

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

ศรีสุตา ลุนพูล¹, นวลละออง ทองโคตร², น้ำทิพย์ ไพคำนาม³

(วันที่รับบทความ: 3 มีนาคม 2567, วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2567, วันที่ตอบรับ 2 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทชุมชนกึ่งเมือง จำนวน 210 คนโดยวิธีสุ่ม เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทักษะคิด พฤติกรรมจิตบริการ และความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง มีค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 - 1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) 0.90- 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง มี 5 ปัจจัย คือ อายุ ≥ 60 ปี ($OR_{adj} = 2.56$ 95%CI: 1.320-4.960) ประกอบอาชีพ ($OR_{adj} = 2.21$ 95%CI: 1.030-4.710) การได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ($OR_{adj} = 2.21$, 95%CI: 1.030-4.710)การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับสูง ($OR_{adj} = 3.44$, 95% CI: 1.540-7.690) และพฤติกรรมจิตบริการระดับสูง ($OR_{adj} = 2.78$, 95% CI: 1.340-5.780) จากผลการศึกษครั้งนี้ ควรพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง ด้วยกลวิธีสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน ส่งเสริมพฤติกรรมจิตบริการ และการคำนึงถึงบริบทของ อสม. ในพื้นที่ในการศึกษาครั้งต่อไป

คำสำคัญ: ความสามารถ, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

¹⁻³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Author: นวลละออง ทองโคตร, E-mail: nuanlaoong.t@bcnkk.ac.th

Factors influencing competencies of healthcare volunteers to promote health in community-dwelling elders in Suburban Community Context

Srisuda Lundputh¹ Nuanlaoong Thongkote¹ Namtip Phaikhamnam¹

(Receive 3rd March 2024; Revised : 23rd April 2024; Accepted 2nd May 2024)

Abstract

The aim of this study was to examine the factors influencing the competencies of Village Health Volunteers (VHVs) in promoting health in community-dwelling elders in a suburban community context. A cross-sectional research design was used with a sample size of 210 participants. The study tool was a questionnaire comprising demographic characteristics, a knowledge assessment, perceived benefits, self-efficacy, attitudes, service mind, and the competencies of VHVs to promote health in community-dwelling elders. The Cronbach's alpha was 0.78 - 1 and Content Validity 0.90- 1.00, Descriptive(frequency and percentage)and logistic regression statistics were used. The results of this study showed that most of the participants were female, completed secondary school or higher, married, and still working on their jobs. There were five factors significantly associated with competencies of VHVs to promote health in community-dwelling elders as following as age 60 years old and over ($OR_{adj}=2.56$ 95%CI: 1.320-4.960), still working ($OR_{adj}=2.21$ 95%CI: 1.030-4.710), knowledge from healthcare providers($OR_{adj}=2.21$, 95%CI: 1.030-4.710), High level of self-efficacy ($OR_{adj}=3.44$, 95%CI: 1.540-7.690) and high level of service mind ($OR_{adj}= 2.78$, 95%CI: 1.340-5.780). This study has recommended that the development of a program to develop the competencies of VHVs in self-efficacy, service minds, and considering the context of VHVs within the area should be required for future studies.

Keywords; Competencies, Health promotion among community-dwelling elders, Village Health Volunteers (VHVs)

¹⁻³Lecturer of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Khonkean, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Nuanlaoong Thongkote, E-mail: nuanlaoong.t@bcnkk.ac.th

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากความก้าวหน้าของสาธารณสุขการแพทย์และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมประกอบกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการควบคุมป้องกันโรค ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร คือ การเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัยโดยคาดการณ์ว่าทั่วโลกสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.0 ในปี 1990 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี 2019 สัดส่วนดังกล่าวคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 16.0 ในปี 2050⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยปี 2563 ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีสัดส่วน ร้อยละ 13.0 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าเป็นการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging Society และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 24.0 เป็นสังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์⁽²⁾

ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงมากขึ้น เกือบ 1 ล้านคนในปี⁽³⁾ สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ในด้านมิติทางร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุเผชิญกับความทุกข์ยากลำบากทางร่างกายเป็นผลมาจากความเสื่อมตามวัย และการมีโรคเรื้อรัง ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกายในผู้สูงอายุในปี 2557 พบว่า การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) มีข้อจำกัด พบร้อยละ 0.5 ถึง 20.2 การทำกิจกรรม การทำงาน การเดินทาง การสื่อสาร หรือใช้เครื่องมือ (IADL) มีข้อจำกัด พบร้อยละ 2.6 ถึง 29.0⁽⁴⁾ ประกอบกับผู้สูงอายุมีการเจ็บ

ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น พบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.0-69.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.0-22.0 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5⁽⁵⁾ มิติด้านจิตใจ พบว่ามีความกังวล มีภาวะซึมเศร้า (Depress) ในผู้สูงอายุมีความชุกโดยเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 6.3 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป⁽⁵⁻⁶⁾ มิติด้านสังคม และเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากการออกจากงาน วัยเกษียณ วัยที่อยู่บ้านคนเดียว สถานะทางสังคมเปลี่ยน พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการพึ่งพิง 5 คนที่ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุหนึ่งคนและในอีก 20 ปี (ปี 2583) ข้างหน้า⁽²⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงดูตัวเองเพิ่มมากขึ้น⁽³⁾

จากการศึกษาของ ศรีสุตา ลุนพุดิ พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)⁽⁷⁾ การให้การดูแลช่วยเหลือสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยศักยภาพของคนในชุมชนร่วมด้วย ประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) เข้ามาช่วยช่วยเหลือให้การดูแลผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ อสม.เป็น คนในชุมชนที่ชุมชนคัดเลือกด้วยการมี จิตอาสา และได้รับการอบรมตามหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นผู้นำและผู้สื่อข่าวด้านสุขภาพ⁽⁹⁻¹⁰⁾ และมีบทบาทสำคัญ ด้านส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก สร้างระบบความร่วมมือ

และการพัฒนาบทบาทของประชาชน⁽¹¹⁾ จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถของ อสม.ด้านความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง⁽¹²⁾ ประกอบกับ อสม. มีความ ต้องการความรู้ ความมั่นใจและทักษะที่จำเป็น เพื่อการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น⁽¹³⁾

การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบท ชุมชนกึ่งเมือง ในพื้นที่ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น อันจะเกิดประโยชน์ ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการ พัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูง อายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง ให้สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้สูงอายุ และบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบท ชุมชนกึ่งเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการ รับรู้ความสามารถแห่งตน(Self-efficacy)ของ Bandura⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมการเรียนรู้ ของมนุษย์เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ ประกอบหลายอย่างโดยมี สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของ บุคคล ผสมผสานกันโดยเฉพาะซึ่งถ้าหากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง(Perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการ ปฏิบัติ (Outcome expectations) เขาจะแสดง พฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. การได้รับความรู้
6. ช่องทางการได้รับความรู้
7. อาชีพ
8. รายได้
9. ประสบการณ์การเป็น อสม.
10. โรคประจำตัว
11. ความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
12. การรับรู้ประโยชน์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
13. การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
14. ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
15. พฤติกรรมจิตบริการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ความสามารถของ อสม.

ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

-ระดับสูง

-ระดับต่ำ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Study population) อสม. ในเขตตำบลบ้านเป็ด จำนวน 394 คน กำหนดเกณฑ์การในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ อสม. เพศชายหรือเพศหญิง มีประสบการณ์การทำงาน อย่างน้อย 1 ปี สมัครใจ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถสื่อสารพูดคุยกับบุคคลอื่นได้รู้เรื่อง เข้าใจตอบข้อซักถามได้ และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ อสม. ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร หรือที่มีปัญหาสุขภาพ ที่อยู่ในช่วงพักการรักษา (Exclusion อสม. ที่มีปัญหาสุขภาพ 28 คน) จึงมีประชากรเป้าหมาย จำนวน 366 คน ทั้งนี้อาสาสมัครสามารถขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ในทุกระยะ โดยที่ไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike⁽¹⁵⁾ โดย $n = 10k + 50$ จากตัวแปรอิสระ 16 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) ตามหมู่บ้านได้จำนวน 13 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว การได้รับความรู้ ช่องทางการได้รับความรู้ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. โรคประจำตัว รวม 11 ข้อ โดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมจิตบริการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 ความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง จำนวน 10 ข้อ

ทั้งนี้แบบสอบถามที่ 3-7 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ โดยการแปลผลจากเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของแบบสอบถาม⁽¹⁶⁾ ดังนี้

คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง มีความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทศนคติ พฤติกรรมบริการ และการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย หมายถึง มีความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทศนคติ พฤติกรรมจิตบริการและการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.90 - 1.00 และนำไปทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของประเมินการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 0.81 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง 0.80 ทักษะต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 0.85 จิตบริการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 0.78 และการดำเนินงานของ อสม.ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยคณะผู้วิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง มกราคม พ.ศ. 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของแบบสอบถาม และวิธีการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามจนเสร็จสิ้น และได้รับกลับคืนมา 210 ชุด ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนทั้ง 210 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ อสม. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจก

แจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม.ในบริบทชุมชนกึ่งเมืองด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.05 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก พหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95% CI)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เลขที่ IRB-BCNKK-9- 2022 ลงวันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.1 มีอายุเฉลี่ย 58.78 ปี (SD=7.97) อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 70 ปี โดยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปีร้อยละ

53.8 สถานภาพคู่ ร้อยละ 58.1 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 74.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทร้อยละ 70.9 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 64.8 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 68.6

2. ความสามารถในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบท

ชุมชนกึ่งเมือง พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง จำนวน 121 คน ร้อยละ 57.6 และมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำจำนวน 89 คนร้อยละ 42.4 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง แบบทีละปัจจัย ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง แบบทีละปัจจัย

ตัวแปร	ความสามารถ ในระดับต่ำ		ความสามารถ ในระดับสูง		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							.545
ชาย	12	48.0	13	52.0	Ref		
หญิง	77	41.6	108	58.4	1.29	0.560-2.991	
อายุ (ปี)							.002
≤59 ปี	59	52.2	54	47.8	Ref		
≥ 60ปี	30	30.9	67	69.1	2.44	1.384-4.302	
สถานภาพสมรส							.141
โสด	7	28.0	18	72.0	1.58	0.576-4.346	
คู่	58	47.5	64	52.5	.68	0.365-1.263	
หม้าย/หย่า/แยก	24	38.1	39	61.9	Ref		
ระดับการศึกษา							.297
ประถมศึกษา	39	41.9	54	58.1	Ref	0.480-1.508	
มัธยมศึกษา/ปวช.	45	45.9	53	54.1	.85	.672-6.081	
อนุปริญญา/ปวส./							
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	26.3	14	73.7	2.02		
อาชีพ							.037
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	32.6	60	67.4	Ref		
ประกอบอาชีพ	24	19.8	97	80.2	1.95	1.040-3.670	

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง แบบที่ละปัจจัย (ต่อ)

ตัวแปร	ความสามารถ ในระดับต่ำ		ความสามารถ ในระดับสูง		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว							.073
<5,000 บาท	20	22.5	69	77.5	Ref		
≥5,000 บาท	41	33.9	80	66.1	1.77	.950-3.300	
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน							.916
<10 ปี	31	34.8	58	65.2	Ref		
≥10 ปีขึ้นไป	43	35.5	78	64.5	1.03	.580-1.830	
การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง							.037
ไม่มี	68	76.4	21	23.6	Ref		
มี	76	62.8	45	37.2	1.92	1.040-3.540	
การได้รับความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน							.475
ไม่ได้รับ	26	29.2	63	70.8	Ref		
ได้รับ	30	24.7	91	75.2	1.25	.680-2.320	
ช่องทางการการได้รับความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน จากแพทย์/พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข							.033
ไม่ได้รับ	36	40.5	53	59.6	Ref		
ได้รับ	32	26.5	89	73.6	1.89	1.050-3.390	
ความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							.017
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	36	40.5	53	59.6	Ref		
ระดับสูง (9-10 คะแนน)	30	24.8	91	75.2	2.06	1.140-3.720	
การรับรู้ประโยชน์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							<.001
ระดับต่ำ (0-26.85 คะแนน)	49	55.1	40	44.9	Ref		
ระดับสูง (26.86-30.00 คะแนน)	36	29.8	85	70.3	2.89	1.630-5.120	
การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							<.001
ระดับต่ำ (0-30.00 คะแนน)	68	76.4	21	23.6	Ref		
ระดับสูง (30.01-35.00 คะแนน)	42	34.7	79	65.3	6.09	3.290-11.280	
ทัศนคติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							.288
ระดับต่ำ (0-39.65 คะแนน)	50	56.2	39	43.8	Ref		

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง แบบที่ละเอียด (ต่อ)

ตัวแปร	ความสามารถ ในระดับต่ำ		ความสามารถ ในระดับสูง		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับสูง (39.66 -50 คะแนน)	59	48.8	62	51.3	1.35	.780-2.330	<.001
พฤติกรรมจิตบริการ							
ระดับต่ำ (0-26.51 คะแนน)	54	60.7	35	39.3	Ref		
ระดับสูง (26.52-30 คะแนน)	34	28.1	87	71.9	3.95	2.210-7.060	

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ อายุ อาชีพ การมีโรคประจำตัว ช่องทางการรับรู้จากแพทย์/พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในระยะ 3 เดือน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมบริการ อย่างไรก็ตาม เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสม. ช่องทางการได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน จากสื่อออนไลน์และกลุ่ม อสม. และทัศนคติไม่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์พหุตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม.ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ (ปี)			.006
≤59 ปี	Ref	Ref	
≥ 60ปี	2.44 (1.384-4.302)	2.56 (1.320-4.960)	
อาชีพ			.041
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Ref	Ref	
ประกอบอาชีพ	1.95 (1.040-3.670)	2.21 (1.030-4.710)	
ช่องทางการการได้รับความรู้ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน จากแพทย์/พยาบาล/นักวิชาการ สาธารณสุข			.019
ไม่ได้รับ	Ref	Ref	
ได้รับ	1.89 (1.050-3.390)	2.33 (1.150- 4.730)	
การรับรู้ความสามารถในการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			.003
ระดับต่ำ (0-30.00 คะแนน)	Ref	Ref	
ระดับสูง (30.01-35.00 คะแนน)	6.09 (3.290-11.280)	3.44 (1.540-7.690)	
พฤติกรรมจิตบริการ			.006
ระดับต่ำ (0-26.51 คะแนน)	Ref	Ref	
ระดับสูง (26.52-30 คะแนน)	3.95 (2.210-7.060)	2.77 (1.340-5.780)	

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์พหุตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อสม.ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง พบว่า ปัจจัยด้านอายุ 60 ปีขึ้นไป การได้ประกอบอาชีพ ช่องทางการได้รับความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน

จากการได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และพฤติกรรมจิตบริการมีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม.ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย อสม.ที่มีอายุ 60 ปี

ขึ้นไปมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.56 เท่า ($OR_{adj}=2.56$, 95%CI: 1.320-4.960) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปี การได้ประกอบอาชีพมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.21 เท่า ($OR_{adj}=2.22$, 95%CI: 1.030-4.710) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ การที่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.33 เท่า ($OR_{adj}=2.33$, 95%CI: 1.150-4.730) เมื่อเทียบกับที่ไม่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูงมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3.44 เท่า ($OR_{adj}=3.44$, 95%CI: 1.540 - 7.690) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่ำและกลุ่มที่มีพฤติกรรมจิตบริการในระดับสูงมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.77 เท่า ($OR_{adj}=2.78$, 95%CI: 1.340 - 5.780) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมจิตบริการในระดับต่ำ

อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. พบว่า อสม. ที่ได้ประกอบอาชีพ และ มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไปมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.21 , 2.56 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปี ตามลำดับ จากการศึกษาของ อิศราวุฒินุญไตรย์⁽¹⁷⁾ พบว่าสถานะความเป็นอยู่ของ

ประชาชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่เดิมในพื้นที่ ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านสังคม ประชาชนมีความสัมพันธ์ผูกพันกับสถาบันครอบครัวชุมชน ด้านคุณภาพเศรษฐกิจ พบว่าประชาชนมีความปลอดภัยในการทำงาน แต่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างจึงไม่อยู่ในระบบสวัสดิการสังคม ประกอบกับปัจจุบันแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น เช่นเดียวกับประชากรกลุ่ม อสม. ในบริบทพื้นที่ที่ศึกษาเป็นบริบทชุมชน กิ่งเมือง พบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.78 ปี (SD=7.97) อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 70 ปี ไม่มีโรคประจำตัว สถานภาพคู่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. มีการสั่งสมประสบการณ์การทำงานระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป และยังคงมีรายได้ประจำเนื่องจากประกอบอาชีพ บริบทของ อสม. ดังกล่าวได้ส่งผลให้ อสม. มีความสามารถในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรัญญาจิตรบรรทัดและคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 68 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มีรายได้เพียงพอมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก ($M = 3.51$, $SD = 1.18$)

2. ปัจจัยด้านช่องทางการได้รับความรู้ พบว่า การที่ อสม. ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.33 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง

ที่ไม่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ซึ่งการได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นความรู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการแพทย์ ตลอดจนเป็นการสื่อสารแบบสองทางมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเสริมพลังอำนาจร่วมกัน สอดคล้องกับการเสนอรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ สุพัตรา สหายรักษ์ และภัทราวดี เทพสง⁽¹⁹⁾ พบว่า อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุชัดเจน ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ญาติ ต่อการได้รับการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และการให้การดูแลมีความต่อเนื่อง

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับสูงมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3.44 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า อสม.มีความต้องการความรู้ ต้องการความมั่นใจ โดยเฉพาะทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมจิตบริการในระดับสูงมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.77 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมจิตบริการในระดับต่ำ ซึ่งพฤติกรรมจิตบริการเป็นพฤติกรรมการดูแลด้วยความใส่ใจ ส่งผลให้ผู้ให้และผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อสม.ควรได้รับการพัฒนาด้านจิตบริการเพื่อเสริมสร้างคุณภาพการบริการ

ทักษะความสามารถ และคุณลักษณะที่พึงปรารถนาในการช่วยเหลือประชาชนและชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้ ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบในการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง โดยบุคลากรสาธารณสุข จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมบริการที่ดี และคำนึงถึงบริบทของ อสม. ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population aging, United Nations Department of Economic and Social Affairs and Population Division. Retrieved September 2, 2021. [Internet]. 2019. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
2. United Nations. Social Policies Catalogue on Population Ageing. [Internet]. 2020. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 4 มีนาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://>

- asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/200930_unfpa_ageing_catalouge_layout-3.pdf
3. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: http://ltc-older.dop.go.th/download/knowledge/th1676866133-130_0.pdf
 4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริตติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
 5. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. บรรณาธิการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
 6. สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2564; 3(36): 150-63.
 7. ศรีสุตา ลุนพุดิ. การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวแบบสมาร์ตต่อคุณภาพชีวิตภาวะซึมเศร้า และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565. 194 หน้า.
 8. รัชยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยรัช. ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสาร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(3): 135-50.
 9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม.ยุคใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-09-07-11-21-93471516.pdf
 10. Kowitt SD, Emmerling D, Fisher EB, Tanasugarn C. Community Health Workers as Agents of Health Promotion: Analyzing Thailand's Village Health Volunteer Program. J Community Health 2015; 40(4): 780-88.
 11. ศรายุทธ คชพงศ์ และธณัฐา โรจนตระกูล. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ 2564; 6(2): 107-19.
 12. จักรี ปัทพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านอำเภอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Silpakorn University 2559; 9(3): 1190-205.
 13. ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์, บุญศรี กิตติโชติพานิชย์ และรวีวรรณ ศรีเพ็ญ. ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม. วารสารวชิรสารการพยาบาล 2562; 21(2): 23-33.
 14. Bandura A. Self-Efficacy. The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman

- and Company; 1977.
15. Thorndike RM. Correlational Procedures for Research. New York: Garner Press; 1978.
 16. สุริพันธ์ วรพงศธร. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: วิทญ์การปก; 2558.
 17. อิศราวุฒิ บุญไตรย์. คุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท. (การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
 18. วรัญญา จิตรบรรทัด, ฌมวรรณ แก้วกระจก และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุอายุในตำบลบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560; 23(1): 5-16.
 19. สุพัตรา สหายรักษ์ และภัทราวดี เทพสง. การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563; 5(3): 62-8.
 20. พิศเทพ รุ่งคุณากร, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม และศิริณา จิตต์จรัส. ภาวะผู้นำแห่งการรับใช้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: แนวคิดและทฤษฎีเพื่อการพัฒนา. Veridian E-Journal Silpakorn University 2560; 10(1): 1103-14.