

**การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น**

ละมัย บุญเชิด¹ ชนะพล ศรีธำชา² วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา³

(วันที่รับบทความ: 8 เมษายน 2568, วันที่แก้ไข: 14 พฤษภาคม 2568, วันที่ตอบรับ 14 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ และประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วงเดือนธันวาคม 2567- เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 110 คน 2) ระยะปฏิบัติการ โดยดำเนินการ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล จำนวน 1 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 คน และ 3) ระยะประเมินผล เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อแนวทางการดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ในระดับมาก ส่วนทางด้านจิตใจ ด้านสังคม เศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง และมีความต้องการการดูแลในด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและยั่งยืน การดูแลที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “บ้าน-ชุมชน ร่วมกันดูแล” ประกอบด้วยการดูแลด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และสังคม ด้านเศรษฐกิจและอาชีพ และการพัฒนาความร่วมมือในชุมชนในการขับเคลื่อนกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในแนวทางการดูแลระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (S.D. = 0.59) ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, แนวทางการดูแล, บ้าน-ชุมชน ร่วมกันดูแล

¹เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน, ^{2,3}อาจารย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น, ^{2,3} วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

Development of Elderly Care Guidelines through Community Participation Integration in Phek Yai Subdistrict, Phon District, Khon Kaen Province

LAMAI BUNCHEAD¹ CHANAPHOL SRIRACHA² VEENA ISARANGKUN NA AYUTTHAYA³

(Received 8th April 2025; Revised : 14th May 2025; Accepted 14th May 2025)

ABSTRACT

This study aimed to explore elderly care conditions and needs, develop elderly care guidelines, and evaluate elderly satisfaction toward community-integrated care guidelines in Phek Yai Subdistrict, Phon District, Khon Kaen Province. Using participatory action research methods from December 2024 to February 2025, the project was conducted in 3 phases : 1) Preparation phase, involving 110 elderly participants aged 60 and above; 2) Action phase, conducted through one cycle of planning, implementing, observing, and reflecting, involving 10 community stakeholders responsible for elderly care policies and implementation; and 3) Evaluation phase, assessing elderly satisfaction toward community-participated care guidelines. Quantitative data analysis was conducted using percentages, means, and standard deviations, while qualitative data analysis utilized content analysis methods. The findings showed that elderly individuals received physical care at a high level, whereas psychological, social, economic, and spiritual care were provided at a moderate level. Elderly participants expressed care needs across physical, psychological, social, and economic dimensions. Community-integrated participation strengthened the community, leading to comprehensive and sustainable elderly care. The developed care guidelines, termed "Home-Community Collaborative Care," encompassed health care, psychological and social support, economic and occupational assistance, and community collaboration to drive elderly care processes. Elderly satisfaction with the developed care guidelines was very high, with an average satisfaction score of 4.33 (S.D. = 0.59). These research findings could serve as a prototype for elderly care in other communities with similar contexts.

Keywords : Elderly Care, Community Participation, Participatory Action Research, Care Guidelines, Home-Community Collaborative Care

¹Master of Public health program students, ²⁻³Professor of Asian Scholars Khon Kaen Province

¹Subdistrict Health Promoting Hospital Phon District, Khon Kaen Province,

²⁻³College of Asian Scholars Khon Kaen Province

Corresponding author : Lamai Bunthead, e-mail: aoraor1984@gmail.com

บทนำ

ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากโครงสร้างอายุของประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไป ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น เป็น 1,109 ล้านคน ในปี 2022 คิดเป็นร้อยละ 13.90 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ และจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aging Society) ในปี 2568 โดยจะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.3 ของจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศ และคาดว่าอีก 10 ปี ข้างหน้า ไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด หรือ Super Aged Society ในปี 2576 จะมีประชากรสูงวัย จำนวน 18.68 ล้านคน คิดเป็น 28.00 % ของประชากรทั้งหมด⁽³⁾ การเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ส่งผลกระทบหลายด้าน ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญและเตรียมความพร้อมให้เพียงพอ⁽⁴⁾ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ และมีบทบาทอำนาจหน้าที่อย่างกว้างขวาง ฉะนั้นผู้สูงอายุในพื้นที่จะได้รับการดูแลในด้านสวัสดิการการช่วยเหลือต่าง ๆ การบูรณาการการทำงานจะเป็นกลไกในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2525 โดยเริ่มต้นจากแผน

พัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 จากนั้นมีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์และแผนแม่บทอันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผน และนำไปสู่การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัยอย่างบูรณาการ⁽⁶⁾ จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนประชากร ทั้งสิ้น 1,790,863 คน แบ่งเป็น เพศหญิง จำนวน 911,014 คน ร้อยละ 50.87 เพศชาย จำนวน 879,849 คน ร้อยละ 49.13 มีผู้สูงอายุ จำนวน 326,053 คน คิดเป็นร้อยละ 17.79 ของประชากรทั้งหมด โดยสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น อยู่ระหว่างเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society)⁽⁷⁾

อำเภอพล มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 86,023 คน แบ่งเป็น เพศหญิง จำนวน 43,712 คน ร้อยละ 50.81 เพศชาย จำนวน 42,311 คน ร้อยละ 49.19 มีผู้สูงอายุ จำนวน 26,685 คน ร้อยละ 31.02 และพื้นที่ตำบลเพ็กใหญ่ มีประชากรทั้งสิ้น 6,277 คน แบ่งเป็น เพศหญิงจำนวน 3,171 คน ร้อยละ 50.51 เพศชาย 3,106 คน ร้อยละ 49.48 มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,572 คน ร้อยละ 25.04⁽⁸⁾ จากการดำเนินงานผู้สูงอายุที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่ ปี 2566 พบว่า การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 566 คน ร้อยละ 9.01 โรคเบาหวาน จำนวน 425 คน ร้อยละ 6.77 โรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 122 คน ร้อยละ 1.94 จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ยังขาดการบูรณาการที่เชื่อมโยงกับการมี

ส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็ง เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เห็นทุนทางสังคม ตลอดจนสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ หรือสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตการเข้าถึงระบบบริการในด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่นที่พัฒนาขึ้น

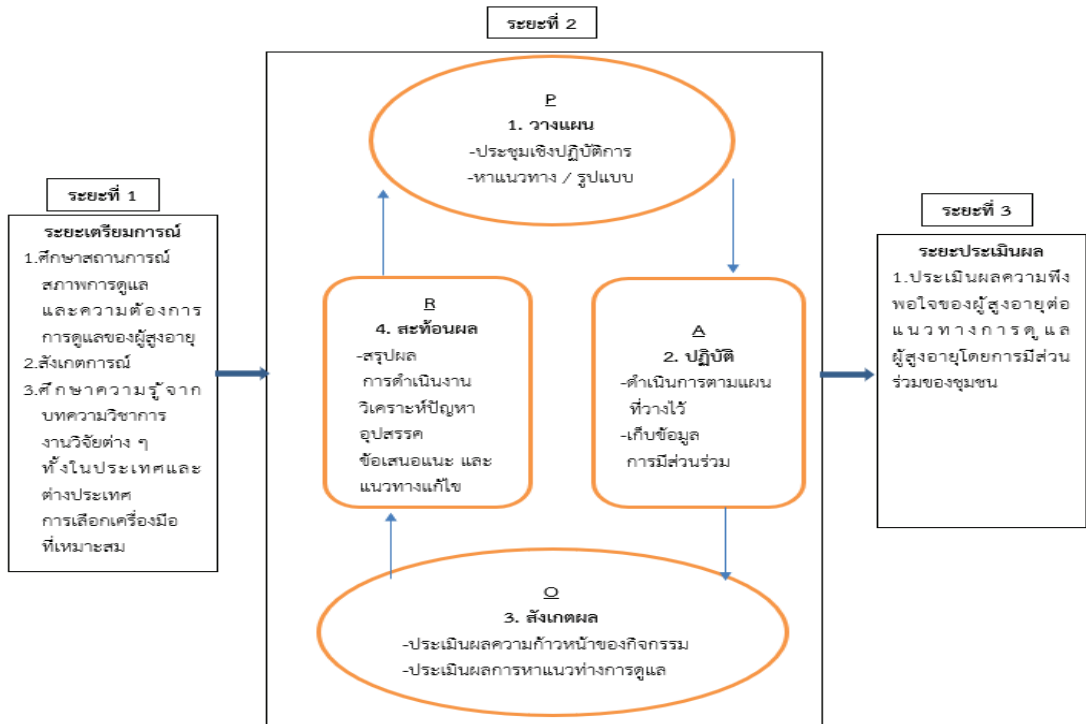
สมมติฐานการวิจัย

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลเพ็กใหญ่ มีความเหมาะสมและสามารถตอบสนองต่อสภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้มีเนื้อหาครอบคลุมถึงระดับการได้รับการดูแลและระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม เศรษฐกิจ การมีส่วนร่วม รวมทั้งการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ขอบเขตในด้านช่วงเวลาของการศึกษา เดือนธันวาคม 2567 - เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา ศึกษาเฉพาะพื้นที่ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในเขตตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,572 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิธีดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ เคมมิส และแม็คแท็กการ์ท⁽⁹⁾ โดยดำเนินการเป็นวงรอบ PAOR คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 1 วงรอบ ใช้กระบวนการของการวิจัยโดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ สภาพการดูแล และความต้องการ

การดูแลของผู้สูงอายุ สังเกตการณ์ ศึกษาความรู้จากบทความวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสม **ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ หมู่บ้านเพ็กใหญ่พัฒนา หมู่ที่ 11 ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 152 คน และได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซี่ และมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน⁽¹⁰⁾ **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถาม

ข้อมูลสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ (2) แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ (3) แบบสอบถามการได้รับการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ

การแปลผล ลักษณะแบบสอบถามการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ และลักษณะแบบสอบถามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด มีคำตอบให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง การได้รับการดูแลระดับมากที่สุด 4 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับมาก 3 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับปานกลาง 2 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับน้อย และ 1 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับน้อยที่สุด

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ ใช้กระบวนการวิจัยและการหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามทฤษฎีแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart⁽⁹⁾ โดยพัฒนา 1 วงรอบ **ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง** เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Key Informant) ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ที่เคยมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานหรือโครงการด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้และเข้าใจสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางการดูแล

ผู้สูงอายุในชุมชน **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย (1) โครงการ/กิจกรรม สวัสดิการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างไร (2) เครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน ประกอบด้วยใครบ้าง และมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ในมิติต่าง ๆ อย่างเป็นองค์รวมอย่างไร หรือยกตัวอย่าง (3) แนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง (4) ปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การประเมินผลแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ เพื่อการตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง **ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้สูงอายุ บ้านเพ็กใหญ่พัฒนา หมู่ที่ 11 ที่เข้าร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนการแปลผล มีคำตอบให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง การได้รับการดูแลระดับมากที่สุด 4 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับมาก 3 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับปานกลาง 2 หมายถึง การได้รับการ

ดูแลในระดับน้อย และ 1 หมายถึง การได้รับการดูแลในระดับน้อยที่สุด

โดยคะแนนที่ได้รับจะนำมาวิเคราะห์และแปลผลของค่าเฉลี่ยตามระดับความสำคัญ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละระดับตามแนวคิดของเบสท์ John W. Best, 1997⁽¹¹⁾ มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึง ความพึงพอใจมาก

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน และสาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน ตรวจสอบและแก้ไขเพื่อให้แบบสอบถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แต่ละข้อมีอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และมีลักษณะบริบทคล้ายกับกลุ่มที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน คือ ประชาชนในเขตตำบลโสกนกเต็น อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น ได้ค่าความ

เชื่อมั่น(Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์แบบเชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการจัดทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการขอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ผ่านการรับรองโครงการวิจัย เลขที่ CASHE670031 ให้ไว้ ณ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.9 ช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 62.7 ศีรษะระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.1 มีรายได้หลักจากเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 81.8 ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	60.9
หญิง	43	39.1
อายุ		
60 - 70 ปี	69	62.7
71 - 80 ปี	30	27.3
81 - 89 ปี	11	10.0
$(\bar{X} = 69.99, S.D. = 6.93, \text{Min} = 60, \text{Max} = 89)$		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษาตามระบบ	3	2.6
ประถมศึกษา	98	89.1
มัธยมศึกษา	6	5.5
ปริญญาตรี	1	0.9
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.9
แหล่งรายได้หลัก		
เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ	60	54.5
บุตรหลาน	33	30.0
ตนเอง	17	15.5
การมีโรคประจำตัว		
มี	57	51.8
ไม่มี	53	48.2
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มีผู้ดูแล	90	81.8
ไม่มีผู้ดูแล	20	18.2
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการเข้าร่วมกิจกรรม		
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	57	51.8
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	53	48.2

2. การได้รับการดูแลและความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุ

การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายในระดับมาก คือ การอยู่ในที่พักอาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสม ($\bar{X} = 4.06$, $S.D = 0.70$) ทางด้านจิตใจในระดับปานกลางคือ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ($\bar{X} = 3.80$, $S.D.= 0.71$) ด้านสังคม เศรษฐกิจในระดับปานกลาง คือ มีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆของชุมชน ($\bar{X} = 3.62$, $S.D.= 0.93$) ด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง คือ ได้รับการยอมรับเคารพและเห็นคุณค่าจากครอบครัว ($\bar{X} = 3.95$, $S.D.= 0.77$) ความ

ต้องการการดูแลของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายในระดับมาก คือ ต้องการได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.07$, $S.D.= 0.93$) ด้านจิตใจในระดับปานกลางคือได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ($\bar{X} = 3.89$, $S.D.= 0.59$) ด้านสังคม เศรษฐกิจในระดับปานกลาง คือ ต้องการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในชุมชน ($\bar{X} = 3.90$, $S.D.= 0.86$) ด้านจิตวิญญาณในระดับมาก คือ ต้องการได้รับการยอมรับเคารพและเห็นคุณค่าจากครอบครัว ($\bar{X} = 4.00$, $S.D.= 0.71$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของการได้รับการดูแลและความต้องการการดูแลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ($n = 110$)

ประเด็นรายละเอียด	การได้รับการดูแล			ความต้องการการดูแล		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
ด้านร่างกาย						
1. ด้านอาหารถูกหลักอนามัยตามวัย	3.72	0.76	ปานกลาง	3.80	0.82	ปานกลาง
2. การดูแลด้านการรับประทานยา	3.63	0.89	ปานกลาง	3.75	0.85	ปานกลาง
3. การดูแลให้มาพบแพทย์ตามนัด	3.85	0.89	ปานกลาง	3.92	0.79	ปานกลาง
4. การดูแลความสะอาดร่างกาย	3.92	0.70	ปานกลาง	3.84	0.80	ปานกลาง
5. การอยู่ในที่พักอาศัยที่ปลอดภัย	4.03	0.70	มาก	3.85	0.82	ปานกลาง
6. การมีเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม	3.85	0.69	ปานกลาง	3.72	0.86	ปานกลาง
7. การดูแลการป้องกันการหกล้ม	3.87	0.74	ปานกลาง	3.85	0.81	ปานกลาง
8. การตรวจสุขภาพประจำปี	3.75	0.94	ปานกลาง	3.96	0.71	ปานกลาง
9. คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ	3.95	0.71	ปานกลาง	4.07	0.93	มาก
10. การรักษาพยาบาลที่สะดวก	4.01	0.74	มาก	3.96	0.71	ปานกลาง
11. การดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ	3.63	0.72	ปานกลาง	3.65	0.73	ปานกลาง
12. การดูแลด้านการออกกำลังกาย	3.33	0.93	ปานกลาง	3.65	0.82	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของการได้รับการดูแลและความต้องการ การดูแลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 110) (ต่อ)

ประเด็นรายละเอียด	การได้รับการดูแล			ความต้องการการดูแล		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
ด้านจิตใจ						
13. การดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน	3.80	0.71	ปานกลาง	3.89	0.59	ปานกลาง
14. มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด	3.74	0.89	ปานกลาง	3.87	0.63	ปานกลาง
15. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	3.75	0.77	ปานกลาง	3.79	0.79	ปานกลาง
16. การพักผ่อนหย่อนใจ	3.71	0.71	ปานกลาง	3.87	0.63	ปานกลาง
17. ด้านความปลอดภัยของชุมชน	3.65	0.97	ปานกลาง	3.81	0.78	ปานกลาง
ด้านสังคม เศรษฐกิจ						
18. การฝึกอาชีพเพื่อให้มีรายได้	3.00	1.08	ปานกลาง	3.57	0.97	ปานกลาง
19. มีเครือข่ายการดูแล การเยี่ยมบ้าน	3.34	1.06	ปานกลาง	3.85	0.71	ปานกลาง
20. มีการสนับสนุนสวัสดิการรายได้	3.21	1.00	ปานกลาง	3.80	0.76	ปานกลาง
21. การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	3.16	1.14	ปานกลาง	3.64	0.92	ปานกลาง
22. มีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆ	3.62	0.93	ปานกลาง	3.66	0.92	ปานกลาง
23. รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์	3.37	0.98	ปานกลาง	3.90	0.86	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ						
24. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	3.37	1.04	ปานกลาง	3.69	0.84	ปานกลาง
25. ทำกิจกรรมกับสังคม	3.37	1.04	ปานกลาง	3.60	0.86	ปานกลาง
26. ใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข	3.70	0.86	ปานกลาง	3.80	0.75	ปานกลาง
27. แสวงหาสิ่งที่ทำให้มีความสุข	3.63	0.76	ปานกลาง	3.74	0.75	ปานกลาง
28. การยอมรับเคารพจากครอบครัว	3.95	0.77	ปานกลาง	4.00	0.71	มาก
29. การยอมรับจากสังคม	3.79	0.70	ปานกลาง	3.90	0.66	ปานกลาง

3. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดย บุคลากร การมีส่วนร่วมในชุมชน

ภายหลังจากการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้เข้าร่วมจำนวน 10 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกองค์การบริหาร

ส่วนตำบล 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน Care manager 1 คน Caregiver 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ได้มีการนำเสนอแนวทางรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบ "บ้าน-ชุมชนร่วมดูแล" ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบุคลากรการมีส่วนร่วมของชุมชน

ต.เพ็ญใหญ่ อ.พล จ.ขอนแก่น

โดยออกดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบรายสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2568 โดยแต่ละสัปดาห์จะมีกิจกรรม

ที่แตกต่างกัน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งสุขภาพ กายใจ และเศรษฐกิจ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

สัปดาห์	กิจกรรมหลัก	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1	ตรวจสอบสุขภาพและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ	- ตรวจสอบสุขภาพพื้นฐาน (ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ฯลฯ) - ให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการและการดูแลสุขภาพ - ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น กายบริหารสำหรับผู้สูงอายุ - แจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	- อสม. - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - จิตอาสาทางการแพทย์
2	ส่งเสริมสุขภาพจิตและสังคม	- จัดกิจกรรมนันทนาการ เช่น ร้องเพลง เล่นเกม ฟังสมาธิ - สนับสนุนการมีส่วนร่วมในงานบุญ งานประเพณีท้องถิ่น - โครงการ “ลูกหลานอุปถัมภ์” เยาวชนมาร่วมดูแล - ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตโดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร	- ชมรมผู้สูงอายุ - วัด/ ศาสนสถาน - กลุ่มเยาวชนในชุมชน
3	ส่งเสริมอาชีพและเศรษฐกิจ	- ฝึกอาชีพง่าย ๆ เช่น งานฝีมือ การปลูกผักปลอดสาร - แนะนำแหล่งจำหน่ายสินค้าผู้สูงอายุ (เช่น ตลาดชุมชน, ออนไลน์)	- อบต./เทศบาล - กลุ่มอาชีพในชุมชน - ภาคเอกชน
4	เชื่อมโยงเครือข่ายและพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ	- ประชุมร่วมกับ อบต./เทศบาล อสม. และครอบครัว - ประเมินผลกิจกรรมในช่วง 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา - วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนจากภาคเอกชน - เปิด “ศูนย์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ” เพื่อให้คำปรึกษาต่อเนื่อง	- อบต./เทศบาล - อสม. - ครอบครัวผู้สูงอายุ

4. ประเมินผลแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น

ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า
ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแนวทางการดูแล
ผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน
($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.59) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ (n = 30)

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อท่าน	4.53	0.68	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการ การมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้	4.53	0.68	มากที่สุด
3. มีการบูรณาการทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล	4.30	0.70	มากที่สุด
4. ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับประโยชน์จากการวิจัยนี้	4.33	0.66	มากที่สุด
5. ท่านได้รับประโยชน์จากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครั้งนี้	4.56	0.67	มากที่สุด
6. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมีความเหมาะสม	4.20	0.76	มาก
7. ระยะเวลาในการดูแลมีความเหมาะสม	4.13	0.81	มาก
8. ท่านได้มีส่วนร่วมในการหาแนวทางดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	4.10	0.99	มาก
สรุปความพึงพอใจโดยรวม	4.33	0.59	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ
ในตำบลเพ็กใหญ่ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น มี
ความต้องการการดูแลในหลากหลายมิติ ดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความต้องการ
ในระดับมาก โดยเฉพาะต้องการได้รับคำแนะนำ
ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง สะท้อนให้เห็น
ถึงความตระหนักรู้ของผู้สูงอายุในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่ง
สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนีย์ ยอดดำเนิน⁽⁵⁾

ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีความต้องการได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องโรคเรื้อรัง และสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาข้อมูลและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่เข้าถึงโรงพยาบาลยาก หรือมีแพทย์เฉพาะทางจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง Self-Care Agency ที่ระบุว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้

มีแหล่งข้อมูล และได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม

ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน แสดงถึงบทบาทของครอบครัวในการสร้างความรู้สึกรักผูกพันและปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับทัศนย์แก้วกล้า⁽¹²⁾ ที่พบว่า การดูแลทางด้านจิตใจโดยสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ และส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ ไม่สอดคล้องกับกนกวรรณวงศ์สุวรรณ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมือง และพบว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระมากกว่าการพึ่งพาลูกหลานในการดูแลทางจิตใจ ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จาก บริบททางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองอาจได้รับการปลูกฝังแนวคิดเรื่อง การพึ่งพาตนเองมากกว่า ขณะที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทอย่างตำบลเพ็กใหญ่ยังมีความเชื่อเรื่องครอบครัวแบบขยาย (Extended Family) ซึ่งยังคงมีอิทธิพลสูงในวิถีชีวิต

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในชุมชน แสดงถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรรพรรณ สิทธิบุญมา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมและเศรษฐกิจในพื้นที่ เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มสันตนาการ และกลุ่มอาสาสมัคร

ด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการยอมรับ เคารพ และเห็นคุณค่าจากครอบครัว บ่งชี้ถึงความสำคัญของการได้รับการยอมรับในสถานะของตนเองและการเป็นที่รักของคนใน

ครอบครัว ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม และงานวิจัยของสุพัตรา มงคลธนากุล⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า ความเคารพและยอมรับจากครอบครัวช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ทำให้มีความสุขในการดำรงชีวิต

2. จากการดำเนินงานพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า แนวทาง “บ้าน-ชุมชนร่วมดูแล” เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและศักยภาพของทรัพยากรในพื้นที่ โดยเน้นการใช้พลังอาสาสมัคร ครอบครัว ชุมชน และภาคีรัฐร่วมกันเพื่อดูแลผู้สูงอายุในมิติที่หลากหลาย ทั้งสุขภาพ กาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ซึ่งแสดงถึงการบูรณาการอย่างเป็นระบบ การที่ชุมชนเลือกแนวทางนี้สะท้อนว่า “ชุมชนมีศักยภาพในการเป็นฐานของการดูแล” และสามารถลดภาระของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและการเสริมพลัง (empowerment) ให้กับคนในชุมชน ซึ่งสุนีย์ ยอดดำเนิน⁽⁵⁾ ศึกษาพบว่า การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อได้รับความร่วมมือจาก อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการดูแล อรรพรรณ สิทธิบุญมา⁽¹⁴⁾ ระบุว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมโดยชุมชน

3. จากการดำเนินโครงการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า แนวทาง “บ้าน-ชุมชนร่วมดูแล” ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

จริง โดยชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในหลายระดับ ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจ การประเมินผลพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อแนวทางที่ได้รับการพัฒนา ครอบครัวรับรู้ถึงบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้นในการดูแล องค์การชุมชนสามารถจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพและสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีงานวิจัยที่สอดคล้อง คือ ประภาพร พิมพ์เงิน⁽¹⁶⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ จะทำให้การดูแลมีความเหมาะสมกับบริบท และผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการได้จริง

ข้อเสนอแนะ

(1) ควรนำแนวทาง “บ้าน-ชุมชนร่วมดูแล” ไปปรับใช้ในชุมชนอื่น โดยเลือกพื้นที่ที่มีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีเครือข่าย อสม. และหน่วยงานท้องถิ่นที่เข้มแข็ง (2) จัดอบรมอาสาสมัครในชุมชน ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น เช่น การช่วยเหลือด้านโภชนาการ กายภาพบำบัด และสุขภาพจิต (3) ออกแบบระบบแรงจูงใจเชิงสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การให้เครดิตจิตอาสา หรือ สิทธิประโยชน์พิเศษ สำหรับอาสาสมัครที่มีบทบาทโดดเด่นในการดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์คอร์ปอเรชันส์ จำกัด (มหาชน); 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค.2567]. เข้าถึงจาก<https://www.dop.go.th/>
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค.2567]. เข้าถึงจาก<https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201584>
3. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.dopa.go.th/news/cate1/view9257>
4. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, ยศ วัชรคุปต์. ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ไม้ระบู้สำนักพิมพ์; 2560.
5. สุนีย์ ยอดคำเนิน. ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(1):85-94.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2562.
7. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น. สถานการณ์ทางสังคมจังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [ไม่ทราบปีที่เผยแพร่; เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.msociety.go.th/ewtadmin/ewt/download/statistics/th1696238995-2521_0.pdf

- mso_web/download/article/article_20220920152317.pdf
8. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://kkn.hdc.moph.go.th>
 9. Kemmis S, McTaggart R. Action research in retrospect and prospect. In: The action research reader. Geelong, Vic: Deakin University; 1982.
 10. สุพรรณิ ฉายะบุตร. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: เทคนิคและวิธีการ. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา. 2562;8(1):7-20.
 11. Best JW, Kahn JV. Research in education. 8th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997.
 12. ทศนีย์ แก้วกล้า. การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุโดยครอบครัวในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2564;11(2):45-59.
 13. กนกวรรณ วงศ์สุวรรณ. ความต้องการการพึ่งพาด้านจิตใจของผู้สูงอายุในเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
 14. อรพรรณ สิทธิบุญมา. บทบาทของชุมชนในการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในภาคเหนือ. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2562;15(3): 22-33.
 15. สุพัตรา มงคลธนากุล. สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ: การดูแลแบบองค์รวมโดยครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29(2): 56-67.
 16. ประภาพร พิมพ์เงิน. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.