

# การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง

## The Development of Elderly Health Care Model by Family and Community Participation in Phatthalung Province.

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

สุนทร คงทองสังข์<sup>1</sup>

Sunthorn Kongthongsang<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมที่เหมาะสมและจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม หลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนในพื้นที่จังหวัดพัทลุง สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ได้จำนวน 346 คน เครื่องมือ คือแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่น 0.94 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที พบว่า

รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ องค์ประกอบการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ คือ 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยครอบครัวและผู้ดูแลหรือครอบครัว 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน ส่วนกระบวนการ/กิจกรรม 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและจิตใจ 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านอาหารและโภชนาการ 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย 4) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 5) ชุมชนมีนวัตกรรมที่เหมาะสม 6) การสื่อสารเทคโนโลยี 7) มิติด้านกฎหมาย ซึ่งได้มาผลการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

(1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ก่อนได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ( $\bar{x} = 5.09$ ,  $SD. = 0.75$ ) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำแน่นอน ( $\bar{x} = 8.85$ ,  $SD. = 0.62$ )

(2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พัฒนาการตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = 22.15$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

(3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำ ก่อนและหลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พัฒนาการตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = 22.15$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ แกนนำครอบครัวและชุมชน ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ

### Abstract

This research and development aims to develop a model of care for the elderly by family and community health leaders with appropriate participation and management of knowledge and to study the potential of family and community health leaders in elderly care. Contribute After the participatory planning process (AIC) has been implemented, the development of a model for aged care has been undertaken. Sample Being a family member or caregiver of the elderly in a household in Phatthalung Province A systematic random sampling of 346 people. The tool was a questionnaire with a reliability of 0.98. Statistics used to analyze the data consisted of content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test .

(1) Perceptions of health status and health problems of the elderly among family

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

and community health leaders. Prior to the participatory planning process (AIC), the development of a model for aged care was undertaken. Family and Community Health Leader The perceived ability to care for the elderly was at a level that was quite possible ( $\bar{x} = 5.09$ ,  $SD. = 0.75$ ) and the latter was developed according to the model for elderly care. It is at a level that is quite possible for sure ( $\bar{x} = 8.85$ ,  $SD. = 0.62$ ).

(2) Compare the mean scores of perceived ability to care for the elderly according to the opinions of the leaders of the sample group. Before and after the participatory planning process (AIC) was developed according to the model for elderly care overall, there was a statistically significant difference at the 0.001 level ( $t = 22.15$ ,  $p. < .001$ ), found that all aspects were significantly different at the .001 level.

(3) Comparison of the mean scores of perceived competence in caring for the elderly of the leaders. Before and after the participatory planning process (AIC) was developed according to the model for elderly care overall, there was a statistically significant difference at the 0.001 level ( $t = 22.15$ ,  $p. < .001$ ), found that all aspects were significantly different at the .001 level.

Conclusions The development of a model of care for the elderly by family and community health leaders involved. By implementing the participatory planning process (AIC), capacity development model for elderly care. It is important and helps leaders have the potential to better care for the elderly.

Keywords: elderly care, Family and community leaders, Potential for taking care of the elderly

## บทนำ

ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้านี้เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด<sup>(1)</sup> (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) จากผลการศึกษาศาสนาการณผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 ได้มีข้อเสนอแนะให้เร่งดำเนินการวางนโยบายและหามาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุโดยเน้น 4 ด้าน คือ 1) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมีศักดิ์ศรี 2) เสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืน และ 4) จัดทำแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งการเร่งพัฒนา ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากศึกษาวิจัย มาสู่การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ

คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีชีวิตมีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ที่การช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ พื้นสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา<sup>(2)</sup> (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002)

ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แกนนำครอบครัว ชุมชนเป็นฐานจึงเป็นแนวคิดที่สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุและการให้บริการสุขภาพจึงขยายขอบเขตลงสู่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการสุขภาพ ท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามี

ส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ<sup>(3)</sup> (ชุลีกร ต่านยุทธศิลป์ และสุรินทร์ กลัมพากร, 2556)

จังหวัดพัทลุง มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 108,977 คน คิดเป็นร้อยละ 20.83 แบ่งเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.62 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 5.62 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.95 (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2565) ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ภายใต้การช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพพื้นฐาน ควบคู่กับการดูแลรักษาและใช้กำหนดนโยบายและเป้าหมายเพื่อพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมที่เหมาะสม
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม
3. เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง เป็นวิจัยและพัฒนา

(Research and Development) โดยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม และประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน มีวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัยดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตจังหวัดพัทลุง จำนวน 108,977 คน

1.พื้นที่

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. การสุ่มตัวอย่างพื้นที่ศึกษาระดับพื้นที่ในเบื้องต้นใช้การสุ่มแบบเจาะจง (purposive random sampling) โดยการบริหารจัดการในพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง แบ่งออกเป็น 3 โซน คือโซนเหนือ โซนกลาง โซนใต้ ในการวิจัยนี้ คัดเลือกจากโซนเหนือ 1 ตำบล คือตำบลปันแต โซนกลาง 1 ตำบล คือโคกชะงาย โซนใต้ 1 ตำบล คือตำบลโคกสัก เมื่อได้พื้นที่วิจัยเบื้องต้นแล้ว จำนวน 3 ตำบล จึงใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ต่อไป

เกณฑ์คัดเข้า 1) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 5 ปี 2) มีการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอุดหนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพแก่ชมรมผู้สูงอายุ



ประชากร บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขต จำนวน 108,977 คน

กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มครัวเรือนเพื่อศึกษาสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุ และการประเมินผล การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดพัทลุง ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก สูตรประมาณค่าเฉลี่ย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 314 คน แต่เพื่อความครบถ้วนของข้อมูลปรับขนาดตัวอย่างจากสูตรซึ่งใช้ในการปรับขนาดตัวอย่างของงานวิจัยเชิงพรรณนา ดังนี้<sup>(5)</sup> (อรุณจิรวรรณกุล, 2556) จะได้ขนาดตัวอย่าง 346 ตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการนำเสนอแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.98 ประกอบด้วย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การศึกษาเชิงคุณภาพ สุ่มโดยวิธีจำเพาะเจาะจง (purposive random sampling) โดยรูปแบบกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) จำนวน 36 คน 1) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดพัทลุง จำนวน 3 คน (3 ตำบลๆละ 1 คน รวม

จำนวน 3 คน) 2) ผู้นำชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แพทย์ประจำตำบล/ผู้ทรงคุณวุฒิ สมาชิกสภาเทศบาล/สมาชิก อบต. จำนวน 12 คน (3 ตำบลๆละ 4 คน รวมจำนวน 12 คน) 3) ประธานชมรมผู้สูงอายุ สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งๆ ละ 1 คน รวม 6 คน (6 รพ.สต.) 4) แกนนำสุขภาพครอบครัว จำนวน 12 คน ( 3 ตำบลๆละ 4 คน รวม 12 คน) 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย มกราคม 2566 – พฤษภาคม 2566

จริยธรรมการวิจัย : PPHOREC/๒๕๖๖ COA NO ๓

### ผลการวิจัย

แกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.28 อายุเฉลี่ย  $56.45 \pm 7.18$  ปี อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.61 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 78.03 ระดับการศึกษา ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 29.90 ศาสนา พุทธ ร้อยละ 99.13 ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 82.40 รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย  $8,354.78 \pm 3,980.54$  บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย  $12,854.32 \pm 4,216.25$  บาท ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ร้อยละ 50.87 สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 79.48 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย  $6.28 \pm 3.74$  ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.79 ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 54.62

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง

( $\bar{x} = 3.07, SD = 0.22$ ) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.46, SD = 0.25$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่ม

ตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = 25.59, p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

การรับรู้	ก่อน			หลัง			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน	3.55	0.36	มาก	3.71	.035	มาก	6.98	<0.001
ภาวะสุขภาพในอดีต	2.72	0.69	ปานกลาง	3.06	0.50	ปานกลาง	7.71	<0.001
ความต้านทาน/ความอ่อนแอ	3.32	0.44	ปานกลาง	3.48	0.42	ปานกลาง	4.84	<0.001
แนวโน้มสุขภาพ	3.25	0.36	ปานกลาง	3.58	0.44	มาก	12.38	<0.001
ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	2.69	0.37	ปานกลาง	3.55	0.37	มาก	31.16	<0.001
การยอมรับความเจ็บป่วย	2.83	0.51	ปานกลาง	3.88	0.56	มาก	25.72	<0.001
การปฏิเสธความเจ็บป่วย	2.30	0.46	น้อย	2.85	0.54	ปานกลาง	14.61	<0.001
ทัศนคติบวกต่อการไปรับการรักษจากแพทย์	2.83	0.51	ปานกลาง	3.28	0.59	ปานกลาง	11.30	<0.001
ภาพรวม	3.07	0.22	ปานกลาง	3.46	0.25	ปานกลาง	29.59	<0.001

จากตารางที่ 3 แสดงว่า ก่อนได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ( $\bar{x} = 5.09, SD = 0.75$ ) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำ

ได้แน่นอน ( $\bar{x} = 8.85, SD = 0.62$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = 22.15, p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของ  
แกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการ  
ดูแลผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อน			หลัง			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ด้านความสามารถของตนเองในการผ่อน ปรน	7.93	0.96	ค่อนข้าง ทำได้	8.99	0.72	ค่อนข้าง ทำได้	19.45	<0.001
ด้านความสามารถของตนเองในการ ตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของ ผู้สูงอายุ	7.78	0.97	ค่อนข้าง ทำได้	8.67	0.70	ค่อนข้าง ทำได้	15.59	<0.001
ด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล	7.88	0.97	ค่อนข้าง ทำได้	8.88	0.73	ค่อนข้าง ทำได้	16.71	<0.001
ภาพรวม	7.86	0.75	ค่อนข้าง ทำได้	8.85	0.62	ค่อนข้าง ทำได้	22.15	<0.001

**การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน**

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน คือ 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยครอบครัวและผู้ดูแลหรือครอบครัว 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน โดยมีกระบวนการหรือกิจกรรม 7 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและจิตใจ 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านอาหารและโภชนาการ 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย 4) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 5) ชุมชนมีนวัตกรรมที่เหมาะสม 6) การสื่อสารเทคโนโลยี 7) มิติด้านภูมิปัญญา ซึ่งได้มาผลการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม รายละเอียดดังนี้

**1. การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง**

**1.1 ด้านสุขภาพกายและจิตใจ**

การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส หางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ สุนัข หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในส่วนที่พอจะทำได้ เช่น ช่วยดูแลเด็กเล็ก เป็นต้น

**1.2 ด้านอาหารและโภชนาการ**

การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัดและมีไขมันมากงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลายชนิด เช่น ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหารลำไส้ และมะเร็งหลอดอาหาร

**1.3 ด้านการออกกำลังกาย**

การเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

**1.4 ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม**

การปรับภูมิทัศน์ภายในบ้านให้ปลอดภัย สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ทำความสะอาดบ้านเรือนทุกส่วนของห้อง โดยการปิดกวาดเช็ดฝุ่น ละอองบนพื้นห้อง บนโต๊ะ บนหลังตู้ ใต้เตียง ชัดดูพื้น และผนังห้องน้ำ ห้องส้วมให้ปราศจากคราบโคลและ

กลืนอุจจาระปัสสาวะ รวมทั้งดูแลกำจัดขยะและสิ่ง  
ปฏิกูลรอบๆ บ้านให้สะอาด

## 2. การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยครอบครัว และผู้ดูแล

### 2.1 ด้านสุขภาพกายและจิตใจ

สร้างความรู้สึกที่มีคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุ  
เช่น ให้ความเคารพนับถือยกย่อง และหางานอดิเรก  
หรือกิจกรรมนันทนาการร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น การ  
เลี้ยงสัตว์ปลูกต้นไม้ ดูแลสวน การพาเข้าวัดทำบุญ  
ไหว้พระ ฟังธรรม นั่งสมาธิ และการออกกำลังกาย  
การเดินเล่นรอบๆสวนสาธารณะด้วยกัน

### 2.2 ด้านอาหารและโภชนาการ

การจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลัก  
อนามัยและมีโภชนาการครบถ้วนควรเลือกอาหารที่  
ย่อยง่าย มีเส้นใยหรือกากอาหารมาก เช่น ผัก ผลไม้  
เป็นต้น เพื่อช่วยให้ไม่ท้องผูก

### 2.3 ด้านการออกกำลังกาย

แนะนำและเลือกประเภทการออกกำลังกาย  
ที่เหมาะสมกับความพร้อมของสภาพร่างกายของ  
ผู้สูงอายุแต่ละคน

### 2.4 ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

การปรับปรุงพื้นที่ให้มีลักษณะเป็นพื้นที่  
ราบเรียบ ไม่ขรุขระและไม่ชันจนเกินไป เพื่อ  
ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม และห้องที่  
สำคัญมากที่ต้องให้ความสนใจในเรื่องความปลอดภัย  
เป็นพิเศษคือ ห้องน้ำเพราะการเปียกชื้นทำให้เกิด  
อุบัติเหตุได้ง่าย และควรมีแสงสว่างพอเพียงรวมทั้ง  
ทางเดินที่สะดวกไม่มีสิ่งกีดขวาง

## 3. การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงาน หรือองค์กรในชุมชน

การมีบุคลากรที่มีความพร้อม ความรู้  
ความสามารถและมีทักษะในการให้บริการตามชุดการ  
ให้บริการสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน  
โรคการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ สังคมและ  
วัฒนธรรมและพัฒนาระบบสารสนเทศ ฐานข้อมูลที่มี

การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่ม ฐานข้อมูลครอบครัว  
และชุมชน และมีระบบบันทึกที่เป็นการบันทึกเพื่อ  
สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง ที่เป็นปัจจุบัน  
การบริการที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การ  
ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การบำบัดรักษาและ  
การฟื้นฟูสภาพ ณ จุดเดียว

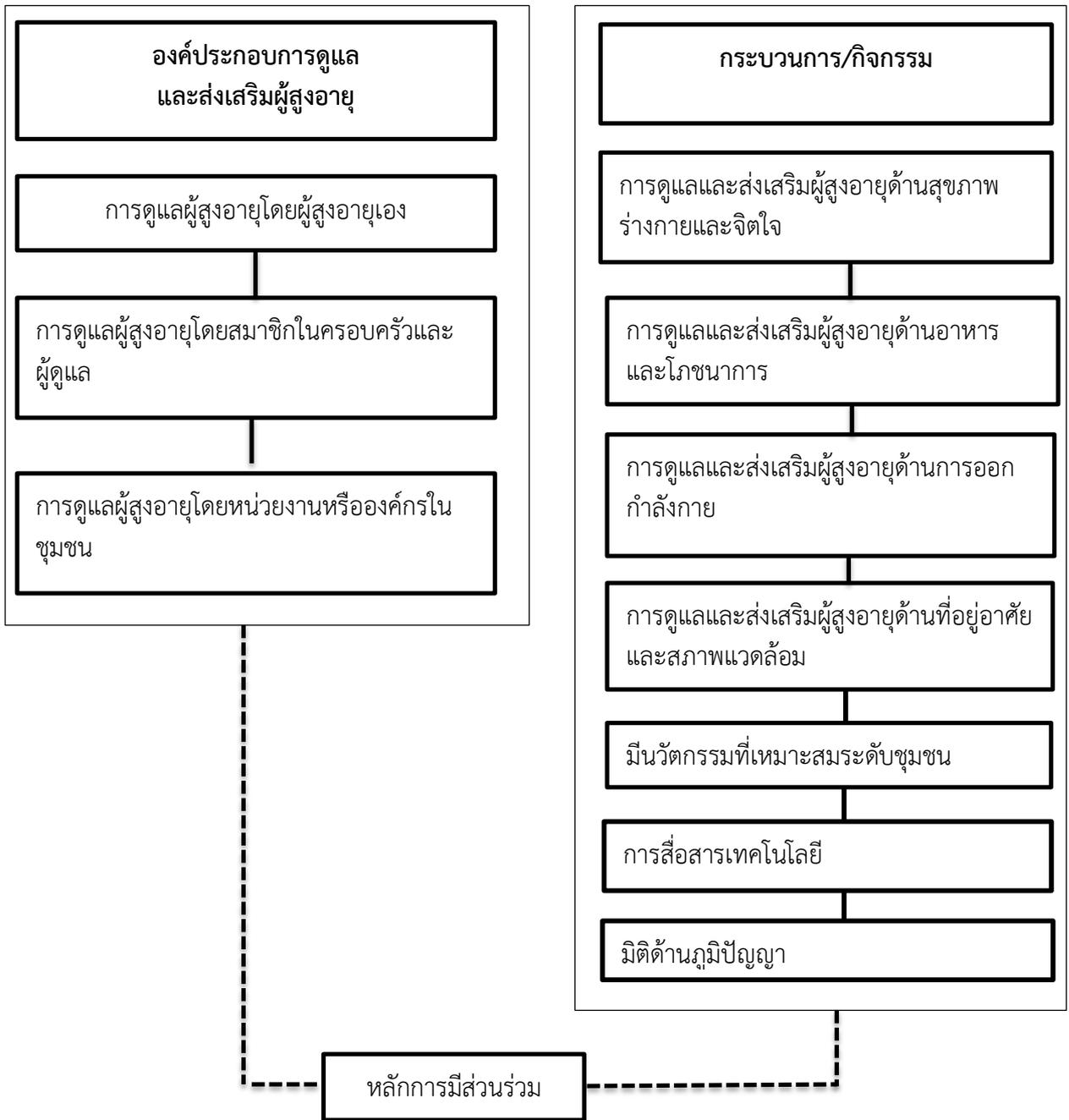
### 3.1 มีนวัตกรรมที่เหมาะสมระดับชุมชน

### 3.2 การสื่อสารเทคโนโลยี

ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัย  
และรู้ทันสื่อต่างๆ ความปลอดภัยในการเข้าถึงสื่อ  
เทคโนโลยี สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมพร้อม  
ด้านการเรียนรู้และหาความรู้ใหม่เพื่อให้รู้เท่าทันการ  
เปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับ  
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมการสร้างเสริม  
สุขภาพที่หลากหลายรวมทั้งมีสื่อสุขศึกษาทั่วถึงทุก  
รูปแบบ พัฒนาระบบการและช่องทางการเรียนรู้  
การรับรู้ข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะสมตาม  
สภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้เพื่อ  
พัฒนาผู้สูงอายุในทุกด้านอย่างเหมาะสมกับ  
สภาวะการณของสังคมไทย

### 3.3 มิติด้านภูมิปัญญา

สนับสนุนผู้สูงอายุในการถ่ายทอดสิ่งดีงามแก่  
ลูกหลาน เป็นที่พึ่งทางความคิดทางจิตใจของคนใน  
ครอบครัว สนับสนุนการตั้งชมรมธนาคารสมอง  
(brain bank) จากผู้สูงอายุที่มีความรู้ความชำนาญใน  
ด้านต่างๆ เพื่อเป็น resource person สำหรับชุมชน  
สร้างแกนนำในการเคลื่อนไหวให้สังคมตื่นตัว ในเรื่อง  
“ชีวิตสาธารณะ” หรือให้เห็นคุณค่าของ “ส่วนร่วม”  
ค้นหา สนับสนุน ช่วยเหลือตอบแทนและให้การ  
รับรองกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุที่มีความสามารถ ที่เป็นภูมิ  
ปัญญาชาวบ้าน ปรากฏชาวบ้านเพื่อถ่ายทอดวิชาการ  
แก่ลูกหลาน บูรณาการระหว่างความรู้ใหม่และภูมิ  
ปัญญาท้องถิ่นเพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนา  
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง

### อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมที่เหมาะสม ภายหลังจากพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานด้วยกระบวนการ AIC พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความ

พบว่า การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ จะต้องมีการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ 3 รูปแบบได้แก่ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลหรือครอบครัว การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน

และการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย และจิตใจ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านอาหาร และโภชนาการ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ชุมชนมีนวัตกรรมที่เหมาะสม การสื่อสารเทคโนโลยี มิติด้านภูมิปัญญา เพราะการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุเป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป<sup>(6)</sup> (ภัทรพร ไพเราะ, 2559 )

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม แกนนำครอบครัวและชุมชน หลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่า ก่อนได้รับการพัฒนา ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาต่อยอดภายในกลุ่มของแกนนำครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผสมผสานแนวทางปฏิบัติ ที่มุ่งเน้นการใช้ชุมชนเป็นฐาน ให้กลุ่มผู้ดูแลในชุมชนและครอบครัว ได้ ดำเนินการประเมินตนเอง ค้นหาความสามารถและศักยภาพของตนเอง ในลักษณะของการดูแลตนเอง (Self-care) หาแนวทางในเชิงการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากผู้สูงอายุนั้นเกิดอาการเจ็บป่วยแล้ว (Prevention) การสร้างเครือข่ายฝึกกำลังสร้างสังคมที่มีความเอื้อเพื่อเอื้ออาหารต่อกัน ทั้งในแบบเพื่อช่วยเพื่อน จิตอาสา และแบบวิชาชีพ ซึ่ง

สอดคล้องกับแนวคิดของ ชูสิทธิ์ ตำนายุทธศิลป์ และสุรินทร์ กลัมพากร<sup>(3)</sup> (2556) ที่ได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยใช้แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น มีเป้าหมายของการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ ศรี และ อรสา กงตาล<sup>(7)</sup> (2556) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์

3. ประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ หลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมครอบครัวให้แสดงบทบาทการดูแลผู้สูงอายุสูงอายุนั้น ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยของ นารีรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตร์ พยานศิลป์<sup>(8)</sup> (2556) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ตัวแบบ



การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมือง  
และกรุงเทพมหานคร

### ข้อเสนอแนะ หรือการนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ การพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ด้วยกระบวนการ AIC เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่เข้าประชุมแต่ละคน อีกทั้งยังสามารถนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง

ต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาเรียนรู้ วิเคราะห์และพัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาเกิดการตัดสินใจร่วมกัน ได้รูปแบบ และกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งในพื้นที่อื่นๆ สามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปประยุกต์ปรับให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนได้

### เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพฯ ; 2557.
2. Population Division. Department of Economic and Social Affairs, United Nations; 2002.
3. ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินทร์ กลัมพากร. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน; 2556.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. ฐานข้อมูล HDC; 2565.
5. อรุณ จิรวัดมนกุล. ชีวสถิติ, พิมพ์ลักษณ์, ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
6. ภัทรพร ไพบระ. แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองและให้บุคคลอื่นดูแลของผู้สูงอายุ; 2559.
7. อรสา กงตาลพ. การให้บริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง; 2556.
8. นารีรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร; 2556.