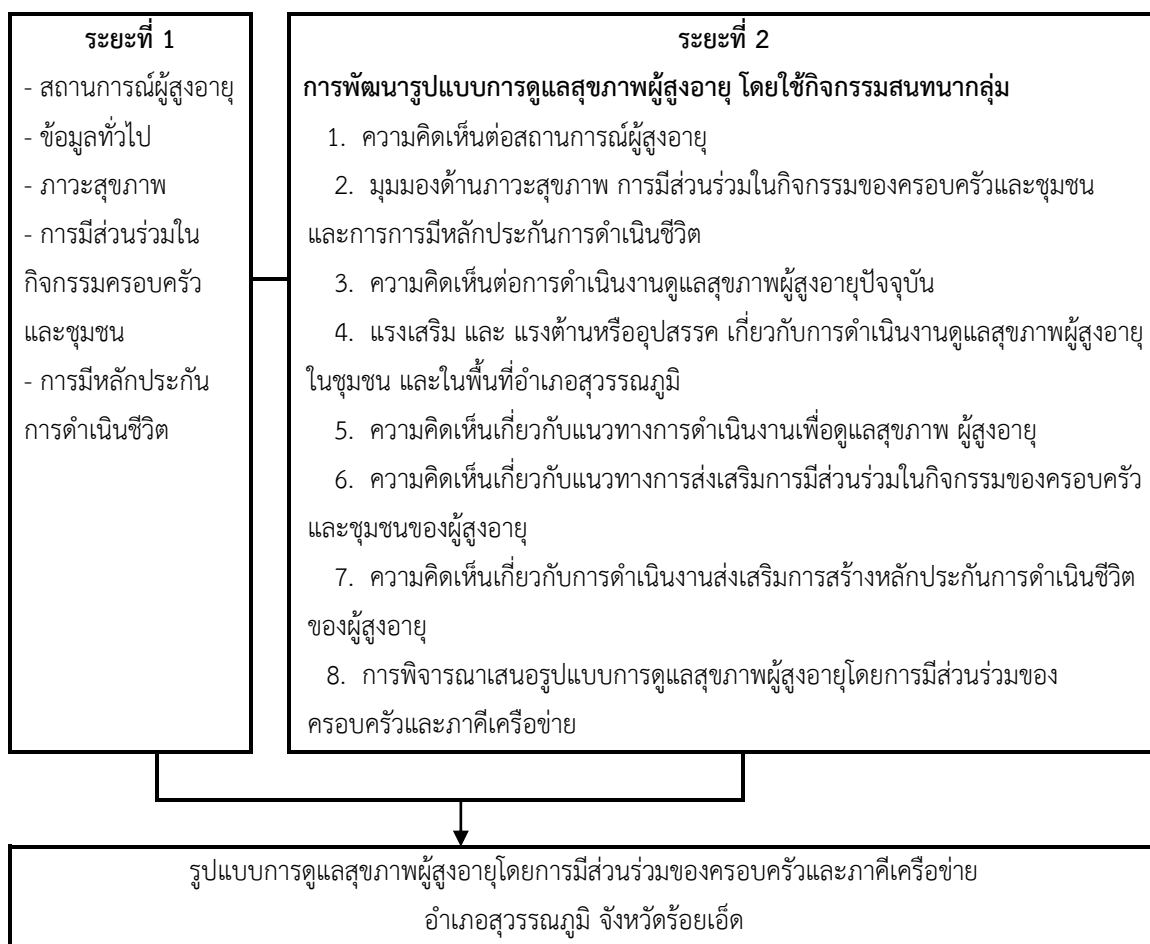


การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

3. เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1.ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการสำรวจข้อมูล เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสวรรณภูมิ ประกอบด้วย 1) สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ และ 2) ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุอำเภอสวรรณภูมิ โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเรียกว่ากลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในปีงบประมาณ 2559 ทั้งหมด 12,438 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

จำนวน 410 คน แบ่งสัดส่วนตามจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ จากรายงานมาตรฐานกลาง 43 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และ 2) แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ภาวะสุขภาพ (3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และ (4) การมีหลักประกันการดำเนินชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจในข้อคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ การฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

ระยะที่ 2 ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพ กลุ่มละ 10 คน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวม 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน เพื่อให้สมาชิกไม่รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และสามารถร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ กระบวนการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้นำสนทนากลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม 2) นำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ และร่วมแสดงความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นคำถามครอบคลุมประเด็นสถานการณ์ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แรงเสริมแรงต้านเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน การสร้างหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และการเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย รวม 8 ประเด็นคำถาม นำสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัย จัดบันทึกโดยผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มเพื่อนำมาถอดบทเรียน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา 4) ผู้นำสนทนากลุ่มสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มทั้ง 8 ประเด็นคำถาม ให้สมาชิกกลุ่มร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และปิดการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา นำเสนอรูปแบบที่พัฒนาต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม และนำมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2561 จากรายงานมาตรฐานกลาง กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ร้อยละ 20.54 อัตราเพิ่มของผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.08 ขณะที่อัตราเพิ่มประชากรโดยรวม ร้อยละ 1.29 พ.ศ. 2559-61 พบกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ภาวะเสี่ยงต่อโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะข้อเข่าเสื่อม และเสี่ยงต่อการหกล้ม อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้านการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากแผนงาน/โครงการของหน่วยบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ พบว่า หน่วยงานหลักที่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งดำเนินกิจกรรมด้านการคัดกรองภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และให้บริการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วย แต่ยังไม่สามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทุกด้านเนื่องจาก



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกพื้นที่ มีการจัดกิจกรรมตาม ประเพณีและวัฒนธรรม การจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตใจ เช่น การจัดกิจกรรมธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ เข้าวัดปฏิบัติธรรม กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย พบว่า ลักษณะของ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่จัดในพื้นที่ขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว กลุ่ม/องค์กร ต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น การดำเนินงานเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน มีกิจกรรมที่ ซ้ำซ้อนกันในเรื่อง และระบบข้อมูลยังไม่ตรงกันในแต่ละหน่วยงาน

2. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.39 อายุเฉลี่ย 71.43 ปี (S.D. = 7.954) ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 47.31 รองลงมาเป็นวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 36.58 มากกว่าครึ่งมีสถานภาพ สมรสคู่ (ร้อยละ 55.61) รองลงมา มีสถานภาพ หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 41.22 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.75) ไม่มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม (ร้อยละ 77.31) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกไม่เกิน 4 คน (ร้อยละ 60) ในจำนวนสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,594 คน พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 39.15) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 38.46 พบผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง ร้อยละ 7.07 และอาศัยอยู่ กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเท่านั้น ร้อยละ 11.71 สมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 51.95 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 35.61 แหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 23.90 รองลงมา คือ โทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และวิทยุ (ร้อยละ 15.37, 12.44 และ 7.80 ตามลำดับ) ส่วน ใหญ่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท (ร้อยละ 73.90) ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 37.07) รองลงมาคือ มีเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 32.93 ขณะที่พบมีไม่ เพียงพอสูงถึงร้อยละ 30.00

3. ข้อมูลภาวะสุขภาพ แบ่งเป็นภาวะสุขภาพทางกาย และภาวะสุขภาพทางจิต

3.1 ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน ร้อยละ 20.00 น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 18.53 และมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 17.56 พบเพศชายมีเส้นรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร ร้อยละ 6.96 ขณะที่เพศหญิงมีเส้นรอบ เอวเกิน 80 เซนติเมตร สูงถึงร้อยละ 38.12 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 39.76 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.10 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.15 และป่วยมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 5.37 ปัญหา สุขภาพรายด้าน พบมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย/การเคลื่อนไหวที่มากที่สุด (ร้อยละ 50.00) รองลงมา คือ การมองเห็น ร้อยละ 38.78 การนอนหลับพักผ่อน ร้อยละ 26.09 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 25.61 และการขับถ่าย ร้อยละ 22.68 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่เคยสูบบุหรี่ และไม่เคื่อดื่มสุรา (ร้อยละ 76.83, 77.3 และ 69.83 ตามลำดับ) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.49 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 40.00

3.2 ด้านภาวะสุขภาพทางจิต พบว่า เคยมีภาวะเครียดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 24.15 วิธีการจัดการ ความเครียดที่นำมาใช้มากที่สุด คือ การพูดคุยกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ไปพบเพื่อน ร้อยละ 21.71 รองลงมา คือ นั่งเล่น นอนเล่น เดินเล่น ออกกำลังกาย ร้อยละ 15.61 ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้องเพลง ฟังวิทยุ ร้อยละ 11.46 ทำสมาธิ ตั้งสติ ปล่อย วาง คิดบวก มองคนรอบข้าง ร้อยละ 11.46 ส่วนใหญ่สามารถจัดการความเครียดได้ดี (ร้อยละ 93.17) ผลการประเมินภาวะ เครียด โดยใช้แบบประเมิน ST5 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดน้อย ร้อยละ 72.68 รองลงมา คือ ปาน



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

กลาง ร้อยละ 19.75 และมากที่สุด ร้อยละ 4.39 ตามลำดับ การประเมินภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต พบว่า มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ตอบว่า มี 6 ข้อขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 20.73 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางจิต/อารมณ์ของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับ ดี ร้อยละ 43.17 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.7 และ เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 46.83)

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 79.27) มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.34) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.79) ต้องการช่วยเหลือด้านการมีส่วนร่วม ร้อยละ 45.85

5. การมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีเงินเก็บสำรองค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในอนาคต แต่อาจไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.2) รองลงมาคือ มีและเพียงพอ ร้อยละ 35.1 ทำประกันชีวิต/ฌาปนกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 84.15 ไม่มีการทำประกันการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 83.17 เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 97.56 มีผู้ดูแลนำส่งหน่วยบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 81.2 ส่วนใหญ่มีและใช้โทรศัพท์สื่อสาร (ร้อยละ 66.83) ไม่รู้จักหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินทางการแพทย์ (1669) ร้อยละ 46.59 บ้านเรือนส่วนใหญ่มีความมั่นคงแข็งแรง (ร้อยละ 84.39) ส่วนใหญ่มีการจัดสภาพแวดล้อมบ้านเรือนให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกปลอดภัย เพียงพอ ร้อยละ 59.51 ไม่มีและมีแต่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 40.49 มีสมาชิกครอบครัว/บุตรหลานคอยช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย/ดูแลตนเองไม่ได้ในอนาคต ร้อยละ 95.12 ระดับการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ มาก (ร้อยละ 51.95) ต้องการความช่วยเหลือด้านการมีหลักประกันความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (ร้อยละ 47.56)

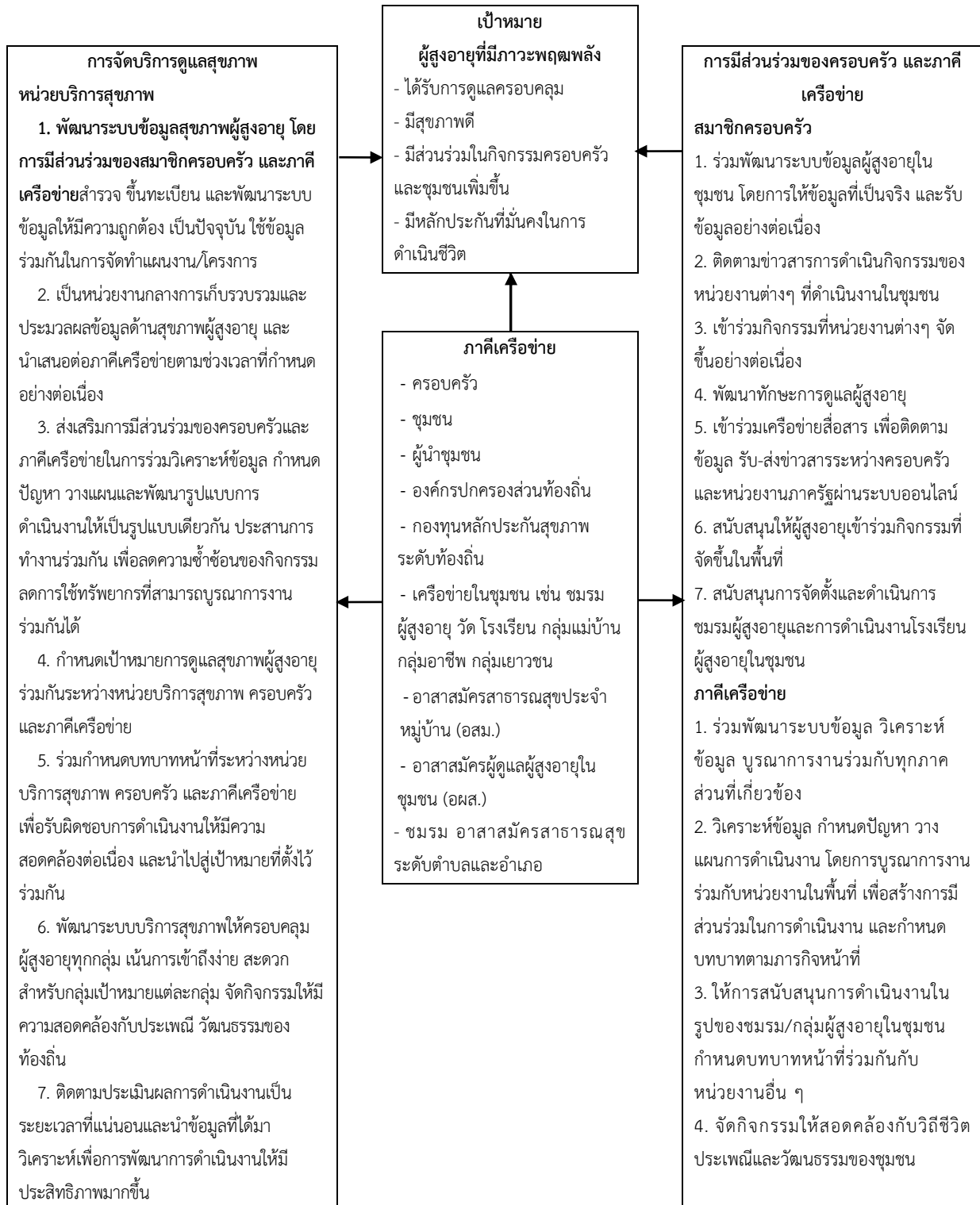
6. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จากกระบวนการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม สรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และสมาชิกครอบครัว มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลใช้ฐานข้อมูลเดียวกันในการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 2) หน่วยบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมข้อมูล นำเสนอข้อมูลต่อภาคีเครือข่าย และชุมชน ตามช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยประสานการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ 3) สมาชิกครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมเข้าไปมีส่วนร่วมจัดสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุ 4) ภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่น ๆ และ 5) เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต ดังแผนภูมิที่ 2



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด





การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

อภิปรายผลการวิจัย

จากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็ว และทำให้อำเภอสวรรณภูมิกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2561 จากรายงานมาตรฐานกลาง กระทรวงสาธารณสุข พบมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.54 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ใน พ.ศ. 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ความชุกการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อัตราตายด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559-61) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลของ ระเบียบวิจัย (2556) ที่กล่าวว่า ปัญหาที่ตามมาจากการมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น คือ ปัญหาการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social dependency) ซึ่งเกิดจากประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ซึ่งภาวะดังกล่าว จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ยาวนานยิ่งขึ้น และลดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

ด้านการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบันที่พบว่า หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ขณะที่หน่วยงานอื่น มีการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไป ทั้งการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง การสนับสนุนเบี้ยยังชีพ รวมถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การจัดกิจกรรมปฏิบัติธรรม กิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน กิจกรรมวันผู้สูงอายุ วันแม่แห่งชาติ การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสนห์ แสงเงิน (2559) ที่พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว การดูแลสุขภาพของตนเอง และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ขาดจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ เช่น การศึกษาตามอัธยาศัย พัฒนาชุมชน ที่มีการจัดฝึกอบรมเสริมในชุมชนให้กับประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในชุมชน แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนการทำอาชีพเสริมที่จัดฝึกอบรม และขาดความต่อเนื่องของกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากโครงการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นโครงการที่กำหนดโดยหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินงานตามนโยบาย และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน ขาดการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล และกำหนดกิจกรรมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

ด้านภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี พบว่า ปัญหาโรคเรื้อรังที่มีความชุกมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง ไตวาย เป็นต้น ปัญหาสุขภาพรายด้านที่พบคือ ปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย/การเคลื่อนที่ ปัญหาการมองเห็น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร ปัญหาการขับถ่าย ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับดี จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย เนื่องจากภาวะเสื่อมของร่างกายที่มีความเสื่อมลงไปตามอายุที่มากขึ้น และมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ขาดการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะมีปัญหาภาวะสุขภาพทางกาย ในช่วงเวลาที่เร็วขึ้น



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ดั่งที่ มลฤดี โพธิ์พิจารย์ (2558) กล่าวว่า ปัญหาด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาสุขภาพจากการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียนทั้งโรคทางร่างกาย และทางสมอง ด้านภาวะสุขภาพทางจิตจากการประเมินภาวะเครียดโดยใช้แบบประเมิน ST5 และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม 15 ข้อของกรมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดหรือเครียดน้อย และภาวะซึมเศร้าน้อย (ร้อยละ 72.68 และ 79.27 ตามลำดับ) ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 75.85) และส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 43.17) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.68) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (อ้างถึงในสำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม, 2556) กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นหรือช่วงต้น (Young-old) คือ ผู้มีอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่ถือว่ายังมีสภาวะร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง ช่วยเหลือตนเองได้

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวระดับมากในทุกด้าน ทั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมปฏิบัติ ส่วนการมีส่วนร่วมในชุมชนพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.79) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 45.37) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัว จำเป็นต้องทำงาน เพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว เป็นช่วงวัยที่บุตรหลานแยกตัวไปตั้งครอบครัวใหม่ หรือต้องไปทำงาน ทำให้ต้องรับภาระดูแลบ้านเรือนด้วยตนเอง ขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน กลับค่อยๆ ลดลง เนื่องจากบทบาททางสังคมที่น้อยลง ต้องรับภาระในการดูแลครอบครัว ตนเอง และหลาน จึงทำให้ไปร่วมกิจกรรมของชุมชนได้น้อยลงไป สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ของ จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย และวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2558) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมน้อยลง ทำให้ถอยห่างไปจากสังคม สังคมไม่ให้ความสำคัญ คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่มอบหน้าที่ให้รับผิดชอบ

ด้านการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 97.56) มีบุตรหลานคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในอนาคต (ร้อยละ 95.12) สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ (2555) พบว่า ระบบการเปลี่ยนแปลงจากการบริการเชิงรับ เป็นเชิงรุก ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย หรือโรค เจ้าหน้าที่สามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบ้านเรือนอยู่อาศัยคงทนแข็งแรง (ร้อยละ 84.39) มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกปลอดภัย ร้อยละ 59.51 ทั้งนี้ เนื่องจากวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีบุตรหลานที่มีอาชีพ หน้าที่การเงิน และมีเงินสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเรือนเพื่ออำนวยความสะดวกปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ แม้ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน สอดคล้องกับ เล็ก สมบัติ (2550) กล่าวว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แม้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก แต่ยังมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัวโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการสนทนากลุ่ม พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน ฐานข้อมูลที่น่าสนใจมีความแตกต่างกัน กิจกรรมมีความซ้ำซ้อนไม่ต่อเนื่อง ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ครอบครัวและภาคีเครือข่าย ดังนั้น แนวทางการดำเนินงานด้านการดูแล



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

สุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลให้มีความถูกต้อง สอดคล้องกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ กำหนดรูปแบบการดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อเป้าหมายของการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิต รู้สึกมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำประโยชน์แก่ครอบครัวและชุมชนได้ ดังที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวคิดให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังหรือมีภาวะพลุดพลัง ซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ ได้เสนอรูปแบบเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ดังนี้ 1) หน่วยบริการสุขภาพสำรวจขึ้นทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่าย เสนอข้อมูลแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ประสานการทำงานร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุกระดับ 2) ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมจัดสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุ 3) ด้านภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ และ 4) เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกกลุ่มทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ที่ยังไม่มีมีการนำไปทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ยังไม่สำเร็จ จึงยังไม่สามารถเสนอได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะสามารถทำให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้หรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้เพื่อนำไปทดลองใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนารูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสวรรคภูมิ โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษานี้ คือ การเน้นที่การบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานหรือภาคีเครือข่าย และการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การร่วมกำหนดกิจกรรม เหล่านี้จะทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ถึงความสำคัญของการดำเนินงาน ร่วมเป็นเจ้าของในการดำเนินงานในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน และร่วมพัฒนาระบบการทำงานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1) ควรมีการพัฒนากระบวนการสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เป็นปัจจุบัน โดยการพัฒนาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้ฐานข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงกัน

2) ควรมีการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ให้มีความชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนกัน บุคลากรสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้

3) การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านภาวะสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต โดยความร่วมมือของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ซึ่งจะทำให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชนได้ รู้สึกมีคุณค่าและมีความมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตในอนาคต



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

- 4) การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ควรจัดในสถานที่ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ง่าย เช่น จัดกิจกรรมในชุมชน การจัดบริการเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายร่วมกำหนด และดำเนินกิจกรรม
- 5) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และสถานการณ์เกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต
- 6) ควรศึกษาการดำเนินงานทุกกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อนำมาบูรณาการร่วมกัน กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายให้ชัดเจน สอดคล้องกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมของภาคีเครือข่ายที่ไม่สามารถเชิญให้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ทุกกลุ่ม
2. การศึกษาภาวะพหุผลพลึง เป็นมุมมองในภาพที่กว้าง ทำให้การขมวดประเด็นการศึกษาได้ยาก มีประเด็นที่ต้องศึกษามาก เครื่องมือค่อนข้างมาก ทำให้เป็นอุปสรรคในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานในการจัดเก็บข้อมูล อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และให้ข้อมูลได้ไม่ตรงตามความเป็นจริง
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพซึ่งมีภาระงานค่อนข้างมาก ทำให้เป็นมีระยะเวลาจำกัดในการจัดเก็บข้อมูล จึงอาจทำให้การรวบรวมประเด็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ในบางประเด็นที่ศึกษา
4. ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำสนทนากลุ่ม อาจต้องฝึกการกระตุ้นพลังความคิด ให้กลุ่มผู้ร่วมสนทนาร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นมากขึ้น โดยเฉพาะการเสนอแนวคิดที่นอกเหนือไปจากสิ่งที่เคยได้รับหรือเคยปฏิบัติเพื่อให้ได้แนวคิดใหม่ๆ ในการนำมาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
5. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งละ 1 กลุ่ม แบ่งกลุ่มตามประเภทของตัวแทนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้สามารถร่วมแสดงความคิดเห็นได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของความแตกต่างกันในบทบาทหน้าที่ แต่จากการดำเนินกิจกรรมก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มยังมีประเด็นการร่วมเสนอแนวคิดที่ไม่แตกต่างจากบริบทที่เป็นอยู่มากนัก ทั้งนี้อาจจะเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเนื้อหาที่จะร่วมสนทนาก่อน หรือยังไม่เข้าใจในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเท่าที่ควร ดังนั้นผู้ที่ศึกษาควรมีการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงประเด็นและข้อมูลที่ต้องการศึกษาแก่ผู้ร่วมสนทนาล่วงหน้า ให้เกิดความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน. (ออนไลน์) สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2559 จาก Url: www.hed.go.th/linkhed/file/91.



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย และ วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. (หน่วยที่ 2). ประมวลสาระชุดวิชา การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง การรักษาโรคเบื้องต้นและปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1.นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชยานิด เชียวสด, สฤณี ผ่องแผ้ว, ไพจิตร วรรณจักร, ปิยะนุช เอกก้านตรง และบังอร กล้าสุวรรณ. (2554). การศึกษาและพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2559. สืบค้นจาก <http://203.157.71.148/Information/center/research%2054/shiyanid54.pdf>.
- พรชัย ตระกูลวานนท์, สายฝน สุเอียนทรเมธี, รุ่งนภา เทพภาพ, ปณิธิ สุขสมบูรณ์, และพรทิพย์ เนติภรณ์กุล. (2554). กระบวนการทางสังคมเพื่อกำหนด มาตรการสร้างเสริมสุขภาพะประชากรสูงวัย: รายงานการศึกษาวิจัย. แผนงานเสริมสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี (TUHPP), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย. 21(2), 94-109.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปณิตดา ปรียทฤณ และญาณิศา โชติกะคาม. (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก.13(2), 8-17.
- มฤดี โพธิ์จารย์. (2558). การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ. (เอกสารประกอบการสอน). กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2559. สืบค้นจาก <https://slideplayer.in.th/slide/10640116/>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. นครปฐม: บริษัท พรินเตอร์ จำกัด.
- ระวี สัจจโสภณ. (2556). บทความปริทัศน์: แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพลัดพรากในผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์, 34(3), 471-490.
- เล็ก สมบัติ. (2550). ภาวะการดูแลสุขภาพของครอบครัวในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และ เสน่ห์ แสงเงิน. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทไทย จังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 6(2), 182-191.
- สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม. (2556). รายงานประจำปี 2556.กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <http://www.oie.go.th/sites/default/files/attachments/publications/oie-annualreport2556.pdf>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2559). รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2559 สืบค้นจาก https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
- World Health Organization. (2002). Active Ageing A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, april 2002.