

ผลของโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ตำบลพราณ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

ภาวนา โสภาสี, สม.¹, สมัย ลาประวัตติ, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ตำบลพราณ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล(Care giver) ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้โปรแกรมดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver) โปรแกรมประกอบไปด้วยการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน จำนวน 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบใช้ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิต และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) และหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับความพึงพอใจระดับมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สำหรับผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีระดับการมีส่วนร่วมระดับมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) จึงสรุปได้ว่า สามารถนำโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะถดถอย ลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ : ดูแลส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ศาสตร์การแพทย์แผนไทย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: pawana3031@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: samailaprawat@gmail.com

Results of the program to care for health of the Elderly using traditional Thai medicine. With the participation of care givers of the elderly in Phran Subdistrict, Khun han District, Sisaket Province

Pawana Sopalee, M.P.H.¹, Samai Laprawat, Dr.P.H.²

Abstracts

This research was a quasi-experimental case-control group research, pre-post test. Aimed to evaluate the results of the program to care for the health of the elderly using traditional Thai medicine. With the participation of Caregivers of the elderly in Phran Subdistrict, Khun Han District, Sisaket Province, a total of 50 samples were collected: 1) an experimental group of 50 samples and Caregivers of the elderly of 50 samples. The research tools used the program to care for the health of the elderly using traditional Thai medicine. With the participation of Caregivers of the elderly, the program consists of training, knowledge, and practice. 7 facial muscle exercises, 5 exercises with elastic bands, 3 days a week, and herbal foot soaks 3 days a week for 8 weeks. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The research results found that after the experimental group participated in the program, scores of ability to live life and indicators of quality of life for the elderly were significantly different at the 0.05 level ($P\text{-value} < 0.001$), and the experimental group participated in the program. They had higher scores on satisfaction; there was a statistically significant difference ($P\text{-value} < 0.001$). Caregivers after participating in activities to promote the health of the elderly using traditional Thai medicine have a high level of participation; there was a statistically significant difference ($P\text{-value} < 0.001$). It can be concluded that this program can be used to care for the health of the elderly using traditional Thai medicine. With the participation of Caregivers of the elderly people in the community by adjusting to suit the context of promoting the health of the elderly and improving the quality of life Reducing recession reduces the dependency of the elderly in the community.

Keywords: Care for health, Elderly, Traditional Thai medicine, Caregiver

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office.

Email: pawana3031@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office.

Email: samailaprawat@gmail.com

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย ในปี 2563 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.24 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้น ของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คน ต่อปี) ซึ่งตามคาดประมาณการประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า ภายในปี 2566 ประเทศไทยจะกลายเป็น สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 20.1 ของประชากร (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2565)

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 คือ มีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 โดยใช้ อายุตามปีปฏิทินที่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเป็นนิยามที่เป็นทางการของ "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2546 ในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทย มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10.7 และจากการมองภาพประชากร พบว่า สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น ร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2565 และร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 (รศรินทร์ เกรย์และคณะ, 2556) และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาเรื่องสุขภาพ ตามมาด้วย ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ก็มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเกิดจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พันธุกรรม หรือความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย โดย ปัญหาสุขภาพที่มักพบในผู้สูงอายุคือปัญหากระดูก และข้อ โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อมพบได้มากถึง ร้อยละ 40

ในจำนวนของโรคข้อทั้งหมด โดยเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของวัยที่เพิ่มขึ้น

ระบบบริการสุขภาพเป็นโครงสร้างหนึ่งของสังคม ที่มีผลต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งมีการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่ก็ มีข้อจำกัดและมีผลกระทบต่อการจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ทั้งนี้เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันต้องใช้ องค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ ซึ่งมีราคาสูงและนำเข้าจากต่างประเทศ นอกจากนี้ การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรักษาโรคเรื้อรัง โรคที่ต้องบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลายาวนาน โดยเฉพาะ กลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากการเพิ่มขึ้นและความสลับซับซ้อนของปัญหาสาธารณสุขส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพต่างๆ กำลังเผชิญกับความท้าทายในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่าง จำกัดในการบริหารจัดการด้านบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลกได้สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการแพทย์ ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก กว้างขวางขึ้น ซึ่งมียุทธศาสตร์ 4 ด้าน คือ 1) บูรณาการแพทย์ดั้งเดิม และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสาธารณสุขแห่งชาติ 2) ริเริ่มและพัฒนากิจการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ ทางเลือกบนพื้นฐาน ด้านความปลอดภัย 3) เพิ่มการเข้าถึงและความสามารถในการใช้ประโยชน์ของ การแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ ทางเลือก 4) ส่งเสริมการใช้ประโยชน์การแพทย์ดั้งเดิม และการแพทย์ ทางเลือกอย่างเหมาะสมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (WHO, 2002) และนอกจากนี้ ในด้านนโยบาย องค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกมี

นโยบายส่งเสริมการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพได้ให้

ความสำคัญกับเรื่องการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก ที่เน้นการส่งเสริมใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ภายในประเทศ (WHO, 2009)

สำหรับประเทศไทยการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพของคนไทยที่ผ่านกระบวนการสั่งสมประสบการณ์ที่ยาวนาน ซึ่งมีการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้มาจนถึงปัจจุบัน ทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนสามารถนำบูรณาการควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยโรค การบำบัดการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย การใช้ยาตำรับสมุนไพร การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค เช่น โภชนาบำบัด สมุนไพรบำบัด การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพก่อนคลอดและฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด เป็นต้น และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศการจัดตั้งตาม พระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นหน่วยงานในการดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยโดยให้มีการศึกษาวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ส่งเสริมสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนไทย ด้วยเหตุนี้การแพทย์แผนไทยจึงได้รับพิจารณาให้เป็นการแพทย์ทางเลือกหนึ่งในยุคโลกาภิวัตน์(กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากนโยบายภาครัฐที่ต้องการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ ฉะนั้นประชาชนจะต้อง มีสิทธิได้รับการบริการรักษาสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่า มีจำนวน มากและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการสนับสนุนงานแพทย์แผนไทยเข้าสู่

โรงพยาบาล ทั่วไปในปัจจุบัน เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการบำบัดรักษาโรคดังกล่าว

การดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยใช้หลัก 8 อ. เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ยังไม่เจ็บป่วยให้มีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากการเกิดโรคไม่ติดต่อนั้นเกิดจากพฤติกรรมของตนเองทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดูแลและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกผู้สูงอายุและผู้ดูแลมาเข้าโปรแกรมอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จัดการให้มีการรับรู้เกิดความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้

โปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design)

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาคือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,611 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusions criteria)

- 1) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ
- 2) ไม่มีภาวะพึ่งพิง สามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้
- 3) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

(Exclusions criteria) 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวออกระหว่างการวิจัย 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองต่อได้ทุกกรณี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในครั้งจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ประกอบด้วย การกำหนดค่าเริ่มต้นด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .5 ระดับนัยสำคัญค่าอัลฟา หรือ α ที่ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power Test) เท่ากับ 0.95 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน แต่ในการศึกษาอาจมีกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมโปรแกรมในระหว่างการทดลอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน (อ้างอิงจากเอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2563)) และกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โปรแกรมประกอบไปด้วย การจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน (กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, 2566) จำนวนทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ดังนี้

- จัดอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- ชี้แจงการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

- เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ก่อนการทดลอง

- แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง

- การปฏิบัติโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบไปด้วย การจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน โดยการกำกับติดตามของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 8 สัปดาห์

- จัดประชุมถอดบทเรียน เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 8 หลังสิ้นสุดการทดลอง สรุปข้อข้อเสนอแนะ

- รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานของงานวิจัย คือเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-048 รับรองตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 14 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม

(Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียอมรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1.1 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 69.98 ปี (S.D. = 6.51) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาร้อยละ 68 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56 รายได้เฉลี่ย 1,910.00 บาท (S.D. = 3,009.86)

1.2 กลุ่มผู้ดูแล (Care giver) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54 อายุเฉลี่ย 53.98 ปี (S.D. = 1.28) สถานภาพสมรส ร้อยละ 84 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา เท่ากัน ร้อยละ 44 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65 รายได้เฉลี่ย 7,072.00 บาท (S.D. = 991.53)

2. เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนน เฉลี่ย 21.96 (S.D. = 0.28) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 22.00 (S.D. = 0.00) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	21.96	0.28	0.04	0.28	1.0	<0.001
หลัง	22.00	0.00				

3. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 84.00 (S.D.=10.08) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 85.32 (S.D.=7.16) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่าระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	84.00	10.08	1.32	4.87	1.916	<0.001
หลัง	85.32	7.16				

4. เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 26.76 (S.D.=1.30) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 44.20 (S.D.=1.84) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	26.76	1.30	17.44	2.29	53.71	<0.001
หลัง	44.20	1.84				

5. เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 63.12 (S.D.=10.14) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนน

เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 93.46 (S.D.=10.28) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	63.12	10.14	30.36	7.43	28.75	<0.001
หลัง	93.46	10.28				

6. เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 26.82 (S.D.=5.41) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนน

เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 38.18 (S.D.=5.62) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	26.82	5.41	11.36	5.21	15.39	<0.001
หลัง	38.18	5.60				

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถนำมามีประโยชน์การศึกษา ดังนี้

1. ระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระดับความสามารถในการใช้

ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โปรแกรม

ประกอบไปด้วยการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น โปรแกรมที่จัดขึ้น ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสิทธิศักดิ์ กองมา(2566) ซึ่งศึกษา ผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการแพทย์แผนไทยต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ เท่ากับ 6.05 และ 11.74 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ย

2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในระดับดี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โปรแกรมประกอบไปด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ และ ฝึกปฏิบัติ การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธิศักดิ์ กองมา(2566) ซึ่งศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการแพทย์แผนไทยต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ เท่ากับ 17.91 และ 11.54 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความพึงพอใจในกิจกรรมและโปรแกรมที่จัดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจารุวรรณ พันธุ์ประทุม (2566) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจในการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก (Mean=4.77, SD.= .36)

ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Caregiver) ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 63.12 (S.D.=10.14) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 93.46 (S.D.=10.28) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T-test พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Caregiver) ผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ถิรวัฒน์ ลาประวัตติ และสมัย ลาประวัตติ (2567) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ศึกษาเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่ มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 51.22 รองลงมามีส่วนร่วมมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.13 คะแนน (S.D. = 0.81) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 บุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนาความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะถดถอยในด้านการเคลื่อนไหว และลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้โปรแกรมดังกล่าวและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชุมชน ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีในพื้นที่ และให้สอดคล้องกับสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 ควรใช้กลุ่มตัวอย่างแบบ 2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และทั้ง 2 กลุ่มควรมีลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน เพื่อลดปัจจัยรบกวนที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์หลังการทดลองให้ได้มากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผลด้วยการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาถึงระยะความยั่งยืนของการใช้โปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายยิ่งขึ้น เป็นระยะๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ทอง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แพทย์หญิง รัชฎาพร รุญเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนหาญ นายสมัย คำเหลือ สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ นายวิชัย อุ่นแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพราน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น ท้องถิ่นในเขตอำเภอขุนหาญ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้

การสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถ ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2550). รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. 2548-2550. นทพรี.
- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป พิมพ์ที่สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2566). คู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก “สู่มือ 3 หมอ” ห้างหุ้นส่วนจำกัด ศิริลักษณ์ 2505, ปีที่พิมพ์ 2566.
- จารุวรรณ พันธประทุม (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาศาสนาสุขภาพ, ปีที่ 6 ฉบับที่ 1(2-11).
- ถิรวัฒน์ ลาประวัตติ และสมัย ลาประวัตติ (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, ปี 3, ฉบับที่ 1, มีนาคม 2024, p. 156-170.

รศรินทร์ เกรย์และคณะ (2556). มโนทัศน์ใหม่ของนิยาม

ผู้สูงอายุ:มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ

(New Concept of Older Persons:The

Psycho-social and Health Perspective).

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล:นครปฐม.

สิทธิศักดิ์ กองมา (2566). ผลของการฟื้นฟูสภาพ

โดยการแพทย์แผนไทย ต่อคุณภาพชีวิต และ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการ

สาธารณสุขจังหวัดตาก, 3(1).

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักนายกรัฐมนตรี (2565). *แผนพัฒนา*

เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.

2566—2570).ราชกิจจานุเบกษา.

เอื้อจิต สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย

เย็นยาว, และวัชรวิงค์ หวังมัน (2563). ผลของ

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่ม

วัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข,

29(3), 421-429.

World Health Organization (WHO) (2002).

Active aging, a policy framework.

A contribution of the World Health

Organization to the second United

Nation world assembly on aging.

Madrid, Spain.

World Health Organization (WHO) (2009).

Global age-friendly cities: A guide.

France.