



สภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของ เครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือน

อุไรรัชต์ บุญแท้ ปรัต.* จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ ปรัต.**
สถาพร แถวจันทิก พย.ม.** สรวิรัตน์ พลอินทร์ พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้การดูแลของเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือนในชุมชนตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดิตเตียง ฟังฟังและอยู่ลำพังและเพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดิตเตียง ฟังฟังและอยู่ลำพังระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนร่วมกับนักศึกษาพยาบาลครอบครัวเสมือน โดยกระบวนการเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลแบบองค์รวม เป็นระยะเวลา 6 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 44 คน ตัวแทนญาติหรือผู้ดูแล 10 คน และนักศึกษาพยาบาลในครอบครัวเสมือน 22 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินสภาวะสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน (INHOMESSS) ของ อันวิน และเจเรนท์ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) และแบบสัมภาษณ์กิจวัตรประจำวันสำหรับสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลครอบครัวเสมือนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติบรรยายและ Wilcoxon Rank Sum W test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.6 ช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าร้อยละ 86.4 จะมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ มีการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการออกกำลังกายและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 56.8, 59.1 และ 88.6 ตามลำดับ หลังได้รับการดูแลจากเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ($\bar{X}=3.43, SD=0.42$) กว่าก่อนได้รับการดูแล ($\bar{X}=3.26, SD=0.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ยกเว้นด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่แตกต่าง บทเรียนที่ได้รับพบว่าการเยี่ยมบ้านสามารถส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แก่ผู้สูงอายุทั้งตามสภาพปัจจุบันและเชิงรุก นักศึกษาพยาบาลได้รับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุตามสภาพจริง ญาติหรือผู้ดูแลมีโอกาสรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความรู้ในการดูแลตามสภาพสมาชิกของเครือข่ายที่ทำงานด้วยกันตั้งแต่เริ่มต้นได้เกิดการพัฒนาศักยภาพเกิดความเข้าใจและมองเห็นปัญหาที่จะต้องให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป

การศึกษานี้จึงสามารถเป็นต้นแบบในการจัดบริการแบบองค์รวมที่ตรงตามบริบทชีวิตจริงของผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนร่วมกับสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพเพื่อร่วมให้บริการและการปฏิบัติตามบทบาทของตนที่เหมาะสม

คำสำคัญ : เครือข่ายชุมชน คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ครอบครัวเสมือน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

**พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



Elder's Health Status and Quality of Life under the Health Care Provided by Community Network and Simulated Families

Urirach Boontae PhD* Churairat Duangchan PhD**
 Staporn Tawchantuk M.N.S.** Sarunrattana Polin M.N.S.**

Abstract

The objectives of this evaluative study were to study a quality of life of the elder with chronic diseases and dependently staying, bedridden or living alone in Thongchai Sub-District of Phetchaburi Province and to compare the quality of life in the elder with chronic diseases and dependently staying, bedridden or living alone between before and after they got care provided by the community network and simulated family's nursing students. The quantitative and qualitative data collected from 3 purposive participant groups; 44 elderly and representatively 10 relatives or caregivers including 22 nursing students which by a home visit recording-form and semi-structure questionnaire of the elder's quality of life were analyzed by descriptive statistic, Wilcoxon Rank Sum W test and by content analysis, consequently.

The research results revealed that most elderly, 63.60 percent could help themselves in everyday activities though 86.36 percent had hypertension, diabetes and heart disease. They got continual care irregularly but lacked of usually physical exercise and accompanied in the community club; 56.82, 59.09 and 88.64 percent consequently. Their quality of life before ($\bar{X}=3.26, SD=0.38$) and post ($\bar{X}=3.43, SD=0.42$) engaging the project was statistically significantly different at .01 levels in physical, mental and social relationship excepting the environment aspect. The lessons learned were that the home visit done mainly by the nursing students together the health volunteers under the support by the community network could promote a humanized holistic care in advance or in present stage suitably to the elder life context and in all aspects. The nursing students got experiences in providing a nursing care just in a real life. The all relevant parties working closely together from start through the end could enhance themselves the potential in further giving care for the elderly in the community.

This study could be the model in providing care for the elder by the community network together with the health care educational institutes to provide a holistic care on a real life and to perform their roles properly as well.

Keywords : community network, quality of life, elder, simulated family

*Public Health Technical Officer Professional level of Phetchaburi Provincial Public Health Office

**Nursing Instructor of Prachomkaow Nursing College, Phetchaburi



บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในสังคมไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีประชากรประมาณ 66.5 ล้านคน โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 15 ล้านคน หรือ ร้อยละ 23 ของประชากรทั้งหมด¹ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมลงของสภาพร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายและความต้านทานต่อโรคลดลง จึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่นโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง นอกจากปัญหาสุขภาพแล้วผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายที่ทำให้ความสามารถของระบบต่างๆ ภายในร่างกายลดลง แต่เพิ่มความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากขึ้น ความเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เรียกว่า “ความเปราะบาง” ซึ่งมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม² ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551 พบว่าอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2545 และพ.ศ. 2550 คิดเป็นร้อยละ 10.7, 14.3 และ 16.0 ตามลำดับ และ พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2550 การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเส้นเลือดในสมองตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและหกล้ม เป็นต้น จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน และร้อยละ 15 มีภาวะพึ่งพิงด้านการทำนันทนาการและร้อยละ 0.80 และ 0.20 ของผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ⁴ การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันนอกจากครอบครัวที่เป็นหลักในการดูแลแล้ว ยังมีหน่วยงานต่างๆ เข้ามามีบทบาทในการจัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ในรูปแบบเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพโดยแต่ละฝ่ายจะมีขอบเขตการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับภารกิจแบบเชื่อมโยงงานกันเพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างทั่วถึงไม่เสียชีวิตหรือพิการก่อนวัยอันควรและรู้สึว่าตนเองมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี⁴⁻⁵ อย่างไรก็ดีตามในภาวะบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่เปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาและให้การดูแลสุขภาพภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิต

ที่ดีได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องผสมผสานแบบองค์รวม โดยได้รับการเสริมพลังจากทั้งครอบครัวเครือข่ายเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนและวิชาชีพด้านต่างๆ^{6,7}

ตำบลธงชัย เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในแนวโน้มเดียวกับโครงสร้างประชากรของประเทศ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อย⁸ ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในเรื่องการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการสำรวจปัญหาความต้องการของชุมชนตำบลธงชัย ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชาชนมีความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ไม่มีผู้ดูแลหรือถูกทอดทิ้งอยู่ลำพังและพื้นที่นี้ยังเป็นชุมชนแหล่งฝึกของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงมีความเป็นไปได้สูงในการเป็นพื้นที่ศึกษานำร่องการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้เครือข่ายชุมชน ผ่านการขับเคลื่อนในรูปแบบครอบครัวเสมือน ซึ่งเป็นนวัตกรรมในการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีคุณลักษณะ เป็นคนดี เก่งและมีความสุขและเรียนรู้การบริการสุขภาพผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์⁹ ผลการดำเนินงานจะสะท้อนสู่กลไกการป้องกันปัญหาและการดูแลผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนและการบริการวิชาการของสถานศึกษา ให้สามารถผลิตบัณฑิตที่สอดคล้องกับสภาพสังคมที่แท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ติดเตียง พึ่งพิงและอยู่ลำพัง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ติดเตียง พึ่งพิง และอยู่ลำพังระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนร่วมกับนักศึกษาพยาบาลครอบครัวเสมือน

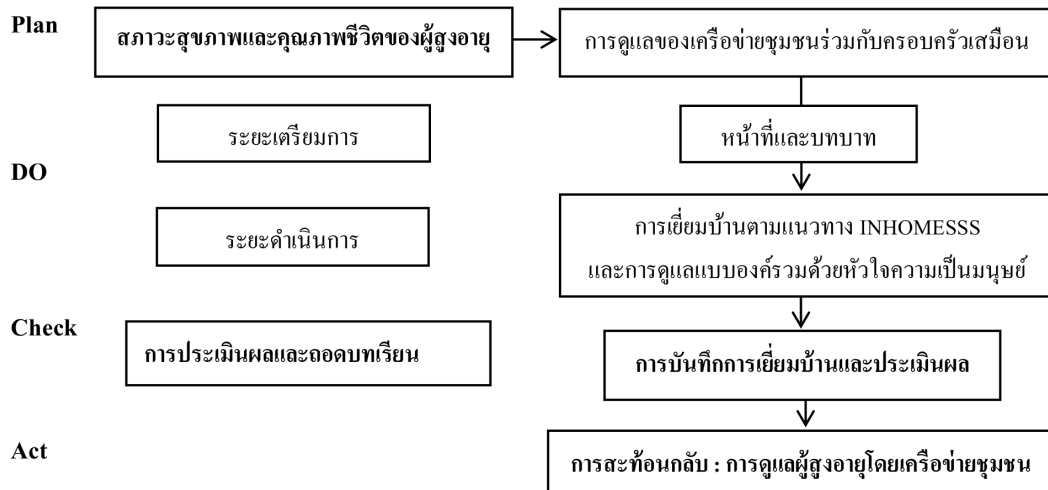
กรอบแนวคิดการวิจัย

ภายใต้การดูแลของเครือข่ายชุมชน ประยุกต์กระบวนการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ของโอโรเม



(Orem)¹⁰ การเยี่ยมบ้านของโรเบิร์ตต้าอันท์¹¹ ครอบครัวเสมือนของมกราพันธุ์ จุฑารส และคณะ¹⁰ ประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวตามแนวทาง

INHOMESSS ของ อันวินและเจเรนท์^{12,13} การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้ WHOQOL-BREF-THAI¹⁴ ตามวงจรรคุณภาพ P-D-C-A ดังนี้ (การวิจัยครั้งนี้เน้นการวัดและประเมินผลตามอักษรในกรอบที่เน้นสีเข้ม)



วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยใช้การวิจัยประเมินผล (Evaluation research) เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการดูแลจากเครือข่ายชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี มีโรคเรื้อรัง ติดเตียง มีภาวะพึ่งพิง หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง จำนวน 130 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ตัวแทนญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุและนักศึกษาพยาบาลครอบครัวเสมือน วิธีการคัดเลือก ดังนี้

1) ผู้สูงอายุคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลและเป็นสมาชิกครอบครัวเสมือนของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีจำนวน 44 คน

2) ตัวแทนญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ได้แก่ เป็นที่มีบทบาทในการดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจและยินดีให้ข้อมูล กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การสนทนากลุ่ม (Focus Group)¹⁵ จำนวน 10 คน

3) ตัวแทนนักศึกษา สมาชิกครอบครัวเสมือนบ้านละ 1 คน ได้จากวิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก สามารถออกเยี่ยมบ้านให้การดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 5 ครั้ง สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ผู้เข้าร่วมวิจัย 22 คน (นักศึกษาพยาบาลครอบครัวเสมือน หมายถึงนักศึกษาที่ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ โดยสองฝ่ายต่างเคารพและดูแลกันเหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน มีการรับรู้สันทักช่วยเหลือดูแลกัน โดยมีอาจารย์พยาบาลเป็นผู้ร่วมให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่นักศึกษา เพื่อการเรียนรู้และปรับตัวอย่างถูกต้องและเหมาะสม)

4) ประชากรในภาคชุมชนเข้าร่วมโครงการโดยเห็นความสำคัญและเต็มใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสุดโครงการ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กำนันตำบลธงชัย และผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข นายกองค์การบริหารตำบลธงชัย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธงชัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุตามแนวทาง INHOMESSS และ



ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความก้าวหน้าในการเยี่ยมบ้าน

2. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดัดแปลงจากแบบประเมินตามเครื่องวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับวัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด มีคำถาม 25 ข้อ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อมและคำถามในภาพรวม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.8406¹⁴ และผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นในการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโดยยุทธศาสตร์“การเรียนรู้สู่พลัง” มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.8307¹⁶

3. แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตามสภาพจากการเยี่ยมบ้านของครอบครัวเสมือนและเครือข่ายชุมชนหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์ด้านอนามัยชุมชนและด้านผู้สูงอายุ 3 ท่าน ทดลองสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุ 5 ราย นำข้อมูลและปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลมาแก้ไขและปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

ขั้นเตรียมการ

1. วิทยาลัยพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ร่วมสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี จัดประชุมปรึกษาหารือผู้ร่วมทีมเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและนักศึกษาพยาบาลสมาชิกครอบครัวเสมือน เพื่อวินิจฉัยปัญหาวิเคราะห์ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวบรวมแนวทางดำเนินการกิจกรรมโครงการ และกำหนดบทบาทผู้ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1.1 ผู้นำชุมชน คัดเลือกผู้สูงอายุ เข้าร่วมโครงการ

1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขวางแผนการเยี่ยมบ้านประสานงาน นัดหมายผู้สูงอายุและผู้ดูแล

1.3 องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบประมาณและร่วมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

1.4 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ นำเสนอและร่วมทีมเยี่ยมบ้าน

1.5 สมาชิกครอบครัวเสมือนและอสม. เยี่ยมบ้านตามแนวการวิจัย

ขั้นตอนการ

มกราคม พ.ศ. 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินงานกิจกรรมเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคมเยี่ยมบ้านและติดตามประเมินผล และกรกฎาคมเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังสิ้นสุดการเยี่ยมบ้าน โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตฉบับเดิมและมีการประชุมโดยสนทนากลุ่ม (Focus group)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน ใช้สถิติการทดสอบที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric statistic) วิลคอกซอนแรนค์ซัมดับเบิลยูเทส (Wilcoxon Rank Sum W Test) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)¹⁸

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 มีอายุมากกว่า 70 ปีอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ร้อยละ 81.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 อดีตมีอาชีพรับจ้างและค้าขาย ร้อยละ 31.8 รองลงมา งานบ้าน ร้อยละ 11.4 สถานภาพหม้าย ร้อยละ 59.1 ผู้ให้การดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือหลาน ร้อยละ 15.9 มากกว่าครึ่งจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 61.4 รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 43.2 มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 36.4 และไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้ ร้อยละ 20.5

2. สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1) สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 63.6 รองลงมา ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ร้อยละ 29.5 พิจารณาและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 4.5 และ 2.3 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.4 พบโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจ ร้อยละ 56.8 ต้องกินยาประจำ ร้อยละ 84.1 ไม่มีความต่อเนื่องในการรักษา ร้อยละ 56.8



ตารางที่ 1 สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. สภาวะสุขภาพ		
1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ช่วยเหลือตัวเองได้	28	63.6
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	13	29.6
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	1	2.3
พิการ	2	4.6
1.2 การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	6	13.6
มี	38	86.4
1.3 โรคที่เป็น		
ข้อเข่าเสื่อม/กระดูก	15	34.1
ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจ	25	56.8
อื่นๆ (มะเร็ง เหน็บชา อัมพฤกษ์)	4	9.1
1.4 ยาที่กินเป็นประจำ		
ไม่มี	7	15.9
มี	37	84.1
1.5 ความต่อเนื่องในการรักษา		
สม่ำเสมอ	19	43.2
ไม่สม่ำเสมอ	25	56.8
2. พฤติกรรมสุขภาพ		
2.1 ลักษณะอาหารที่รับประทาน		
อาหารธรรมดา	42	95.5
อาหารอ่อน	2	4.6
2.2 นิสัยในการกิน		
หวาน มัน เค็ม	14	31.8
หวานและเค็ม	6	13.6
มันและเค็ม	1	2.3
หวาน มัน เค็ม	12	27.3
รสกลางๆ	11	25
2.3 การรับประทานผัก/ผลไม้		
สม่ำเสมอ	31	70.5
ไม่สม่ำเสมอ	13	29.6
2.4 การดื่มหม		
สม่ำเสมอ	6	13.6
ไม่สม่ำเสมอ	38	86.4
2.5 การใช้สารเสพติด		
บุหรี่/สุรา	8	18.2
ไม่	36	81.82
2.6 การออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	26	59.1
ออกกำลังกาย	18	40.9



ตารางที่ 1 สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ข้อมูลของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
2.7 การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสังคม		
ไม่เข้าร่วม	39	88.6
เข้าร่วม	5	11.4
2.8 การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา		
ไม่เข้าร่วม	12	27.3
เข้าร่วม	32	72.7
2.9 การทำงานอดิเรก		
ไม่สม่ำเสมอ	15	34.1
สม่ำเสมอ	29	65.9
2.10 ความเชื่อต่อการเจ็บป่วย		
เป็นเรื่องของเวรกรรม	18	40.9
ถูกผีสิง/ลงโทษ	22	2.3
เป็นเพราะกรรมพันธุ์	3	6.8
เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง	22	50
2.11 ทศนคติต่อการรักษา		
หมอน้ำมนต์/หมอผี	1	2.3
ยาสมุนไพรพื้นบ้าน	16	36.4
แพทย์แผนปัจจุบัน	27	61.4
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต		
3.1 ความสะอาด/ความเป็นระเบียบของบ้าน		
สะอาด	33	75
ไม่สะอาด	11	25
3.2 แสงสว่าง/อากาศภายในบ้าน		
เพียงพอ	38	86.4
ไม่เพียงพอ	6	13.6
3.3 ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
รักใคร่กันดี	40	90.9
อื่นๆ (ไม่ตอบ)	4	9.1
3.4 ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว		
ช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหา	44	100
3.5 ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน		
รักใคร่กันดี	40	90.9
ขัดแย้งกัน	1	2.3
อื่นๆ (ไม่ตอบ)	3	6.8
3.6 ความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต		
รู้สึกบ่อย	8	18.2
รู้สึกนานๆ ครั้ง	25	56.8
ไม่รู้สึก	11	25



พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารธรรมดา ร้อยละ 95.4 ชอบอาหาร หวาน มัน และเค็ม ร้อยละ 31.8 รองลงมา ร้อยละ 25.0 รับประทานผัก / ผลไม้ สม่ำเสมอ ร้อยละ 70.4 ไม่ดื่มนม ร้อยละ 86.4 ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 81.8 แต่ดื่มสุราและบุหรี่ ร้อยละ 18.2 ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 59.1 และไม่เข้าร่วมกิจกรรมสังคม ร้อยละ 88.64 แต่ก็พบว่าส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 72.7 ครั้งหนึ่งมีความเชื่อว่าสาเหตุที่เจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมของตนเอง รองลงมาเชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม ร้อยละ 40.9 และเชื่อว่าเป็นเพราะพันธุกรรม ร้อยละ 6.8 มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาในระบบแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 61.4 รองลงมาเชื่อการใชยาสมุนไพรพื้นบ้าน หมอ น้ำมันดี หมอผี ร้อยละ 38.6

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีบ้านสะอาด ร้อยละ 75.0 มีแสงสว่างและ อากาศภายในบ้านเพียงพอ ร้อยละ 86.4 มีความสัมพันธ์รักใคร่ในครอบครัวดี ร้อยละ 90.9 บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหา ร้อยละ 100 ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านดี ร้อยละ 90.9 ความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 56.8 รู้สึกบ่อย ๆ ร้อยละ 18.2 และไม่รู้สึกร้อยละ 25.0

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ก่อนดำเนินการกิจกรรมของเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับปานกลาง 17 ข้อ อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ ได้แก่ รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย พอใจกับสภาพบ้านเรือน มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น พอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด และพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน อยู่ในระดับน้อย 1 ข้อ คือ ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง สำหรับหลังดำเนินการ คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มากขึ้น ซึ่งมี 14 ข้อ ระดับมากเหมือนเดิมทุกข้อ ยกเว้นพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน กลับลงมาอยู่ระดับปานกลาง ส่วนข้อที่เพิ่มจากระดับปานกลางมาเป็นระดับมากได้แก่ พอใจกับการนอนหลับ พอใจในชีวิต มีสมาธิ พอใจในตนเอง สามารถทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน พอใจต่อการผูกมิตรกับคนอื่น ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนๆ รู้ข่าวสารที่จำเป็นต่อชีวิตในแต่ละวัน และรู้ว่าชีวิตมีความหมาย

โดยสรุปก่อนและหลังดำเนินการกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้นแต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิมกว่าก่อนได้รับการดูแล ($\bar{X}=3.43$, $SD=0.42$ และ $= 3.26, SD=0.38$ ตามลำดับ) แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนในด้านสิ่งแวดล้อมไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการกิจกรรมเยี่ยมบ้าน

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ก่อนการดำเนินการกิจกรรม			หลังการดำเนินการกิจกรรม			Z
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	
ด้านร่างกาย	3.30	0.47	ปานกลาง	3.45	0.39	ปานกลาง	-2.081*
ด้านจิตใจ	2.94	0.54	ปานกลาง	3.31	0.50	ปานกลาง	-3.929**
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.20	0.88	ปานกลาง	3.69	0.86	มาก	-2.809*
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.48	0.58	ปานกลาง	3.54	0.61	มาก	-.801
โดยภาพรวม	3.26	0.38	ปานกลาง	3.43	0.42	ปานกลาง	-4.323**

*P ≤ .05, **≤ .01

4. สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายชุมชนและนักศึกษาสมาชิกครอบครัวเสมือน

การดูแลผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ผ่านการเยี่ยมบ้านโดยนักศึกษาพยาบาลครอบครัวเสมือนร่วมกับอสม.

ก่อให้เกิด 1) การดูแลครอบครัวรวมถึงด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้แก่ การเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทสังคมของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยมีการประเมินผลร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความ



มั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น 2) การสร้างเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพและหาทางแก้ไขปัญหาและแบ่งภาระหน้าที่การดูแลตามความเป็นจริงและสอดคล้องกับสภาพสังคม สร้างสรรค์วิธีการดูแล เกิดการเรียนรู้ เสริมบทบาทและพัฒนาการปฏิบัติตามบทบาท 3) นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์จริง มองเห็นแง่มุมชีวิตจริงของผู้สูงอายุ และการทำงานกับบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง 4) สมาชิกเครือข่ายมองเห็นปัญหาที่จะต้องแก้ไขต่อไปร่วมกัน โดยรับรู้ว่ามีใช้หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง เช่น ผู้สูงอายุขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งผู้สูงอายุยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองอยู่ในระดับน้อย เพราะหมายถึงความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ประมาณร้อยละ 60 เป็นหม้ายและประมาณร้อยละ 80 มีบุตรและหลานเป็นผู้ดูแล นอกจากนั้นเป็นสามีเนื่องด้วยพื้นที่ศึกษาเป็นเขตพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท มีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัด มีการค้าขายและธุรกิจบริการสำหรับคนทั้งในและนอกพื้นที่ ประชาชนหรือลูกหลานของผู้สูงอายุจึงมักไม่ต้องย้ายถิ่นไปทำงานไกลบ้าน ประมาณร้อยละ 65 มีรายได้เพียงพอและมีบางคนเหลือเก็บ ร้อยละ 35 รายได้ไม่พอแต่ก็ไม่เป็นหนี้ จึงนับว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ ปัญหาเศรษฐกิจไม่ใช่ปัญหาที่ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องประสบ ซึ่งตรงกันข้ามผู้สูงอายุในบางพื้นที่ของ กรุงเทพมหานคร ที่ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 70 มีรายได้ไม่พอใช้¹⁹ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่สะอาด อีกทั้งยังพบว่า คนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดีและกับเพื่อนบ้านก็เช่นกันซึ่งนับว่าสิ่งเหล่านี้ส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ สุภาพร ศุภหัตถิ¹⁹ พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ²⁰ ที่พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 35 ต้องพึ่งพาบุตรหรือคนในครอบครัวเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่ได้

เลย ประมาณ 3 ใน 4 ยังมีความกังวลในการดำเนินชีวิตมากกว่าร้อยละ 80 มีโรคประจำตัวที่ต้องกินยาประจำ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ แต่ประมาณครึ่งที่มีความสม่ำเสมอในการรักษา แม้มีทัศนคติที่ดีต่อระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเกือบร้อยละ 90 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แต่ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ผลการศึกษาสอดคล้องกับ สุรจิตต์ วุฒิการณ์ และคณะ²¹ ที่พบว่า ปัจจัยเสริม เกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำหรือได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพหรือความช่วยเหลือทางสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่อนามัย มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับ ชลกร ศิรวรรณะ และทิพย์วัลย์ สุรินยา²² ที่พบว่า การยอมรับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในขณะที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตส่วนด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตแต่การมีส่วนร่วมในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

เมื่อได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากการเยี่ยมบ้านภายใต้การเกื้อหนุนของเครือข่ายชุมชน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพราะทีมสุขภาพได้รู้จักและเข้าใจผู้สูงอายุและครอบครัว ภายใต้บริบทชีวิตและครอบครัว เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยและความพิการต่างๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพ แวดล้อมของครอบครัวอย่างต่อเนื่องจึงสามารถดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ครอบครัวทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชน ทำให้เข้าใจผู้สูงอายุและครอบครัว นำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้ยิ่งขึ้น²³ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับจตุพร เตื่อไรสง²⁴ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จุฑาทิพย์ กองจันทร์ศรี²⁵ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้มากกว่าเดิม เพ็ญศรี อัดถาวงค์และคณะ²⁶ พบว่า ผลของการเยี่ยมบ้านแบบ Home-Nursing care ในผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 ทำให้คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนก่อนการเยี่ยม ได้แก่ ความ



ครอบคลุมของการเยี่ยมบ้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน สามารถในการควบคุมภาวะโรค และดูแลตนเองของผู้ป่วย และการได้รับการส่งต่อได้อย่างรวดเร็วทันเวลา สุภารัตน์ สำอางค์ศรี²⁷ พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านรูปแบบใหม่โดยเครือข่ายอาสาสมัครจิตอาสาทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีผลคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตดีขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกายด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับ ดวงใจ คำคง²⁸ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูงและวิไลพร ขาววงษ์ และคณะ²⁹ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สูงสุดคือด้านร่างกาย รองลงมา คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจ ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ ด้านสภาพแวดล้อมก่อนและหลังการดูแลโดยเครือข่ายชุมชน ไม่มีความแตกต่างกัน เพราะผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมทั้งในเชิงกายภาพและสังคมที่ดีอยู่แล้วอย่างไรก็ตาม นอกจากการได้อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น สะดวกสบาย การได้รับการดูแลที่ดีจากชุมชน ทั้งในเรื่องบริการสุขภาพและความเกื้อกูลอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาทิชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนโดยครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความกังวลในการดำเนินชีวิต และยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายการสนับสนุนเครือข่ายชุมชน^{30,31} ซึ่งจะยังผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องภายใต้บริบทและเงื่อนไขชีวิตจริง

เอกสารอ้างอิง

1. Prasatkul P. Low Birth, High Elderly, Crowded Population and Language Differentiate. Population and Development Newsletter 2015; 6: 6-7.
2. Chunharas S. Editor. Situation of Thai Elder in 2010. The Institute of Research and Development for the Elder, Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute; 2012.
3. เขียวลักษณ์ ปรีภักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์. การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
4. ทศนีย์ ญานะและรัตนศิริ ศิริพาณิชย์กุล. "สู่ชุมชนสุขภาพดี" คู่มือการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (สพช.); 2558.
5. เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ปราณี สุทธิสุคนธ์และสมชาย วิริกรมย์กุล. รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและการพัฒนา 2555; 11: 20-42.
6. Srivanichakorn S.Yana T.Pakprot M. Bugboon P. Community Care for the elder: system, principle and practice guideline. Nonthaburi: The institute of Community Based Health Care Research and Development; 2009.
7. Wasuthapitak P. Community integrated care for the Elderly. Srivanichakorn S. editor. In Health Systems Research Institute: Knowledge Bank; 2012.
8. วิไลวรรณ คมขำ, กฤษณา หงษ์ทอง, คมสัน แก้วระยะ และขวัญตา เอกบุตร. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 2556.
9. Jutarosaga M.SiripornL. Jutarosaga A. "The reformation of Thai health manpower production and development on Praboromarajchanok of Ministry of Public Health's Nursing College for creating the identity of humanized care. In Learning process management for organization transforming to happy organization based on humanized care under simulated family, Jutarosaga M. and Jutarosaga A. editor. Khonkaen: Klangnanavitaya; 2013.
10. Orem DE. Nursing concepts of practice. 4th ed. St. Louis : Mosby-Year book; 1991.
11. Hunt R. Introduction to community-based nursing (3rd ed.). U.S.A.: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
12. Unwin BK. Jerant AF. The home visit. [Database on the internet]. 1999. [cited 2014 Jun 29]. Available from: <http://www.aafp.org/afp/991001ap/1481.html>
13. Hathirat S. The Full Handbook of Family Care. 3rd ed. Bangkok: Pimdee; 2008.
14. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The World Health Organization's WHOQOL-



- BREF-THAI.[Database on the internet]. 1997, 3th ed. [cited 2014 Jun 29]. Available from: [http://www.dmh.moph.go.th/test/ whoqol/](http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/)
15. The Thailand Research Fund, Division of Research for Local Community. Focus group.[database on the Internet]. 2010 [cited 2013 Jun 12] Available from: <http://www.vjai.org/>
 16. Urairach Boontae. Health behavioral improvement of the elderly with "Learning to power" Strategy. [Thesis] Phetchaburi: Phetchaburi Rajabhat University; 2011.
 17. Vanichbuncha K.SPSS for Window: Data analysis.6thed. Bangkok:Chulalongkorn University; 2003.
 18. Wirojratana V. et al. Improvement of healthcare services for dependent elders. Thai Journal of Nursing Council 2014; 3 : 104-115.
 19. สุภาพร สุภหิตถิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนบ้านหนองเปิดน้ำตำบลโคกกรวดอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา 2554; 2 : 11-16.
 20. Malathum P, Kongiem J.Intarasombat P. Relationships of Family Support and Friend Support to Life Satisfaction of Older Adults in Areas.Rama NursJ 2009; 3: 431-438.
 21. Wuttigarn S, Jombunruang P.Sansorawisut P. Factors that Influence the Quality of Life in the Bangmulnak Municipality Bang MunNak District Phichit Province.Proceedings from The 15th National and International Graduate Studies of Northern Rajabhat University Network Conference; 2015.
 22. ชลกร ศิริวรรณ และทิพย์วัลย์ สุรินยา. การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2556; 2 : 80-94.
 23. Tongbanjob B. HathiratS.Home visit in primary care system[Database on the internet]. [cited 2015 Dec 29]. Available from: www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/.../54723515_home_visit.pdf
 24. Dueathaisong J. Results of solving medication usage behaviors of the elderly using home health care program nongnapatthana health care center, amphoehuaithalaeng, changwatnakhonratchasima [Thesis] NakhonRatchasima: Nakhon Ratchasima Rajabhat University; 2013.
 25. Ngoichansri J.Development of Continuing Care for the Home - Bound and Bed – Bound Elders in Phetchabun Municipal Community. [Theis] KhonKaen: KhonKaen University; 2012.
 26. Atthawong P. AnusornprasertN.andSardlee H. Home Nursing Care (HNC) for Bed-Ridden Patients from Primary Care Unit(PCU).The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017; 1 : 73-85.
 27. Sumangsri S. Development of the Continuous Care Guidelines for the Home -Bound and Bed - Bound Elders Living in the Vicinity of Family Practice Center, PhraNakhon Si Ayutthaya Hospital.Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2015; 1 : 42-54.
 28. Kamdong D.Factors affecting quality of life of elderly in Lumsinth sub district, Srenagarine district, Pathalung Province. [Theis] Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Rajabhat University; 2011.
 29. Khamwong W. Nusawad J. Pratanworapanya W. Siripanya J. Factors relating to the quality of life of the elderly. Journal of Health Science Research 2011; 2: 32-39.
 30. Sukanun T. Jariyasilp S. Thummanon T. Jitpakdee P. Quality of Life of the Elderly in Bansuan Municipality, Chonburi Province, Thailand. Journal of Public Health 2011; 3: 240-249. [Database on the internet]. [cited 2015 Dec 29]. Available from: www.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/8255.
 31. Jitramontree N. Thongchareon V. Thayansin S. Good model of elderly care inurban community. Journal of Nursing 2011; 29 (2): 67-74.