

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชน
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.*

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 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 : ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพิ่งพิงเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันออกจากบ้าน ยังมีปัญหาสุขภาพร่วมด้วยซึ่งหากได้รับการดูแลและพื้นฟูจากทีมสุขภาพที่มีศักยภาพในด้านผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพิ่งพิงจะทำให้มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพิ่งพิงที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทย กัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชน จำนวน 54 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 54 คน คัดเลือกเป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้เครื่องมือการวิจัย 2 ส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการศึกษาและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์การเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษาของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการเดิน) ประจำวัน การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอสม. ด้วยสถิติทดสอบที่ (Paired t-test)

ผลการศึกษา : ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบัน) ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) และค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

สรุปผล : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นและยังเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพิ่งพิง 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 เพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 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 เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14 และจะเข้าสู่โครงสร้างสังคมสูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2575⁽²⁾ ซึ่งอัตราการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นนั้นซึ่งให้เห็นความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น และอาจจะก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูงต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและระบบบริการและยังนำไปสู่ความต้องการ

การดูแลด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพคือ ภาวะพึงพิงในผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง⁽³⁾ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสาขาวิชาชีพตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลทุกสิทธิ์ที่ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์⁽⁴⁾ หรือจะกล่าวได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ คือ กลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติภาระประจำวัน เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียงหรือติดบ้าน อาจต้องได้รับการพื้นฟุ้นสมรรถภาพการให้การพยาบาล บริการด้านสังคม รวมถึงการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การขับถ่ายกิจกรรมงานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่⁽⁵⁾ ในด้านปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง 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 ประชากรสูงอายุในอำเภอเชียงใหม่จำนวน 7,365 คน ประชากรสูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน 6,405 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 418 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 78 คน⁽⁷⁾ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเขตตับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน ตำบลด่าน อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดสุรินทร์ มีประชากรสูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน 894 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 798 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 46 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 8 คน หรือมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะพึงพิง 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.ส่วนใหญ่ในชุมชนและจะได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยมีกิจกรรมการเตรียมความพร้อม การรวบรวมและวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชนและการประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชน ซึ่งการดูแลสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนนั้นอสม.ถือเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนและยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอเชียง จังหวัดสุรินทร์ จะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบที่มีความสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชนและเกิดความยั่งยืนรวมถึงเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถของอสม.ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอเชียง จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิด

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

ตัวแปรต้น

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกับพม่า อำเภอเกланเชิง จังหวัดสตูลทรัพย์

ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัจธรรมที่ 1)

- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชน
- กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษาและวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 2 การรวมและวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2)

ครั้งที่ 3 ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิบัติในชุมชน (สัปดาห์ที่ 3-6)

ครั้งที่ 4 การประเมินผลและสรุปผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่มไขมันชน (สังเคราะห์ที่ 8)

ตัวแปรตาม

- ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
(ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล
ในเลือด ความสามารถในการ
ทำการหักจักรประจำวัน การ
ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ)
- สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ
ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน
- ความพึงพอใจการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ (ความต้นโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ) ความพึงพอใจ การดูแลสุขภาพ และผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนและสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการศึกษา ผลของการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงใน ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอ กาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ใช้แบบสอบถาม 5 ฉบับ ตัวอย่าง ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 54 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จำนวน 54 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 108 คน ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูล ใช้ปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที่ (Paired t-test) โดยดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566 โดยมีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 ภาระเรียนเด็ก (สัจจะที่ 1)

ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน และกิจกรรมวิเคราะห์ทักษิคึกษาและวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 2 การรับรวมและวิเคราะห์จาก สถานการณ์จริง (สัง打球ที่ 2)

ครั้งที่ 3 ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชน (สั้นๆ ได้ที่ที่ 3-6)

ครั้งที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน (สัปดาห์ที่ 8)

ประชาร์และกล่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยศึกษาในประชากรเป็นการสุ่มแบบเจาะจง คือ 1. ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชน คือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 48 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 6 คน รวมจำนวน 54 คน 2. おすみ.ในเขตตัวบ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร

CG จำนวน 70 ชีวโมง ของกรมอนามัย จำนวน 54 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชน คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน จำนวน 9 หมู่บ้าน ตำบลต่าง อำเภอ cabin เชิง จังหวัด สุรินทร์ มีคะแนน ADL 0-11 คะแนนและสามารถสื่อสาร ภาษาไทยและภาษาอื่นได้ 2) /osm. คือ เป็น osm. ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ยังไม่ผ่านการอบรม หลักสูตร CG จำนวน 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย และสามารถสื่อสารภาษาไทย และภาษาอื่นได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ เจ็บป่วยด้วย โรคครุณแรง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจaway โรควัณโรค และ โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคทางจิตและการรับรู้ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ จิตเภทและโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทาง และไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนต่อระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่

1) คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾ 2) ในงาน กรณีศึกษา ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชน

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมี 26 ข้อ ผู้วิจัยได้ตัดแปลงจากงานวิจัยของรัชชัย ยืนยาร⁽¹¹⁾ เป็น ข้อมูลด้านต่างๆ ดังนี้ 1. ส่วนบุคคล/ครอบครัว 12 ข้อ 2. ข้อมูลด้านสุขภาพ 8 ข้อ และ 3. พฤติกรรมสุขภาพ 6 ข้อ 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่สร้างโดยมาร์โอยนและบาร์เทล⁽¹²⁾ แปลและตัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตพันธุ์กุล⁽¹³⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ พัฒนาโดยแวร์⁽¹⁴⁾ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ได้เลย ให้ 0 คะแนน ต่ำสุด ให้ 4 คะแนน 4) แบบสอบถามความสามารถการดูแล

ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน⁽¹⁵⁾ ได้แก่ สมรรถนะด้านคุณลักษณะ หลักของ osm. สมรรถนะด้านการจัดการและสมรรถนะ ด้านการดูแลสุขภาพมีจำนวน 15 ข้อ และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของนิชันท์ สุวรรณภูมิ⁽¹⁶⁾ มีจำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใบงานกรณีศึกษา และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิง ในชุมชนฯ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อ จะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเที่ยงในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ของแบบประเมิน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอบนาค อัลฟ่า เท่ากับ 0.91 0.97 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้หนังสือรับรองเลขที่ 26/2566 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินกิจกรรมและหลังการประเมินผลและสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนาได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบัน) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) นำเสนอโดยใช้ สถิติทดสอบที่ (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 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 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 กลุ่มตัวอย่าง Osman เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.5) มีอายุเฉลี่ย 51.8 ปี (SD.= 7.1) โดยช่วงอายุ 29-70 ปี มีประสบการณ์การเป็น Osman เฉลี่ย 16.3 ปี (SD.= 8.1) โดยประสบการณ์การเป็น Osman ในช่วง 1-36 ปี

2. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการศึกษาพบว่า 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 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชนก่อนและหลังการศึกษา (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. การเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการศึกษา พบร้า ค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรม พบร้า ก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการศึกษา (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. ระดับความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชนหลังการศึกษา พบร้า ความพึงพอใจภาพรวม ($M = 4.6$, $SD = 0.1$) อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบร้า เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.9$, $SD = 0.2$) รองลงมา คือ มีความเสียสละ รับผิดชอบ ตรงต่อเวลา ($M = 4.8$, $SD = 0.3$) และมีความรู้ด้านสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.3$, $SD = 0.4$)

หลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.950$, 0.285 และ 0.249 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัญรัตน์ บุญล้ำ⁽¹⁷⁾ พบร้า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในระยะหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเกิดจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการมุ่งเน้นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึงพิงที่ไม่ได้มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคประจำตัวทุกราย ค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดจึงลดลงไม่มาก ด้านค่าคะแนนสมรรถโนในการทำกิจวัตรประจำวันหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนเรศ มนีเทศ⁽¹⁸⁾ พบร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึงพิงในชุมชนก่อนและหลังการศึกษา พบร้า ค่า Systolic BP, Diastolic BP และค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเกย์ม เที่ยงรอด⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นนั้นมาจากการได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของสม. และการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพจากรุปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของสม. ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบันและภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) หลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งอาจจะอธิบายได้ว่าการศึกษาครั้งนี้เกิดการมีส่วนร่วมของสม. ช่วยเหลือเป็นหลักและมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่ได้รับมอบหมายและตามบริบทของชุมชน ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบันและภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) หลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาของเนตติยา แจ่มทิม⁽²⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพตอนของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ว่า ชุมชนมีความเข้มแข็งความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนมีผลต่อการรับภาวะสุขภาพตอนของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในการครั้งนี้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตอนของเด็กขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมาจากการกิจกรรมการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

การเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประกายมาศ ดอกห้อม, ทิพวัลย์ ไชยวงศ์ และสันหวัช ไชยวงศ์⁽²¹⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรรรณ แหนคง, สุนทรีย์ คำเพ็ง, ภาริตา สุวรรณโน และกมลลักษณ์ สูตรสุข⁽²²⁾ พบว่า

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลภัยหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมาตรฐานสมรรถนะของ สม. มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 2) เป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษายาบาลเบื้องต้น ฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบทุนส่วน 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชน และสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนของ ชุมชน และสิ่งแวดล้อมชุมชน 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ 6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ 7) สามารถสร้างโอกาสให้กับเด็ก เยาวชน แกนนำอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน⁽²³⁾ อาจจะกล่าวได้ว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุเป็นสมรรถนะสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนหลังการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจรวม ($M = 4.6$, $SD = 0.1$) อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพิมล เปียงแก้ว⁽²⁴⁾ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง ($M = 4.4$, $SD = 0.4$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รัณณู จิตรบรรหัด⁽²⁵⁾ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.4$, $SD = 1.5$) และในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 7.2$, $SD = 1.2$) ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามแนวคิด วงจร PAOR⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) ได้แก่ กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษาและวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิง (สัปดาห์ที่ 1) และการร่วมร่วมและวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2) เพื่อเป็นแนวทางใน

การปฏิบัติและสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชน จริง 2) การปฏิบัติ (Action) ได้แก่ ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชน (สัปดาห์ที่ 3-6) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ได้แก่ การประเมินผลและสะท้อนผล การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชน (สัปดาห์ที่ 8) อาจจะกล่าวได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุสูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีสมรรถนะสูงขึ้น และสามารถดูแลผู้สูงอายุสูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงได้ครอบคลุมตามสภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุแต่ละรายทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

สรุป

จากการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพปัจจุบัน) และค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพเทียบกับคนวัยเดียวกัน) และค่าคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ หลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนหลังการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ความ

สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องและเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงของครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองได้ต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น ควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานในชุมชนด้วยจิตอาสาและความภาคภูมิใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้สุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนดีขึ้น ควรมีการขยายผล นำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพิ่งพิงในชุมชนชุมชนต่อไป

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 : บริษัทอมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชิชิ่ง จำกัด (มหาชน) ; 2559.
3. สุมิตรรา วิชา, ณัชพันธ์ манพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาร์ภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทราชูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, และคณะ. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในเขตับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้องห้า อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสาร มฉก.วิชาการ 2561;22(43-44):70-85.

4. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2566]. ค้นได้จาก: URL: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1392>.
5. อัญชิษฐ์ ศิริคำเพ็ง, ภักดี โพธิ์สิงห์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมบรรณ 2560;17(3): 235-43.
6. บุษบา แพงบุปผา, ชลธิศ อุรุฤกษ์กุล. การประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software Care Plan. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2566]. ค้นได้จาก: URL: https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20181106105532_4029/20181115093317_2166.pdf
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ข้อมูลผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป. [อินเตอร์เน็ต]. 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, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บรรศม ลีระพันธ์. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ดีเขมเบอร์ ; 2561.
11. รัชชัย ยืนยา, นรีมาลย์ นีละไพจิตร, จุพารักษ์ กวีวิวิชัย. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาว Küy ในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 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 จิตพันธุ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพูร พูลเจริญ. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โอลิสติกพับลิชิชิ่ง ; 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. กุลวีณ์ วุฒิกร, อิสระ สุวรรณบล, บรรพต วิรุณราช. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559;16(2):50-60.
16. นิชนันท์ สุวรรณภูมิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2564;23(2):18-26.
17. ธัญรัตน์ บุญล้ำ, วารี กังใจ, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความต้นโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก. วารสารคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา 2566;31(1):1-16.
18. นเรศ มนีเทศ. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงของผู้ดูแลรายกรณี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7(1):49-56.

19. เกษม เที่ยงรอด.การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพิ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. JRKA 2566;8(6):252-64.

20. เนติยา แจ่มทิม, จันทร์ทิมา เอี่ยวแก้ว, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, เอกรัตน์ ปั่นประภาพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2562;2(2):62-74.

21. ประกายามาศ ดอกหอม, ทิพวัลย์ ไชยวงศ์, สันหวัช ไชยวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2565; 18(1):57-67.

22. อรุวรรณ แวนคอง, สุนทรีย์ คำเพ็ง, ภาริตา สุวรรณโนน, กมลลักษณ์ สูตรสุข. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพิ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(4):29-41.

23. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อยกระดับ อสม.เป็นอสม. หมอบริจาคบ้าน. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.

24. เพ็ญพิมล เปียงแก้ว, วรางคณา จันทร์คง, เอกพล กาละดี. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2566;6(1):1-14.

25. วรัญญา จิตบรรทัด, อมควรรณ แก้วกระจก, พิมพ الرحمن เรืองพุทธ. ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2560;23(1):5-16.