การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

The Development of an Integrated Health Service Model for Vulnerable Groups, Wihan Daeng District, Saraburi Province.

ร่วม มะโนน้อม
Ruam Manonom
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี
Wihan Daeng District Public Health Office, Saraburi Province
Email: ruamrami56@gmail.com

Received 12 February 2026
Revised 8 April 2026
Accepted 20 April 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ภายในปี พ.ศ. 2583 ส่งผลให้กลุ่มเปราะบางและผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 มีผู้ป่วยติดเตียงสูงถึง 588,987 คน ซึ่งก่อให้เกิดความต้องการระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหาการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบาง (2) พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ และ (3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 94 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา การสอบถามและการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการยังขาดการบูรณาการบุคลากรมีภาระงานสูง และการเข้าถึงบริการยังไม่ทั่วถึงรูปแบบที่พัฒนาคือ “ RUAM MODEL” ประกอบด้วย การจัดทำทะเบียนและจัดชั้นความเสี่ยง การประสานการดูแลแบบบูรณาการการจัดบริการที่เหมาะสม และการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ความครอบคลุมทะเบียนกลุ่มเปราะบางร้อยละ 92 บุคลากรผ่านการอบรมผู้จัดการรายกรณีร้อยละ 85 การเยี่ยมบ้านร้อยละ 97.8 อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำลดลงร้อยละ 50 และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 96.7 สรุปได้ว่า RUAM MODEL เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลและสามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การจัดบริการสุขภาพ, กลุ่มเปราะบาง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into a complete aging society, with the proportion of elderly citizens projected to increase from 13.2% in 2010 to 32.1% by 2040. This demographic shift has led to a continuous rise in vulnerable populations and dependents; notably, in 2023, the number of bedridden patients reached 588,987, necessitating an efficient intermediate and long-term care system. This research aimed to (1) investigate the current challenges in

health service provision for vulnerable groups, (2) develop an integrated health service model, and (3) evaluate the outcomes of the developed model. The study was conducted across three systematic phases. The primary stakeholders, selected through purposive sampling, consisted of 94 participants. Data collection involved in-depth interviews, focus group discussions, and participatory workshops, while data analysis utilized content analysis for qualitative data and descriptive statistics for quantitative records. The findings revealed significant systemic deficiencies, including a lack of service integration, high staff workloads, and inequitable access to healthcare. To address these issues, the "RUAM MODEL" was developed, comprising four core components: comprehensive registration and risk stratification, integrated care coordination, appropriate service delivery, and multidisciplinary team collaboration. Following the implementation of the model, the results demonstrated substantial improvements: registration coverage for vulnerable groups reached 92%, and 85% of personnel successfully completed case manager training. Furthermore, home visit coverage was recorded at 97.8%, while the hospital readmission rate decreased significantly by 50%. Participant satisfaction was exceptionally high at 96.7%. In conclusion, the RUAM MODEL is an effective, evidence-based framework that enhances the quality of life for vulnerable populations and can be sustainably expanded across various healthcare contexts to ensure long-term system resilience.

Keywords: Model development, Health service delivery, Vulnerable groups, Subdistrict Health Promoting Hospital

1. บทนำ

ทุกภูมิภาคทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการลดลงของอัตราการเกิด ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในภาคการผลิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในหลายประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก ที่มีผลกระทบในระยะยาว (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2565) รวมถึงประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในไม่กี่ทศวรรษข้างหน้า (นงลักษณ์ ทับประทุม, 2560) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2593 ทั่วโลกจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 2.1 พันล้านคน (ชัชชษา บุญเนียมแตง และคณะ, 2566)

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้เกิดกลุ่มเปราะบางและระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงกลายเป็นปัญหาสำคัญ กลุ่มเปราะบางส่วนหนึ่งมาจากกลุ่มผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะติดเตียงเพิ่มขึ้นจาก 37,827 คน ในปี 2562 เป็น 588,987 คนในปี 2566 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ทำให้เกิดความจำเป็นในการจัดตั้งระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) และการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยและลดภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

ระบบการดูแลกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การจัดการสวัสดิการ และการพัฒนาเครือข่ายการดูแลในชุมชน นอกจากนี้

ปัญหาความพิการที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และอุบัติเหตุ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและต้องการการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม (จิราภรณ์ อุ่นเสียม, 2559; ชัชชษา บุญเนียมแตง และคณะ, 2566) โดยกลุ่มเปราะบางถือเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพ (นงณภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2565)

ประเทศไทยได้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระยะกลาง โดยมุ่งเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยสร้างเครือข่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (นภัส แก้ววิเชียร และคณะ, 2564) ซึ่งชุมชนมีความสำคัญมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้กลุ่มเปราะบางต้องอยู่ลำพังมากขึ้น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และภาครัฐจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างการดูแล (บุญเลิศ นิลละออง, 2566) การพัฒนาและอบรมผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ จึงจำเป็นในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง (ภาสกร สวนเรือง และคณะ, 2561)

การดูแลกลุ่มเปราะบางที่บ้านต้องใช้กระบวนการร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยการเตรียมความพร้อมของบ้านและการสนับสนุนจากญาติหรือผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ (วิชชุนี ละม้ายศรี, 2566) การพัฒนาบุคลากรและการสร้างกระบวนการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ รวมถึงการมีส่วนร่วมจากชุมชนจะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพ (ศาสตรา เข็มบุบผา, 2565) รวมทั้งต้องการความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐในการคัดกรองสุขภาพที่ครอบคลุม (บุษบา แพงบุปผา และ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567) เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิต (บุญเลิศ นิลละออง, 2566) การสร้างเครือข่ายการดูแลกลุ่มเปราะบางในระดับท้องถิ่นเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างการดูแลที่ต่อเนื่องและลดภาระจากการพึ่งพิง (ภคอร จตุพรธนภัทร, 2567)

สำหรับในจังหวัดสระบุรี พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 12 - 14 ของประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งทางจังหวัดมีการจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ที่เป็นกล่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และผู้พิการในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบดูแลฟื้นฟูในชุมชน เพื่อให้กลุ่มเปราะบางสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ลดการติดเตียงหรือความพิการที่รุนแรง และลดภาระจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ปรีชา พึ่งเจริญ และ อุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลกลุ่มเปราะบาง พบว่า มีความท้าทายที่ซับซ้อนและหลากหลายในการดูแลกลุ่มเปราะบางในสังคมไทย โดยปัญหาไม่ได้จำกัดอยู่แค่ด้านใดด้านหนึ่ง แต่ครอบคลุมหลายมิติที่เกี่ยวพันกัน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ด้านหลัก ดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเหล่านี้เผชิญกับปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีราคาสูง รวมถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น การพลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สุดา หันกลาง, 2562) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวที่พร้อมให้การสนับสนุนอาจรู้สึกขาดชีวิตชีวา (วัชราภรณ์ อนุรักษ์พนาสกุล และคณะ, 2568) 2) ปัญหาด้านระบบการจัดการและบุคลากร ภาระงานและบุคลากรในการดำเนินงานตามนโยบายดูแลกลุ่มเปราะบางเผชิญกับปัญหาภาระงานที่เกินกำลังและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ (รณภพ เกตุทอง, 2567) นอกจากนี้ ยังมีการขาดทักษะและความรู้เฉพาะด้าน เช่น การช่วยเหลือทางน้ำในช่วงอุทกภัย (ชาตรี พงษ์พันธ์ และคณะ, 2567) ปัญหา

ด้านเทคโนโลยีและงบประมาณ งานวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงปัญหาด้านเทคโนโลยี อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือ รวมถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของทีมหมอครอบครัว และการขาดงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น (รณภพ เกตุทอง, 2567) 3) ปัญหาจากปัจจัยภายนอกและข้อจำกัดในการเข้าถึง ภัยพิบัติ ในพื้นที่ที่ประสบปัญหาน้ำท่วมซ้ำซาก พบว่า มีข้อจำกัดในการเข้าถึงพื้นที่เมื่อเส้นทางการคมนาคมถูกตัดขาด และประชาชนบางส่วนยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในช่วงน้ำท่วม (ชาตรี พงษ์พันธ์ และคณะ, 2567) การเข้าถึงทรัพยากรของประชากรกลุ่มเปราะบางยังเผชิญกับปัญหาในการเข้าถึงทรัพยากรขั้นพื้นฐานที่จำกัด การขาดโอกาสในการทำงาน และการสนับสนุนด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งความช่วยเหลือจากภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ ที่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการที่แท้จริง (ธิติวัฒน์ เธียรสวัสดิ์ และ ฉัตรวรัญช์ องคสิงห, 2568)

อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้รับแนวนโยบายและการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เพื่อจัดตั้งศูนย์ร่วมสุขประจำตำบลต่าง ๆ ในพื้นที่ มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 และเปิดให้บริการฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและผู้พิการ กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระยะยาว โดยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มเปราะบางในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดความท้าทายในการดูแลสุขภาพและการจัดการภาวะพึ่งพิง ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสม เช่น การดูแลที่บ้านและในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น รวมทั้งการเสริมสร้างความร่วมมือจากทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ การวิจัยนี้จึงเป็นการหาวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนในการดูแล รวมถึงการพัฒนาบุคลากรและการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเปราะบางสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นลดภาระจากการติดเตียงหรือความพิการที่รุนแรง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น

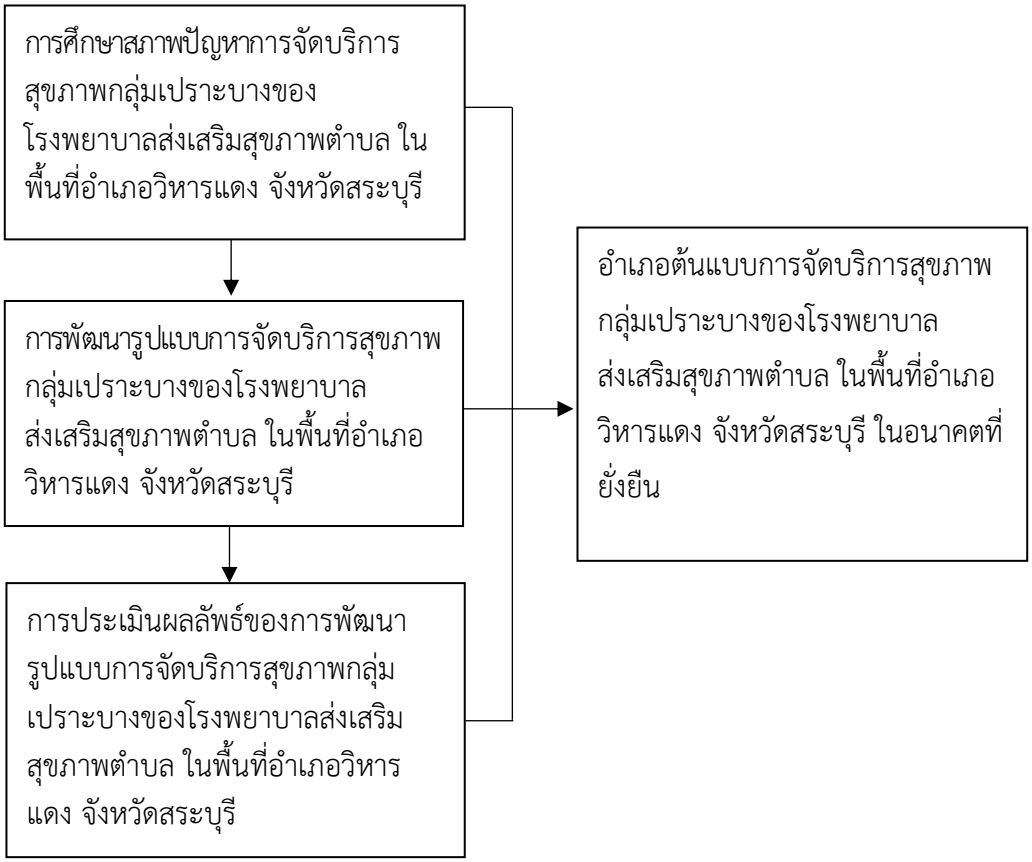
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

2.3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 แนวคิดการดูแลกลุ่มเปราะบาง

การดูแลกลุ่มเปราะบาง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือภาวะเฉียบพลัน (Acute conditions) แล้วมีอาการทางคลินิกคงที่ (Medically stable) แต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายบางส่วน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีผลการประเมินความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันตามดัชนี Barthel Index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมีค่า Barthel Index ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป แต่ร่วมกับภาวะบกพร่องหลายด้าน (Multiple Impairments) แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถได้รับการดูแลในครอบครัวหรือชุมชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากแพทย์พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยมุ่งให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีบทบาทสำคัญในการรับดูแลผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะใน 3 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บไขสันหลัง พร้อมกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนมีเตียงสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (Intermediate Bed หรือ Intermediate Ward) อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง เพื่อรองรับ

การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนบ้านและชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

4.2 แนวคิดการจัดบริการพยาบาลกลุ่มเปราะบาง

การจัดบริการพยาบาลกลุ่มเปราะบางมีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษภายใต้ระบบ National Health Service (NHS) ซึ่งมีการกำหนดขอบเขตการให้บริการกลุ่มเปราะบางอย่างชัดเจน มุ่งเน้นการลดการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างอิสระให้ได้มากที่สุด (กองการพยาบาล, 2562)

ระบบบริการของอังกฤษให้ความสำคัญกับการวางแผนการดูแลรายบุคคล มีเป้าหมายการฟื้นฟูที่ชัดเจน และกำหนดระยะเวลาการให้บริการไม่เกิน 6 สัปดาห์ หากผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเพิ่มเติมจะมีการประเมินเพื่อเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ การจัดบริการกลุ่มเปราะบางของอังกฤษมีทั้งรูปแบบการดูแลที่บ้าน การตอบสนองภาวะฉุกเฉินในชุมชน การดูแลทดแทนการนอนโรงพยาบาล และการฟื้นฟูโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสะท้อนแนวคิดการดูแลที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) ในประเทศไทย การจัดบริการกลุ่มเปราะบางเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562)

4.3 หลักการบริบาลฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบาง (Intermediate Care)

การบริบาลฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบาง (Intermediate Care) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านหลังพ้นการรักษาระยะเฉียบพลัน โดยเป็นการดูแลในช่วง Post-Acute Period ระหว่าง Acute Care Ward กับการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านหรือเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว การดูแลระยะกลางนี้มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว แนวคิดการให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพในต่างประเทศ เช่น อังกฤษและญี่ปุ่น สะท้อนให้เห็นถึงการจัดระบบบริการที่ชัดเจน มีการแบ่งระดับการดูแลตามความซับซ้อนของผู้ป่วย และมีระบบสนับสนุนด้านงบประมาณและข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; รติอร พรกุณา, 2561)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นรูปธรรม โดยเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน เพื่อเติมเต็มช่องว่างการดูแลผู้ป่วยหลังพ้นระยะวิกฤติและลดความพิการในระยะยาว (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562)

4.4 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบางสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพขององค์การอนามัยโลกตามกรอบ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ซึ่งมองสุขภาพในมิติที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้างร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มหรือคงระดับความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเครือข่ายบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ โดยพัฒนาศักยภาพสถานบริการทุกระดับภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ครอบคลุม 19 สาขาสำคัญ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และยกระดับบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562)

4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลกลุ่มเปราะบางและการบริบาลฟื้นฟูสภาพ (Intermediate Care) พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้อง (ปภัสพร พันธ์จูม, 2567; วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ, 2565) ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบบริบาลฟื้นฟูสภาพที่มีระบบประเมินสมรรถภาพ การส่งต่อข้อมูล และการติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายของกลุ่มเปราะบางเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูง

งานวิจัยที่มุ่งเน้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (วิชชุนี ละม้ายศรี, 2566; ถกลวรรณ บุญเต็ม และคณะ, 2565; นารีรัตน์ บำรุงถิน และ อรุณรัตน์ สู่หนองบัว, 2567; ดารุณี โนนทิง, 2566) ได้ทำการศึกษาพบว่า การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ

ขณะเดียวกัน งานวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มพึ่งพิง (มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ, 2566; สุดา หันกลาง, 2562) สะท้อนว่ารูปแบบการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานและเสริมบทบาทครอบครัวและ อสม. ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต ลดภาระครอบครัว และสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลในพื้นที่

นอกจากนี้ งานวิจัยเชิงนโยบายและระบบบริการ (นภัส แก้ววิเชียร และคณะ, 2564; รณภพ เกตุทอง, 2567) เน้นย้ำความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการที่ไร้รอยต่อ การจัดสรรกำลังคน งบประมาณ และระบบข้อมูลที่เป็นเอกภาพ เพื่อให้การดูแลกลุ่มเปราะบางมีความยั่งยืน

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ เพื่อให้การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เป็นไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ระเบียบวิธีวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาของการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ในระยะนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกของการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบาง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ระบบและการบริหารจัดการ บุคลากรและทักษะบริการ การเข้าถึงบริการและข้อจำกัดเชิงภูมิศาสตร์/เศรษฐกิจ ข้อมูลและการระบุตัวตน การเงินและแรงจูงใจ ตลอดจนบทบาทของครอบครัวและชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 31 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ประธาน อสม. และญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ด้วยการตีความ (Interpretation) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

5.2 การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เมื่อทราบปัญหาแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม โดยอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อร่วมกันออกแบบร่างรูปแบบการบริการ ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การออกแบบโมเดลแก้ปัญหา การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคสาธารณสุข บุคลากรการแพทย์แผนไทยและจีน ตลอดจนญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง ข้อมูลถูกรวบรวมผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและแบบบันทึก การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 จากนั้นได้นำร่างรูปแบบไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง เป็นเวลา 1 เดือน พร้อมทั้งปรับปรุงจุดที่ยังไม่สมบูรณ์ และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

5.3 การวิจัยระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ในระยะสุดท้าย ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบ RUAM MODEL ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การพัฒนาระบบและการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร การเข้าถึงบริการและผลลัพธ์สุขภาพ ความยั่งยืนของการดำเนินงาน และความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 48 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาล ประธาน อสม. และญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มเปราะบางข้อมูลถูกรวบรวมด้วยแบบฟอร์มการดำเนินงาน แบบบันทึกผลการฟื้นฟู และแบบสอบถามวัดความพึงพอใจ จำนวน 15 ข้อในระดับ Likert Scale 5 ระดับ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตีความและการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและประเมินศักยภาพของรูปแบบที่พัฒนา

5.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนต่อเนื่องจากนโยบายของจังหวัดสระบุรี และผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติงานโดยปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร ดังนี้

5.4.1 การเก็บข้อมูลอย่างไม่ระบุตัวตน (Anonymity) ข้อมูลที่นำมาใช้ทั้งหมดเป็นข้อมูลที่ไม่มีชื่อนามสกุล หมายเลขบัตรประชาชน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรือข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ หากเป็นข้อมูลจากหน่วยงานได้รับมาในรูปแบบรหัสตัวอย่าง (Code) เท่านั้น ไม่มีการนำข้อมูลใด ๆ กลับไปเชื่อมโยงกับตัวบุคคล

5.4.2 การรักษาความลับของข้อมูล (Confidentiality) ข้อมูลจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลดิบให้บุคคลภายนอก ผลการวิจัยรายงานเป็น ข้อมูลรวม (Aggregate Data) ไม่มีข้อมูลรายบุคคล

5.4.3 การลดความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลถูกใช้อย่างระมัดระวังเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อชื่อเสียงหรือสิทธิของผู้เกี่ยวข้อง ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดการตีตรา (Stigma) ต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

5.4.4 ความสมัครใจและสิทธิในการถอนข้อมูล หากงานวิจัยมีการสัมภาษณ์แต่เข้าข่ายยกเว้นจริยธรรม เช่น เก็บข้อมูลไม่ระบุตัวตน และเป็นเรื่องไม่เสี่ยงสูง โดย 1) ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการตอบ

คำถามได้ทุกเมื่อ 2) ไม่มีผลเสียใด ๆ หากไม่เข้าร่วม 3) ไม่มีค่าตอบแทนหรือผลประโยชน์แอบแฝง และ 4) ไม่มีคำถามที่กระทบความเป็นส่วนตัวหรือทำให้เกิดอันตรายทางจิตใจ

5.4.5 ความโปร่งใสในการใช้ข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งหน่วยงานเจ้าของข้อมูล (ถ้ามี) อย่างเป็นทางการ ใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็นต่อวัตถุประสงค์ของการวิจัย และไม่ใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากที่ระบุ

5.4.6 การรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการ 1) รายงานเป็นข้อมูลเชิงสถิติภาพรวม ไม่ระบุเป็นรายบุคคล 2) ไม่กล่าวถึงข้อมูลที่อาจนำไปสู่การระบุตัวตน 3) ไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะพื้นที่ และกลุ่มย่อยที่มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลน้อยจนสามารถเดาตัวบุคคลได้ และ 4) ให้ความสำคัญกับการนำเสนออย่างเป็นกลาง ไม่สร้างอคติหรือความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างหรือหน่วยงาน

6. ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และผู้มีข้อจำกัดทางสังคมและเศรษฐกิจ การวิจัยมุ่งสร้างรูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงหน่วยงานในพื้นที่ และสร้างระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืน ผ่านการบูรณาการของข้อมูล บุคลากร งบประมาณ และกลไกการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่อำเภอวิหารแดง ผลการวิจัยในแต่ละระยะมี ดังนี้

6.1 การวิจัยระยะที่ 1 สภาพปัญหาของการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงระบบสะท้อนให้เห็นว่า การจัดบริการสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อำเภอวิหารแดงยังมีช่องว่างหลายด้าน การดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคประชาชน ต่างมีบทบาทของตนเอง แต่ยังขาดการประสานงานในเชิงนโยบาย ขาดตัวชี้วัดร่วม และไม่มีแผนยุทธศาสตร์เดียวกัน การทำงานแบบคู่ขนานทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและการใช้งบประมาณ ขณะเดียวกันการเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญ เช่น ข้อมูลผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้พิการ ข้อมูลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ยังไม่เป็นเอกภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถระบุจำนวนกลุ่มเปราะบางได้ชัดเจน ทำให้การวางแผนบริการสุขภาพไม่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่มีภาระงานสูง และยังขาดทักษะเฉพาะด้านในการประเมินภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) นอกจากนี้ ทีมสหวิชาชีพในระดับตำบลยังมีความจำกัด ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร กลุ่มเปราะบางจำนวนมากยังคงเผชิญอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ เช่น ปัญหาการเดินทาง ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และการขาดผู้นำส่งสุขภาพที่มีความพร้อม การเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลหรือครัวเรือนที่มีปัญหาสังคม

ในด้านครอบครัวและชุมชน แม้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน รวมถึงการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ การสำลัก และภาวะขาดสารอาหาร เมื่อพิจารณาโดยรวม จึงพบว่าระบบบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ยังต้องการการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านโครงสร้าง การจัดการข้อมูลบุคลากร งบประมาณ และกลไกชุมชน

6.2 การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

จากช่องว่างของระบบดังกล่าว จึงนำไปสู่การพัฒนา “RUAM MODEL” ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบางแบบครบวงจร และสามารถใช้งานได้จริงในระดับพื้นที่ โมเดลนี้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

R: Registry & Risk Stratification การจัดทำทะเบียนกลางของกลุ่มเปราะบางทั้งหมดในอำเภอ พร้อมจัดชั้นความเสี่ยงตามเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น ADL และความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปอย่างตรงเป้าหมายและเหมาะสม

U: Unified Care Coordination การจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบาง ทำให้เกิดการประสานงานในเชิงนโยบายระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาล อปท. ภาคประชาชน สามารถกำหนดเป้าหมาย งบประมาณ และตัวชี้วัดร่วมกันได้อย่างเป็นเอกภาพ

A: Accessible & Appropriate Services การออกแบบบริการที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มเปราะบาง เช่น การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูที่บ้าน (Home-based rehab) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) การใช้ Telehealth และการพัฒนาบริการเชิงรุกสำหรับรายที่เข้าถึงบริการยาก

M: Multidisciplinary Team & Monitoring การจัดทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลตามความจำเป็นของผู้ป่วย รวมถึงการแต่งตั้งผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ในทุกตำบลเพื่อประสานงานการดูแลและการจัดระบบติดตามผลด้วยตัวชี้วัดมาตรฐาน

โมเดลดังกล่าวได้ออกแบบระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่การค้นหา การประเมิน การจัดบริการเฉพาะราย ไปจนถึงการติดตามผลลัพธ์ เพื่อให้การดูแลกลุ่มเปราะบางเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

6.3 การวิจัยระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

หลังการนำ RUAM MODEL ไปใช้จริงในพื้นที่ พบผลลัพธ์ที่มีความก้าวหน้าอย่างเด่นชัดในหลายมิติ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

6.3.1 ด้านระบบบริหารจัดการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอเพื่อการดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นทางการ ทำให้การวางแผนและการจัดบริการเกิดความเป็นเอกภาพ มีทะเบียนกลางสำหรับกลุ่มเปราะบางได้รับการพัฒนาและครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 92 ส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลเดียวกันและใช้ในการวางแผนบริการได้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

6.3.2 ด้านบุคลากรและศักยภาพทีมดูแล พบว่าบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 85 ผ่านการอบรมด้านการประเมินภาวะพึ่งพิงและการจัดแผนการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ยังมีการแต่งตั้ง Case Manager ครบทุกตำบล และผู้ดูแลหลักในครอบครัวกว่าร้อยละ 90 ได้รับการอบรมทักษะการดูแลพื้นฐาน ทำให้คุณภาพการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

6.3.3 ด้านการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์สุขภาพ กลุ่มเปราะบางกว่าร้อยละ 97.8 ได้รับการเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันลดลงถึงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่าสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ ได้สูงถึงร้อยละ 60 ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่วนผู้ดูแลหลักมีภาระในการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

6.3.4 ด้านความยั่งยืนและการสนับสนุนของท้องถิ่น RUAM MODEL ได้รับการบรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์และมีการขยายผลครบทุกตำบลในอำเภอวิหารแดง อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งได้

จัดสรรงบประมาณผ่านกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นหลักฐานสำคัญว่ารูปแบบดังกล่าวมีศักยภาพในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

6.3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจ การประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องจำนวน 30 คน พบว่ามีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” โดยเฉพาะประเด็นด้านความเพียงพอของทรัพยากรและความรู้/ทักษะที่ได้รับจากโครงการ ซึ่งได้รับคะแนนสูงที่สุด การยอมรับดังกล่าวสะท้อนว่า RUAM MODEL ไม่เพียงแต่มีประสิทธิภาพในเชิงระบบ แต่ยังตอบสนองต่อความต้องการของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7. อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี” สะท้อนให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่มีการเปลี่ยนผ่านจากระบบการทำงานแบบแยกส่วนไปสู่ระบบบูรณาการที่มีความเป็นเอกภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการจัดตั้งคณะกรรมการอำเภอ การพัฒนาทะเบียนกลาง และการจัดระบบทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care และ Transitional/Intermediate Care ที่เน้นความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (Naylor, 2006; กองการพยาบาล, 2562)

7.1 ระบบบริหารจัดการและข้อมูล การสร้างทะเบียนกลาง (Registry) และการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินมาตรฐาน เช่น ADL และ Frailty Index ทำให้สามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายได้ตรงตามความจำเป็น ส่งผลให้การจัดบริการมีประสิทธิภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ชี้ว่า ระบบข้อมูลที่ครบถ้วนช่วยให้การจัดการผู้สูงอายุและกลุ่มพึ่งพิงมีประสิทธิภาพมากขึ้น (บุญเลิศ นิลละออง, 2566; ปภัสพร พันธ์จูม, 2567)

7.2 บทบาททีมสหวิชาชีพและ Case Manager บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ใน รพ.สต. ส่งผลให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อน และทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางได้รับแผนการดูแลรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง บทบาทดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ Smith et al. (2013) ซึ่งระบุว่า การมี Case Manager ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลในชุมชน และสอดรับกับงานในประเทศไทยหลายฉบับ เช่น การฟื้นฟูผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพในจังหวัดสระบุรีและน่านที่ให้ผลลัพธ์คล้ายคลึงกัน (นภัส แก้ววิเชียร และคณะ, 2564; กชพร เขื่อนธนะ และคณะ, 2562)

7.3 การเข้าถึงบริการและผลลัพธ์สุขภาพ ผลการประเมินพบว่า ร้อยละ 75 ของกลุ่มเปราะบางได้รับการเยี่ยมบ้านและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ลดลงถึงร้อยละ 18 ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงประสิทธิผลของบริการเชิงรุกและการดูแลแบบชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Brooten et al. (2002) และรายงานของ กรมกิจการผู้สูงอายุ (2567) ที่ชี้ว่า การดูแลเชิงรุกและต่อเนื่องสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับมานอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ การมีอุปกรณ์ช่วยเหลือและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยในพื้นที่อำเภอยางสีสุราชและเขาวงที่ยืนยันประโยชน์ของการสนับสนุนทรัพยากรและการติดตามต่อเนื่อง (กาญจนา จันทะนุย และคณะ, 2566; วิชชุนี ละม้ายศรี, 2566)

7.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การฝึกอบรมผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งครอบคลุมร้อยละ 62 และการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชน เป็นปัจจัยที่ทำให้รูปแบบ RUAM MODEL ประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กชพร เขื่อนธนะ และคณะ (2562) ยืนยันว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องและลดภาระของระบบบริการสุขภาพ

7.5 ความพึงพอใจและความยั่งยืนของรูปแบบบริการ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ 4.27 – 4.67 แสดงถึงการยอมรับรูปแบบสูงมาก โดยหัวข้อที่ได้รับคะแนนสูงสุด ได้แก่ 1) ความเพียงพอของทรัพยากรและบุคลากร และ 2) ความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรม ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ รณภพ เกตุทอง (2567) และรายงานนโยบาย Intermediate Care ของ กระทรวงสาธารณสุข (2567) ที่พบว่า การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรและการเตรียมทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการดูแลกลุ่มเปราะบาง

7.6 ความท้าทายและข้อจำกัด แม้ผลลัพธ์โดยรวมจะดี แต่การประสานงานระหว่างหน่วยงานและความเข้าใจในบทบาทระหว่างบุคลากรยังเป็นอุปสรรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นงณภัทร รุ่งเนย และคณะ (2565) ที่พบว่า ความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะกลางต้องพึ่งพากลไกการสื่อสารและความเข้าใจบทบาทสหวิชาชีพที่ชัดเจนมากขึ้น ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า RUAM MODEL เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เพราะสามารถสร้างทั้งความพึงพอใจและประสิทธิผลในเชิงปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบ Intermediate Care และ Long-Term Care ของกรมกิจการผู้สูงอายุ และบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่มีความครอบคลุม เป็นระบบ และมีศักยภาพในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาพบว่า ระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบางยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดร่วม ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาดฐานข้อมูลกลาง ทำให้ไม่สามารถระบุจำนวนและระดับความเสี่ยงของกลุ่มเปราะบางได้อย่างชัดเจน บุคลากรมีภาระงานสูงและขาดทักษะเฉพาะด้าน ขณะที่การจัดทีมสหวิชาชีพยังมีข้อจำกัด ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน นอกจากนี้กลุ่มเปราะบางยังเผชิญข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง และการขาดความรู้ของผู้ดูแล

ระยะที่ 2 ได้นำผลการศึกษามาพัฒนา “RUAM MODEL” ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบครบวงจร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจัดทำทะเบียนกลางและการจัดชั้นความเสี่ยง (2) การประสานการดูแลแบบบูรณาการ (3) การจัดบริการที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ และ (4) การจัดทีมสหวิชาชีพ พร้อมระบบผู้จัดการรายกรณีและการติดตามประเมินผลรูปแบบนี้ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาประเมินวางแผนดูแลเฉพาะราย จนถึงการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่ามีการพัฒนาอย่างชัดเจนในหลายมิติ ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอและพัฒนาทะเบียนกลุ่มเปราะบางครอบคลุมร้อยละ 92 ด้านบุคลากร พบว่าร้อยละ 85 ผ่านการอบรม และมีการแต่งตั้งผู้จัดการรายกรณีครบทุกพื้นที่ ขณะที่ผู้ดูแล

ในครอบครัวมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับการพัฒนาทักษะ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น ด้านการเข้าถึงบริการพบว่ากลุ่มเปราะบางร้อยละ 97.8 ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำลดลงร้อยละ 50 และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดลงร้อยละ 60 รวมถึงผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ในด้านความยั่งยืน รูปแบบ RUAM MODEL ได้รับการบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงศักยภาพในการขยายผลในระยะยาว นอกจากนี้ ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.7) แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและการยอมรับของรูปแบบในการนำไปใช้จริงในพื้นที่

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 เชิงนโยบาย ควรผลักดันให้ RUAM MODEL เป็นอำเภอต้นแบบและขยายผลในระดับจังหวัดและประเทศ

8.2.2 เชิงปฏิบัติ ควรพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลระยะกลางและระยะยาว

8.2.3 เชิงการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาการประเมินผลในระยะยาว เพื่อวัดผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนทางการเงิน

เอกสารอ้างอิง

กชพร เขื่อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เชาว์ชวาเขต, ภัทรพล ดู่ผัด, และ จุฑามาศ ชาวส้าน. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(2), 273-285.

กาญจนา จันทะนุย, นงเยาว์ พละชัย, และ พัชรมาศ คุณวงศ์. (2566). รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3*(1), 68-81.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)* (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567). https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20250418075123.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580).* กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561.* https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan).* บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง.

จิราภรณ์ อุ่นเสียม. (2559). พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 30*(4), 261-268.

ชัชชษา บุญเนียมแตง, ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร, และ จิดาภา ถิรศิริกุล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย. *Journal of Roi Kaensarn Academi, 8*(10), 70-83.

ชาตรี พงษ์พันธ์, บรรเทิง พลสวัสดิ์, ทัพไท ชุ่มนาเสียว, และ ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2567). แนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาตำบลหนองบ่อ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9*(4), 712-714.

ดารุณี โนนทิง. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(1), 244-251.

ถกลวรรณ บุญเต็ม, อ้อมแก้ว นิยมวัน, จีรนุช กองเมืองปัก และ จารุวรรณ สุขศรีศิริวัชร. (2565). ผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 37*(3), 519-529.

ธิติวัฒน์ เธียรสวัสดิ์ และ ฉัตรวรัญช์ องคสิงห. (2568). แนวทางการใช้การบริหารงานสาธารณะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเปราะบางในชุมชนเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. *วารสารโพธิศาสตร์ปริทัศน์, 5*(1), 1-12.

นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นงณภัทร รุ่งเนย, วิชาญ เกิดวิชัย, และ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2564). นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย: ข้อเสนอเพื่อหนทางข้างหน้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(5), 894-906.

นารีรัตน์ บำรุงถิ่น, และ อรุณรัตน์ สู่หนองบัว. (2567). ประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอเมืองชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร, 44*(1), 59-73.

นงณภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, และ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31*(1), 112-123.

นงลักษณ์ ทับประทุม. (2560). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองโสน อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเกริก.

บุญเลิศ นิลละออง. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(1), 281-292.

บุษบา แพงบุปผา, และ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2567). *การประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software Care Plan*. ศูนย์อนามัยที่ 5.

ปภัสพร พันธ์จูม. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 9*(1), 309-318.

ปรีชา พึ่งเจริญ, และ อุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์. (2563). แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13*(1), 502-511.

ภคอร จตุพรธนภัทร. (2567). การกำหนดนโยบายการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อการพึ่งพาตนเองอย่างเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ. *วารสารการบริหารการจัดการและการพัฒนาที่ยั่งยืน, 2*(2), 375-386.

ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12*(3), 437-451.

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2565, 12 กันยายน). *ESCAP เผยแพร่รายงานฉบับใหม่ ชี้แรงงานในเอเชีย-แปซิฟิกกว่า 2.1 พันล้านคน เข้าไม่ถึงงานที่มีคุณค่าและการคุ้มครองทางสังคม*. SDG Move. https://www.sdgmove.com/2022/09/12/escap-new-report-workforce-asia-pacific/

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิฌา แก้วอำไพ, และ วิไลพร คลีกร. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17*(1), 255-271.

รติอร พรกุณา. (2561). การดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ. ใน เอกสารประกอบการประชุม *เรื่อง Service plan สำหรับผู้สูงอายุ*. โรงพยาบาลขอนแก่น.

รณภพ เกตุทอง. (2567). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(1), 638-640.

วัชราภรณ์ อนุรักษ์พนาสกุล, ศิริพร ใจปัญญา, กานิสา อินทรสันติ, และ พรทิพย์ นาคโดด. (2568). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง หมู่บ้านกอสะเลียม ตำบลบวกค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารข่วงผญา, 19*(1), 46-50.

วิชชุนี ละม้ายศรี. (2566). กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมตำบลสงเปลือย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(2), 407-415.

วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม, และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15*(2), 119-132.

ศาสตรา เข็มบุบผา. (2565). การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16*(3), 939-956.

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub-acute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*.

สุดา หันกลาง. (2562). การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนเพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท., 1*(1), 1–17.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_26870.pdf

Brooten, D., Naylor, M. D., York, R., Brown, L. P., Munro, B. H., Hollingsworth, A. O., ... & Youngblut, J. M. (2002). Lessons learned from testing the quality cost model of advanced practice nursing (APN) transitional care. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(4), 369-375.

Naylor, M. D. (2006). Transitional care: A critical dimension of the home healthcare quality agenda. *Journal for Healthcare Quality, 28*(1), 48-54.

Smith, A., MacKay, S., & McCulloch, K. (2013). Case management: Developing practice through action research. *British Journal of Community Nursing*, *18*(9), 452-458. https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.9.452