

Received: 10 Jan. 2025, Revised: 15 Feb. 2025

Accepted: 16 Feb. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู

อมร ทองรักษ์^{1*}

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุอาจมีโรคเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังไม่หาย อาจมีการกำเริบของโรคซ้ำหรือมีความทุพพลภาพ จำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 404 คน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กลุ่มละ 81 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษา หลังพัฒนาได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่พัฒนา มี 5 กิจกรรม ดังนี้ กำหนดบทบาทเครือข่าย พัฒนาระบบการจัดการบริการ การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาการจัดการบริการ และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้าย หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) และมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

^{1*} สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

* Corresponding author E-mail: amornrak08@gmail.com

Original Article

Development of long-term care system for elderly With network participation Nong Bua Lamphu Province

Amorn Thongrak^{1*}

Abstract

Elderly people may have chronic diseases with incurable disease pathology. There may be relapse or disability. There was need for long-term care system. This research and development aimed to study the effects of developing long-term care system for the elderly with participation of network in Nong Bua Lamphu Province. Sample group consisted of 404 people, caregivers and elderly group consisted of 81 people in each group, selected by simple random sampling. Data collection tool was questionnaire. Between August and November 2024. Data analysis statistics used include descriptive statistics and Paired t-test.

Results: After development, there was long-term care system for elderly with network participation were 5 activities as follows: Define network roles, develop long-term service budget, support elderly clubs, develop services for elderly and develop the potential of caregivers in the end. After developing network participation in the development of overall elderly care system increased significantly ($p = .005$) and participation development of overall elderly quality of life increased with statistical significance ($p = .010$). Caregivers' overall ability for elderly care increased significantly ($p < .001$). The quality of life of elderly in daily activities increased significantly ($p < .001$).

Conclusion: After developing system for elderly long-term care with the participation of network, the network participates improving elderly quality of life and the elderly's overall quality of life increases.

Keywords: Development System, Elderly Long-Term Care, Network Participation

^{1*} Nong Bua Lamphu Provincial Health Office

*Corresponding author E-mail: amornrak08@gmail.com

บทนำ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข คือระบบการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สำคัญในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการ จัดหรือลดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ¹ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรได้รับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณด้านการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว² การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพาไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ถูกจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีพยาธิสภาพของโรคที่ รักษาไม่หาย อาจมีการกำเริบของโรคซ้ำหรือมีความทุพพลภาพ³ แม้ผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่จะมีการขยายเวลาการ เจ็บป่วย หรือช่วงเวลาที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเช่นกัน⁴ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการ เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ⁵

จังหวัดหนองบัวลำภู มีชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 226 ชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 60 แห่ง สถานการณ์สุขภาพ ผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564-2567 มีผู้สูงอายุ จำนวน 68,586, 72,988, 84,426 และ 88,051 คน คิดเป็นร้อยละ 16.56, 16.99, 16.59 และ 17.31 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 ผลการตรวจคัดกรอง จำนวน 27,572 คน (ร้อยละ 34.55) แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 26,354 คน (ร้อยละ 95.58) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,092 คน (ร้อยละ 3.96) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 126 คน (ร้อยละ 0.47) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5,681 คน เรียงตาม อำเภอที่พบมากที่สุดคือ อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จำนวน 2,011 คน รองลงมาคือ อำเภอศรีบุญเรือง จำนวน 1,252 คน และ อำเภอนากลาง จำนวน 745 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีสภาพปัญหาสุขภาพปัญหาผลกระทบทางด้าน สาธารณสุขจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ยังไม่มีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ ชัดเจน ไม่มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายทางสังคมไม่ได้ เข้ามามีส่วนร่วมมือกันในชุมชนและไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขาดการสื่อสารข้อมูลระหว่างกันทำให้ขาดความมั่นใจ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน⁶ ทั้งนี้ได้มีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัว ชุมชนและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดหนองบัวลำภู ในการขับเคลื่อน งานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อครบวงจร ซึ่งหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จะทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงได้ทำ การวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อประเมินผลการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัด หนองบัวลำภู

รูปแบบงานวิจัย research and development

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ

เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป และมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุ ในจังหวัดหนองบัวลำภู คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย⁹ ดังนี้ เครือข่าย จำนวน 404 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 81 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 81 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย 1) พัฒนาการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) พัฒนาการมีส่วนร่วมสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผล ดังนี้

กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน และ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพกระบวนการพัฒนา เป็นกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่ 13 อำเภอ 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาระบบการจัดการบริการระยะยาว 3) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเครือข่าย ประยุกต์ตามแนวทางการศึกษาด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว¹⁰ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ คือ 1 = ไม่รับรู้ ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ คือ 1 = ไม่มี ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่าย จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง ระดับ 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแล ประยุกต์ตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว¹³

ส่วนที่ 1 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 9 ระดับ¹¹ การตอบ 0 หมายถึง ไม่ได้ทำ จนถึงระดับ 9 หมายถึง ได้ทำงานลักษณะนั้นมากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ต่ำ, ปานกลาง, สูง

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ คือ 1= น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การศึกษานี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต¹³⁻¹⁴ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ¹¹ ดังนี้ 1 = ไม่พึงพอใจ/ทำไม่ได้ ถึงระดับ 5 = รู้สึกพอใจ/ทำได้มากที่สุด

การแปลผลแบ่งเป็นการจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกประเด็น คือ ประเด็นการพัฒนาและกิจกรรมการดำเนินการ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ปรากฏค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.90 ศักยภาพผู้ดูแล เท่ากับ 0.87 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงาน และใช้การอธิบายโครงการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยภาคสนาม จำนวน 6 คน (อำเภอละ 1 คน)
2. วิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยแจ้งรายละเอียดของโครงการและการเก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรมของการทำวิจัยในมนุษย์ โดยได้จัดทำใบยินยอมเข้าร่วมโครงการให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
3. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับผู้วิจัยกำหนดรหัส ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามควบคุมคุณภาพของข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล (clean data) จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

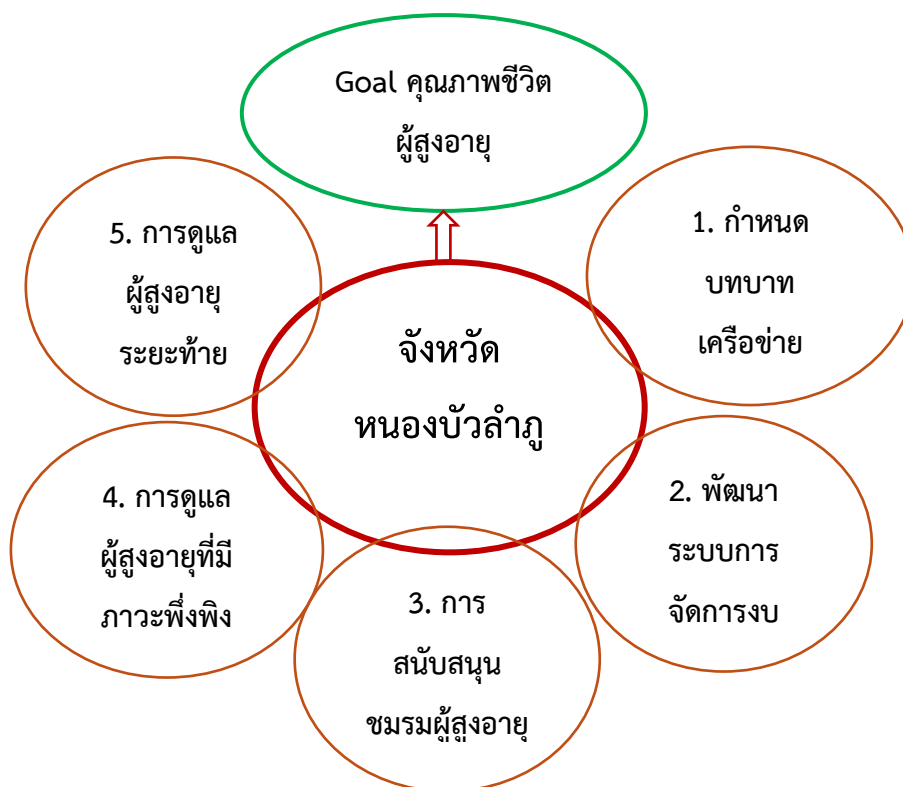
จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู รหัสโครงการ 20/2567 วันที่ 13 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเครือข่าย พบว่า ส่วนใหญ่เครือข่ายเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1 อายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.9 จบปริญญาตรี ร้อยละ 62.4 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 69.3 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.2 ระยะเวลาเข้าร่วมเครือข่ายต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.7 หน้าที่ในเครือข่ายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 63.1

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู โดยใช้การขับเคลื่อนความยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติ (implementation) ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี PDCA (Plan-Do-Check-Act) ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พัฒนาโดยมีเป้าหมาย (Goal) คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มี 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาระบบการจัดการบริการระยะยาว (long-term care: LTC) โดยความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการ 3) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps) ทั้ง 5 กิจกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผังวงจร (spiral of steps) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดหนองบัวลำภู

2. ผลการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 0.31-0.82, $p < 0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพ ($p < 0.001$) ด้านประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ ($p = 0.001$) และด้านความสามารถการส่งเสริมสุขภาพ ($p = 0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n = 404)

ตัวแปร	ระดับ						t	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ							-3.406	0.001*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	15	3.7	389	96.3		
หลังพัฒนา	0	0.0	8	2.0	396	98.0		
อุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพ							-3.610	0<.001*
ก่อนพัฒนา	16	4.0	356	88.1	32	7.9		
หลังพัฒนา	16	4.0	352	87.1	36	8.9		
ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ							-3.215	0.001*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	155	38.4	249	61.6		
หลังพัฒนา	0	0.0	146	36.1	258	63.9		
รวมทุกด้าน							-4.357	0<.001*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	170	42.1	234	57.9		
หลังพัฒนา	0	0.0	154	38.1	250	61.9		

*p- value < .05, Paired t-test

การมีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 0.17-0.21, $p = .005$) โดยพบว่าเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือด้านการพัฒนาระบบบริการ ($p = 0.002$) การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ($p = 0.009$) และ การขับเคลื่อนการดำเนินการ ($p = 0.015$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 404)

ตัวแปร	ระดับ						t	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การพัฒนาระบบบริการ							-3.078	0.002*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	317	78.5	87	21.5		
หลังพัฒนา	0	0.0	313	77.5	91	22.5		
การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ							-2.631	0.009*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	160	39.6	244	60.4		
หลังพัฒนา	0	0.0	154	38.1	250	61.9		
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจเพิ่มเติมส่วนขาด							-2.509	0.012*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	167	41.3	237	58.7		
หลังพัฒนา	0	0.0	162	40.1	242	59.9		
การขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล							-2.441	0.015*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	175	43.3	229	56.7		
หลังพัฒนา	0	0.0	170	42.1	234	57.9		
รวมทุกด้าน							-2.823	0.005*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	167	41.3	237	58.7		
หลังพัฒนา	0	0.0	162	40.1	242	59.9		

*p-value < .05, Paired t-test

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแลพบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.97-2.94, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแลโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 81)

ตัวแปร	ระดับ						t	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนพัฒนา	0	0.0	47	58.0	34	42.0	-3.969	0< .001*
หลังพัฒนา	0	0.0	12	14.8	69	85.2		

*p - value < .05, Paired t-test

4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.68-2.02, $p < 0.001$) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพกาย ($p = 0.001$) ด้านสังคม ($p = 0.006$) และด้านจิตใจ ($p = 0.165$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 81)

ตัวแปร	ระดับ						t	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านสุขภาพกาย							-3.596	0.001*
ก่อนพัฒนา	6	7.4	12	14.8	63	77.8		
หลังพัฒนา	0	0.0	4	4.9	77	95.1		
ด้านจิตใจ							-1.402	0.165
ก่อนพัฒนา	10	12.3	60	74.1	11	13.6		
หลังพัฒนา	7	8.6	51	63.0	23	28.4		
ด้านสังคม							-2.806	0.006*
ก่อนพัฒนา	3	3.7	17	21.0	61	75.3		
หลังพัฒนา	0	0.0	3	3.7	78	96.3		
ด้านสิ่งแวดล้อม							-2.544	0.013*
ก่อนพัฒนา	3	3.7	18	22.2	60	74.1		
หลังพัฒนา	0	0.0	9	11.1	72	88.9		
รวมทุกด้าน							-3.765	0<.001*
ก่อนพัฒนา	0	0.0	22	27.2	59	72.8		
หลังพัฒนา	0	0.0	16	19.8	65	80.2		

*p- value < .05, Paired t-test

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู โดยใช้การขับเคลื่อนความยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติ (implementation) ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี PDCA (Plan-Do-Check-Act) ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พัฒนาโดยมีเป้าหมาย (Goal) คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มี 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาระบบการจัดการบริการระยะยาว (long-term care: LTC) โดยความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการ 3) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต ผลงานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปี 2567 ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า จุดประสงค์หลักของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบวงจร จังหวัดหนองบัวลำภู แบบเกลียวเสตบทั้ง 5 กิจกรรม ทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีผลงานบริการผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ประกอบด้วย 1) ด้านครอบครัว ทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลในบริบทครอบครัว 2) อสม. มีศักยภาพในการเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุ 3) ชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและบุคลากร 5) ผู้นำชุมชน ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ อบรม อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน¹⁵ การศึกษาของ สมิตรา วิชา และคณะ¹⁶การศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบเครือข่าย มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง 4) การวางแผนโครงการงบประมาณจากเทศบาล และ 5) การดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า พันธกิจหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ 1) การมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) คุณภาพการดูแล และ 3) คุณภาพระบบการดูแลระยะยาว¹⁷ และการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า มีองค์ประกอบ คือ 1) การปรับระบบการบริหารจัดการ 2) การวางแผนการทำงาน 3) การสื่อสาร 4) พัฒนาศักยภาพเครือข่าย และ 5) สร้างทีมปฏิบัติการ¹⁸

2. ผลการพัฒนาเครือข่ายในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตามบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือด้านการพัฒนาระบบบริการ การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมี การขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการดูแลช่วยเหลือให้มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รองลงมา คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่อุ่นใจไม่ถูกทอดทิ้ง และการได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพหรือรู้เท่าทันสื่อต่างๆ โดยพบว่าเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านคุณค่าและประสบการณ์ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต นำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นมาร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิพรพรรณ เรือนจันทร์ และ พิภูลทิพย์ ขุนเศรษฐ¹⁹ ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมเตรียมความพร้อมด้านทักษะ การประสานข้อมูลและแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์คือ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีนโยบายและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ทำให้

เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ การประเมินสภาพปัญหา การวางแผน ประสานความร่วมมือเป็นองค์กรร่วม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ²⁰

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลได้รับสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่าย และมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีศักยภาพด้านการทำงานและค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านความสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูรีรัตน์ จันทกร²¹ ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียง โดยห่อประจําครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรมุ่งเน้นไปที่การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ การอบรมผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care และการศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี การจัดรูปแบบบริการทั้งระยะต้น ระยะกลาง ระยะยาวและต่อเนื่อง²²

4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือด้านจิตใจ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีสุขภาพดีในด้านสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่ดี และผู้ดูแลมีศักยภาพสูง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช²³ การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าความต้องการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ส่งเสริมชมรมและการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ พัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การศึกษาของ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8²⁴ ผลการพัฒนาศักยภาพใน 4 มิติ พบว่า การพัฒนาในมิติสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อสะท้อนว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการหนุนเสริมความรู้ เสริมทักษะในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับดีขึ้น²⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 การบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งนี้ หลังพัฒนาเครือข่ายมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่ชุมชน เข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่กำหนดบทบาทให้เป็นผู้ร่วมในการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อรองรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

1.2 ด้านระบบการจัดบริการ บุคลากรผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสังคมชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูและขอบคุณเจ้าหน้าที่เครือข่ายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ช่วยให้งานวิจัยสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองแผนงาน กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ, 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://doc.anamai.moph.go.th>
2. จันจิรา อินทจิตร, ฉัตรสมน พงษ์นิญโญ. การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษา ผู้จัดการระบบ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลทหารบก. 22(2): 383-392; พฤษภาคม – สิงหาคม 2564.
3. Wrotek M, Kalbarczyk M. Predictors of long-term care use - informal home care recipients versus private and public facilities residents in Poland. BMC Geriatr. 23(1): 512; December 2023. doi: 10.1186/s12877-023-04216-2.
4. Permanyer I, Villavicencio F, Trias-Llimós S. Healthy lifespan inequality: morbidity compression from a global perspective. Eur J Epidemiol. 38: 511–521; December 2023.
5. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, มาริสา สุวรรณราช, ภาวดี เหมทานนท์, พรฤดี นิตริรัตน์, ประกาย เพชรบุญ, กฤษณกมล รักญาติสกุล. การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 14(3): 10-21; กันยายน-ธันวาคม 2563.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. ข้อมูล HDC จังหวัดหนองบัวลำภู [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.lbo.moph.go.th>
7. Kemmis S, McTaggar M, Eds. The Action Research planner. Victoria, Australia: Deakin University, 1988.
8. WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing 2023. [Internet] [cited 2024 Jan 22]. Available from: <https://www.who.int/thailand>
9. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons, 1995.
10. ศศิพันธ์ สายแหว, วรพจน์ พรหมสัถยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 7(04): 187-197; ตุลาคม-ธันวาคม 2564.
11. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," In M. Fishbein (Ed.). Readings in attitude theory and measurement (pp. 90–96). New York: John Wiley & Son, 1974.
12. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc, 1977.

13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
14. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University, 2014.
15. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมขยธวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 7(2): 100-113; พฤษภาคม - สิงหาคม 2563.
16. สมิตรา วิชา, ณัฏพนธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธนภณ หมื่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง. วารสาร ม.ฉ.ก. วิชาการ. 22(43): 70-85; กรกฎาคม - ธันวาคม 2561.
17. Travers JL, Hirschman KB, Naylor MD. Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. BMC Geriatrics. 20(1): 58; December 2020. doi10.1186/s12877-019-1405-7
18. นลินี เกิดประสงค์, จันทิมา นวมะวัฒน์. ระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 30(1): 49-63; มกราคม - มีนาคม 2565.
19. สิทธิพรธร เรือนจันทร์, พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์. 29(1): 71-87; มกราคม-เมษายน 2566.
20. สุกัญญา ปวงนิยม, นงนภัทร รุ่งเนย, อุไรรัชต์ บุญแท้. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 38(3): 178-195; เมษายน - มิถุนายน 2562.
21. ณัฐพร ประกอบ, ไพจิตร ล้อสกุลทอง, สมฤทธิ เนตรทิพย์, บุญถี ล้อยศ. การพัฒนาศูนย์กลางบูรณาการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ปัวตันแบบระบบบริการการดูแลระยะยาวภายใต้บริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม. 1: 63-71; เมษายน 2561.
22. บุญญาพร ดีบุตม, รัตนภรณ์ อวีนันท์, ปิยะนารถ จาติเกตุ. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 10(2): 8-24; กรกฎาคม-ธันวาคม 2563.
23. จุริรัตน์ จันทการ. การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตำบลทุ่งลาน อำเภอกลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. [อินเทอร์เน็ต] 2567. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.skho.moph.go.th>
24. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 16(1): 140-55; มกราคม - เมษายน 2565.

25. Nagata C, Tsutsumi M, Kiyonaga A, Nogaki H. Evaluation of a training program for community-based end-of-life care of older people toward aging in place A mixed methods study. Nurse Educ Pract. 2021; 54:103091. doi:10.1016/j.nepr. 103091; 2021 Jul.
26. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 11(2); 118-132; กรกฎาคม - ธันวาคม 2562.
27. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8. รายงานการวิจัยแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยความร่วมมือของเครือข่าย. จังหวัดอุตรดิตถ์: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8, 2565.
28. วัฒนา จันทรเปรม, มยุรี บุญทด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ไพศาล ขุนวิเศษ. การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา ตำบล LTC ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 3. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สอนสุนันทา . 6(1): 14-34; มกราคม-เมษายน 2566.