

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
The Development the quality of operations for the elderly, Nong Han District,
Udon Thani Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

สันิตย์ เหง้าพรหมมินทร์¹ พรพิมล มัชนาโส²

Sanit Ngawprommin¹ Phornphimon Muckhanaso¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 27 คน กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 224 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 243 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 - 1 และนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือโดยทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1.กระบวนการการดำเนินงานผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น 2. ผลการพัฒนาคุณภาพกระบวนการ การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = 0.46) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 0.59) ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 3. ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.67)

คำสำคัญ: การพัฒนา/ คุณภาพการดำเนินงาน/ ผู้สูงอายุ

Abstract

This research was research and development. The objective is to analyze the process of operating the elderly. To develop the quality of the elderly operations process and to compare the results of quality development elderly operations before and after development In Nong Han District Udon Thani Province. The sample group was divided into 3 groups: 27 service personnel, 224 people from local network groups, and 243 elderly people. Data collection period: June - October 2024. The research tool was a questionnaire created by researcher and pass validation of the research tool quality check by 5 experts. Index of item objective congruence value was equal to 0.67 - 1 and analyzed for the quality of the tool. by testing for Cronbach's alpha coefficient were 0.91, 0.87 and 0.84, respectively. The data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and statistics, paired t-test.

The results of study were as follows. 1. The elderly operations process consists of 5 measures: 1) Preparing the population for a quality elderly age 2) Promotion and development of the elderly 3) Development of elderly operations processes 4) Proactive home visiting services in the community and 5) Creating participation of local networks. 2. Results of process quality development Operations are at a high level. ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = 0.46) Participation of network partners is high. ($\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 0.59) Elderly people have a level of ability to go about

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

their daily lives at a self-reliant level. Help others community and society have memory ability is at a high level and there is no risk of falls. 3. The results of the operation of the elderly according to the indicators criteria passed, 2 indicators (66.67 percent) and the sample group were satisfied with the quality of the operation of the elderly is at a high level ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.67)

Keywords: Development / Operational quality / Elderly

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นทางสังคมและเศรษฐกิจซึ่งเป็นที่สนใจในหลายประเทศ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสัดส่วนขึ้นมาก มีสาเหตุสำคัญมาจากคุณภาพทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นจนส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น แต่ในทางกลับกันอัตราการเกิดในประเทศต่าง ๆ กลับลดลง เนื่องจากคนรุ่นใหม่มีบุตรน้อยลงมากเมื่อเทียบกับคนรุ่นก่อน ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และมีการคาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จากปี ค.ศ. 2019 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (มากกว่า 1,500 ล้านคน) จากฐานข้อมูลของกรมการปกครองคาดการณ์ไว้ว่า ในปี 2567 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด หรือ Super Aged Society อย่างเต็มรูปแบบ โดยปี 2566 ข้อมูลจากกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย พบว่า ไทยมีประชากรผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็น 20.17% ของประชากรรวม จากประชากรไทยทั้งประเทศ 66,057,967 คน โดยตัวเลขล่าสุดในเดือนธันวาคม 2566 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 20.1 - 20.2%² การประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) พบว่า กลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 96.85 กลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 2.54 และกลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.61 และร้อยละของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan คิดเป็นร้อยละ 96.20³

ประเทศไทย ภายใต้แผนและนโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) ซึ่งมีความต่อเนื่องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 กำหนดให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการเพื่อเตรียมรองรับสังคมผู้สูงวัย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (Elderly Clinic) เป็นการเฉพาะ เน้นการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การคัดกรองปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการคัดกรองเพื่อป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีการดำเนินการร่วมกับ กรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ เพื่อรณรงค์ อบรบและจัดทำสื่อเผยแพร่ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ให้มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและมีภาวะสมองเสื่อม นำไปสู่การป้องกัน การให้การบำบัดรักษา ตั้งแต่เริ่มต้น และ การฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้สูงอายุ

จากการสำรวจคัดกรอง พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เรียกว่ากลุ่มติดสังคม มีมากถึงร้อยละ 97.15 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.12 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.73 (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2566) จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปีงบประมาณ 2565 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 188,146 คน ร้อยละ 97.16 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 4,682 คน ร้อยละ 2.42 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 817 คน ร้อยละ 0.42 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 5,920 คน คิดเป็นร้อยละ 3.07 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 1,966 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16 ด้านการเคลื่อนไหวพบภาวะเสี่ยง จำนวน 4,522 คน คิด

เป็นร้อยละ 2.38 ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 214,639 คน ร้อยละ 96.45 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 7,183 คน ร้อยละ 3.23 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 10 คน ร้อยละ 0.32 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 9,375 คน คิดเป็นร้อยละ 4.12 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 2,743 คน คิดเป็นร้อยละ 1.26 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 5,720 คน คิดเป็นร้อยละ 2.52 และปีงบประมาณ 2567 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 213,894 คน ร้อยละ 96.78 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 6,236 คน ร้อยละ 2.82 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 880 คน ร้อยละ 0.39 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 6,887 คน คิดเป็นร้อยละ 2.87 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 1,600 คน คิดเป็นร้อยละ 0.69 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 5,336 คน คิดเป็นร้อยละ 2.23

อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปีงบประมาณ 2565 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 15,266 คน ร้อยละ 97.64 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 321 คน ร้อยละ 2.05 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 48 คน ร้อยละ 0.31 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 418 คน คิดเป็นร้อยละ 2.66 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70 ด้าน การเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 394 คน คิดเป็นร้อยละ 2.55 ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 16,415 คน ร้อยละ 95.63 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 690 คน ร้อยละ 4.02 และกลุ่มผู้สูงอายุ ติดเตียง 60 คน ร้อยละ 0.35 การคัดกรองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยง จำนวน 969 คน คิดเป็นร้อยละ 5.59 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 527 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 และปีงบประมาณ 2567 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 16,834 คน ร้อยละ 95.22 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน 774 คน ร้อยละ 4.38 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 71 คน ร้อยละ 0.40 การคัดกรอง

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบภาวะเสี่ยงจำนวน 1,087 คน คิดเป็นร้อยละ 5.94 ด้านความคิดความจำ พบภาวะเสี่ยง จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 1.47 ด้านการเคลื่อนไหว พบภาวะเสี่ยง จำนวน 469 คน คิดเป็นร้อยละ 2.64

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จากปีงบประมาณ 2565 – จนถึงปัจจุบัน มีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความคิดความจำ และการเคลื่อนไหว พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมองเสื่อม และพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้น และกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุที่ผ่านมายังพบปัญหาในการดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังพบปัญหาในการประสานงานและการติดต่อสื่อสาร และความเอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ผลการดำเนินงานตามมาตรการและนำมาปรับใช้และวางแผนพัฒนาการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เปรียบเทียบระหว่างก่อน และหลังการพัฒนา

สมมติฐานในการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทุกคนในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 241 คน

2. กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ทั้งหมดจำนวน 2,481 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 17,679 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือออก เขียนภาษาไทย ได้สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือให้ข้อมูลครบ และลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ย้ายออกนอกพื้นที่ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ไม่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือไม่ออก และเขียนภาษาไทยไม่ได้หรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือข้อมูลไม่ครบหรือออกจากการศึกษาโดยสมัครใจ หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลในการศึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เลือกแบบเจาะจงบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ จำนวน 27 คน กลุ่ม

เครือข่ายท้องถิ่นและกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁷ กลุ่มตัวอย่าง 224 และ 243 ตามลำดับ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ⁸ โดยแบ่งประชากรกลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นออกเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันมาก และกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามตำบล หลังจากนั้นนำรายชื่อมา Random โดย computer จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประมาณค่า ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 10167 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2567

ผลการศึกษา

การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่ามี 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น

1. การเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา

1.1 การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.46) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.57) มีคุณภาพมากที่สุดด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 4.56$, S.D. = 0.49) รองลงมาได้แก่ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.44)

1.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.59) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.60) มีส่วนร่วมมากที่สุดในด้านการดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.59) รองลงมาได้แก่ ด้านการรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.59) (

1.3 ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมิน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล หลังการพัฒนาอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

1.4 ความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.67) ซึ่งมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.63) และด้านกระบวนการพัฒนา ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.68) สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.83)

1.5 ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) โดยพบว่าหลังการพัฒนาตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 90.18 (เกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละ 100)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context - input) เป็นระยะเตรียมการ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่ผ่านมามีพบว่า 1) บุคลากรผู้

ให้บริการขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ตลอดจนมีภาระงานหลายด้าน ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุได้ไม่ต่อเนื่อง 2) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน รวมทั้งขาดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรม การป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล และ 3) ขาดการบูรณาการกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ตั้งสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ได้ออกมาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งความรู้พื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งในการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ คือ การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากธรรมชาติ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า การมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน ซ้ำเติมด้วยการที่ต้องได้รับยาหลายขนาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณ จากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลที่แตกต่างออกไป

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา (process improvement) ระยะนี้ได้มีการพัฒนาคุณภาพกระบวนการของการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยจัดทำคู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุ และกระบวนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ภายใต้แนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ¹⁰ ตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุโดยการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการจัดบริการได้ครบวงจร ตั้งแต่การประเมินภาวะ

สุขภาพ (CGA) การวินิจฉัยเพื่อบำบัดรักษา การวินิจฉัย การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล การประสานการส่งต่อในปัญหาเฉพาะทางด้านของผู้สูงอายุ และส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน การดำเนินงานสถานบริการแต่ละระดับจะมีการบูรณาการ (Integration) การจัดบริการเข้ากับงานประจำที่มีการดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ

ระยะที่ 3 การนำมาตรการไปปฏิบัติ โดยบุคลากรผู้ให้บริการและการสร้างความร่วมมือของเครือข่ายท้องถิ่น พบว่า

3.1 คุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการหลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.46) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.57) มีคุณภาพมากที่สุดด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 4.56$, S.D. = 0.49) รองลงมา ได้แก่ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.44) เนื่องจากมีคู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานรูปแบบเดียวกัน ทำให้บุคลากรมีแนวทางในการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การดำเนินงานผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภา ดาหาร และ เจตสรียา ดาวราช¹¹ ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล

3.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.59) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.60) ซึ่งมีส่วนร่วมมากที่สุดในด้าน

การดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.59) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.59) เนื่องจากการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่ต้น ทำให้ได้ทราบสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมดำเนินการตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้ และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล รวมถึงมีความยินดีและภูมิใจที่สามารถส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ เครานวล และคณะ (2563)¹² ศึกษาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุ-วัฒนธรรม เทศบาลตำบลโยโป อำเภอมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลในระดับมากด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ย 4.06, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ย 4.01, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 ด้านสังคม เศรษฐกิจ ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.52, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 ด้านจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ย 4.04, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77

ระยะที่ 4 การประเมินผล ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) หลังการพัฒนา อยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งจากบุคลากรผู้ให้บริการ ชุมชนและภาคีเครือข่ายก็เข้ามามีส่วนร่วมและมีความตระหนักในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการร่วมกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจและใส่ใจผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการดูแลสุขภาพจากทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรนิษฐ์ แสงทองสุข¹³ ศึกษาการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้าน

สภาพความเป็นอยู่ที่ดีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพร่างกายที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกันย์ อ่องเอื้อ¹⁴ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า 1.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า โดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นอันดับ 1 อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมาก ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมาก และลำดับสุดท้ายคือ ด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมาก

ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา เนื่องจากการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเป็นไปตามมาตรฐาน บุคลากรผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โจนไพศาลกิจ¹⁵ ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย การศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน กลุ่มอาสาสมัคร และวัด กิจกรรมที่มีจะมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทาง

สังคม และการมีส่วนร่วม เมื่อวัดผลผู้สูงอายุในด้าน การรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในผู้ให้บริการ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่าย และผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.67) ซึ่งมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.63) และด้านกระบวนการพัฒนา ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.68) สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.83) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรายุทธ ชูสุทนต์, พัดชา หิรัญวัฒน์กุล และสมัทนา กลางคาร (2565)¹⁶ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.27, SD = 0.61) และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.35, SD = 0.56) และสอดคล้องกับการศึกษาของณณมล บุญโสภิน, วรางคณา จันทรคง

และข้อทิพย์ บรมธนรัตน์¹⁷ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบ
ทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของ
ตำบลวังสวาบ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น
ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจ
ต่อรูปแบบทีมหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับ
มาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจะมีคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุ
ทุกระดับ เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนอย่างเหมาะสม
และมีประสิทธิภาพ

2. คู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนอง
หาน จังหวัดอุดรธานี ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ
และอ้างอิงตามคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ในสถานบริการสุขภาพ จึงสามารถนำไปใช้
เป็นแนวทางในการดำเนินงานผู้สูงอายุทั้งใน
โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ
หน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ เนื่องจากบริบทในแต่ละพื้นที่ การเข้าถึง

บริการสุขภาพอาจจะแตกต่างกันไป และผู้สูงอายุ
อาจจะมีย่อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึง
การรับบริการ

2. ควรมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจจะยกย่อง
เกียรติคุณให้เป็นต้นแบบของชุมชน

3. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ที่ผู้สูงอายุและ
ผู้ดูแลเข้าถึงได้ รวมถึงประชาชนทั่วไปได้รับทราบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจาก
ได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษา
งานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจน
ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่
อย่างยิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความ
ทุ่มเทของอาจารย์และขอขอบพระคุณเป็น อย่างสูงไว้
 ณ ที่นี้ รวมถึงขอขอบคุณบุคลากรผู้ให้บริการ
ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ภาควิชาเคหะฯ ได้แก่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน/หมู่บ้าน
รวมถึงผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). การเผชิญหน้า 'สังคมผู้สูงอายุ' โจทย์ท้าทายภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567. จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>
2. กรุงเทพธุรกิจ. (2567). 'ไทยก้าวสู่ 'สังคมสูงวัย' ระดับสุดยอด กระทั่งตลาดแรงงาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567. จาก <https://www.bangkokbiznews.com/health/labour/1114984>
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2566). รายงานประจำปี 2566. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2567. จาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report/download/>
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน
กิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก
5. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท สันติวิการ
พิมพ์ จำกัด.
6. Morse, JM. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American J Infection Control. 30, 376 - 380.
7. บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. วารสาร
การวัดผลการศึกษา มศว มหาสารคาม. 2535; 3 (1): 22 - 25.

8. กัลยา วาณิชยปัญญา. สถิติสำหรับงานวิจัย. ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
9. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท สีนทิวการพิมพ์ จำกัด.
10. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
11. ทิพย์ภา ดาหาร และเจตสรียา ดาวราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2 (3), 42 – 54.
12. สุนีย์ เกรณวล และคณะ. (2563). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรมเทศบาลตำบลโป อำเภอมือง จังหวัดยะลา. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
13. อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. หลักสูตรสาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
14. ณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
15. ยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2562). การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยบูรพา.
16. ศรายุทธ ชูสุทนต์, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสุเมตตา กลางคร. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 7(1), 40 – 56.
17. นฤมล บุญโสภณ, วรางคณา จันทรัง และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2561). การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 12(1), 172 – 181.