การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

Development of a Long-Term Care Model for the Elderly and Dependent Individuals (Long Term Care) at Na Chaliang Sub-district Health Promotion Hospital, Na Chaliang Sub-district, Nong Phai District, Phetchabun Province.

วุฒิชัย คำพูน[1]
Wuttichai Kampoon[1]
[1]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
[1]NaChaliang Subdistrict Health Promotion Hospital, NongPhai District, Phetchabun Province
***Corresponding Author, e-mail**: wuttichaikampoon@gmail.com

Received: 26/06/2026 **Revised**: 18/11/2026 **Accepted**: 18/11/2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบโดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง และระยะที่ 4 ประเมินและปรับปรุงรูปแบบกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลหลัก จำนวนกลุ่มละ 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาระของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ระบบการดูแลในพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการบูรณาการเครือข่ายการดูแลในชุมชน ระยะที่ 2 ได้พัฒนารูปแบบการดูแล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (2) การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล (3) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (4) การบูรณาการเครือข่ายการดูแลระดับชุมชน และ (5) ระบบบริหารจัดการ ติดตาม และประเมินผล ระยะที่ 3 หลังทดลองใช้ 12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 9.20 เป็น 10.47 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 60.35 เป็น 66.50 คะแนน ขณะที่คะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงจาก 17.17 เป็น 14.97 คะแนน โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบในระดับมากที่สุดทุกด้าน ระยะที่ 4 พบว่า รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาคีเครือข่าย ทำให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลระยะยาว, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This developmental research aimed to design a care model for the elderly and individuals with dependency needs at the Na Chaliang Subdistrict Health Promotion Hospital, Na Chaliang Subdistrict, Nong Phai District, Phetchabun Province. The study was conducted in four phases: Phase 1: Situation and problem analysis; Phase 2: Model design and development; Phase 3: Implementation of the model using a one-group pre-test/post-test quasi-experimental design; and Phase 4: Evaluation and refinement of the model. The sample consisted of 40 elderly individuals or those with dependency needs and 40 primary caregivers, selected through purposive sampling. The model was implemented over a 12-week period. Research instruments included the care model itself, as well as assessment tools for measuring activities of daily living (ADL), quality of life, caregiver burden, and satisfaction. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Pre-test and post-test results were compared using a paired t-test, with the statistical significance level set at 0.05.

The research findings indicate that, in Phase 1, local care systems faced limitations regarding holistic health assessment, the development of individual care plans, the enhancement of caregiver capacity, and the integration of community-based care networks. In Phase 2, a care model was developed, comprising five components: (1) holistic health assessment and the creation of individual care plans; (2) capacity building for families and caregivers; (3) continuous care within the home and community; (4) integration of community-level care networks; and (5) a system for management, monitoring, and evaluation. In Phase 3, following a 12-week implementation period, scores for the ability to perform activities of daily living increased from 9.20 to 10.47, and quality-of-life scores rose from 60.35 to 66.50. Meanwhile, caregiver burden scores decreased from 17.17 to 14.97—all of which represent statistically significant differences ($p < 0.05$). Furthermore, older adults, individuals with dependency needs, and primary caregivers reported the highest level of satisfaction with all aspects of the model. In Phase 4, it was found that the model is practically applicable within the context of Sub-district Health Promoting Hospitals; it fosters collaboration among multidisciplinary teams, families, local administrative organizations, and partner networks, thereby ensuring greater continuity of care for older adults and individuals with dependency needs.

Keywords: Elderly, Dependent individuals, Long-term care, Community health center, Model development

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นทั่วโลก อันเป็นผลจากอัตราการเกิดที่ลดลงและความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และภูมิภาคเอเชียเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว[1] ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 13,193,217 คน คิดเป็นร้อยละ 19.97 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ส่งผลต่อภาระการพึ่งพิงและความต้องการบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น[2,3]

จังหวัดเพชรบูรณ์มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างชัดเจน โดยปี พ.ศ. 2566–2569 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 24.25 เป็น 28.28 ขณะที่อำเภอหนองไผ่เพิ่มจากร้อยละ 26.32 เป็น 31.34 และตำบลนาเฉลียงเพิ่มจากร้อยละ 28.65 เป็น 34.62 ตามลำดับ จึงเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) และมีแนวโน้มเผชิญภาระการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น[4] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง มีพื้นที่รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน ประชากร 5,251 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรวมแล้ว จำนวน 1,922 คน คิดเป็นร้อยละ 36.60 โดยจำแนกเป็น เป็นผู้สูงอายุ 1,818 คน คิดเป็นร้อยละ 34.62 ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 0.34 ผู้พิการและด้อยโอกาส 104 คน คิดเป็นร้อยละ 1.98 และผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.07 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ประเทศไทยมีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) โดยเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย รวมทั้งการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในระดับปฐมภูมิยังพบข้อจำกัดด้านการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การจัดการรายกรณี การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการเชื่อมโยงเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงยังขาดความต่อเนื่องและเป็นระบบ[5,6]

จากการทบทวนการดำเนินงานด้าน LTC ในหลายพื้นที่ กรมกิจการ[2] กล่าวว่า ผู้สูงอายุพบว่ายังขาดรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนเป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทระดับตำบล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ การพัฒนารูปแบบการดูแลที่อาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่จริงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง จึงมีความสำคัญเพื่อบูรณาการการประเมินสุขภาพ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ตลอดจนการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย การวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่รูปแบบการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้ได้จริง และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับตำบลและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์หลัก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนตำบลนาเฉลียง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน

3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ในการนำไปใช้

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตามนิยามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ สังคม และความสามารถในการดำรงชีวิต และต้องได้รับการจัดระบบบริการสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมกับช่วงวัย

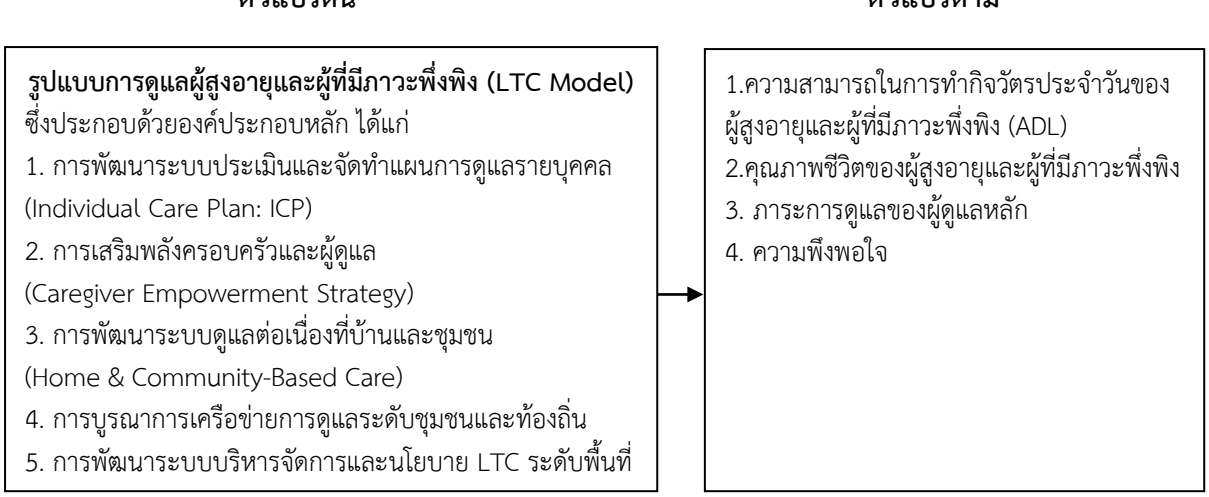
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาหรือการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน หรือทั้งหมด และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากครอบครัว ชุมชน หรือระบบบริการสุขภาพ

การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) หมายถึง ระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการดูแลที่บ้านและในชุมชนเป็นฐาน และมีการประสานงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

กิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย การขับถ่าย การเคลื่อนไหว และการใช้ห้องน้ำ ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์สำคัญในการประเมินระดับการพึ่งพิงและการวางแผนการดูแลรายบุคคล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ระบบหรือแนวทางการจัดการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการคัดกรอง การประเมิน การวางแผนการดูแล การดำเนินการดูแล การติดตาม และการประเมินผล โดยมุ่งเน้นความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ตำบลนาเฉลียง และสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โดยดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา

ศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงปัญหาและความต้องการการดูแลในพื้นที่ โดยผู้วิจัยศึกษาทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบงานวิจัย การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2567–2569) จากฐานข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฐานข้อมูลสุขภาพ ระบบ HDC ระบบ LTC โปรแกรม JHCIS 43 แฟ้มมาตรฐาน ข้อมูล ADL Care Plan Home Health Care และระบบ Thai COC รายงานทางวิชาการ รายงานผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ รายงานผู้สูงอายุอำเภอหนองไผ่ รายงานประจำปี รพ.สต. และรายงาน LTC

2. ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาระยะที่ 1 ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยตรง ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในระบบ LTC ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่าง ๆ 2) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) จำนวน 10 คน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทน Care Giver (CG) 3) บุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ Care Manager นักกายภาพบำบัด แพทย์ นักวิชาการ

สาธารณสุข 4) ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 5 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข ประธานชมรมผู้สูงอายุ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care Model) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 และองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาเป็น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan: ICP) 2) การเสริมพลังครอบครัวและผู้ดูแล (Caregiver Empowerment Strategy) 3) การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (Home & Community-Based Care) 4) การบูรณาการเครือข่ายการดูแลระดับชุมชนและท้องถิ่น และ 5) การพัฒนาระบบบริหารจัดการและนโยบาย LTC ระดับพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Model Validation) ภายหลังจากผู้วิจัยได้พัฒนาร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จากผลการศึกษาระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำรูปแบบไปตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และจัดหมวดหมู่ประเด็นเพื่อใช้ในการปรับปรุงรูปแบบ โดยผลการประเมินพบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เท่ากับ 0.31

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care)

มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 และประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ศักยภาพของผู้ดูแล ประสิทธิภาพของระบบบริการและความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง

นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มเป้าหมายของระบบ LTC และมีจำนวนจำกัดในพื้นที่ การศึกษาจึงมุ่งติดตามผู้เข้าร่วมทุกคนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทดลอง เพื่อให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์รายบุคคลก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขึ้นทะเบียนในระบบ Long-Term Care ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็นผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (มีระดับคะแนน ADL (Activities of Daily Living) 5 - 11 คะแนน จำนวน 40 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 40 คน

ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (3 เดือน) ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อม (Preparation Phase)

ระยะเวลา : สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากร ระบบบริการ เครื่องมือ และภาคีเครือข่าย ก่อนเริ่มทดลองใช้รูปแบบจริง เพื่อให้ทุกฝ่ายมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ แนวทางการดำเนินงาน และตัวชี้วัดของโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินก่อนทดลอง (Baseline Assessment)

ระยะเวลา : สัปดาห์ที่ 1 หลังจากเตรียมความพร้อมแล้ว ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มใช้รูปแบบ การประเมินครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) (Implementation Phase)

ระยะเวลา : สัปดาห์ที่ 2–11 ขั้นตอนนี้เป็นช่วงสำคัญที่สุดของการวิจัย โดยผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง กับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภายใต้การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินหลังการทดลอง (Post-implementation Evaluation)

ระยะเวลา : สัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับที่ใช้ก่อนทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการได้รับการดูแล

ขั้นตอนที่ 5 การสะท้อนผลและสรุปบทเรียน (Reflection and Lesson Learned)

ระยะเวลา : หลังสิ้นสุดการทดลอง ภายหลังการประเมินผล ผู้วิจัยจัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับการศึกษาระยะที่ 1 ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารหน่วยบริการ โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยตรง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL (Activities of Daily Living) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[7] เป็นการประเมินความสามารถของบุคคล ในการดูแลตัวเอง ในกิจวัตรประจำวัน เช่น กิน, อาบน้ำ, แต่งตัว, เข้าห้องน้ำ, เคลื่อนไหว ซึ่งช่วยในการวางแผนการดูแลและประเมินความจำเป็นในการพึ่งพาผู้อื่น โดยมีเครื่องมือวัดมาตรฐานอย่าง Barthel ADL Index (แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) และให้คะแนนเพื่อจำแนกระดับการช่วยเหลือที่ต้องการ 0 = ไม่สามารถทำได้เอง, 1 = ทำได้เอง

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (องค์ประกอบหลักของ WHOQOL-OLD) คือ เครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO)[8] เพื่อวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ครอบคลุม 6 ด้านสำคัญ (รวม 26 ข้อคำถาม) ได้แก่ การทำงานของระบบประสาทสัมผัส, ความเป็นอิสระ, ความสามารถในการทำกิจวัตร, ความสัมพันธ์ทางสังคม, การถูกทอดทิ้ง และความกลัวต่อความตาย/ความใกล้ตาย คะแนนแต่ละข้อแบ่งเป็น 1-5 (5 = ดีมาก, 1 = ต่ำมาก) การแปลผล คะแนนรวมของแต่ละด้านจะถูกนำมาแปลงเป็นคะแนนช่วง 0-100 คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3. แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลหลัก (Zarit Burden Interview: ZBI)[9] เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่ใช้ประเมินความเครียดและผลกระทบทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุ มี 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า ความสัมพันธ์ และการใช้ชีวิต

ของผู้ดูแล โดยตัวอย่างข้อคำถามหลักเน้นไปที่ความรู้สึกพึ่งพิง การสูญเสียความเป็นส่วนตัว และภาระทางใจ เกณฑ์คะแนน 4 ประจำ 3 บ่อยครั้ง 2 บางครั้ง 1 นานๆครั้ง 0 ไม่เคยเลย การแปลผล คะแนนรวม 0-20 ภาระน้อยหรือไม่เกิดภาระ 21-40 ภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง 41-60 ภาระปานกลางถึงมาก 61-88 ภาระอย่างหนัก

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) ผู้วิจัยสร้างเอง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ด้านที่ 1 การประเมินและแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan : ICP) ด้านที่ 2 การเสริมพลังครอบครัวและผู้ดูแล ด้านที่ 3 การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ด้านที่ 4 การบูรณาการเครือข่ายการดูแลระดับชุมชน ด้านที่ 5 ภาพรวมของรูปแบบการดูแลและความพึงพอใจโดยรวม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด 4 มาก 3 ปานกลาง 2 น้อย 1 น้อยที่สุด การแปลผลคะแนน 4.51–5.00 พึงพอใจมากที่สุด3.51–4.50 พึงพอใจมาก 2.51–3.50 พึงพอใจปานกลาง 1.51–2.50 พึงพอใจน้อย 1.00–1.50 พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกการดูแลและติดตามผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00

จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ จำนวน 30 คน ในตำบลห้วยโป่ง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ และวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.755

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1. ข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองตามรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน–หลัง (One-group pretest–posttest design) ด้วย Paired Samples t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ และใช้ Wilcoxon signed-rank test เมื่อไม่เป็นไปตามสมมติฐาน รายงานค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแตกต่าง ค่า p-value และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ระยะที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการดูแล

ระยะที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผล ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ภายหลังการทดลองใช้ในพื้นที่จริง รวมทั้งรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือขยายผลในพื้นที่อื่นได้

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยได้รับการอนุมัติรหัสโครงการสสจ.พช.3/69-39-20/04/2569 วันที่รับรอง 20 เมษายน 2569

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา

เมื่อผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์ Gap Analysis มาสังเคราะห์ร่วมกัน พบว่า ประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเร่งด่วน ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ที่ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลและครอบครัวให้มีความรู้ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (Home and Community-based Care) ให้มีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ 4) การบูรณาการเครือข่ายการดูแลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคสังคม และ 5) การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based Management) ในการวางแผน ติดตาม ประเมินผล และจัดสรรทรัพยากรด้าน Long-Term Care อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 และองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาเป็น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan: ICP) 2) การเสริมพลังครอบครัวและผู้ดูแล (Caregiver Empowerment Strategy) 3) การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (Home & Community-Based Care) 4) การบูรณาการเครือข่ายการดูแลระดับชุมชนและท้องถิ่น และ 5) การพัฒนาระบบบริหารจัดการและนโยบาย LTC ระดับพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 อยู่ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.0 ระยะเวลาการพึ่งพิง มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลหลักได้แก่ บุตร ร้อยละ 47.5

ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 40)

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มติดเตียง (0 – 4)		กลุ่มติดบ้าน (5 – 11)		กลุ่มติดสังคม (≥ 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง	11	27.5	15	37.5	14	35.0
หลังการทดลอง	5	12.5	18	45.0	17	42.5

จากตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 15 คนร้อยละ 37.5 หลังการทดลอง กลุ่มติดเตียงลดลงจาก 11 เป็น 5 คน ติดบ้านและติดสังคมเพิ่มขึ้น จาก 15 เป็น 18 คน และ 14 เป็น 17 คนตามลำดับ โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 18 คน ร้อยละ 45.0

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=40)

ตัวแปร	mean	S.D.	T	df	p-value
ก่อนทดลอง	9.20	5.99	-6.20	39	<0.001
หลังทดลอง	10.47	5.10			

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 9.20 คะแนน หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 10.47 คะแนน คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 40)

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ต่ำมาก (0.00–20.99)		ต่ำ (21.00–40.99)		ปานกลาง (41.00–60.99)		ดี (61.00–80.99)		ดีมาก (81.00–100.00)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง	2	5.0	11	27.5	7	17.5	10	25.0	10	25.0
หลังการดดลอง	0	0	6	15.0	13	32.5	9	22.5	12	30.0

จากตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก และระดับดี จำนวน 10 คน ร้อยละ 25.0 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 13 คน ร้อยละ 32.5 และยังพบว่าหลังการทดลองระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำมากลดลงจาก 2 คน เป็น 0 ภาพรวมส่วนใหญ่ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=40)

ตัวแปร	mean	S.D.	T	df	p-value
ก่อนทดลอง	60.35	28.32	-5.13	39	<0.001
หลังทดลอง	66.50	24.02			

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 60.35 คะแนน หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 66.50 คะแนน คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.0 อยู่ในกลุ่มอายุ 46 - 60 ปี ร้อยละ 37.5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 4 - 5 ปี ร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่ความสัมพันธ์เป็นอาสาสมัคร/CG ร้อยละ 57.5

ตารางที่ 5 ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลหลัก (n = 40)

ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลหลัก	ภาระน้อย (0-20)		ภาระเล็กน้อย (21-40)		ภาระมาก (41-60)		ภาระอย่างหนัก(61-88)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง	30	75.0	7	17.5	3	7.5	0	0
หลังการทดลอง	33	82.5	4	10.0	3	7.5	0	0

จากตารางที่ 5 ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลหลัก พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาระน้อย จำนวน 30 คน ร้อยละ 75.0 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาระน้อย จำนวน 33 คน ร้อยละ 82.5 โดยสรุปพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับภาระลดลง

ตารางที่ 6 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลหลัก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=40)

ตัวแปร	mean	S.D.	T	df	p-value
ก่อนทดลอง	17.17	12.44	8.196	39	<0.001
หลังทดลอง	14.97	12.91			

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดย พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลหลัก 17.17 คะแนน หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 14.97 คะแนน คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.82–4.90 คะแนน และ S.D. ระหว่าง 0.30–0.38 คะแนน ส่วนกลุ่มผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.72–4.87 คะแนน และ S.D. ระหว่าง 0.33–0.45 คะแนน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.90, S.D. = 0.30) ขณะที่กลุ่มผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในด้านการเสริมพลังครอบครัวและผู้ดูแล (Mean = 4.87, S.D. = 0.33)

ระยะที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการดูแล

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง และได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นอย่างดี การดำเนินงานตามรูปแบบช่วยให้กระบวนการดูแลผู้สูงอายุมีความเป็นระบบมากขึ้น ตั้งแต่การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตามต่อเนื่อง และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่าผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในหลายด้าน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) คุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความต่อเนื่องของการดูแล และความพึงพอใจต่อบริการ ขณะเดียวกัน ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

มีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น และมีภาระในการดูแลลดลง อันเป็นผลจากการได้รับการอบรม การให้คำปรึกษาการเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาพบว่า แม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียงจะดำเนินงานตามนโยบายระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การประเมินสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชนยังขาดความต่อเนื่อง รวมถึงผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลดังกล่าวสะท้อนว่าปัญหาของระบบ LTC ในพื้นที่ไม่ได้เกิดจากการขาดกิจกรรมการดูแลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปัญหาของความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงของระบบการดูแล ตั้งแต่การประเมินปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การจัดทำแผนการดูแล การมอบหมายบทบาทแก่ผู้ดูแล การปฏิบัติตามแผน และการติดตามผล หากแต่ละขั้นตอนไม่เชื่อมโยงกัน การดูแลอาจกลายเป็นการให้บริการเป็นรายครั้งมากกว่าการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เสนอว่าระบบ LTC ควรประกอบด้วยการประเมินแบบองค์รวม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การดูแลต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชดาภรณ์ ทองใจสด[10] ซึ่งประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า แม้ว่าการดำเนินงานด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจะอยู่ในระดับสูง แต่ปัญหาสำคัญคือการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล (3) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (4) การบูรณาการเครือข่ายการดูแล และ (5) ระบบบริหารจัดการและติดตามประเมินผล โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ผลดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้วิจัยนำข้อมูลปัญหาจากพื้นที่จริงมาสังเคราะห์ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิด Person-Centered Care แนวคิด Integrated Care และแนวทาง LTC ขององค์การอนามัยโลก จึงทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดิลก อ่อนลา[11] ที่พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยพัฒนาระบบประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบการจัดทำ Care Plan ระบบพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Smart Caregiver) ระบบการเยี่ยมบ้านแบบ Buddy Caregiver และระบบติดตามการดำเนินงาน (Trigger Monitoring) ผลการศึกษาพบว่าหลังพัฒนาระบบสามารถเพิ่มคุณภาพการจัดทำแผนการดูแล และเพิ่มคะแนน ADL ของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ พิพัฒน์ พุทธโร[12] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ซึ่งพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับสูง ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบและประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

3. ผลของการใช้รูปแบบต่อผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ภาระของผู้ดูแลลดลง และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ความสำคัญกับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง การติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ และการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลขวัญ จุลแสน[13] ได้พัฒนารูปแบบ WISDOM Model สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบูรณาการการทำงานของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายบริการสุขภาพ พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีสถานะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากถึงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบ One-group pretest-posttest การเพิ่มขึ้นของ ADL และคุณภาพชีวิตควรตีความว่าเป็น “การเปลี่ยนแปลงภายหลังการนำรูปแบบไปใช้” ไม่ควรสรุปว่ารูปแบบเป็นสาเหตุโดยตรงของการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบและอาจมีปัจจัยอื่นที่เกิดขึ้นในช่วงการศึกษามีส่วนต่อผลลัพธ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ เหตุการณ์ภายนอก หรือผลจากการได้รับการประเมินซ้ำ

4. การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลและการลดภาระการดูแล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ขณะที่คะแนนภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผ่านการอบรม การให้คำปรึกษา การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น และลดความเครียดจากบทบาทผู้ดูแล ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ ดิลก อ่อนลา[11] ซึ่งพบว่าการพัฒนาศักยภาพ Smart Caregiver ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและความสามารถในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คะแนน ADL ของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการลงทุนในการพัฒนาผู้ดูแลถือเป็นกลไกสำคัญของความสำเร็จของระบบ LTC ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

5. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ความสำเร็จของรูปแบบเกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งร่วมกันวางแผน ติดตาม และประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Community-based LTC ที่มุ่งเน้นการบูรณาการทรัพยากรของชุมชน กับระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช คำทองทิพย์ สุธาทิพย์ รัฐปัตย์ และปิยจิตร สังข์พานิช[14] ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในจังหวัดชัยนาท ซึ่งเสนอให้มีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน รวมทั้งจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบการดูแลสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน นอกจากนี้ ปกรณ์ เกียรติวุฒิอมร[15] ศึกษาการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในระดับสูง และเสนอให้ใช้การจัดการเชิงระบบ (System Theory) เพื่อบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วน

บทสรุป

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการดำเนินงาน ขณะที่ภาระของผู้ดูแลลดลง และกระบวนการดูแลมีความเป็นระบบมากขึ้น ทั้งด้านการประเมินสุขภาพ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ซึ่งไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผลการศึกษาสามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ แต่ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากรูปแบบเพียงอย่างเดียว เนื่องจากอาจมีปัจจัยอื่นที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการศึกษามีส่วนเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียงและหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ไปประยุกต์ใช้ โดยครอบคลุมการประเมินสุขภาพ การจัดทำ Care Plan การเยี่ยมบ้าน การติดตามผล และการทบทวนแผนอย่างต่อเนื่อง พร้อมบูรณาการการทำงานของ CM, CG บุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว อสม. ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย

2) หน่วยงานระดับอำเภอ จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร การพัฒนาศักยภาพ CM, CG และ อสม. รวมทั้งระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม Care Plan และควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

3) ควรศึกษาต่อยอดโดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม และติดตามผลระยะ 6–12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้าน ADL คุณภาพชีวิต ภาระผู้ดูแล และผลลัพธ์ด้านระบบบริการ รวมทั้งศึกษาความคุ้มค่า ความพึงพอใจ และความเหมาะสมของรูปแบบในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World social report 2023: leaving no one behind in an ageing world: executive summary [Internet]. New York: United Nations; 2023 [cited 2026 Nov 13]. Available from: https://desapublications.un.org/sites/default/files/publications/2023-01/2023-WSR-on-Ageing-web-EX.pdf
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2567.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2566: Transitioning Thailand: Coping with the Future [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ebook/NESDCReport66/NESDC_66.html

4. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC): ข้อมูลประชากรจังหวัดเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download/?did=201572&id=64007&reload=
6. World Health Organization. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Nov 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844
7. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/web-upload/10x2f8665bc5c6742a30312c81435ca284e/202409/m_news/33518/217712/file_download/e5d32a0b81fea5234bc2c3080aa0c439.pdf
8. World Health Organization. WHOQOL-OLD manual [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006.
9. ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2554;4(1):62-75
10. รัชดาภรณ์ ทองใจสด. การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569];9(2):24. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/256817
11. ดิลก อ่อนลา. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569];9(1):1. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/255577
12. พิพัฒน์ พุทธโร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569];10(2):761-7. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/286075
13. กมลขวัญ จุลแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารป้องกันควบคุมโรคและศาสตร์สุขภาพบูรณาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569];2(1):1-20. เข้าถึงได้จาก: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JODPCIH/article/view/4533

14. ธวัช คำทองทิพย์, สุธาทิพย์ รัฐปัตย์, ปิยจิตร สังข์พานิช. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลวังหมัน อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. วารสารปัญญา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569];30(3):34-49. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/panya-thjo/article/view/267816
15. ปกรณ์ เกียรติวุฒิอมร. การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2569];11(3):110-2. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/5736