

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ  
อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

**The Effects of Developing a Model for Promoting the Quality of Life of the  
Elderly in Tha Chang District, Sing Buri Province**

ธนา พุทธากรณ์<sup>1</sup> และ ยงยุทธ ธิตินินิธิ<sup>2</sup>

โรงพยาบาลท่าช้าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี<sup>1</sup>,

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลพิกุลทอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี<sup>2</sup>

**Tana Puttakorn<sup>1</sup> and Yongyut Thitininniti<sup>2</sup>**

Tha Chang Hospital, Sing Buri Provincial Public Health Office<sup>1</sup>,

Queen sirikit health center pikunthong, Phikun Thong Subdistrict,

Sing Buri Provincial Public Health Office<sup>2</sup>, Thailand

Corresponding Author, E-mail: barameebunkum@gmail.com

\*\*\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาผลการดำเนินงานและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 348 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย (1) การสร้างภาคีเครือข่าย (2) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย (3) การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นแกนนำส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่บ้าน (5) ทีมพี่เลี้ยงนิเทศติดตามประเมินผล (6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากพัฒนาผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ( $\bar{x}$  =3.27, SD=0.62) สูงกว่าก่อนการพัฒนา ( $\bar{x}$  =2.91, SD=0.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

\* วันที่รับบทความ : 6 ธันวาคม 2567; วันแก้ไขบทความ 14 ธันวาคม 2567; วันตอบรับบทความ : 15 ธันวาคม 2567

ระดับ .05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอนและปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ; ผู้สูงอายุ; การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

## Abstract

This action research aimed to: (1) study the context and situation of promoting the quality of life for the elderly, (2) develop a model for enhancing the quality of life for the elderly, and (3) evaluate the implementation outcomes and success factors of quality of life promotion for the elderly in Tha Chang District, Sing Buri Province. The sample group included 348 elderly individuals, 30 caregivers selected by simple sample random, and 30 stakeholders comprising representatives of local administrative organizations, public health officers from sub-district health-promoting hospitals, community leaders, village health volunteers (VHVs), and elderly caregivers selected by purposive sample random. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, and content analysis. The findings revealed that the model for promoting the quality of life for the elderly consisted of: (1) building partnership networks, (2) capacity development for the networks, (3) training for caregivers, (4) caregivers serving as key leaders in promoting the quality of life for the elderly at home, (5) a mentorship team for monitoring and evaluation, and (6) organizing knowledge-sharing forums. The effectiveness evaluation showed that the overall quality of life of the elderly after the development phase ( $\bar{x} = 3.27$ ,  $SD = 0.62$ ) was significantly higher than before the development phase ( $\bar{x} = 2.91$ ,  $SD = 0.41$ ) at the 0.05 level of statistical significance. When classified by aspects, the quality of life in terms of physical health, mental health, social relationships, and environment after development was significantly higher than before development at the 0.05 level of statistical significance. The success factors included the active participation of network partners at all stages and the consistent implementation of activities according to the model.

**Keywords:** Model Development; Elderly; Quality of Life Promotion for the Elderly

## บทนำ

สถานการณ์การเพิ่มของประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2563 มีผู้สูงอายุประมาณ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งประเทศ และเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี 2565 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2567 จะเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุนับตั้งแต่บัดนี้” มีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562) ส่งผลทำให้ต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุเป็น

ประเด็นสำคัญ รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุจึงได้กำหนดนโยบายหลักของรัฐบาลด้านสุขภาพของประเทศ ในการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563)

จังหวัดสิงห์บุรีเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี พ.ศ. 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 24.83, 25.37 และ 26.46 ตามลำดับ ถือว่าได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับโครงสร้างประชากรของประเทศไทยและจากข้อมูล ปี 2566 พบว่า อำเภอที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในจังหวัดสิงห์บุรี คือ อำเภอท่าช้าง คิดเป็นร้อยละ 30.78 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยจะเห็นได้จากข้อมูลปี 2564-2566 พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 28.70, 29.29 และ 30.78 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี, 2567) สะท้อนให้เห็นว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ความรุนแรงและรวดเร็วมากส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงสูงชันด้วยนำไปสู่ผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ เป็นต้น (จุฑารัตน์ บุตรดีขันธ, 2566)

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี (2561) ได้นำเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับทางด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม และร่างกาย ตามลำดับ ซึ่งด้านร่างกายควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการออกกำลังกาย ด้านจิตใจควรส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่เด็กและเยาวชน ด้านสิ่งแวดล้อมควรจัดโครงการชุมชนน่าอยู่ การส่งเสริมชุมชนในการบริหารจัดการ ปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติและมีความตระหนักต่อการแสดงบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (WHO, 1993) คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุและร่วมดำเนินการกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน ปัจจัยการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนา มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตและทางสังคม นอกจากนี้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางสังคมนั้น มีความสัมพันธ์กับการมีเครือข่าย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวมา เห็นถึงความสอดคล้องและสรุปได้ว่าการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีนั้น ผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลท่าช้างเป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ที่เน้นการรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง และที่สำคัญ ต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวม ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟู

สภาพ ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายและขยายบริการลงสู่ระดับปฐมภูมิ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลประชาชน ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบัน ให้บริการวิชาการแก่สังคม และส่งเสริม ความเข้มแข็ง ของชุมชนอย่างยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีส่วนร่วมกัน ระหว่างหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งคนในครอบครัว มีเป้าหมายสำคัญ คือ เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพและชุมชน และการมุ่งเป้าให้การดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญต่อการดูแลซึ่งกัน และกันอย่างมีส่วนร่วม ตามบทบาทภารกิจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชน จากสภาพปัญหา ดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรีเป็นประเด็นที่สำคัญโดย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา/ความ ต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และการสรุปบทเรียน ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีผลต่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรีไปสู่เกณฑ์เป้าหมายของคุณภาพชีวิต อันจะส่งผล ให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมี คุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สภาพปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัย แบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ดำเนินการ ในพื้นที่เป้าหมายคือ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 3,683 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 348 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ เคร็ชชีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อ กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลท่าช้าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 4 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับสอบถามผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้ประยุกต์จากเกณฑ์ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL BREF THAI) (1998) จำนวน 26 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 ใช้สำหรับสอบถามความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน คือ ระดับดี ระดับ ปานกลาง และระดับไม่ดี (Bloom, 1975)

1.4 แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถาม การบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบกับเนื้อหาตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ IOC (Index of congruence) ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกชุด และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเชิงปริมาณทุกชุด โดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการตรวจความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ ดังนี้ 1) แบบสอบถามชุดที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 2) แบบสอบถามชุดที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 3) แบบสอบถามชุดที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 4) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ นำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 2 รายแล้วปรับแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย ศึกษาสถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ สำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประสานงานกับพื้นที่ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดสอบ (Pre-test)

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สังเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาตามการรวบรวมข้อมูลตามข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในระยะที่ 1 ร่วมวางแผนในการหารูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วม ในการดำเนินการในขั้นตอนนี้ใช้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการประชุมวางแผน แบบมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 348 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน จัดกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ในขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องก่อนการดำเนินงาน การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศ ตรวจสอบสนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานและกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 30 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 348 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน การประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL BREF THAI) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ บันทึกการถอดบทเรียน สรุปผล การดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถาม การสังเกต การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชน การประชุมกลุ่มสนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวบรวมตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) สร้างคู่มือลงรหัส (Data coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ 2) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

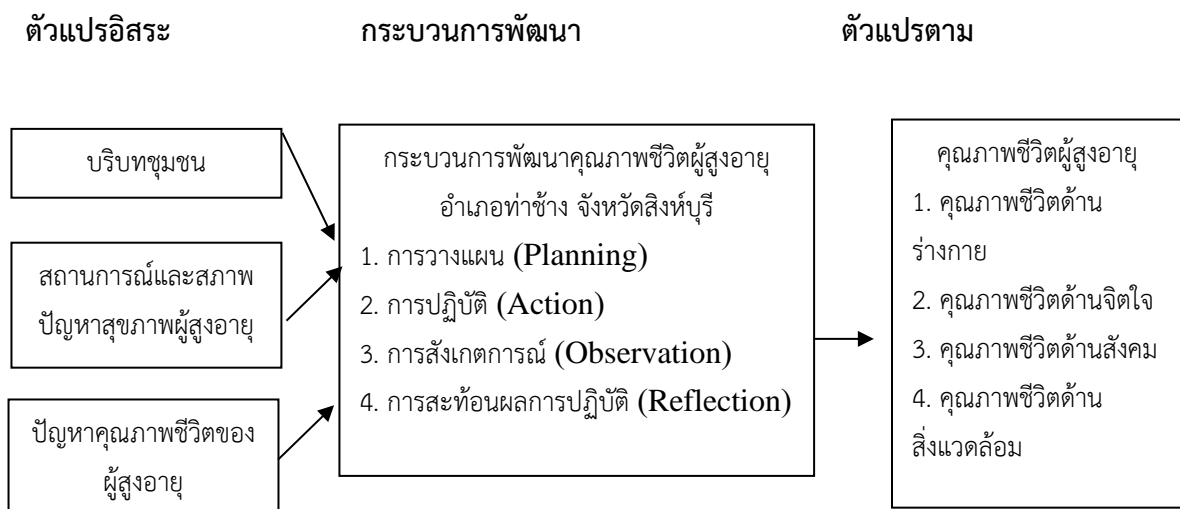
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความต้อร่างกาย จิตใจ และวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เลขที่ SEC 31/2566 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ประยุกต์ใช้การวิจัยปฏิบัติการ (PAOR) ของ Kemmis & McTaggart (1988) มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผ่านกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรีมีพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุม 4 ตำบล 23 หมู่บ้าน 4,981 หลังคาเรือน มีโรงพยาบาล 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลท่าช้าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 แห่ง และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี 1 แห่ง มีประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 14,272 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 356 คน มีผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 3,983 คน คิดเป็นร้อยละ 27.91 และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) 25 คน ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ประสบปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคระบบกล้ามเนื้อ และ การติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยในกลุ่มนี้ ขณะที่ ปอดอักเสบ มะเร็ง ติดเชื้อในกระแสเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคหัวใจ เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมี พฤติกรรมเสี่ยง ต่อสุขภาพ เช่น

การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มนี้ อีกทั้งยังพบว่า สุขภาพช่องปาก และการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ต้องการการพัฒนา เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงทางสุขภาพในระยะยาว

2. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี มีขั้นตอนในการพัฒนาตามกระบวนการดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เพื่อวางแผนแบบมีส่วนร่วมและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลท่าช้าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสร้างความเข้าใจร่วมกันในการศึกษาค้นคว้าแนวทางการแก้ไขปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการความต้องการของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน และเกิดความมั่นคง และได้กิจกรรมสำคัญ 6 กิจกรรม

2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) นำกิจกรรมสำคัญ 6 กิจกรรมไปปฏิบัติ ดังนี้

2.2.1 การสร้างเครือข่ายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยดำเนินการดังนี้

1) การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาพร้อมกันโดยการบูรณาการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาพร้อมกันมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่ พบว่า มีการสนับสนุนการดำเนินการเป็นอย่างดี โดยมีการบูรณาการกับแผนงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และจากศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบลประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกรรมการและเลขานุการ

3) การทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่แล้วแต่คณะกรรมการยังขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน และไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงได้ดำเนินการทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยการเชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลท่าช้างมาให้ความรู้ ทบทวน การดำเนินงานโดยจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.2.2 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ และเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยการศึกษาดูงานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่เป็นเลิศเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.2.3 การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าอบรม จำนวน 30 คน ได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากโรงพยาบาลท่าซ่าง พร้อมทั้งมีการฝึกเขียนแผนการ เยี่ยม และแนวทางการเยี่ยมผู้สูงอายุ

2.2.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นแกนร่วมในการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขียนแผนการเยี่ยมและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เมื่อได้มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้ว จากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและวางแผนในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลผู้สูงอายุได้วางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยร่วมเขียนแผนการดูแลร่วมกับผู้จัดการ ระบบการดูแลได้ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุตาม แผนที่กำหนดไว้ ตามความจำเป็นในแต่ละราย โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อนของผู้สูงอายุ และผู้จัดการระบบการดูแลติดตามเยี่ยมและประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการระบบการดูแล มีการประชุมปรึกษาเพื่อวางแผน ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ

2.2.5 ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน โดยทีมพี่เลี้ยง ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลท่าซ่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพท้องถิ่น ได้นิเทศติดตามการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ โดยติดตามการเยี่ยมผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ และการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.2.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โรงพยาบาลท่าซ่าง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน เพื่อสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นจากผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม และ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการสังเกตการณ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าซ่าง จังหวัดสิงห์บุรี สรุปได้ดังนี้

2.3.1 การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพร้อมเนื่องจากทีมผู้วิจัยได้อธิบาย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้

2.3.2 การให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การประชุมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินกิจกรรม โดยส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคนในพื้นที่ที่คุ้นเคยกันดีกับวิทยากรและทีมวิจัยวิทยากรดำเนินกิจกรรม ตามกระบวนการ

2.3.3 ความตั้งใจและความสนใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกัน ระดมความคิดในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยความตั้งใจซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจดีมาก มีการเล่าถึงปัญหาให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม

2.3.4 การแสดงความคิดเห็นในขณะอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมอบรมได้ให้ความสนใจ ในการแสดงความคิดเห็น และสอบถามเป็นอย่างดี โดยมีบางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็น ในด้านประสบการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนได้รับความร่วมมือจากทุกคนเป็นอย่างดี

2.4 ชั้นสะท้อนผล (Reflection) พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีการดำเนิน ตามแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่ดำเนินการเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุรู้หน้าที่ของตนเองมากขึ้น เกิดการเชื่อมโยงของบุคคลในชุมชนทำให้การทำงาน มีประสิทธิภาพเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ผลการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

3.1 ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.33 ( $\bar{x}=3.85$ ,  $SD=0.81$ ) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.55 ( $\bar{x}=3.92$ ,  $SD=0.61$ )

3.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.78 และหลังดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.56 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อน และหลังการดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ผลการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี โดยการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ภายหลังจากพัฒนา ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ( $\bar{x}=3.27$ ,  $SD=0.62$ ) สูงกว่าก่อนการพัฒนา ( $\bar{x}=2.91$ ,  $SD=0.41$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาด้วยรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	n	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean difference	t	p
		พัฒนารูปแบบ		รูปแบบ				
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ด้านร่างกาย	348	2.88	0.21	3.22	0.22	0.42	40.46	<.001*
ด้านจิตใจ	348	2.84	0.53	3.29	0.67	0.45	45.28	<.001*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	348	2.74	0.51	2.95	0.55	0.21	46.24	<.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	348	3.18	0.48	3.48	0.75	0.30	56.01	<.001*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	348	2.91	0.41	3.27	0.62	0.35	52.71	<.001*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัจจัยที่มีผลทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ เกิดกระบวนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และสภาพปัญหาของพื้นที่สำคัญ คือ 1) มีผู้นำชุมชนเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเข้าร่วมกิจกรรม อย่างต่อเนื่องและพร้อมเพียง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการ ให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง 3) ชุมชน เห็นพร้อมและ มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูลร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาท คอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน คอยให้คำปรึกษาอำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน 5) มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน องค์กรชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี มีประเด็นอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนการพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนามีความรู้ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาและสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมตั้งแต่การอบรมเชิงปฏิบัติการ การสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยงและภาคีเครือข่าย การจัดเนื้อหาที่ตอบโจทย์ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยสร้างความรู้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ อนันทวัน และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบล โนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับสูงซึ่งมากกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิณทิพย์ จำปาพงษ์ (2561) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้หลังเข้าการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยคะแนน ทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 สอดคล้องกับแนวคิดของ Caffrey R. (1991) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวในด้านพฤติกรรม การเอาใจใส่ด้านอารมณ์จิตสังคม ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับความรู้เป็นท่าทีที่แสดงออกว่าจะปฏิบัติได้ดีในอนาคตได้

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขับเคลื่อนโดยอาศัยจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมของประชาชน ความสัมพันธ์กันลักษณะเครือญาติ การเคารพผู้อาวุโส มาสร้างจุดร่วมในการตระหนักรู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ จะเห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนการดำเนินการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นและมีดำเนินงานที่เน้นความครอบคลุมทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลช่วยให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาในทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุในที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉวีวรรณ อุปมานะ (2561) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 91.95 คะแนน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 101.15 คะแนน ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง 9.20 คะแนน และสอดคล้องกับงานวิจัยของอดิญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้านของผู้สูงอายุหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุดีกว่าก่อนเข้าโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก The WHOQOL Group (1998) ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม รวมไปถึงการหาแนวทางการขยายเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเสริมความเข้มแข็งของชุมชนมากยิ่งขึ้น

3. ผลจากการถอดบทเรียนหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ดังนี้ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้มีการวางแผน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขึ้น กำหนดแนวทางจัดทำแผนงานโครงการ แก้ไขปัญหาร่วมกันโดยมีการระดมทรัพยากรของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมการวิเคราะห์ ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานชีวา ณ หนองคาย (2561) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า หลังการ ดำเนินการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านทั้ง 7 ด้านดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สภาพปัญหา โดยการมีส่วนร่วมทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานการ ดูแลผู้สูงอายุ มีการศึกษาบริบทของพื้นที่เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ การศึกษาของสุรพล ชยภพ (2562) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากทุนทางสังคม แบบพหุภาคี โดยเกิดจากทุนทางสังคม ปัจจัย ภายในจากคนในครอบครัว คนในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กับทุนทางสังคมที่เกิดจากปัจจัยภายนอก คือ รัฐ องค์กร เอกชน ประสานความร่วมมือซึ่งกันและกันเป็น เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุแบบพหุภาคี การดำเนินงานผู้สูงอายุที่ จะให้มีประสิทธิภาพและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องนั้นต้องมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ เป็นผู้กำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้การ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์

ในการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการอบรม พัฒนาความรู้ แนะนำแนวทางการเขียน แผนการดูแลผู้สูงอายุกระตุ้นให้อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุออกติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโชติ ผ่าผิวดิ (2562) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงท่าบ จังหวัด สุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากผู้สูงอายุขาดความรู้ ในการดูแลตนเอง ไม่มีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน การจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่เป็นอยู่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ดังนั้นรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ต้องมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เข้ามาร่วมกันจัดทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและ บริบทของชุมชน โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบ ภายใต้ความร่วมมือของแกนนำในพื้นที่ส่งผลให้การส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพขึ้น นอกจากนี้ยังได้ติดตามการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยติดตามนิเทศเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ให้ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานร่วมกันรับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งหา แนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันเพื่อให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิรา เพียรดวงษ์ (2564) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีส่วนร่วมในการจัดการ สุขภาพโดยรวมและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจากวก่อนการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ปัจจุบันสนับสนุนการดำเนินงานในระยะยาว คือ ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และคนใน ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน การดำเนินงาน ตามความสามารถในกิจกรรมของผู้สูงอายุ และมี งบประมาณ สนับสนุนในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต้องจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอยู่ เสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้ง ทางร่างกาย และจิตใจให้กับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำเนินงานและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและ ติดสังคม

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้ประโยชน์ทางด้านวิชาการ ในการวางแผนสำหรับผู้ปฏิบัติงานทางด้าน สาธารณสุขโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ระดับตำบลด้านการวางแผน กำหนดรูปแบบบริการด้านสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางจัดทำนโยบาย พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุในการให้

คำแนะนำด้านสุขภาพและประสานความร่วมมือระหว่างชุมชนกับหน่วยงานสาธารณสุขในการสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

### 3. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

ผลการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับตำบล ที่สามารถใช้ผลการวิจัยครั้งนี้ในการออกแบบบริการสุขภาพ สร้างความร่วมมือให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมและบทบาทในการสนับสนุนและดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง และมีบทบาทในการดูแลตนเอง และดูแลกันเองในชุมชนมากขึ้น และส่งเสริมให้คนในครอบครัวผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านตนเองมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทิรา เพียรดวงษ์. (2554). การพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตำบลคันธารราษฎร์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฑารัตน์ บุตรดีขันน. (2566). การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 17 (3), 1092-1107.
- ฉวีวรรณ อุปมานะ. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.
- ทัศนีย์ อนันทวัน, และคณะ. (2560). รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอห้วยซันธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 23 (2), 85-99.
- ปานชีวา ณ หนองคาย. (2551). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พิณทิพย์ จำปาพงษ์. (2561). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลบางปะกง.

- วิโชติ ผ่าผิวดิ. (2552). *การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอลำโรงท่าบ จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. (2560). *คู่มือเกณฑ์ชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ*. นครราชสีมา: โรงพิมพ์อินดี้ ดีไซน์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุรพล ชยภพ. (2552). *การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ ปรัชญาดุสิตบัณฑิตสาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (2567). *รายงานประจำปี 2567*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2563*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- อติญาณ ศรีเกษตรริน, และคณะ. (2562). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 8 (1), 85–99.
- Bloom, S. J. (1975). *Taxonomy of education objective, handbook 1: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Caffrey, R. (1991). *Family caregiving to the elderly in northeast Thailand: Changing pattern* (Doctoral dissertation, Department of Anthropology, Oregon University).
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Deakin University Press.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30 (3), 607–610.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 28 (3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- World Health Organization. (1993). The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). in Orley J, Kunyken W. (eds.). *Quality of life assessment : international perspectives : proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3 1993*.