



ผลของรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ

The results of a long-term care model for community-dependent elderly
people of village health volunteers Chaiyaphum Province

สุวารี ทวนวิเศษกุล^{1*}, ปัญญกรินทร์ หอยรัตน์², พรภัทรา แสนเหลา³, สายนาท หวานนุรักษ์⁴ และ เลิศฤทธิ์ ตั้งชูวงษ์⁵

Suwaree Tuanwisetkul^{1*}, Pankarin Hoyrat², Pornphattra Sanloa³, Sainat Wannuruk⁴ and Lertrit Tungchuvong⁵

^{1*,2,3,4,5} คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000

^{1*,2,3,4,5} Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum 36000, Thailand.

^{1*}Corresponding Author, E-mail : leela_swr@yahoo.com

Received: 26 August 2024, Revised: 19 September 2024, Accepted: 19 September 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองเชิงปริมาณ กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 56 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบแบบเจาะจงกลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดแบบทิศทาง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ แบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 3) ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และ 4) พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า ผลการนำใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ใน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



Abstract

The research aimed to investigate the results of a long-term care model for community-dependent older adults of village health volunteers in Chaiyaphum Province by the qualitative quasi-experimental designs of both pre-and post-test. The sample group consisted of 56 village health volunteers, randomised using purposive sampling, and divided into three groups. The sample group was regulated by using the G*power program to impose direction. The research tool was a long-term care model for community-dependent older adults of village health volunteers. The questionnaire covered four aspects, i.e., 1) general information, 2) knowledge of taking care of older adults in the community, 3) attitude in long-term care for older adults in the community, and 4) behaviors in taking care of older adults in the community. Statistical analysis was descriptive in number, percentage, mean, and standard deviation, while inferential statistical analysis was the Wilcoxon Signed Ranks Test. Notably, outcomes in a long-term care model for community-dependent older adults of village health volunteers after the experiment found that the sample group possessed a significantly higher knowledge, attitude and behaviors in caring for older adults in the community than before the experiment at $P < 0.001$.

Keywords : Long-term Care, Elderly, Dependent, Village Health Volunteer

1. บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตามที่สหประชาชาติระบุว่าในปี ค.ศ. 2000 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 และจะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2050 สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2564 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,358,751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุชายพบร้อยละ 44.7 และผู้สูงอายุหญิงพบร้อยละ 55.3 ซึ่งแนวโน้มของผู้สูงอายุพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปีพ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 19.6 ในปีพ.ศ.2564 ซึ่งจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2565 และจากการประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันซึ่งสำรวจในปี พ.ศ.2565 พบผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 96.9 ติดบ้านพบร้อยละ 1.8 และติดเตียงร้อยละ 1.3 โดยผู้หญิงมีสัดส่วนกลุ่มติดเตียงและติดบ้านมากกว่าผู้ชาย (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2564) ทั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตโดยกลุ่มติดบ้าน



จะมีความต้องการช่วยเหลือในบางส่วนและ กลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีความต้องการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและกิจวัตรประจำวันซึ่งต้องพึ่งพิงครอบครัวผู้อื่น และสังคม (ลัทธิ วิยะบัณฑิตกุล และณัฐชานันท์ วงศ์ชาติ, 2565)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง การให้การช่วยเหลือดูแลและ ส่งเสริมสุขภาพจึงต้องคำนึงถึงความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเอง (สุดา หันกลาง, 2562) ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนยังมีน้อยเนื่องจากปัจจัยของการไม่ได้รับการอบรมหรือฟื้นฟูความรู้ การไม่ได้รับคำตอบแทนจากการดำเนินงาน การไม่ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีทัศนคติไม่ดีต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดทักษะและความสามารถในการทำงานซึ่งในการนี้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่ม (ศิริณี ศรีหาคาศ, วชิร อมรโรจน์วรฤทธิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอรุ, พลอยลดา ศรีหาคาศ และทิพวรรณ ทับซ้าย, 2564)

ปี พ.ศ. 2565 พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 226,445 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.50 คน (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2565) และทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทส่วนร่วมในการดูแลให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามความจำเป็นเหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ อันจะเป็นประโยชน์เกิดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตอบสนองความต้องการกิจวัตรประจำวัน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ



3. สมมติฐาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ

4. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่น ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในด้านร่างกายจะเป็นการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ในด้านจิตใจ การพึ่งพิงอาจ หมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า ส่วนด้านสังคม หมายถึง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม เป็นต้น (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560)

4.2 การดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) หมายถึง การให้บริการที่จัดโดยบุคคลอื่นจัดให้กับผู้ที่สูญเสียหรือเสี่ยงที่จะสูญเสียสมรรถนะต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ เป็นการให้บริการที่หลากหลายครอบคลุมการให้บริการด้านสุขภาพและบริการดูแลที่เกี่ยวกับการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เป็นระยะเวลานาน การดูแลระยะยาวจะเน้นให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจแตกต่างกันบนพื้นฐานของการส่งเสริมให้ผู้ปวยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และ บวรสม ลีระพันธ์. 2561: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563)

4.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนดตามระเบียบกระทรวง



สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 และได้รับรองความรู้ความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

5. วิธีดำเนินการวิจัย

5.1 ประชากร กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาศัยและปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 28,349 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งคำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดแบบทิศทางเดียว (One tail) อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญ (α err prob) เท่า 0.05 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.50 ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 47 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมขนาดตัวอย่างในการวิจัย เท่ากับ 56 คน และทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง (Purposive sampling)

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อาศัยและปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ 2) มีประสบการณ์ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 1 ปี 3) มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย 4) เข้าร่วมโครงการวิจัยได้มากกว่าร้อยละ 80 หรือร้อยละ 100 สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง และ (2) มีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นการดูแลด้านสุขภาพและบริการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดและองค์ประกอบของกิจกรรม ดังนี้ 1) หลักการและเหตุผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) องค์ประกอบของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4.1) กิจกรรม 1 ประสบการณ์ที่สำเร็จ 4.2) กิจกรรม 2 บุคคลต้นแบบ 4.3) กิจกรรม 3 การเสริมแรงด้วยคำพูด 4.4) กิจกรรม 4 ความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ 5) เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ และ 6) สมรรถนะ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



5.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิธีการเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ด้านที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีจำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก เลือกตอบได้เพียงข้อเดียวที่ถูกที่สุด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแบ่งระดับการตอบคำถามถูกต้องของความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยการใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนรวม (Bloom BS., 1964) ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับระดับสูงร้อยละ 60-79 เท่ากับ ระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 เท่ากับ ระดับต่ำ

ด้านที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งซึ่งคำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนสลับกัน โดยเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็นช่วงคะแนนเฉลี่ย (Best, J. W., 1977) ดังนี้ คะแนน 3.68 - 5.00 เท่ากับ ทัศนคติดี คะแนน 2.34 - 3.67 เท่ากับ ทัศนคติปานกลาง และคะแนน 1.00 - 2.33 เท่ากับ ทัศนคติไม่ดี

ด้านที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีจำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ซึ่งให้ค่าคะแนน 3, 2, และ 1 ตามลำดับ โดยเกณฑ์ การแปลผลแบ่งเป็นช่วงคะแนนเฉลี่ย (Best, J. W., 1977) ดังนี้ คะแนน 2.36 - 3.00 เท่ากับ พฤติกรรมดี คะแนน 1.68 - 2.35 เท่ากับ พฤติกรรมปานกลาง และคะแนน 1.00 - 1.67 เท่ากับ พฤติกรรมไม่ดี

5.3 การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

5.3.1 รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พัฒนามาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 9 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 ท่าน แกนนำชุมชน/ตัวแทนภาคีเครือข่ายชุมชน 2 ท่าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ท่าน ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

5.3.2 แบบสอบถาม การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-item Congruence ; IOC) ใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน



พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67 - 1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ (Hambleton RK., 1980) ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาความเที่ยงด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ด้วยวิธีทดสอบ KR - 20 เท่ากับ 0.81 ด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และด้านพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ด้วยวิธีทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.90 และ 0.82 ตามลำดับ เป็นไปตามเกณฑ์ (Cronbach LJ., 1951) ยอมรับ

5.4 การเก็บและรวบรวมข้อมูล

5.4.1 ผู้วิจัยทำเรื่องขอเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ หลังจากนั้นประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ให้ครบตามจำนวน

5.4.2 ผู้วิจัยอธิบายลักษณะการวิจัย วัตถุประสงค์ และรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับทราบพร้อมกับขอความยินยอมลงลายมือชื่อเข้าร่วมวิจัย

5.4.3 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (Pre-test) ตามรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 3) ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และ 4) พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในสัปดาห์แรก

5.4.4 ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการประชุมความร่วมมือเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกลุ่มตัวอย่างให้เกิด ความเข้าใจในแนวคิดและหลักการเพื่อสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน ด้วยประเด็นดังต่อไปนี้ 1) หลักการและเหตุผล การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) วัตถุประสงค์การจัดดำเนินกิจกรรม 3) องค์ประกอบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมตอบข้อซักถามในสัปดาห์แรก

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามกิจกรรม ดังต่อไปนี้ กิจกรรม 1 ประสพการณ์ที่สำเร็จด้วยอบรมให้ความรู้และสาธิตทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และ กิจกรรม 2 บุคคลต้นแบบด้วยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ข้อมูลบอกเล่าเรื่องราวการดูแลที่เคยปฏิบัติมา

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรม 3 การเสริมแรงด้วยคำพูดจากนักวิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บอกเล่า ประสพการณ์ของตนและพูดแรงบันดาลใจที่ต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกิจกรรม 4 สร้างความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ด้วยการให้คำสัญญาในการปฏิบัติหน้าที่ของตน



สัปดาห์ที่ 4 ติดตามสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการสอบถามปัญหาอุปสรรคและให้คำปรึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

สัปดาห์ที่ 12 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (Post-test) ตามรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้
1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 3) ทศนคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และ 4) พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน อีกครั้ง

5.4.5 รวบรวมแบบสอบถามให้ครบตามจำนวนและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

5.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.5.2 สถิติเชิงอนุมานด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test เมื่อทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ด้วย Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ค่า p - value < 0.05

6. ผลการวิจัย

6.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.64 ช่วงอายุมากที่สุดอยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 66.07 รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 19.64 อยู่ในสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.14 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 16.07 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุดร้อยละ 48.21 รองลงมาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.36 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.63 ซึ่งมีรายได้ เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 - 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 75.00 รองลงมา 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 17.86

ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ระหว่าง 11-20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.64 รองลงมา 1 -10 ปี ร้อยละ 32.14 ซึ่งวิธีเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยส่วนมากจะสมัครใจตัวเอง ร้อยละ 51.79 รองลงมาคือเพื่อนซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชักชวน ร้อยละ 25.00 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (n = 56)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	5.36
หญิง	53	94.64
อายุ (ปี)		
41 – 50 ปี	11	19.64
51 – 60 ปี	37	66.07
61 – 70 ปี	8	14.29
$\bar{X} = 54.64$ S.D.= 5.47 Min = 47 Max = 67		
สถานภาพ		
คู่	46	82.14
หม้าย	9	16.07
หย่า/แยก	1	1.79
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	17	30.36
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	21.43
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	48.21
อาชีพ		
เกษตรกร	53	94.63
รับจ้าง	1	1.79
ค้าขาย	1	1.79
งานบ้าน	1	1.79
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
1,000 – 5,000 บาท	42	75.00
5,001 - 10,000 บาท	10	17.86
10,000 บาท ขึ้นไป	4	7.14
$\bar{X} = 4,883.92$ S.D.= 3,694.55 Min = 1,000 Max = 18,000		
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
1-10 ปี	18	32.14
11-20 ปี	25	44.64



คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
21-30 ปี	13	23.22
$\bar{X} = 14.80$ S.D.= 6.53 Min = 4 Max = 25		
วิธีการเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
สมัครเข้าเอง	29	51.79
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชักชวน	10	17.86
เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชักชวน	14	25.00
บิดามารดาที่เคยเป็นชักชวน/ส่งต่อบุตร	3	5.35

6.2 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ก่อนและหลังการจัดรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ภายหลังการนำใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน สูงกว่าก่อนการนำใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ก่อนและหลังนำใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ($n = 56$)

ตัวแปร	n	Sum of Rank	Z	p - value
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน				
ตำแหน่งที่เป็นบวก	34	672.00	-3.97	< 0.001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	108.00		
ตำแหน่งที่เท่ากัน	17			
ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน				
ตำแหน่งที่เป็นบวก	32	575.50	-4.278	< 0.001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	3	54.50		



ตัวแปร	n	Sum of Rank	Z	p - value
ตำแหน่งที่เท่ากัน	21			
พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน				
ตำแหน่งที่เป็นบวก	34	697.50	-4.299	< 0.001
ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	82.50		
ตำแหน่งที่เท่ากัน	17			

7. สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ มีประสิทธิผลโดยหลังการนำใช้รูปแบบฯ พบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดีกว่าก่อนการนำใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

8. อภิปรายผล

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้กล่าวคือภายหลังการนำใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดีกว่าก่อนการนำใช้รูปแบบฯ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยภายหลังการนำใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน สูงกว่าก่อนการนำใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ มีจุดเด่นในด้านองค์ประกอบและขั้นตอนที่เหมาะสมในการส่งเสริมทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะคติ และด้านพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจง่ายและมุ่งทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับประกายมาศ ดอกหอม (2565) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองต่อความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน



จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยนี้สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับจัดกิจกรรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการรับรู้ทัศนคติแห่งตน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง และปฐรินทร์ ศรีศัลลักษณ์. (2559) ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับ นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังสี และตลนภา จิระ (2565) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังเข้าโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.97, S.D. = 1.54$) เป็นระดับดี ($\bar{X} = 16.07, S.D. = 2.32$) และทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในระดับดี ร้อยละ 100

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากผลการนำใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ สามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง จุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ดังนั้นต้องส่งเสริมทักษะการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชน



9.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

หลังการนำใช้รูปแบบฯ ควรมีการวัดครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความคงทนในการนำใช้ช่วงระยะ 4 - 6 เดือน นอกจากนี้ควรเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบในการวิจัย ด้วยการใช้วิธีวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research, two groups : Pre-test Post-test design)

10. กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) งบประมาณด้าน ววน. ประเภท Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ 2566 และมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

11. เอกสารอ้างอิง

- นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังสี และดลนภา จิระออน. (2565) ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*. 30(3): 460-470.
- เนติยา แจ่มทิม, สินีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศศลักษณ์. (2559) ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอมือ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 25(3): 108-119.
- ประกายมาศ ดอกหอม, ทิพวัลย์ ไชยวงศ์ และสัณหวัช ไชยวงศ์. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภोजุน จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*. 18(1), 58-67.
- “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566” (2566, 23 พฤศจิกายน). (ราชกิจจานุเบกษา). เล่มที่ 140 ตอนพิเศษ 295ง. หน้า 7.
- ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล และณัฐชานันท์ วงศ์ชาลี. (2565) *การพยาบาลสุขภาพชุมชน 1*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริภาณี ศรีหามาต, วชิร อมรโรจน์วรฤทธิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหาญ, ทิพวรรณ ทับซ้าย. (2564) สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบ



- การดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 15(36): 44-62.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และ บวรศม ลีระพันธ์.
(2561). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ ดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: ดีเซมเบอร์
สุดา หันกลาง. (2562) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนเพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน.
วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 1(1): 1-17.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 9(3): 57-69.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2563). *การดูแลระยะยาวเพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพใน
สังคมไทย*. นนทบุรี: หจก.ภาพพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การรับเงิน การเก็บ
รักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและ
ค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการใน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 26 กันยายน 2566. จาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/05/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20LTC%20%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%2061%20Web%20%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%202.pdf>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564) *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย
พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2566. จาก
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_26870.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *ผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ*. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2566. จาก
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiZGE2M2ZjZmQtNDIwMi00OWQzLWEwZjMtM2YxZjFiOGY1MTQyIiwidCI6ImY2NGQzMtZgZLTc2OTEtNGZjYi1hNWVmLTM5ZWJjMDgyYmZmOSIsImMiOjEwJmEwQzQ3D%3D>
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศ
ไทย 4.0. *Dhammathas Academic Journal*. 17(3): 235-243.
- Best, J. W. (1977) *Research in Education*. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Cronbach LJ. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*.
16: 297-334.



Bloom BS. (1964) *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational objectives*. Handbook I: The cognitive domain. New York: McKay.

Hambleton RK. (1980) *Test score validity and standard-setting methods*. In R. A. Berk (Ed.), *Criterion-referenced measurement: The state of the art*. Baltimore: The John Hopkins University Press.