

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน
โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทย
กัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

Effects of Health Care Model Development for the Elderly Dependency
in the Community with the Participation of Village Health Volunteers
in the Thai-Cambodian Border Area, Kap Choeng District, Surin Province

จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์, พย.ม.*

Jutharat Siripat, M.N.S.*

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่าน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32210

*Dan Tambon Health Promoting Hospital, Kap Choeng District, Surin Province, Thailand, 32210

*Corresponding author, E-mail address: Jutharatsiripat@gmail.com

Received: 04 Dec 2023 Revised: 07 Jan Accepted: 14 Feb 2024

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันนอกจากนั้น ยังมีปัญหาสุขภาพร่วมด้วยซึ่งหากได้รับการดูแลและฟื้นฟูจากทีมสุขภาพที่มีศักยภาพในด้านผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ดีขึ้น
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
- วิธีการศึกษา** : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 54 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 54 คน คัดเลือกเป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้เครื่องมือการวิจัย 2 ส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการศึกษาและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์การเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษาของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ) และค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอสม.ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test)
- ผลการศึกษา** : ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบัน) ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) และค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$
- สรุปผล** : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นและยังเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.ให้สูงขึ้น
- คำสำคัญ** : ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

- Background** : Dependent elderly are a group who have limitations in taking care of themselves in their daily life. In addition, they also have health problems. If a health team provides care and rehabilitation with potential for the dependent elderly, the quality of life of the dependent group elderly will improve.
- Objective** : To study the results of developing the health care model development for elderly dependency in the community with the participation of village health volunteers in the Thai-Cambodian border area, Kap Choeng District, Surin Province.
- Methods** : This study was quasi-experimental with a group Pretest-Posttest Design. The sample consisted of 54 elderly dependency and village health volunteers (VHVs) 54 peoples. The selection used purposive sampling, program activities tools, and data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative analysis before and after the program of health status data. (Blood pressure, blood sugar, ADL, health perception) and caring for the elderly competency score using paired t-tests.
- Results** : ADL Score and health status perception score (current health status), health status perception score (health status compared to people of the same age), and the elderly care competency score were statistics significantly after entering the program increased from before the program ($p < 0.001$)
- Conclusions** : Developing a health care model for elderly dependency in the community with the participation of village health volunteers improves the elderly health. It increases the capacity for elderly care of village health volunteers.
- Keywords** : Elderly Dependency, Participation, Village Health Volunteers.

หลักการและเหตุผล

แนวโน้มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ในระยะเวลา 35 ปี⁽¹⁾ ซึ่งปัจจุบันมีประเทศไทยประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 14.5) และมีประชากรสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 6.3 ล้านคน (ร้อยละ 9.7) จึงเป็นโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงอายุและอีกไม่เกิน 10 ปีจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมี

สัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14 และจะเข้าสู่โครงสร้างสังคมสูงอายุนับสุดยอดใน ปี พ.ศ. 2575⁽²⁾ ซึ่งอัตราการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นนั้นชี้ให้เห็นความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น และอาจจะก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูงต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและระบบบริการและยังนำไปสู่ความต้องการ

การดูแลด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพคือ ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง⁽³⁾ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลทุกสิทธิ์ที่ได้รับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์⁽⁴⁾ หรือจะกล่าวได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ คือ กลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียงหรือติดบ้าน อาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการให้การพยาบาล บริการด้านสังคม รวมถึงการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่ายกิจกรรมในบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่⁽⁵⁾ ในด้านปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า 5 อันดับโรคแรก คือ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง เบาหวานและกระดูกหัก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาต้องช่วยเหลือด้านการใช้ห้องสุขาและการรับประทานอาหาร⁽⁶⁾

รายงานประชากรสูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ ปีพ.ศ.2566 พบว่า ประชากรสูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 189,379 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 -11 คะแนน) จำนวน 6,101 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 1,102 คน ประชากรสูงอายุในอำเภอกาบเชิงมีจำนวน 7,365 คน ประชากรสูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน 6,405 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 418 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 78 คน⁽⁷⁾ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านมีเขตรับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน ตำบลด้าน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีประชากรสูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน 894 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจำนวน 798 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 46 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 8 คน หรือมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 54 คน⁽⁷⁾ และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 72 คน โดยยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Giver (CG) จำนวน

70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย จำนวน 54 คน ซึ่ง อสม.ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร CG เป็น อสม.ส่วนใหญ่ในชุมชนและจะได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยมีกิจกรรมการเตรียมความพร้อม การรวบรวมและวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนและการประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งการดูแลสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนนั้นอสม.ถือเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนและยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จะเป็นแนวทางในพัฒนารูปแบบที่มีความสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชนและเกิดความยั่งยืนรวมถึงเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถของอสม.ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการดำเนินงานจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว⁽⁸⁾ จากนั้นผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดวงจร PAOR⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กรอบแนวคิด (ภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดย
การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดน
ไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1)

- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษาและวางแผนการแก้ไขปัญหา
สุขภาพผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 2 การรวบรวมและวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2)

ครั้งที่ 3 ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน
(สัปดาห์ที่ 3-6)

ครั้งที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะ
พึ่งพิงในชุมชน (สัปดาห์ที่ 8)

ตัวแปรตาม

- ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
(ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล
ในเลือด ความสามารถในการ
ทำกิจวัตรประจำวัน การ
ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ)
- สมรรถนะการดูแลสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน
- ความพึงพอใจการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ (ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ) ความพึงพอใจการดูแลสุขภาพ และผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนและสมรรถนะการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการศึกษา ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ใช้แบบสอบถาม 5 ฉบับ ตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนจำนวน 54 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 54 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 108 คน ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566 โดยมีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1)

ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน และกิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษาและวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 2 การรวบรวมและวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2)

ครั้งที่ 3 ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน (สัปดาห์ที่ 3-6)

ครั้งที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน (สัปดาห์ที่ 8)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยศึกษาในประชากรเป็นการสุ่มแบบเจาะจง คือ 1. ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 48 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 6 คน รวมจำนวน 54 คน 2. อสม.ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร

CG จำนวน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย จำนวน 54 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจำนวน 9 หมู่บ้าน ตำบลต่าน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีคะแนน ADL 0-11 คะแนนและสามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาถิ่นได้ 2) อสม. คือ เป็น อสม.ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ยังไม่ผ่านการอบรม หลักสูตร CG จำนวน 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย และสามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาถิ่นได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรง ได้แก่ โรคเมะเร็ง โรคหัวใจวาย โรคฉีกขาดและโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคทางจิตและการรับรู้ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ จิตเภทและโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทาง และไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่

1) คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾ 2) ใบงานกรณีศึกษา ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมี 26 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากงานวิจัยของธวัชชัย ยืนยาว⁽¹¹⁾ เป็นข้อมูลด้านต่างๆ ดังนี้ 1. ส่วนบุคคล/ครอบครัว 12 ข้อ 2. ข้อมูลด้านสุขภาพ 8 ข้อ และ 3. พฤติกรรมสุขภาพ 6 ข้อ 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่สร้างโดยมาร์โฮนีและบาร์เทิล⁽¹²⁾ แปลและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽¹³⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ พัฒนาโดยแวร์⁽¹⁴⁾ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ได้เลย ให้ 0 คะแนน ดีเลิศ ให้ 4 คะแนน 4) แบบสอบถามสมรรถนะการดูแล

ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน⁽¹⁵⁾ ได้แก่ สมรรถนะด้านคุณลักษณะหลักของ อสม. สมรรถนะด้านการจัดการและสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพมีจำนวน 15 ข้อ และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของนิชนันท์ สุวรรณภูมิ⁽¹⁶⁾ มีจำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใบงานกรณีศึกษา และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนฯ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเที่ยงในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับเพียร์สัน เท่ากับ 0.91 0.97 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้หนังสือรับรองเลขที่ 26/2566 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินกิจกรรมและหลังการประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคนเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน นำเสนอโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนา ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบัน) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) นำเสนอโดยใช้ สถิติทดสอบที (Paired t-test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.5) มีอายุเฉลี่ย 79.8 ปี (SD.= 8.3) โดยช่วงอายุ 61-95 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 81.4 ระดับการศึกษา ประถมศึกษาร้อยละ 51.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.9 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 1,416.6 บาทต่อเดือน (SD.= 1,109.7) โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยในช่วง 800-5000 บาทต่อเดือน มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.9 คน (4 คน) (SD.= 1.3) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวระหว่าง 2-7 คน กลุ่มตัวอย่างอสม.เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.5) มีอายุเฉลี่ย 51.8 ปี (SD.= 7.1) โดยช่วงอายุ 29-70 ปี มีประสบการณ์การเป็นอสม.เฉลี่ย 16.3 ปี (SD.= 8.1) โดยประสบการณ์การเป็นอสม.ในช่วง 1-36 ปี

2. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ค่า Systolic blood pressure (SBP), ค่า Diastolic blood pressure (DBP) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.950$ 0.285 และ 0.249 ตามลำดับ ส่วนค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบัน) ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) พบว่า ก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการศึกษา (n=54)

ภาวะสุขภาพ	Mean	SD.	t	df	p-value
ค่าความดันโลหิต					
Systolic blood pressure (SBP)					
ก่อนโปรแกรม	111.3	14.2	0.062	53	0.950
หลังโปรแกรม	111.2	9.8			
Diastolic blood pressure (DBP)					
ก่อนโปรแกรม	71.9	7.9	1.081	53	0.285
หลังโปรแกรม	70.5	5.9			
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด					
ก่อนโปรแกรม	88.1	8.8	1.165	53	0.249
หลังโปรแกรม	86.0	9.0			

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการศึกษา (n=54) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	Mean	SD.	t	df	p-value
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน					
ก่อนโปรแกรม	8.2	2.1	-5.103	53	0.000*
หลังโปรแกรม	8.7	2.0			
การรับรู้ภาวะสุขภาพ					
ภาวะสุขภาพปัจจุบัน					
ก่อนโปรแกรม	0.7	0.5	-5.48	53	0.000*
หลังโปรแกรม	1.3	0.5			
ภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน					
ก่อนโปรแกรม	0.6	0.5	-5.698	53	0.000*
หลังโปรแกรม	1.1	0.3			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

3. การเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแล การดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ก่อนและ
ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนสมรรถนะ $p < 0.001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อน
และหลังการศึกษา (n=54)

สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ	Mean	SD.	t	df	p-value
ก่อนโปรแกรม	4.0	0.5	-3.884	53	0.000*
หลังโปรแกรม	4.3	0.4			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

4. ระดับความพึงพอใจการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนหลังการศึกษา
พบว่า ความพึงพอใจภาพรวม ($M = 4.6$, $SD = 0.1$) อยู่
ในระดับมากที่สุด เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า เปิดโอกาส
ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.9$, $SD = 0.2$) รองลงมา คือ
มีความเสียสละ รับผิดชอบ ตรงต่อเวลา ($M = 4.8$, $SD = 0.3$)
และมีความรู้ด้านสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.3$, $SD = 0.4$)

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพผู้สูงอายุใน
กลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการศึกษา พบว่า
ค่า Systolic BP, Diastolic BP และค่าระดับน้ำตาลในเลือด

หลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ $p = 0.950$ 0.285 และ 0.249 ตามลำดับ ซึ่งไม่
สอดคล้องกับการศึกษาของธัญรัตน์ บุญล้ำ⁽¹⁷⁾ พบว่า
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด
ในระยะหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเกิดจากการวิจัยครั้งนี้เป็น
การมุ่งเน้นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง
ที่ไม่ได้มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็น
โรคประจำตัวทุกราย ค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาล
ในเลือดจึงลดลงไม่มาก ด้านค่าคะแนนความสามารถใน
การทำกิจวัตรประจำวันหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการ
ศึกษาของนเรศ มณีเทศ⁽¹⁸⁾ พบว่า ความสามารถในการ
ทำกิจวัตรประจำวัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม เทียงรอด⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นนั้นมาจากการได้รับการดูแลแก้ไขปัญหাসภาพของอสม. และการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพจากรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบันและภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) หลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งอาจจะอธิบายได้ว่าการศึกษารั้งนี้เกิด การมีส่วนร่วมของอสม.ช่วยเหลือเป็นหลักและมีการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่ได้รับมอบหมาย และตามบริบทของชุมชน ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบันและภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) หลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาของ เนติยา แจ่มทิม⁽²⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ ว่าชุมชนมีความเข้มแข็งความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในการครั้งนี้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมาจากกิจกรรมการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

การเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของประกายมาศ ดอกหอม, ทิพวัลย์ ไชยวงศ์ และสันทิพย์ ไชยวงศ์⁽²¹⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพ แผนคง, สุนทรีย์ คำเพ็ง, ภัทริตา สุวรรณโน และกมลลักษณ์ สูตรสุข⁽²²⁾ พบว่า

อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมาตรฐานสมรรถนะของ อสม.มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 2) เป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาลเบื้องต้น พื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน 4) สามารถรณรงค์ ขับเคลื่อนชุมชน และสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมชุมชน 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมามีผลกระทบต่อสุขภาพ 6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ 7) สามารถสร้างโอกาสให้กับเด็ก เยาวชน แก่นนำอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน⁽²³⁾ อาจจะกล่าวได้ว่าสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสมรรถนะสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนหลังการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจภาพรวม ($M = 4.6$, $SD = 0.1$) อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพิมล เปียงแก้ว⁽²⁴⁾ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง ($M = 4.4$, $SD = 0.4$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา จิตบรรทัด⁽²⁵⁾ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.4$, $SD = 1.5$) และในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 7.2$, $SD = 1.2$) ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการศึกษารั้งนี้ ได้กำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามแนวคิดวงจร PAOR⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) ได้แก่ กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษาและวางแผนการแก้ไขปัญหาสภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิง (สัปดาห์ที่ 1) และการรวบรวมและวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2) เพื่อเป็นแนวทางใน

การปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนจริง 2) การปฏิบัติ (Action) ได้แก่ ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน (สัปดาห์ที่ 3-6) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ได้แก่ การประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน (สัปดาห์ที่ 8) อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุสูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีสมรรถนะสูงขึ้นและสามารถดูแลผู้สูงอายุสูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุมตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความสามารถในการทำวัตรประจำวัน ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบัน) และค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) และค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนหลังการศึกษาค้นคว้าของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ความ

สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องและเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงของครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองได้ต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น ควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานในชุมชนด้วยจิตอาสาและความภาคภูมิใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้สุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนดีขึ้น ควรมีการขยายผลนารูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Sustainable Development Goals. Geneva : Who press ; 2016.
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2558. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) ; 2559.
3. สุมิตรา วิชา, ณัฏพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรากร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, และคณะ. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างทอง อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. วารสาร มจร.วิชาการ 2561;22(43-44):70-85.

4. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2566]. ค้นได้จาก:URL:<http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1392>.
5. อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, ภักดี โพธิ์สิงห์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์ 2560;17(3): 235-43.
6. บุษบา แพงบุปผา, ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. การประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software Care Plan. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2566]. ค้นได้จาก:URL:https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20181106105532_4029/20181115093317_2166.pdf
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ข้อมูลผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป. [อินเทอร์เน็ต].2566. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2566].ค้นได้จาก:URL: <https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/admin/login.php>.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
9. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. Geelong : Deakin University Press ; 1998.
10. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิษั เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม ลีระพันธ์. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ดีเอ็มเบอริ์ ; 2561.
11. ธวัชชัย ยืนยาว, นริมาลย์ นีละไพจิตร, จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวภูยในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27(3):120-32.
12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965;14:61-5. PMID: 14258950.
13. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานันธิ์, วิพุธ พูลเจริญ. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โอเอสดีทีก์พับลิชชิง ; 2542.
14. Ware JE, Kosinski M, Bjorno, JB, Turner-Bowker DB, Gandek B, Maruish MK. SF-36v2 Health Survey: Administration Guide for Clinical Trial Investigators. Lincoln, RI : QualityMetric, Incorporated ; 2008.
15. กุลวิณัฏ วุฒิกร, อิศระ สุวรรณบล, บรรพต วิรุณราช. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559;16(2):50-60.
16. นิชนันท์ สุวรรณบุญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2564;23(2):18-26.
17. ัญรัตน์ บุญล้ำ, วารี กังใจ, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2566;31(1):1-16.
18. นเรศ มณีเทศ.รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงของผู้ดูแลรายกรณี อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7(1):49-56.

19. เกษม เทียรอด.การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. JRKA 2566;8(6):252-64.
20. เนติยา แจ่มทิม, จันทรทิมา เขียวแก้ว, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, เอกรัตน์ ปิ่นประภาพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2562;2(2):62-74.
21. ประกายมาศ ดอกหอม, ทิพวัลย์ ไชยวงศ์, สันหวัช ไชยวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2565; 18(1):57-67.
22. อรวรรณ แผนคง, สุนทรี คำเพ็ง, ภทริตา สุวรรณโน, กมลลักษณ์ สุตรสุข. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(4):29-41.
23. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อยกระดับ อสม.เป็นสม.หมอประจำบ้าน. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.
24. เพ็ญพิมล เปียงแก้ว, วรางคณา จันทรคง, เอกพล กาละดี. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2566;6(1):1-14.
25. วรัญญา จิตรบรรทัด, ฌมวรรณ แก้วกระจก, พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. ความรู้ความเข้าใจ ทักษะและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2560;23(1):5-16.