

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

อาคม โพธิ์สุวรรณ*

สุภาภรณ์ วรอรุณ** รัตนา แสงสว่างโชติ***

บทคัดย่อ

การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการจัดการแก้ไขปัญห สุขภาพที่เกิดจากคนในชุมชนเองเพื่อมีส่วนร่วมเชิงรุก โดยเฉพาะผู้สูงอายุในฐานะเครือข่ายให้ ความสำคัญในการดูแลตนเองนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ ปัจจัยด้าน 1) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนของครอบครัว 3) การสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนด้านนโยบายและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ต่อการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 402 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพะเรื้อรังวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และปัจจัยการสนับสนุนด้านนโยบายและปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความแปรปรวนร่วมทำนายได้ที่ร้อยละ 22.10

การวิจัยครั้งนี้เสนอว่า องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรหากลวิธีสนับสนุนผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมเสนอปัญหาและความต้องการ กำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่แท้จริง อันจะนำมาสู่ความร่วมมือของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมในภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ การมีส่วนร่วม/ ภาคีเครือข่าย/ การดูแลสุขภาพ

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Email: akomph@snc.ac.th

** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Email: voraroon.s@snc.ac.th

*** ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี Email: ppy.healthcenter@gmail.com

Factors Affecting Participation By the Elderly in Healthcare Community Networks, Suphanburi Province

Akom Phosuwan*

Supaporn Voraroon** Ratana Sangsawangchot***

Abstract

Health care management for the elderly in the community requires proactive participation through a network that emphasizes self-care.

The research aimed to determine the predictive power of the following: 1) older people's self-care, 2) family support, 3) community and health organization support, and 4) favorable policy and environment support in predicting participation in healthcare networks among the elderly in Suphanburi province, Thailand. The sample was composed of 402 older people, and the research instrumentation consisted of questionnaires developed by the researcher based on the Innovative Care for Chronic Conditions theory (ICCC). Descriptive statistics and multiple regression analysis analyzed quantitative data.

Findings show that community and healthcare organization and positive policy-environment support co-predicted the dependent variable, participation in healthcare networks by the older people, with statistical significance at .01 with a predictive coefficient of .221 and a 22.10 percent fluctuation of involvement in healthcare networks by the elderly.

Research suggests that community networks of healthcare partners should be involved in elderly care and should explore strategies to address elders' needs and health problems. Policies that support community health care for the aged should be established. These can lead to solutions and greater cooperation of all ages to participate in community network activities.

Keywords: Elderly/ Self-care/ Participation/ Community health network

Article info: Received April 23, 2021; Revised July 29, 2021; Accepted August 30, 2021.

* Corresponding author, Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

** Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

*** Assistant District Health Officer at Sriprachan District Health Office, Suphanburi, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก และประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 12.48 ล้านคนใน พ.ศ. 2564 ซึ่งมีมากกว่า ร้อยละ 18.72 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศ¹ การที่ประเทศก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความต้องการด้านคุณภาพชีวิต และความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มากขึ้นในทุกๆ ด้าน² ถึงแม้ว่านโยบายของรัฐจะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังคงพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทยังขาดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับสมาชิกองค์กรต่างๆ ในชุมชน³

ภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเสมือนกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยสามารถกำหนดบทบาทของการทำงานในรูปแบบเครือข่ายการทำงานแบบมีส่วนร่วมชุมชน ซึ่งจะเป็มาตการยกระดับการทำงานที่จะนำไปสู่การพัฒนาทำให้ไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามแผนงานโครงการตั้งไว้ เพื่อที่จะสามารถสร้างเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งของชุมชน (Strengthening community networks) แนวทางการพัฒนาที่สำคัญอันดับแรกคือ การมุ่งเน้นไปที่การพัฒนากระบวนการเสริมพลังสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความร่วมรับผิดชอบต่อสังคมให้เกิดขึ้นแก่สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในชุมชน สำหรับ

แนวทางการพัฒนาการดูแลเป็นแบบเครือข่ายการทำงานร่วมกันจำเป็นต้องเน้นการทำงานในรูปแบบการทำงานแบบต่อเนื่อง และเป็นระบบสนับสนุนการทำงานของชุมชนในโครงการต่างๆ จนถึงการจัดระบบจัดการและการประเมินผล^{4,5} โดยกาที่ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของเครือข่ายในชุมชนย่อมส่งผลต่อการส่งเสริมให้ได้รับการดูแลสุขภาพจากชุมชนมากขึ้น เช่น การเข้าร่วมชมรมร่วมย่นยุค ชมรมจักรยาน ชมรมพื้นฟูอาชีพผู้สูงอายุ การได้รับการคัดกรองสุขภาพเชิงรุก เป็นต้น ทั้งนี้เครือข่ายการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ จะเป็นเหมือนหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ “ผู้สูงอายุ” ซึ่งถือว่าเป็นระบบเล็กที่สุด (Micro level) ซึ่งจำเป็นที่จะต้องนำบุคคลกลุ่มนี้มาร่วมกำหนดเป้าหมาย วางนโยบาย เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม และประเมินผล ในกิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการ ซึ่งจะเป็นการยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชุมชน แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน⁶ ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการในการพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมเป็นพลังที่มาจากความต้องการ การตัดสินใจเกิดจากความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมจากประชาชนเอง นอกจากนี้ เบรเกอร์และสเปนซ์⁷ และ World health organization⁵ ได้จำแนกระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนออกเป็น 6 ระดับ โดยระดับที่มากที่สุด ระดับ 5 ประชาชนเข้าร่วมปฏิบัติในกิจกรรมดูแลสุขภาพของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ โดยอยู่ในฐานะ

คณะกรรมการหรือคณะทำงานผู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบกิจกรรมของเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รองลงมาระดับ 4 ประชาชนเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ต่อมาระดับ 3 ประชาชนเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนแต่ไม่สม่ำเสมอ ในส่วนระดับ 2 ประชาชนเสนอเพียงแค่ว่าคิดเห็นแต่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมระดับ 1 ประชาชนรับเพียงข้อมูลข่าวสาร และสุดท้ายคือระดับ 0 ประชาชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้ประชาชนในชุมชนจำเป็นต้องเข้าใจในปัญหาสุขภาพของตน สามารถตัดสินใจในการเข้าร่วม สามารถร่วมกำหนดเป้าหมายและวิธีการ และเต็มใจที่จะช่วยเหลือ สนับสนุนกิจกรรมของชุมชนในแต่ละขั้นตอนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ จากการศึกษาของสุภาภรณ์ วรอรุณ และคณะ^{3,8,9,10} โดยศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในภาคีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน ส่งผลในทิศทางบวกในด้านให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลรับผิดชอบสุขภาพตนเองได้ มีความสามารถที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชน และยังมีส่วนที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชุมชน โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในภาคีเครือข่ายจะเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองและยังคงไว้ด้วยศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ร่วมด้วย

ทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions: ICC¹¹) ถูกนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาการ

ดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้มีภาวะเรื้อรัง และกลุ่มด้อยโอกาส เปราะบาง ในชุมชน ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ รากฐานของทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง พัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CCM) ซึ่งเป็นรากฐานที่เป็นมาตรฐาน ผ่านการทดสอบสมมติฐานจากผู้เชี่ยวชาญและองค์การอนามัยโลกว่าสามารถนำผลลัพธ์ของกรอบแนวคิดที่ไปทำการศึกษามาใช้ได้ผลเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพในคลินิกและชุมชน¹¹ แนวคิดนี้ประกอบด้วยระบบที่มีความเชื่อมโยงและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบจุลภาค (Micro system) หรือระดับบุคคล เป็นระดับของการมีปฏิสัมพันธ์ระดับย่อยสุดซึ่งเป็นระดับบุคคล ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพฯ 2) ระบบกลาง (Meso system) เป็นระดับองค์กรและชุมชน เป็นระบบการบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในชุมชน และ 3) ระบบมหภาค (Macro system) เป็นระบบที่อยู่ในระดับนโยบายในทิศทางบวกเป็นไปตามนโยบายของรัฐที่สนับสนุนงบประมาณและกำลังคนที่สนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงจำเป็นต้องศึกษาทั้ง 3 ระดับ เนื่องจากทุกระดับมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายซึ่งก็คือกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ องค์กร และชุมชน รวมทั้งการเชื่อมโยงด้านนโยบายทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมด้วย

จังหวัดสุพรรณบุรีแนวโน้มจะมีประชากรผู้สูงอายุแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และพบว่ายังมีกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการต่างๆ ของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 149,074 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.40 ของประชากรทั้งหมด¹² ซึ่งถือว่าเป็นการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ และจากการสังเกตและศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยคณะผู้วิจัยในพื้นที่ศึกษานำร่อง 3 อำเภอ พบประเด็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการต่างๆ ของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพ^{3, 8,9,10,11} และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของประเด็นปัญหาดังกล่าว โดยได้ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง¹¹ ซึ่งทำการศึกษาระบบจุลภาค (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบมหภาค (Macro system) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ผลการวิจัยจะทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในเครือข่ายความร่วมมือของชุมชน

ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

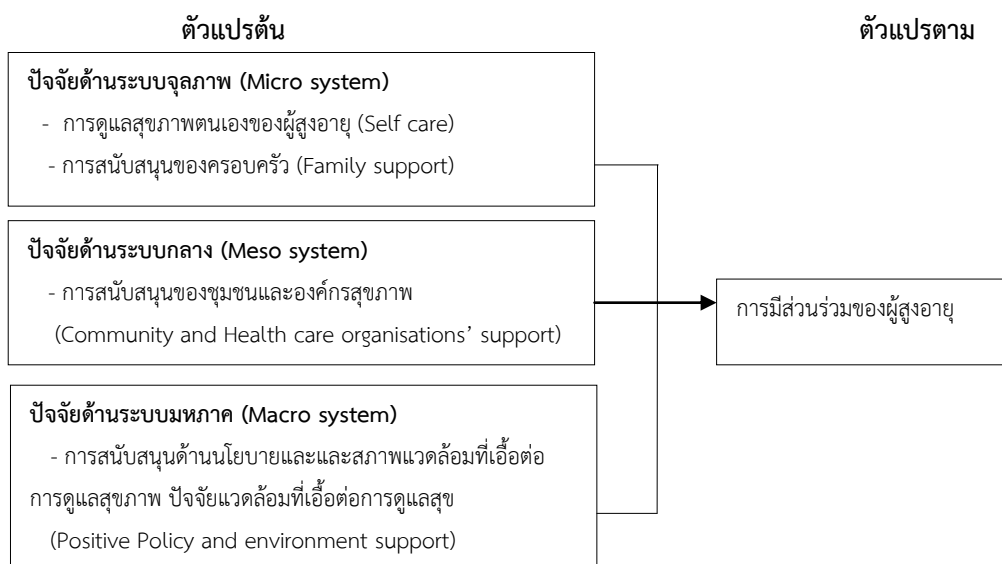
สมมติฐานการวิจัย

1. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี
2. การสนับสนุนของครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี
3. การสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี
4. การสนับสนุนด้านนโยบาย และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

ขอบเขตการวิจัย:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research design) ประชากรเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 149,074 คน¹² โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่จำนวน 402 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1: ศึกษาหาอำนาจการทำนายของปัจจัยการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีทั้ง 10 อำเภอ การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ต้องการใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการคำนวณเพื่อใช้สถิติ (Multiple regression) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น $p\text{-value} = .05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test)¹³ ได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 400 คน ทั้งนี้ทั่วไปแล้วจะมีแนวโน้มการได้รับแบบสอบถามกลับคืนประมาณร้อยละ 45-98¹⁴ ดังนั้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีมากพอที่จะได้รับแบบสอบถามคืนในจำนวนที่

เพียงพอสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล จึงแจกแบบสอบถามเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 โดยเพิ่มจำนวนแบบสอบถามอีก 40 ฉบับ รวมแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจำนวน 440 ฉบับ ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยถือว่าทุกๆ หน่วยหรือทุกๆ สมาชิกในประชากรมีโอกาสจะถูกเลือกเท่าๆ กัน ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจาก 10 อำเภอ จับผลจากอำเภอละ 1 ตำบล และดำเนินการนารายชื่อของผู้สูงอายุทั้งหมดในตำบลนั้น มาใส่ในตารางและทำการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุให้ได้ตามจำนวนที่กำหนด ตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในอำเภอนั้นๆ จากนั้นดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลในพื้นที่ เพื่อขอเก็บข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุใน

พื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการนัดวันเวลา ในการขอเก็บ ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 440 ฉบับ ทั้งนี้ได้แบบสอบถามที่มีความ สมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 402 ฉบับ ดังนั้นกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้อยู่ที่จำนวน 402 คน คิด เป็นร้อยละ 91.37 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาขึ้น จากแนวคิดทฤษฎีวินัยการดูแล ภาวะเรื้อรัง¹¹ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) ด้าน การการสนับสนุนของครอบครัว 3) ด้านการการ สนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และ 4) ด้านการการสนับสนุนของชุมชนและองค์กร สุขภาพ โดยเครื่องมือในการวิจัยได้ผ่านการ ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงของแบบสอบถามหรือมีดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 1.00 การ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทำโดย เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงที่ อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาท จำนวน 30 คน แล้วทำ การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าความเที่ยง ดังนี้แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ มีความ เชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .87$) แบบสอบถามการ สนับสนุนของครอบครัว จำนวน 15 ข้อ มีความ เชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .85$) แบบสอบถามการ สนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .84$) แบบ สอบบัจจัยด้านนโยบายการดูแลสุขภาพและ สิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน จำนวน 13 ข้อ มีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .85$) โดยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมใน

เครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นข้อ คำถามในลักษณะของการวัดพฤติกรรม จึงต้องใช้ วิธีการตรวจสอบความเที่ยงภายในผู้ประเมิน (Intra-rater Reliability) โดยใช้การสังเกต พฤติกรรมเดียวกันในเวลาที่แตกต่างกันแล้วนำข้อมูลที่ ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยแบบ สอบถามดังกล่าวมีจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยจึงใช้วิธี หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการ (Test-retest)^{13,14} โดย การวัดกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน 2 ครั้ง เว้นระยะเวลา ห่างกันนาน 2 สัปดาห์ และหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์กัน ผลการทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่น .98

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบ พหุคูณ^{14,15}

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย ตามหลัก จริยธรรมการวิจัย 3 ข้อของ Belmont โดยได้ ยึดตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยได้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (No.011/2560) สำหรับอาสาสมัคร ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อเข้าร่วมจะไม่มี ผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับการบริการรักษา พยาบาล โดยอาสาสมัครผู้วิจัยมีสิทธิ์จะไม่ตอบ หรือขอยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อแม้ ใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกรักษาเป็น

ความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 402 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.40 ระดับการศึกษาพบว่าระดับปฐมนศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.60 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.60 ในส่วนของรายได้พบว่า มีความเพียงพอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.48 รองลงมาคือรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 25.12 กลุ่ม

ตัวอย่างอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.70 รองลงมาคือพักอาศัยแบบครอบครัวใหญ่ คืออาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร/หลาน/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 23.40 สำหรับการประกอบอาชีพที่ยังคงอยู่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.59 รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 19.65 โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.27 ปีอายุน้อยที่สุด 60 ปีมากที่สุด 89 ปี (SD เท่ากับ 6.783 ปี) ตามรายละเอียดในตารางที่ 1

Table 1 Baseline characteristics of Older People.

Characteristics	Frequency (N=402)	Percent
Gender		
Man	131	32.60
Woman	271	67.40
Educational Level		
No Schooling	42	10.43
Primary school	107	26.74
Middle school	95	23.63
High school	89	22.14
Diploma :	47	11.68
Bachelor's Degree	22	5.47
Residential status		
Alone	28	7.00
With spouse	224	55.70
With children	48	11.90
With spouse and children	94	23.40
With others	8	2.00
Economic condition		
Insufficient-income	101	25.12
Sufficient-income	221	54.98
Sufficient income and satisfied with Financial situation	80	19.90

Characteristics	Frequency (N=402)	Percent
Occupation		
Not working	55	13.68
Acriculture	127	31.59
Sales	79	19.65
Homemaker	57	14.18
Retirement	59	14.68
Others	25	6.22

Age (in years) Mean = 67.27 years, SD = 6.78 years, Min= 60 years, Max= 89.00 years

จากการวิเคราะห์การถดถอย (Regression analysis) ปัจจัยอันเป็นองค์ประกอบ 3 ระบบหลัก ที่เชื่อมโยงกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อันได้แก่ ปัจจัยด้านระบบจุลภาค (Micro system) ปัจจัยด้านระบบกลาง (Meso system) และปัจจัยด้านระบบมหภาค (Macro system) พบว่าปัจจัยมีตัวแปรที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบกลาง (Meso system) หรือระดับองค์กรและชุมชน อันได้แก่ ตัวแปรด้านการสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ (Community and Health care organizations' support) โดยสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ -.345 และปัจจัยด้านระบบใหญ่ (Macro system) หรือระบบที่อยู่ในระดับนโยบาย อันได้แก่ ตัวแปรด้านการสนับสนุนด้านนโยบาย ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ (Positive policy and environment support) สามารถทำนายการมี

ส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ -.154 ทั้งนี้ตัวแปรการสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และตัวแปรการสนับสนุนด้านนโยบาย และปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพสามารถร่วมทำนายตัวแปรตามคือการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .221 โดยมีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 22.10 ทั้งนี้สามารถเขียนสมการในรูปของคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ: การมีส่วนร่วม = $1.183 - 0.345 (\text{COS}) - 0.154 (\text{POS})$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน: การมีส่วนร่วม = $- 0.171 (\text{COS}) - 0.132 (\text{POS})$ ดังแสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ(B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ตามรายละเอียดในตารางที่ 2

Table 2 Multiple Regression Predicting the Participation in Healthcare Community Networks of Older People in Community.

Predictor	R Square	B	SEB	Beta	t	p-value
constant	0.221	1.183	0.298	-	3.969	.000
Self-care		0.270	0.133	0.110	2.024	.054
Family support		0.074	0.090	0.042	0.816	.415
Community and health-care organizations' support		-0.345	0.115	-0.171	-3.017	.003**
Positive policy and-environment support		-0.154	0.058	-0.132	-2.645	.008**

** $p < .01$

อภิปรายผล

การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ประเด็นสำคัญในการอภิปราย ดังนี้

จากแนวคิดทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง (ICCC) กล่าวว่า การเชื่อมโยงแต่ละองค์ประกอบ คือการที่ทุกระบบมีปฏิสัมพันธ์กัน ความเชื่อมโยงนี้ ต้องใช้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนที่จะสนับสนุนและสานเชื่อมรอยต่อทั้งสามระบบเป็นหนึ่งเดียว โดยเน้นให้ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการ¹⁷

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนด้านนโยบายและปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายเชิงผกผันกับการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

อภิปรายได้ว่าการสนับสนุนด้านองค์กรต่างๆ ในชุมชน ทุกชุมชนมีการจัดบริการโครงการและกิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกแห่งยังคงยึดการดำเนินงานสนับสนุนด้านนโยบายและปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุตามแผนงานโครงการที่รัฐเป็นผู้กำหนด (Meso system) ตามเกณฑ์ชี้วัด¹⁸ ทั้งนี้ นโยบายการกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เป็นการเอื้อต่อการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ¹⁹ แต่ยังพบปัญหาในด้านคุณภาพการบริการที่ยังขาดความเชื่อมโยง ขาดความต่อเนื่อง ยังเป็นรูปธรรมที่ไม่ชัดเจนและไม่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุแท้จริง ถึงแม้ภาครัฐบาล องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสนับสนุนด้านปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ยังพบว่าโครงการกิจกรรมต่างๆ ที่จัดสรรให้นั้น ไม่เป็นไปตาม

ความต้องการที่จริงของผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่ภาคีเครือข่ายของชุมชนดำเนิน การจัดการบริการให้ การศึกษาของสุภาพรณ วรอรุณ และคณะ⁷ พบว่าเมื่อโครงการหรือกิจกรรมในภาคีเครือข่ายของชุมชนที่หน่วยงานองค์กรต่างๆ จัดให้ผู้สูงอายุไม่สอดคล้องตามความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย ไม่ตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมกับเครือข่ายของชุมชน นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาระดับปฐมนศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.60 ซึ่งผู้ที่การศึกษาสูงยิ่งได้รับโอกาสในการได้มาของอาชีพและรายได้ที่สูงตามมาด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังคงมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 25.12 ในด้านการประกอบอาชีพพบว่ามีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.59 รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 19.65 ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงต้องประกอบอาชีพ เนื่องจากสถานะเศรษฐกิจที่ต้องออกไปทำงานหารายได้ ให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพ อยู่ถึงร้อยละ 51.24 ซึ่งมีจำนวนเกินครึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมด ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ภาคีเครือข่ายในชุมชนจัดให้ รับรู้ว่าองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีสนับสนุนตั้งแต่ระดับนโยบาย ทรัพยากร ปัจจัยเอื้อต่างๆ แต่ด้วยภาวะเศรษฐกิจ การไม่มีเวลา ความเหน็ดเหนื่อย ความไม่สะดวกในการเดินทางมา

เข้าร่วม⁷ ย่อมมีผลต่อการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี

ปัจจัยด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะสามารถมีอิทธิพลทำนายการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพชุมชน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาพบว่าปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยถดถอยและมีความเสื่อมทางด้านร่างกายตามระยะเวลา จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยตนเอง และจากบุคคลอื่นมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา รวมทั้งการได้รับคุณค่าและความสำคัญในฐานะบุคคลหนึ่งของสังคม ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ย่อมส่งผลต่อความสนใจ และการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ¹⁰ จากการวิเคราะห์หาอิทธิพลของปัจจัยด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีค่า $p\text{-value} = 0.054$, $B = 0.270$ ทั้งนี้เมื่อพิจารณา พบว่าผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.27 ปี $SD = 6.783$ ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยดังกล่าวนี้ ยังคงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสามารถดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22, $S.D. = 0.24$ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ในด้านรายได้และอาชีพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในพื้นที่ยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.24 ซึ่งต้องออกไปทำงานเพื่อ

หารายได้ ถึงแม้จะอยู่ในวัยของการเป็นผู้สูงอายุ แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ต้องออกไปทำงาน ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงมีผลต่อการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาในหลายแง่มุม โดยเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีและหลักวิชาการอันเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งทำการศึกษาดังแต่ระดับหน่วยย่อยสุดคือระดับจุลภาคคือ คือตัวผู้สูงอายุเอง จนถึงระดับมหภาคใหญ่ คือระดับนโยบายและสภาพแวดล้อมอันเป็นปัจจัยเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ครอบคลุมในภาพรวมของทุกระดับที่เกี่ยวข้อง

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

การที่ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดการใช้ตารางเลขสุ่ม (Random-Number Table) ไปเริ่มใช้ในระดับตำบลแทน ทั้งนี้ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นตัวแทนของประชากรในแต่ละพื้นที่ควรดำเนินการใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแยกประชากรออกเป็นกลุ่มประชากรย่อยๆ โดยเป็นการแบ่งเป็นชั้นภูมิก่อน โดยหน่วยประชากรในแต่ละชั้นภูมิจะมีลักษณะเหมือนกัน (Homogenous) จากนั้นผู้วิจัยจึงค่อยมาเริ่มสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากร

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. องค์กรต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมหาแนวทางให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังและเสนอปัญหาความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ การเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

2. องค์กรต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนควรดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายของชุมชนได้ เพื่อให้เกิดแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์แก้ไขปัญหาและให้การสนับสนุนกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยกำหนดนโยบายและปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนในด้านงบประมาณ ทรัพยากรสิ่งแวดลอม สถานที่ การจัดหากำลังคนเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรม โครงการต่างๆ ในรูปแบบคณะกรรมการ การกำหนดระบบและกลไก เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการบรรลุไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในรูปแบบการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในรูปแบบการศึกษาวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง
2. การศึกษาถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดีต่อการดำเนินการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับเงินทุนอุดหนุนการวิจัยจากมูลนิธิสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีงบประมาณ 2561

References

1. Institute for population and social research. Statistics on aging in Thailand. Mahidol University, Thailand [Internet]. 2021 [cited 2021 March 15]. Available from: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/en/gazette.aspx>
2. World health organization. Ageing and life-course. Older people and Primary Health Care (PHC); 2017.
3. Voraroon S, Meebunmak Y, Enmarker I, Hellzen O. Shareholding Networks for Care in Rural Thailand: Experiences of older persons and their family members. Open Journal of Nursing 2017; 7: 318–30.
4. World health organization. Global age-friendly cities: A guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press; 2007.
5. World health organization. Community participation in local health and sustainable development Approaches and techniques. European Sustainable Development and Health Series; 2002. p.4.
6. World health organization and UNICEF. Report of the international conference on primary health care. NewYork: N.P. Press; 1978: p.11
7. Brager G & Specht H. Community organizing. New York, Columbia University Press; 1973.
8. Voraroon S, Hellzén O, Meebunmak Y, Enmarker I. Older people's lived experiences with participation in shareholding networks for the care of older people in rural areas of Thailand: A Phenomenological hermeneutic Study. Open Journal of Nursing 2017; 7(7): 875–92.

9. Voraroon S, Hellzén O, Enmarker I, Meebunmak Y, Devik SA. The impact of shareholding networks for facilitating care in rural Thailand. *Geriatric Nursing Journal* 2019; 40(4): 392-8.
10. Voraroon S, Hellzén O, Enmarker I, Meebunmak Y, Devik SA. Participation in Shareholding Networks for the Care of Older People in Rural, Thailand. *Education and Psychology* 2021; 58(2): 2587–602.
11. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action, Geneva. World Health Organization 2002; p.65.
12. Suphanburi health office. Data of population in Suphanburi province 2018–2020; 2020.
13. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
14. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
15. Boonmee C. Statistics for health research and data analysis with SPSS program. Faculty of Nurse. Burapha university; 2008.
16. Vaisurasing L, Voraroon S. Community nursing process for community problem-solving. Chulalongkorn book center publication; 2020.
17. Rasiri T, Songthap A. Health promotion for the elderly: Guidelines for Strong Partnership and Dynamic Network Participation in the 21st Century. The Southern College Network *Journal of Nursing and Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2021 March 20]. Available from: <https://tc-thaijo.org/index.php/scnet/article/download/113002/87970/>
18. Ministry of public health. A Guide to the development of sub-district health promotion hospitals. Policy and strategic office, Thailand ministry of public health, Thailand [Internet]. 2016 [cited 2021 March 11]. Available from: <http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/.pdf>
19. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, Sasat S, Kwanjai Amnatsatsue K. Community care model for older people in Thailand. *The Thai journal of primary care and family* [Internet]. 2009 [cited 2021 March 20]. Available from: https://www.academia.edu/1352085/Community_caremodel_for_older_people_in_Thailand_%E