

## การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวคิดพัฒนาพลัง

ศุภธิดา จันทร์บุรี<sup>1\*</sup> และกมลภ ถานอมสัตย์<sup>1</sup>

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

\* E-mail: Suphatida@webmail.npru.ac.th

### บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าประชากรในกลุ่มอายุอื่น ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กล่าวคือ การดูแลสุขภาพสภาพที่ครบทุกองค์ประกอบในทุกมิติของบุคคล ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ แบบบูรณาการ การนำแนวคิดพัฒนาพลังซึ่งเป็นกระบวนการสร้างโอกาสช่วยให้กายภาพ สังคม จิตใจ การมีส่วนร่วมจากครอบครัว และสังคม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น บทความนี้มีจุดมุ่งหมายในการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวมในทุกมิติที่สอดคล้องตามองค์ประกอบเสาหลักด้านสุขภาพของแนวคิดสถานะพัฒนาพลังซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพโดยการประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ สุขภาพของตนเอง สุขภาวะทางจิต ความพิการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำพื้นฐาน ข้อจำกัดของร่างกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน การมองเห็นและการได้ยิน 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน และ 3) การส่งเสริมให้มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิตอีกด้วย เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพ และเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ ชุมชน การดูแลแบบองค์รวม แนวคิดพัฒนาพลัง

## Holistic health Care for Elders in Community Based on the Concept of Active aging

Suphatida Chanburee<sup>1\*</sup>, Kamollabhu Thanomsat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculty of nursing , Nakhon Pathom Rajabhat university

\* E-mai: Suphatida@webmail.npru.ac.th

### Abstract

*The elders have changed physically, mentally, emotionally and participation in society. As a result, the elders have possibilities to ill than other age groups. Therefore, the elderly should receive holistic health care—physical, mental, social and spiritual health care should be integrated. The active aging concept developed by World Health Organization is a process of creating opportunities for physical, social, mental, participation from families and social support in order to enhance a better quality of life among elders in the community. The objective of this article is to review a holistic approach to caring for the elderly in all dimensions in accordance with the health pillars of the concept of energetic status, which consists of 3 components: 1) health care by evaluating different components a follows: self-rated health status, psychological well-being, disability, activities of daily living, functional limitation, exercise behavior, instrumental activity of daily living, vision and hearing, 2) promoting community participation and 3) promoting stability or security in life. This concept is a crucial concept that develops the elderly to be self-reliant with potential and who are still able to benefit themselves, their family, and society.*

**Keywords:** elderly, community, holistic health care, active aging

## 1. บทนำ

สังคมสูงอายุ (aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) องค์การสหประชาชาติได้มีการแบ่งระดับการเข้าสู่สังคมสูงอายุของแต่ละประเทศไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ระดับของการก้าวสู่สังคมสูงอายุ (aging society) คือ มีจำนวนประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ส่วนระดับที่ 2 ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) คือ การที่มีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และสุดท้ายระดับที่ 3 ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (super aged society) คือ มีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

ปัจจุบันพบว่า จำนวนประชากรของโลกมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นมาก และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างไปจากเดิม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปี ซึ่งใน ค.ศ.2016 ประชากรโลกมีทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนประมาณ 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มว่าประชากรโลกนั้นจะมีอายุสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการเพิ่มขึ้นเช่นนี้ ส่วนหนึ่งมาจากความเจริญทางการแพทย์ ทำให้ผู้คนมีอายุยืนยาว จำนวนอัตราการตายลดน้อยลง ในประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือ มีจำนวนสัดส่วนของผู้สูงอายุคิดเป็นประมาณร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งประเทศ และยังคงมีแนวโน้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการคาดไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับปริมาณของประชากรของไทย พบว่า ภายในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ และในปี พ.ศ. 2575 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มที่ ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศในอนาคต ซึ่งการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุนั้น เชื่อว่ามีสาเหตุสำคัญมาจากอัตราการเกิดของประชากรที่ลดลง ในขณะที่ประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวมากขึ้น หรือมีอัตราการตายลดลง (คาสปาร์ พิค , วาสนา อิมอเม, และรัตนภรณ์ ตังธนเศรษฐ์, 2558) แต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ จะมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากเป็นความชรา เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงตามธรรมชาติ ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง อัมพฤกษ์หรืออัมพาต เป็นต้น

ทั้งนี้นอกจากผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้ว ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในสังคม โดยถึงแม้ในสังคมปัจจุบันถึงแม้จะพบผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับลูกหลานก็ตาม แต่พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องมีการดูแลสุขภาพเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น ๆ การทำความเข้าใจกับวิถีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองได้เหมาะสมกับวัย มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดปัญหาของผู้สูงอายุกับครอบครัว และสังคม ซึ่งการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้นั้นควรให้การดูแลสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่ครบทุกองค์ประกอบในทุกมิติของบุคคล ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และต้องพิจารณาทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งหมด เน้นที่ตัวบุคคลมากกว่าการเจ็บป่วย หรืออาการของโรค สอดคล้องกับความหมายภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ครบทุกมิติเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังเป็นการเน้นถึงทางเลือกของกิจกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพ และผู้ใช้บริการ

ปัจจุบันภาครัฐให้ความสำคัญกับแผนงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและลดการพึ่งพาให้ได้มากที่สุด (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556; วิรดา อรรถเมธากุล และวรรณิ ศรวิสัย, 2556) สอดคล้องกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ที่ได้กล่าวถึงวิสัยทัศน์ด้านผู้สูงอายุว่า “ผู้สูงอายุนั้นเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรให้สังคมค่าไว้ให้มากที่สุด” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเชิงนโยบาย “active aging” (พฤษพลัง) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ที่ได้ให้ความหมายว่า พฤษพลังเป็นกระบวนการสร้างโอกาสช่วยให้กายภาพ สังคม จิตใจ และการมีส่วนร่วมดีขึ้น โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพ และเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งแนวคิดสภาวะพฤษพลังขององค์การอนามัยโลกจะเน้นองค์ประกอบหลัก 3

ประการ ได้แก่ สุขภาพ (health) การมีส่วนร่วม (participation) และความมั่นคงปลอดภัย (security) หรือมักเรียกโดยทั่วไปว่า “สามเสาหลัก” (จินตนา อาจสันเทียะ และ พรนภา คำพราว, 2557) จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนที่พึงประสงค์ ควรให้การดูแลภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) ในทุกมิติที่สอดคล้องตามแนวคิดพัฒนาองค์ประกอบเสาหลักด้านสุขภาพ เพื่อเกิดกระบวนการสร้างโอกาสช่วยให้กายภาพ สังคม จิตใจ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุนั้นดีขึ้น ส่งผลให้ลดภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยรูปแบบการให้บริการหรือให้การดูแลในชุมชน จึงควรมีการบริการพยาบาลเชิงรุกในการดูแลที่บ้าน ร่วมกับการดูแลโดยชุมชน เพื่อรองรับให้สังคมตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ และการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาทสูงวัยอย่างมีพลัง (active aging) อีกด้วย บทความนี้มีจุดมุ่งหมายในการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวมในทุกมิติที่สอดคล้องตามองค์ประกอบเสาหลักด้านสุขภาพของแนวคิดสภาวะพัฒนาพลังซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านสุขภาพโดยการประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ สุขภาพของตนเอง สุขภาวะทางจิต ความพิการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำพื้นฐาน ข้อจำกัดของร่างกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน การมองเห็นและการได้ยิน 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน และ 3) การส่งเสริมให้มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิตอีกด้วย เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพ และเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม

## 2. เนื้อหาและอภิปราย

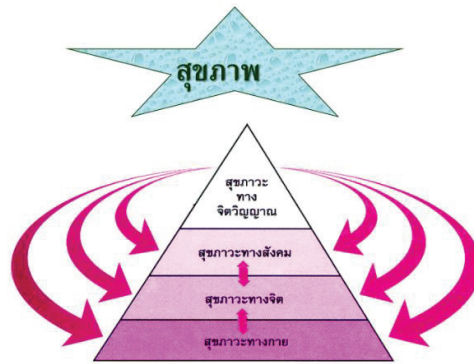
จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวมในทุกมิติที่สอดคล้องตามองค์ประกอบเสาหลักด้านสุขภาพของแนวคิดสภาวะพัฒนาพลัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

### 2.1 การดูแลแบบองค์รวม (holistic health)

การดูแลสุขภาพองค์รวม (holistic health care) คำว่า "องค์รวม" เป็นคำที่แปลมาจากคำในภาษาอังกฤษคือคำว่า Holism หรือ Holistic ซึ่งคำว่า Holistic มาจากรากศัพท์ในภาษากรีกว่า "Hoo" หมายถึง "ความเป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่งมีเอกลักษณ์และเอกภาพที่ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้" (กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม, 2551)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health care) หมายถึง การดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในขณะที่ไม่เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ครอบคลุมถึงการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการดูแลคนทั้งคนจึงไม่สามารถจะแยกออกเป็นส่วนๆ ได้เพราะร่างกายของคนเราประกอบด้วยอวัยวะหลายส่วนทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีความสมดุลพร้อมทั้งยังต้องสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวอีกด้วย (กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และพนัส พงษ์สุนันท์, 2555) นอกจากสุขภาพแบบองค์รวมจะเป็นแนวคิดที่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทุกด้าน ทุกมิติของสุขภาพแล้ว แนวคิดของสุขภาพองค์รวม ยังหมายถึงการบอกหรือบ่งชี้สถานะสุขภาพในภาพรวมอีกด้วย ไม่ใช่วัดเฉพาะองค์ประกอบด้านร่างกายเพียงด้านเดียวแล้วบอกหรือบ่งชี้สถานะสุขภาพ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health care) หมายถึง การดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสมดุล กลมกลืน เชื่อมโยงกันระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในขณะที่ไม่เจ็บป่วยเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ครอบคลุมถึงการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (ภาพที่ 1)

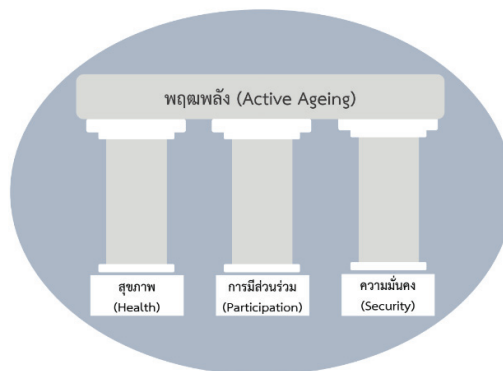


ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวม (holistic health)

ที่มา: สุปรีดา อุดลยานนท์, 2560

## 2.2 พหุฒพลัง (active aging)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ active aging ว่าเป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยคาดว่าสภาวะพหุฒพลังจะเป็นหนทางที่จะยกระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งแนวคิดดังกล่าวถูกนำเสนอแก่ประเทศต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิตตลอดจนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้โดยสภาวะพหุฒพลังจะประกอบไปด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ 1) การมีสุขภาพที่ดี (health) 2) การมีส่วนร่วม (participation) และ 3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (security) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการมีพหุฒพลังของผู้สูงอายุ

ที่มา: องค์การอนามัยโลก, 2545 อ้างถึงใน สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556

### 2.2.1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวมในทุกมิติที่สอดคล้องตามองค์ประกอบของเสาหลักด้านสุขภาพของแนวคิดสภาวะพหุฒพลัง

เมื่อวิเคราะห์ องค์ประกอบเสาหลักด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพหุฒพลังของผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาข้างต้นพบว่าองค์ประกอบของเสาหลักด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพหุฒพลัง (มาสริน ศกุลปักษ์ และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาลิธ, 2560) มีดังนี้

1) การประเมินสุขภาพของตนเอง (self-rated health status) เป็นการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองว่าดี หรือไม่ดี หรืออยู่ในระดับใด รวมถึงการประเมินสุขภาพของตนเองจากประวัติการตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น ความดันโลหิตการประเมินภาวะโภชนาการ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุหลายคนเข้าใจว่าตนไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปีเพราะมี

สุขภาพร่างกายแข็งแรงมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัว แต่บางคนก็ไม่มีอาการตรวจสุขภาพประจำปีเพราะกลัวว่าตรวจแล้วจะเจอโรค ดังนั้นการให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้ต้องให้การดูแลควบคู่ไปกับจิตวิญญาณ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถลดทอนคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ใด แต่ส่วนใหญ่จะเกิดจากการมีมุมมองที่ไม่ถูกต้องที่ควรได้รับการปรับเปลี่ยน และบุคคลในครอบครัวต้องช่วยกันดูแลและพาผู้สูงอายุมาตรวจร่างกายประจำปี เพื่อให้ผู้สูงอายุจะได้รับรู้ถึงสุขภาพร่างกาย ณ ปัจจุบัน และเมื่อพบปัญหาด้านสุขภาพ จะได้รับการดูแลแบบองค์รวมในด้านของร่างกายต่อไป

2) **สุขภาพทางจิต (psychological wellbeing)** เป็นการประเมินคุณค่าในตนเอง ประเมินสุขภาพจิตดีหรือไม่โดยรวมถึงการประเมินคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจอันเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุเกิดความเป็นตัวของตัวเอง การยอมรับตนเอง การมีความองงามในตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดี เป็นต้น จากการศึกษาของเกสร มุ้ยจิ้น (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยจำแนกออกเป็น 2 ปัจจัย พบว่า 1) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) ปัจจัยด้านรายได้ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยดังกล่าว มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดให้มีการจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในเรื่องการวางแผนการใช้ชีวิตต่อไป การจัดหาแหล่งหารายได้เสริมของผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเท่าที่ความสามารถของผู้สูงอายุนั้นมี เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้หรือส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี

3) **ความพิการ (disability)** เป็นการประเมินความพิการด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ว่ามีความพิการหรือไม่ จำนวนความพิการ เช่น ตาบอด หูหนวก อัมพฤกษ์ เป็นต้น สถานการณ์ผู้พิการประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 1.5 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) โดยแนวโน้มจำนวนคนพิการจะเพิ่มขึ้นจากกลุ่มผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ คนพิการยังไม่เข้าถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐ ไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งที่มีความจำเป็น ถึงแม้ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ที่ได้กำหนดสิทธิและสวัสดิการ เพื่ออำนวยความสะดวกตามสิทธิประโยชน์ที่มีพึงได้ของคนพิการ ทั้งนี้ การจัดสวัสดิการต่าง ๆ อยู่บนพื้นฐานการสำรวจและงานวิจัย เพื่อเลือกสรรสิ่งที่ดีที่สุดตามบริบทของประเทศในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการด้านต่าง ๆ ของรัฐได้ จากข้อจำกัดเรื่องความพิการหรือการรับรู้สิทธิของตน การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของรัฐจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและเพื่อเตรียมประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างสง่างาม (ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, 2560)

4) **ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (activities of daily living)** เป็นการประเมินการพึ่งพาตนเองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การล้างหน้า แปรงฟัน การเข้าห้องสุขา เป็นต้น ในปี พ.ศ.2557 มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 16 ที่มีสุขภาพไม่ดี ถึงไม่ดีมาก และประสบปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน จากการศึกษาของวิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และสุภาวดี เทียงธรรม (2561) พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดังนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ

5) **ข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง (functional limitation)** เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะเริ่มมีการข้อเสื่อมขึ้นกับการใช้งานข้อ และสภาพร่างกาย โดยเฉพาะถ้าผู้สูงอายุในรายที่มีน้ำหนักมาก น้ำหนักจะกดกระแทกข้อ ทำให้ข้อนั้นเสื่อมเร็ว ถ้าใช้งานข้อมาก ๆ เช่น เดินมาก ยืนมาก หรือเดินขึ้นลงบันไดมาก ๆ นั่งยอง ๆ มากข้อจะเสื่อมเร็วขึ้นไปอีก (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation) ต่างๆ เกิดความยากลำบากของแต่ละบุคคลที่จะสามารถดำเนินกิจกรรมทางกายหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ส่งผลให้มีภาวะพึ่งพิงและมีภาวะโรคที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของอัตราการตายและความพิการ ดังนั้นการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องจะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราการพึ่งพิง เช่น ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากให้ลดน้ำหนัก โดยให้ควบคุมอาหาร และมีการออกกำลังกาย ลดการใช้งานข้อเข้า เช่น หลีกเลี่ยงการนั่งยองๆ ควรมีการใช้ส้วมนั่งราบ หลีกเลี่ยงการเดินขึ้นลงบันไดมาก ๆ เพื่อป้องกันข้อเข้าเสื่อม บริหารกล้ามเนื้อบริเวณรอบๆ ข้อให้แข็งแรง เช่น บริหารกล้ามเนื้อหน้าขา 2 ข้าง โดยการยกขาขึ้น

และเกร็งไว้สักครู่ ควรทำบ่อยๆ เพื่อป้องกัน หรือชะลอข้อเข่าเสื่อม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

**6) การมีกิจกรรมทางกาย/ การออกกำลังกาย (physical activity/ exercise behavior)** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำในผู้สูงอายุ จะช่วยพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความสุข โดยรูปแบบการออกกำลังกายต้องมีรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมและปลอดภัย สามารถทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้ร่างกายในการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพพอเพียงกับความต้องการของร่างกายและสอดคล้องกับภาวะสุขภาพและความต้องการในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การประกอบกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอจะลดความเสี่ยงของบริเวณสะโพกหรือกระดูกสันหลัง และช่วยควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุได้อีกด้วย (World Health Organization, 2014)

**7) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental activity of daily living)** เป็นการวัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ซับซ้อน หรือต้องการใช้อุปกรณ์ช่วย (Instrumental Activity Daily Living- IADLs) จากผลสำรวจของวอร์เวสต์ สุวรรณระดา, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ศิริวรรณ ศิริบุญ, ศรีน บางแก้ว และชนนที มิลินทางกูร (2557) . ประเมินจะมีภาระข้อคำถามถึงความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนขึ้น 3 อย่าง คือ การเดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือ การนับเงินทองได้ถูกต้อง และการหยิบบัตรประจำตัวตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 40 มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมดังกล่าวอย่างน้อย 1 อย่าง โดยกิจกรรมที่ผู้สูงอายุรายงานว่าทำไม่ได้ด้วยตนเองหรือต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คือ การเดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว (ร้อยละ 37.0) โดยที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทประสบกับปัญหาดังกล่าวในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 36.4 ในเขตเมือง และร้อยละ 37.7 ในเขตชนบท) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีผู้สูงอายุภาคใต้ถึงร้อยละ 40.3 ที่ประสบปัญหาการเดินทางขึ้นรถ หรือลงเรือคนเดียว สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าน่าจะมีการหาแนวทางในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเดินทางของผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น

**8) การมองเห็น (visual acuity)** เป็นการประเมินเกี่ยวกับสายตาโดยผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามองเห็นชัดเจนหรือไม่ชัดเจน เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบว่า ปัญหาด้านการมองเห็นเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ ทั้งนี้ หากบุคคลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่สำคัญ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางตา จะสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อเกิดการสร้างเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยส่งเสริมให้บุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพาของครอบครัวและสังคม ดังนั้น พยาบาลหรือบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้อง ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงทางตา ปัญหาทางตา และผลกระทบจากปัญหาทางตาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เพื่อให้ข้อมูลและมีแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ (มุกดา เดชประพันธ์และปิยวดี ทองยศ, 2557) ที่สำคัญควรมีการให้คำแนะนำผู้สูงอายุ ควรไปตรวจตาเป็นประจำทุกปี และเมื่อมีการมองเห็นภาพที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวควรรีบมาพบจักษุแพทย์

**9) การได้ยิน (hearing)** เป็นการประเมินการฟังโดยผู้สูงอายุประเมินตนเองถึงระดับการได้ยินว่าเป็นปกติหรือไม่ปกติ ซึ่งการสูญเสียการได้ยินนั้นเป็นความพิการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน คือ การส่งเสริมการได้ยินให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น (นัยนา พิพัฒน์วิมลชา, 2555) โดยควรแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการตรวจหูและคัดกรองปัญหาการได้ยินในการตรวจสุขภาพประจำปี อีกทั้งการเลือกใช้สถานที่ในการสื่อสาร ควรเลือกสถานที่ที่มีความเหมาะสมควรกำจัดเสียงต่างๆ ที่อาจรบกวนการสนทนา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟังไปพร้อมกับอ่านปากของผู้พูดได้ ใช้คำพูดที่ชัดเจน ใช้ประโยคเรียบง่าย และมีความหมาย จังหวะการพูดช้าปานกลาง และพูดเน้นคำที่สำคัญ ใช้เสียงที่ค่อนข้างโทนต่ำ หลีกเลี่ยงการตะโกน เนื่องจากผู้สูงอายุจะไม่ได้ยินเสียงที่มีความถี่สูง นอกจากนี้ผู้พูดควรมีการแสดงออกทางสีหน้าร่วมด้วยจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายได้ดีขึ้น (Ko, 2010; Spyridakou, 2012)

**2.2.2 ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วม (participation)** แนวคิดนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุ ไม่ถูกทิ้งห่างออกจากสังคมและยังมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชนและได้มีส่วนร่วม ร่วมในงาน จะช่วยสร้างให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกอึดอัด เหงา และเป็นการสร้างคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุได้ จากการพัฒนาชีวิตที่ดีการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุมีความหมายครอบคลุมถึง การมีงานทำการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลใน ครอบครัวภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ยังควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับคนในชุมชนในรูปแบบในชุมชน เช่น การเปิดโอกาสในการถ่ายทอดภูมิปัญญา หรือองค์ความรู้เดิมกับคนรุ่นหลัง หรือเป็นอาสาสมัครในการดูแลคนในชุมชน เช่น การเป็นอาสาสมัคร

ดูแลเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเอง หรือเป็นอาสาสมัครในศูนย์สามวัย เพื่อเป็นการลดช่องว่างระหว่างวัย เป็นต้น ทั้งนี้ตัวอย่าง การศึกษาที่ผ่านมาที่มีการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ (ฐานญา สมภูและคณิต เขียววิชัย, 2562) ได้มีการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการและออกแบบสภาพแวดล้อมในชุมชน มีบทบาทเป็นแกนนำและแหล่งการเรียนรู้ ท้องถิ่น อีกทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมกับคนในครอบครัวที่นอกระบบโรงเรียน จะทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนา ทางด้านจิตใจให้เพลิดเพลิน มีความสุขในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันสงกรานต์ วันปีใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณมา เตชะธีระปราดา (2557) การบริหารจัดการกิจกรรมนันทนาการเพื่อผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองน้ำใสอำเภอสีคิ้ว จังหวัด นครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและต้องการเข้าร่วมและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ได้แก่ 1) กิจกรรม ทางสังคม ได้แก่ เทศกาลงานบุญงานประเพณี 2) กิจกรรมออกกำลังกายคือ กายบริหาร 3) กิจกรรมการท่องเที่ยว ได้แก่ ท่องเที่ยวตามโบราณสถานต่างๆ และ 4) กิจกรรมงานอดิเรกที่ต้องการเข้าร่วมเป็นวิทยากรในการอบรมวิชาการและวิชาชีพ ทางสังคม และการละเล่นพื้นบ้าน ซึ่งการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ตลอดนั้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจและรู้สึกถึง คุณค่าที่ตนสามารถทำงานเพื่อชุมชนได้ดี

**2.2.3 การส่งเสริมให้มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต (security)** ความมั่นคงหรือการมี หลักประกันในชีวิตมีความหมายครอบคลุมถึง ความเพียงพอของรายได้และมั่นคงของแหล่งรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ปลอดภัย มีเงินออม มีความสามารถจัดการหนี้สินได้ ดังนั้นความพร้อม ทางด้านการเงินอาจต้องมีเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ รวมถึงแหล่งสนับสนุนในการสร้างงาน เพื่อให้เกิดรายได้เพียงพอและ ต่อเนื่อง ไม่ให้เกิดความลำบากในการใช้ชีวิต โดยความมั่นคงในชีวิตและการออมเงิน ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาในเรื่องของรายได้ ที่ไม่มากพอ การมีรายจ่ายค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกังวลในเรื่องของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โรคเรื้อรัง ดังนั้นควรมี การส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยเสริมรายได้ หรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องต่างๆ ได้แก่ การปลูกพืชสวนครัว การฝึกทำงาน ประดิษฐ์ที่ผู้สูงอายุได้ลงมือทำ และสามารถนำความรู้ไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยตัวเองเพื่อสร้างรายได้ต่อไป เช่น การทำหมอน งานแกะสลักจากกระดาษ งานเหรียญโปรยทาน เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะชอบกิจกรรมที่ออกแบบในรูปแบบที่สามารถ ส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ ช่วยเพิ่มทักษะ การได้ฝึกฝนด้วยตนเอง และการเป็นการร่วมทำกิจกรรมกับชุมชน (ฐานญา สมภู และคณิต เขียววิชัย, 2562) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของคูมิทริชและคณะ (Dumitrache, Rubio, Bedoya, & Rubio-Herrera, 2017) พบว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะพลพลง การสร้างเสริมความมั่นคงหรือการมีหลักประกันใน ชีวิตเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

### 3. บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่สอดคล้องในแต่ละองค์ประกอบของเสาหลักด้านสุขภาพของแนวคิดสภาวะ พลพลง ควรมีการจัดการเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่เพื่อดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาต่าง ๆ ให้ครบทุกมิติอย่างเป็นองค์ รวม และต่อเนื่อง โดยควรมีการดำเนินการให้ครบตามองค์ประกอบต่าง ๆ ในการดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การประเมิน สุขภาพของตนเอง 2) สุขภาวะทางจิต 3) ความพิการ 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำพื้นฐาน 5) ข้อจำกัดของ ร่างกาย 6) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 7) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน 8) การมองเห็นและ 9) การได้ยิน เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพ และเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน และการส่งเสริมให้มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต อีกด้วย

### เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม. (2551). แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวมยั่งยืน. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2563, จาก <http://www.dip.so.th/images/highlight/holisticjpg>.
- กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และพนัส พงษ์สุนันท์. (2555). เอกสารประกอบการเรียนวิชาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. สมุทรสงคราม: คณะศิลปศาสตร์ สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน.
- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พี.พี
- เกสร มัยจีน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 23 (2), 306-318.

- คาสปาร์ พีค, วาสนา อิมเมม, และรัตนารณม์ ตั้งชนเศรษฐ์. (2558). รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้า  
**ครอบครัวไทยยุคเกิดน้อย อายุยืน**. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยร่วมกับ  
 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- จินตนา อาจสันเทียะ และ พรนภา คำพราว. (2557) รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*,  
 15 (3), 123-127.
- ฐานญา สมภู และคณิต เขียววิชัย. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพลัมพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย.  
*วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, 12 (1), 35-45.
- นัยนา พิพัฒน์วิไลชา. (2555). การพยาบาลผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32 (3), 67-76.
- ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์. (2560) ผู้สูงอายุที่มีความพิการ: การเข้า (ไม่) ถึงสวัสดิการสังคม Elderly people with disabilities:  
 Accessible (Inaccessible) to social welfare. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35 (3), 22-30.
- วรวุฒิ สุวรรณระดา, วิภากรณั โปธิศิริ, ศิริวรรณ ศิริบุญ, ศรีน บางแก้ว และชเนตตี มลิทินทางกูร (2557). รายงานการศึกษา  
**โครงการประเมินผลการดำเนินงานโครงการขยายผลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)**. กรุงเทพฯ:  
 วิทยาลัยประชากรศาสตร์อัคราวิชิตบุรีประจวบเหมาะจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิโรดา อรรถเมธากุล และวรรณณี ศรีวิไลย์. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี.  
*วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7 (2), 18-28.
- วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และสุภาวดี เทียงธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร  
 ประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38 (2),  
 110-123.
- มาสริน ศุกลักษณ์ และกรณิการ์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธ. (2560) องค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพลัมพลังของ  
 ผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11 ฉบับพิเศษ, 53-63.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2560). รายงาน  
**สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559**. นครปฐม: พรินเตอร์รี่.
- ยศ วัชรเศวต, วรณภา คุณากรวงศ์, พลิชัฐ พัจณา และสาวิณี สุริยันรัตกร. (2561) ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาว  
 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12 (4), 608-624.
- สุปรีดา อุดยานนท์. (2560). การขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาพสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. สืบค้นเมื่อ 22  
 พฤษภาคม 2563, จาก <https://images.app/pNAQTt6hdNHwyxkv5>
- สุภาวดี ไชยเดชาธร, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน และกชกร แก้วพรหม. (2558). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้าง  
 แกนนำชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 21 (1), 31-40.
- สุวรรณดา เตชะธีระปรีดา. (2557) การบริหารจัดการกิจกรรมนันทนาการเพื่อผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลน้ำใส อำเภอสีคิ้ว จังหวัด  
 นครราชสีมา. *วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 3 (2), 89-100.
- สำนักส่งเสริม กรมอนามัย กระทรวงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. (2555). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อ  
 สิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). **ดัชนีพลัมพลังผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). **สรุปผลที่สำคัญ การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2556**. กรุงเทพฯ: สำนักงาน  
 สถิติแห่งชาติ. (2556).
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 420 ชั่วโมง**.  
 นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Ko, J. (2010). Presbycusis and its management. *British Journal of Nursing*, 19 (3), 160-165.
- Özsungur, F. (2019). Gerontechnological factors affecting successful aging of elderly. *The Aging Male*, 1-13.
- Spyridakou, C. (2012). Hearing loss: a health problem for all ages. *Primary Health Care*, 22 (4), 16-20.
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Non communicable Diseases*. Geneva, Switzerland.