

ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

Developing potential of village health volunteers for elderly and dependent people care in Pak Nam Chumphon Subdistrict, Chumphon Province

(Received: March 12,2025 ; Revised: April 7,2025 ; Accepted: April 8,2025)

โอริสา พรหมสถิตย์¹

Orisa promsatit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 73 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 55 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้วงจร PDCA มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทศนคติและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะท้าย หลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.31-1.92, $p = 0.007$) ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.80-2.81, $p = 0.001$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.10-4.82, $p = 0.002$)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้สูงอายุ, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study aims to study the results of developing the potential of village health volunteers for caring elderly and dependent people in Pak Nam Chumphon Subdistrict, Chumphon Province. Between August 2024 and January 2025, the sample group included 73 village health volunteers (VHVs) and 55 elderly people. research tool was questionnaire, including perceptions of health promotion among village health volunteer, operational skills for caring for elderly and dependent people and performing daily activities. Statistics analysis used: descriptive statistics and Paired t-test.

Results: Developing potential of village health volunteers for caring for elderly and dependent people. Using the PDCA cycle, there were 5 activities: 1) knowledge enhancement Attitudes and perceptions of health promotion for the elderly 2) promote practical skills for caring for elderly and dependent people 3) Promote family participation 4) Providing information 5) Developing the potential of village health volunteers for caring for elderly and dependent people the end of life. After developing the village health volunteers, there was a statistically significant increase in their awareness of promoting the overall health of the elderly (95%CI: 1.31-1.92, $p = 0.007$). Overall skills for caring for elderly and dependent people increase statistically significant (95%CI: 1.80-2.81, $p = 0.001$). Overall activities of daily living increase statistically significant (95%CI: 1.10-4.82, $p = 0.002$).

Keywords: Potential Development, Village Health Volunteers, Elderly, Dependent People

¹ พย.บ.โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประมาณว่า มากกว่าหนึ่ง พันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้น เป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593 และภายในทศวรรษหน้า การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรนี้ สะท้อนให้ เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษาพยาบาล ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก¹

แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นระบบ และกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุกที่สำคัญ ในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการขจัดหรือลด ตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบ องค์กรรวม สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเรื้อรัง อีกทั้งลดภาระ ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในอนาคต และลดภาระ ด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัว² กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควร มีการฟื้นฟูความรู้ทักษะการดูแลทุกปี การสนับสนุน งบประมาณที่เอื้อต่อการจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ให้ ครอบคลุมต่อการดำเนินงานและการได้รับความ ร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานเป็นทีม จะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มสูงขึ้น³ การ จัดบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการดูแลที่ ต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น หน่วยงาน หลักในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และได้รับการ กระจายอำนาจด้านการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี ระยะเวลาเตรียมการระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เพื่อรองรับความท้าทาย ดังนี้ 1) การพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและ ชุมชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็ง ของ ทุนทางสังคมที่มีในชุมชน ทั้งในด้าน คน สถาบัน (ครอบครัว ชุมชน ศาสนา) วัฒนธรรม และภูมิปัญญา 2) การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการ ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการวางแผนและ

จัดสรร งบประมาณอย่างชัดเจน 3) การวางแผนและ พัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพและสังคม และการเร่ง เพิ่มสัดส่วน และพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการให้เพียงพอ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และบูรณาการ พร้อมรับการ เปลี่ยนแปลงและสามารถจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ที่มีคุณภาพ⁴

ความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน รายละเอียดบทบาทที่สำคัญดังนี้ 1) การส่งเสริมความตระหนักรู้ในสังคม อสม. ควร ร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นในการส่งเสริม ความ ตระหนักในสังคมเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแล ผู้สูงอายุ และสนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่เน้น การแบ่งปันความรู้เรื่องสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) การสำรวจและดูแล สุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อสม. ทำการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน ค้นหา ผู้ที่มีความ เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังหรือมีความจำเป็นในการรับการ ดูแลเพิ่มเติม และส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) การเฝ้า ระวังสุขภาพ เฝ้าระวังสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เหมาะสมตามสถานะสุขภาพ 4) อสม.ประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่ง ต่อผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล 5) การ บันทึกรายชื่อและวางแผน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเพื่อใช้ในการวางแผน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงสภาพการดูแล⁵

ในเขตตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 มีผู้สูงอายุ ทั้งหมด จำนวน 1,978, 2,025, 1,964 และ 2,012 คน ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถจัดกลุ่ม ได้ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม ร้อยละ 97.02 (จำนวน 1,919 คน), ร้อยละ 97.58 (จำนวน 1,976 คน), ร้อย ละ 95.72 (จำนวน 1,880 คน), ร้อยละ 97.52 (จำนวน 1,962 คน) กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ร้อยละ 2.12 (จำนวน 42 คน), ร้อยละ 1.78 (จำนวน 36 คน),

ร้อยละ 3.16 (จำนวน 62 คน), ร้อยละ 1.24 (จำนวน 25 คน) และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง ร้อยละ 0.86 (จำนวน 17 คน), ร้อยละ 0.64 (จำนวน 13 คน), ร้อยละ 1.12 (จำนวน 22 คน), ร้อยละ 1.24 (จำนวน 25 คน)⁶ ทั้งนี้ ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกเยี่ยมบ้าน ส่งยาถึงบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการอย่างครบถ้วน และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไม่เครียดจนเกินไป เพื่อให้เป็นมาตรฐานเกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน พร้อมจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาว จนถึงการดูแลในระยะท้ายของชีวิต รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร ที่ได้เริ่มดำเนินการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัย ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

สมมติฐาน

หลังการได้รับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาในพื้นที่ตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-มกราคม 2568

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 73 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร มีบทบาทในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁷ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

เมื่อ Z_α = ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96, Z_β = กำหนดค่า Power of Test เท่ากับ 80 มีค่าเท่ากับ 0.84, σ_d^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม, μ_d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลอง

μ_d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม อ้างอิงผลการศึกษาของ นงนุช หอมเนียม และคณะ⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. มีทักษะปฏิบัติการดูแลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินงาน (Mean 12.97, SD= 2.32: Mean 16.07, SD=1.54) คำนวณค่าความแปรปรวน ดังนี้

$$\sigma_d^2 = \frac{(n_1-1) sd_1^2 + (n_2-1) sd_2^2}{(n_1+n_2)^2}$$

$$\sigma_d^2 = \frac{(20-1)(2.32)^2 + (20-1)(1.54)^2}{(20+20)^2}$$

$$\sigma_d^2 = 3.68$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96+1.28)^2 3.68}{(2.32-1.54)^2}$$

$$n = 64.33 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 65 คนและผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% ของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 73 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ คู่มือรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร มีกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลแบบสอบถามชุดนี้ผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวทางการศึกษาของ ศศินันท์ สายแวว และ วรพจน์ พรหมสัถยพรต⁹ แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 52 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ประเภทผู้ดูแล เพศ อายุ การศึกษา การทำงาน จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแล การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่าย

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของ อสม. จำนวน 15 ข้อ การตอบมี 5 ระดับ¹⁰ คือ 1= ไม่มี ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ ดังนี้ ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 24.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (24.68-49.34 คะแนน) ระดับมาก (49.35-75.0 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 29 ข้อ เกี่ยวกับการดูแลด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การดูแลด้านการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การตอบให้แสดงความคิดเห็นระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ¹⁰ คือ 1= ไม่มีส่วนร่วม ถึง 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด การแปลผลรวม 145 คะแนน แบ่งค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละ 3 ระดับ¹¹ ดังนี้ ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 49.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (49.0-96.0 คะแนน) ระดับมาก (96.01-75.0 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ส่วน จำนวน 38 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานเดิม การศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายรับ รายจ่าย สิทธิในการรักษาพยาบาล ประเภทผู้ดูแล หรือผู้ที่อยู่ร่วมในครอบครัว จำนวนพื้นที่ที่เหลื่อใช้ได้ และจำนวนพื้นที่หลัง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 26 ข้อ การศึกษานี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน¹² และระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ¹³ ตอบคำถามมี 5 ระดับ¹⁰ ดังนี้ 1=ไม่ใช้/ทำไม่ได้ ถึง 5 = มากที่สุด แปลผลดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยง (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับข้อมูลทั่วไป โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เลือกใช้ข้อมูลทั่วไป ที่มีค่า CVI = 1 ทุกประเด็น หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30

คน ในเขตหน่วยบริการ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้จริง ปรากฏดังนี้ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. $\alpha = 0.82$ ทักษะการปฏิบัติการดูแล $\alpha = 0.89$ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน $\alpha = 0.91$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ชี้แจงให้วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

2. เก็บข้อมูลกลุ่ม อสม. ครั้งที่ 1 ในเดือนสิงหาคม 2567 โดยให้กลุ่ม อสม.ตอบแบบสอบถามก่อนดำเนินการ (pre-test) ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนมกราคม 2568 ให้กลุ่ม อสม.ตอบแบบสอบถาม (post-test) ใช้เวลาตอบประมาณ 20-30 นาที

3. เก็บข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1 ในเดือนสิงหาคม 2567 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมให้ตอบแบบสอบถาม (pre-test) ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนมกราคม 2568 ให้ตอบแบบสอบถาม (post-test) ใช้เวลาตอบประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงอนุมานสำหรับการวิเคราะห์ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา โดยใช้ Paired t-test ได้แก่ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะการปฏิบัติการดูแล และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-053/2567 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร โดยใช้วงจร PDCA รูปแบบการสร้างเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร อธิบายได้ว่า มีการจัด 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะท้าย จึงทำให้ผลการศึกษาเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ มีกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 5 กิจกรรม มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีรายงานผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 57.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.2 อายุช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 67.1 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.1 มีการประกอบอาชีพ/ทำงาน ร้อยละ 72.6 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 64.4 ดูแลผู้สูงอายุ 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 89.0 และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72.6

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า หลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.31-1.92, $p = 0.007$) โดยพบว่า อสม.มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ ($p=0.006$) รองลงมาคือด้านประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($p=0.027$) และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ด้านอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ($p=0.006$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=73)

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	19.60±4.22	20.04±3.99	0.05-0.825	-2.259	.027*
ด้านอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	12.15±4.10	12.47±4.10	0.01-0.63	-1.960	.054*
ด้านความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	19.10±4.28	19.47±4.18	0.10-0.63	-2.811	.006*
เฉลี่ย	50.84±9.74	51.97±9.37	1.31-1.92	-2.784	.007*

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

ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. พบว่า หลังพัฒนาอสม. มีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.80-2.81, $p = 0.001$) โดยพบว่า อสม.มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ

ด้านการบริโภคอาหาร ($p = 0.001$) รองลงมาคือด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($p = 0.010$) และมีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ด้านการได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย ($p = 0.045$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=73)

ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านการบริโภคอาหาร	19.07±4.79	19.51±4.75	0.17-0.69	-3.350	.001*
ด้านการออกกำลังกาย	14.53±4.26	14.79±4.24	0.02-0.49	-2.223	.029*
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	12.66±3.61	12.89±3.51	0.02-0.44	-2.235	.028*
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	23.59±5.48	23.93±5.35	0.01-0.60	-2.640	.010*
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	19.96±4.53	20.26±4.50	0.04-0.55	-2.337	.022*
ด้านการได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	19.53±4.90	19.77±4.74	0.01-0.47	-1.949	.045*
เฉลี่ย	109.34±24.10	111.15±23.75	1.80-2.81	-3.596	.001*

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

ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79ปี) ร้อยละ 54.5 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.2 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 54.5 อาชีพด้านธุรกิจ/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 54.5 จบประถมศึกษา ร้อยละ 83.6 แหล่งรายได้จากคู่สมรส บุตร หลาน ร้อยละ 50.9

รายรับ-รายจ่ายเพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 61.8 อยู่ร่วมกับบุตร หลาน ญาติ ร้อยละ 65.5 มีพื้นที่ที่ใช้เคี้ยวได้น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 52.7 และไม่มีฟันหลัง ร้อยละ 47.3

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(95 % CI: 1.10-4.82, $p = 0.002$) พบว่าความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพกาย (Physical) ($p = 0.002$) รองลงมาคือ ด้าน

สิ่งแวดล้อม (Environment) ($p = 0.004$) และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ด้านจิตใจ (Mental) ($p = 0.038$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยรวมเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=55)

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	คะแนนรวม	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%CI	t	p-value
		Mean±SD	Mean±SD			
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	35	25.09±8.20	26.11±8.64	1.38-1.64	-3.242	.002*
ด้านจิตใจ (Mental)	30	16.13±7.18	16.95±7.35	1.04-1.59	-2.125	.038*
ด้านสังคม (Social)	15	10.11±2.78	10.38±2.89	0.04-0.50	-2.383	.021*
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	40	19.29±6.17	20.15±6.48	1.28-1.42	-3.001	.004*
รวม	130	70.62±21.72	73.58±23.11	1.10-4.82	-3.193	.002*

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

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร โดยใช้วงจร PDCA รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร อธิบายได้ว่า มีการจัด 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะท้าย จึงทำให้ผลการศึกษาเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด คือ มีกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 5 กิจกรรม มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีรายงานผลการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ พบว่า ทูทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ต้นทุนด้านครอบครัว และ 2) อสม. มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในการเยี่ยมบ้าน การวางแผนดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร และศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล อบรม อสม. มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน¹⁴ การศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร เยอรมนี สหรัฐอเมริกา คานาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย พบว่า รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาครัฐและเอกชนผ่านโรงพยาบาล โดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการให้สิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบการเงินและรูปแบบอื่น เช่น การดูแลที่บ้าน การเข้าถึงบริการ มีระบบคัดกรองความสามารถในกิจวัตรประจำวัน และการปรับกระบวนการให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์และกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ¹⁵ และการศึกษาที่พบว่า การพัฒนากระบวนการในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ (2) จัดประชุมวางแผน (3) กำหนดโครงการ (4) ดำเนินงานตามโครงการ (5) ติดตาม นิเทศ และประเมินผล ในขณะเดียวกันมีการดำเนินโครงการเพื่อบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาวในพื้นที่ของประเทศไทยด้านประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโครงการควบคู่ไปกับการศึกษาจากประสบการณ์การดูแลระยะยาวในต่างประเทศ ใช้เป็นนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย¹⁶

2. ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า หลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เช่น อาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ อาหารที่ปรุงสุก และมีคุณภาพได้ รองลงมาคือ การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ ไม่ออกกำลังกาย เพราะกิจวัตรประจำวันและงานทำให้เหนื่อยแล้ว ตามลำดับ อธิบายได้ว่าหลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นทั้งในด้านความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ ด้านประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ผลการพัฒนา ศักยภาพอสม. ครั้งนี้จึงทำให้มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดรูปแบบบริการในการดูแลที่มีทั้งระยะต้น ระยะกลาง ระยะยาวต่อเนื่อง และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุ คือ กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/อสม.ในระดับชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีทักษะในการดูแล มีระบบพี่เลี้ยง และการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง¹⁷ และการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาพบว่าผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขทุกราย¹⁸

3. ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. พบว่า หลังพัฒนา อสม.มีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การอาบน้ำ/การเช็ดตัว รองลงมาคือ เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชนช่วย

ส่งเสริมแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และมีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุมีความเครียด ท่านใช้ยานอนหลับ/ยาระงับประสาท ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาอสม.ทำให้มีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมเพิ่มขึ้นทั้งด้านการบริโภคอาหาร ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ ด้านการได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะประกอบด้วย ความเครียด พลังสุขภาพจิต ทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้างมากขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทำให้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี¹⁹

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ หากป่วยหนักเชื่อว่า ครอบครัวจะดูแลอย่างดี รองลงมาคือ รู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และการสูญบุหรืลดลง ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นทั้งในด้านสุขภาพกาย (Physical) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และด้านจิตใจ (Mental) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น²⁰

สรุปผล การพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อสม. สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่บ้านของตนเองได้อยู่กับลูกหลาน ญาติ เพื่อนบ้านเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น จึงควรใช้เป็นจุดเริ่มต้นที่ชุมชนในการพัฒนาให้การสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น

และเอื้อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อาศัยในบ้าน
ตนเองในชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญอันดับต้น ๆ ที่
จะต้องพัฒนา

2. ด้านการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรผู้
ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้
มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับทั้ง
ผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนร่วมใน

สังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่าง
ต่อเนื่องทุกปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาว
ด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้
พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุม ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับ
การดูแลที่เหมาะสมเกิดประโยชน์มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. WHO.(2023). Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. [Internet]. 2023. [Cited 2023 June 2]. Available from: <https://www.who.int/thailand>
2. กองแผนงาน กรมอนามัย.(2566). โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต].2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://doc.anamai.moph.go.th>
3. จันจิรา อินทจิตร, ฉัตรสมุน พลภูมิโย.(2564). การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของประเทศไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(2): 383-92.
4. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, มาริสา สุวรรณราช, ภาวดี เหมทานนท์, พรฤดี นิตริตัน, ประกาย เพชรบุญ, ฤกษ์กมล รักญาติกุล. (2020). The Management of Elderly Care System in Community: The Challenging Roles of Local Administrative Organization. Journal of Nursing and Health Sciences. 2020; 14(3): 10-21.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.). คลังสื่อประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://prgroup.hss.moph.go.th/gameqeehar>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร.(2566). ข้อมูล HDC จังหวัดชุมพร [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo>
7. Wayne WD.(1995). Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
8. นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังสี, ดลนภา จิระออน.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565; 30(3): 460-70.
9. ศศิพันธ์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต.(2564). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 197-206.
10. Likert R.(1967). "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
11. Best JW.(1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc..
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
13. Pattanaphesaj J.(2023). Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University [Internet]. [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://www.hitap.net>
14. รัถยานภิก รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช.(2563). ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100-13.

15. กุสาวดี เมลืองนนท์, ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, ศนิตา หิรัญรัมย์, ดวงรัตน์ โพธิ์. (2023). ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. JHCR 2023; 17(1): 149-62.
16. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Schols JMGA, Kempen GJM, Hamers JPH. (2020). The Living Lab in Ageing and Long-Term Care a Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work. J Nutr Health Aging. 2020; 24(1): 43-47.
17. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิลา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(1): 140-55.
18. ศรีรัตน์ ศิลปภา, ธารา รัตนอานวยศิริ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2566; 4(1): 29-42.
19. พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย, กฤติยาพร คำไข, เจนนภา หาญโงน, ภาวิณี วงษ์กันหา. (2565). โควิด-19 กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2565; 9(9): 1-14.
20. วัฒนา จันทรเปรม, มยุรี บุญทด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ไพศาล ขุนวิเศษ. (2566). การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2566; 6(1): 14-34.