



การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Evaluation of the Long Term Care System for Dependent Elderly
in Prachuap Khiri Khan Province

สุทนต์ ศรีทอง¹
Suttanop Srithong
กิริพล กาละดี^{2*}
Kiraphol Kaladee
ศศิธร ธารณพ³
Sasithorn Thanapop

*Corresponding author e-mail: akaphol.kal@stou.ac.th

(Received: June 23, 2026; Revised: August 30, 2026; Accepted: August 31, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ และ 2) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเมินผลตามรูปแบบ CIPP Model จำนวน 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ คณะอนุกรรมการ จำนวน 250 คน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 55 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 288 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1. ด้านบริบทมีนโยบาย “จังหวัดรักษาสภาพ” ขับเคลื่อนผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านปัจจัยนำเข้า คณะอนุกรรมการมีความรู้ระดับดี และการบริหารจัดการระดับมาก ด้านกระบวนการมีความเข้มแข็งด้านการเยี่ยมบ้านและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลระดับดีเด่น ด้านผลผลิต ผู้สูงอายุมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น (ร้อยละ 23.30) และมีความพึงพอใจระดับมาก

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ ภาวะผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่น ด้านปัญหา พบว่า ระบบการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน

ผลการวิจัยสะท้อนว่าภาวะผู้นำของผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศจะลดความซ้ำซ้อนที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การประเมินแบบชิปปี้ ระบบการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี
Graduate student in the Master of Public Health Program, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi

^{2,3} สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi



Abstract

This mixed-methods study aimed to: 1) evaluate the long-term public health care system for older adults; and 2) investigate the success factors, problems, and obstacles in implementing the long-term public health care system for dependent older adults in Prachuap Khiri Khan Province. The evaluation was conducted using the Context, Input, Process, and Product (CIPP) Evaluation Model in two phases. Phase 1 involved quantitative research with three groups of participants: 250 subcommittee members, 55 older adult care managers, and 288 dependent older adults. The research instrument was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations. Phase 2 involved qualitative research with 36 participants. Data were collected through a focus group discussion and analyzed using content analysis. The findings revealed that:

1. Regarding the context dimension, the "Health-Conscious Province" policy was implemented through the District Health Board, the Provincial Public Health Office, and the National Health Security Office. Regarding the input dimension, the subcommittee members demonstrated a good level of knowledge, while management was rated at a high level. Regarding the process dimension, home visits and the development of individualized care plans were rated at an outstanding level. Regarding the product dimension, 23.30% of dependent older adults showed improvement in their ability to perform activities of daily living, and their satisfaction was at a high level.

2. The key success factor was the leadership of local administrators. Regarding problems, duplication in the data recording system was identified.

The findings reflect that the leadership of administrators is a key factor in driving the long-term public health care system for older adults. Integrating information systems could reduce duplicate data recording and improve operational efficiency.

Keywords: CIPP model evaluation, Long term care system, Dependent older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะเดียวกันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากประมาณ 600 ล้านคนเป็น 2,000 ล้านคน ในปี 2593 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2020) ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13,916,339 คน หรือ ร้อยละ 21.44 โดยมีการคาดการณ์ว่า ภายใน ปี พ.ศ. 2583 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) ได้มีการดำเนินการประเมิน คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม 6,328,358 คน กลุ่มติดบ้าน 177,648 คน กลุ่มติดเตียง 43,333 คน (Department of Health, Ministry of Public Health, 2025) ระบบการดูแลระยะยาว เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559 โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้ชื่อว่า “กองทุนระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” เป็นบริการที่เพิ่มในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งครอบคลุม

ประชาชนคนไทยทุกคนที่มีการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Kemprakhon et al., 2022) โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยนำนโยบายสู่การปฏิบัติผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และมีผู้จัดการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ประเมินและวางแผนรายบุคคล 2) บริการดูแลที่บ้านและชุมชน 3) ให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล 4) จัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 5) ประเมินผลและปรับแผนการดูแล (Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020)

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged society) จำนวนผู้สูงอายุ 97,342 คน ร้อยละ 24.24 ของประชากรทั้งหมด มีการคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 82.82 ของผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.03 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.08 ของผู้สูงอายุ (Health Promotion Group, Prachuap Khiri Khan Provincial Public Health Office, 2025) การขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบล ได้จัดทำบันทึกความร่วมมือ ร้อยละ 91.67 และมีนโยบายผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (Next Move ประจวบคีรีขันธ์ต้องไปต่อ) ซึ่งทุกอำเภอกำหนดปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง เป็นปัญหาในคณะกรรมการ พชอ. แต่ยังพบปัญหา ผู้รับผิดชอบงานเปลี่ยนแปลงบ่อย คณะอนุกรรมการบางส่วนยังขาดความรู้ และทักษะในการจัดทำแผนงาน/โครงการ กรรมการบางส่วนไม่เข้าใจในบทบาทของตนเอง ระเบียบและการจัดทำบัญชีเบิกจ่ายงบประมาณมีความยุ่งยากทำให้เกิดข้อจำกัดในการบริหารจัดการที่ไม่คล่องตัวในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีการดำเนินการครอบคลุมแล้วทุกพื้นที่ แต่ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานเชิงระบบ และเพื่อเป็นการทบทวนแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยในการศึกษาค้นคว้าได้เลือกประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP model (Stufflebeam, 1971) ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจ เปรียบเสมือนเข็มทิศสำหรับผู้บริหาร ในการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบ รูปแบบดังกล่าวถูกออกแบบมาเพื่อรองรับความซับซ้อนของการบริหารจัดการเชิงระบบ ตั้งแต่ก่อนดำเนินงาน เพื่อประเมินความต้องการและความพร้อมสำหรับวางแผน ระหว่างดำเนินงาน เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงกระบวนการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ไปจนถึง ช่วงสิ้นสุดโครงการ เป็นการประเมินผลสรุปรวม (Summative Evaluation) มุ่งตรวจสอบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ความคุ้มค่าและข้อค้นพบจากการประเมิน จะเป็นข้อมูล เพื่อให้ผู้บริหาร ปรับปรุงแก้ไข ขยายผล เพื่อต่อยอดความสำเร็จ หากพบว่ามีข้อบกพร่องเป้าหมายและไม่คุ้มค่า สารสนเทศก็จะเป็นหลักฐานสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจ ยุติโครงการ เพื่อป้องกันความสูญเสีย และประหยัดทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดย CIPP Model ได้แบ่งประเด็นการประเมินเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ให้มีความยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นอย่างไร

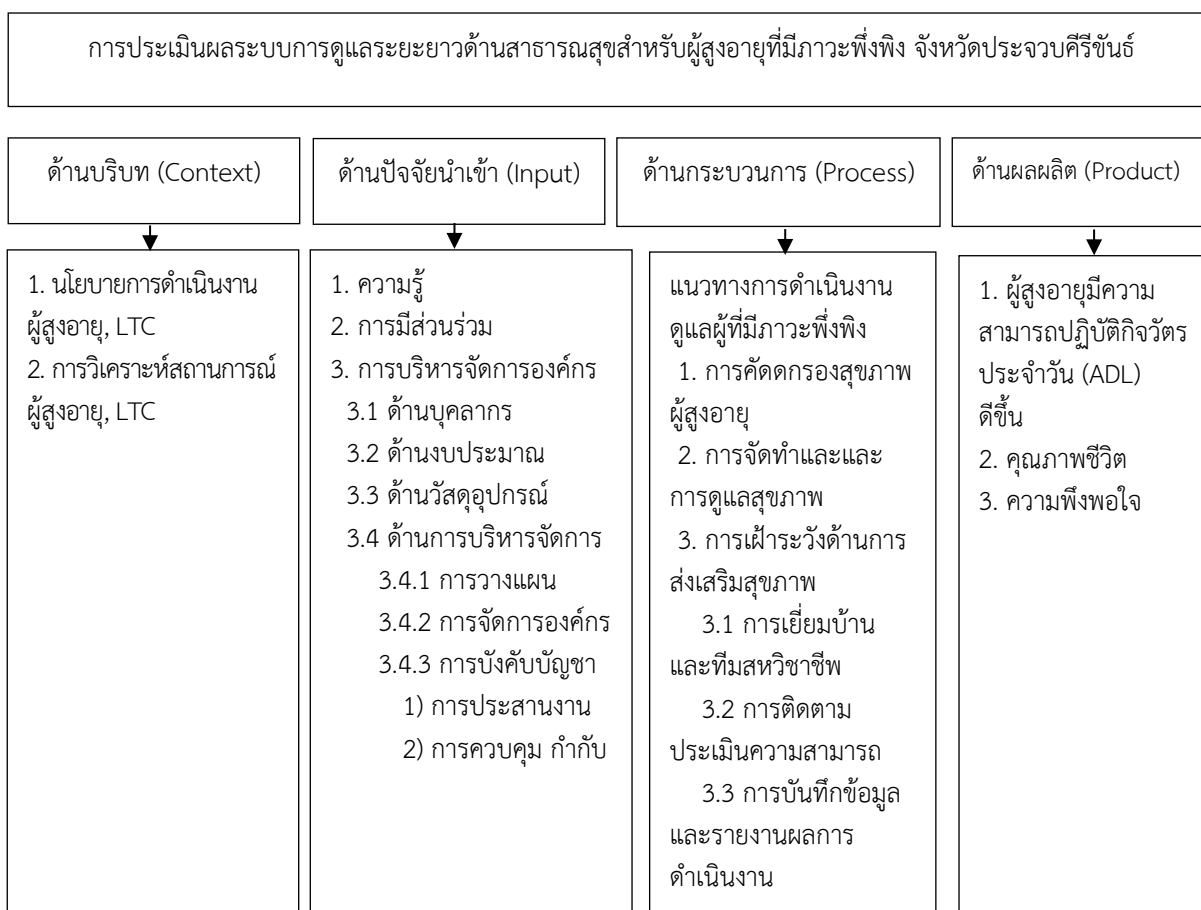


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ครั้งนี้ ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP model (Stufflebeam, 1971) ซึ่งเป็นการประเมินหลังเสร็จสิ้นโครงการ โดยใช้กระบวนการประเมินอย่างเป็นระบบที่มีลักษณะเป็นการประเมินผลสรุปรวม (Summative evaluation) เพื่อการตัดสินใจการดำเนินโครงการต่อในอนาคต กรอบแนวคิดในการประเมินครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน แบบ (Sequential Explanatory Design) โดยการศึกษา แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 คือ การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งมีการดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการ (LTC) 2) กองทุน (LTC) และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระยะที่ 2 การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม โดยศึกษาระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม รายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 550 คน 2) กองทุนระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 55 กองทุน และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 808 คน (ข้อมูล เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568) (Health Promotion Group, Prachuap Khiri Khan Provincial Public Health Office, 2025)
2. กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ที่มีตำแหน่งประธานอนุกรรมการ อนุกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้จัดการการดูแลระยะยาว และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม รายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการสนับสนุน การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 250 คน 2) ผู้จัดการการดูแลระยะยาว จำนวน 55 คน และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 288 คน ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้สูตรเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ มีผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ที่มีตำแหน่งประธานอนุกรรมการ อนุกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 คน 2) ผู้จัดการการดูแลระยะยาว จำนวน 12 คน และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท แบ่งเป็น เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวฯ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ถูก และผิด การให้คะแนน คือ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-11 คะแนน หมายถึง ต้องปรับปรุง 12-15 คะแนน หมายถึง พอใช้ และ 16-20 คะแนน หมายถึง ดี ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า



5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน เท่ากับ น้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน เท่ากับ มากที่สุด เกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 เท่ากับ น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 เท่ากับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 เท่ากับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 เท่ากับ มาก และคะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 เท่ากับ มากที่สุด ตอนที่ 4 การบริหารจัดการระบบฯ จำนวน 40 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน เท่ากับ น้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน เท่ากับ มากที่สุด เกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 เท่ากับ น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 เท่ากับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 เท่ากับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 เท่ากับ มาก และคะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 เท่ากับ มากที่สุด ตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด

แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นแบบประเมิน ด้านกระบวนการตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 6 องค์ประกอบ เป็นแบบสำรวจรายการ และเติมคำในช่องว่าง ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน เท่ากับ ไม่ผ่านเกณฑ์ ถึง 5 คะแนน เท่ากับ ดีมาก เกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 เท่ากับ ไม่ผ่านเกณฑ์ คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 เท่ากับ พอใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 เท่ากับ ดี คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 เท่ากับ ดีมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 เท่ากับ ดีเด่น

แบบสอบถามชุดที่ 3 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการและเติมคำในช่องว่าง ตอนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน เท่ากับ น้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน เท่ากับ มากที่สุด เกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 เท่ากับ น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 เท่ากับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 เท่ากับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 เท่ากับ มาก และคะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 เท่ากับ มากที่สุด ตอนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ จำนวน 26 ข้อ ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) เป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี, 61-95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ตอนที่ 4 แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการ การแปลผลจากเกณฑ์ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 0-4 คะแนน เป็นกลุ่มติดเตียง 5-11 คะแนน เป็นกลุ่มติดบ้าน และ 12-20 เป็นกลุ่มติดสังคม และตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นประเด็นการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 9 ข้อ ครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่ การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จำนวน 3 ข้อ การบริหารจัดการ จำนวน 3 ข้อ และการมีส่วนร่วม จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ด้านความรู้ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร KR20 เท่ากับ 0.87 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วม ด้านการบริหารจัดการ ด้านความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.97, 0.99, 0.98 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยขอหนังสือจากสำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนดังนี้ 1) จัดประชุมเพื่อชี้แจงการเก็บข้อมูลการวิจัยกับคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้จัดการการดูแลระยะยาว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 ครั้ง 8 อำเภอ เพื่ออธิบายการเก็บข้อมูล 2) ลงพื้นที่เก็บข้อมูล ณ บ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 1 กลุ่ม ๆ ละ 12 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ที่มีตำแหน่งประธานอนุกรรมการ อนุกรรมการ อนุกรรมการและผู้ช่วยเหลืองานการ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้จัดการการดูแลระยะยาว และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างวันที่ 11-30 พฤษภาคม พ.ศ. 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยถอดเทปแบบคำต่อคำ จัดหมวดหมู่ข้อมูล สร้างรหัส เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูล และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เลขที่ EECHHH NO. 005/2569 ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่ 8 เดือนเมษายน พ.ศ. 2569 ได้ตระหนักถึงการให้ข้อมูลและขอความยินยอม สิทธิในการถอนตัว การรักษาความลับ การป้องกันความเสี่ยง และความยุติธรรม ข้อมูลในการวิจัยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ เท่านั้น

ผลการวิจัย

การดำเนินงานวิจัย มี 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ด้านบริบท พบว่า องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำบันทึกข้อตกลง กับ สปสช. เขต 5 ราชบุรี (ร้อยละ 91.66) ขององค์รปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีความครอบคลุม (ร้อยละ 93.75) ของตำบล 2) ด้านปัจจัยนำเข้า โดยเก็บข้อมูลจากคณะอนุกรรมการฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 83.60) การมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20, SD = 0.63$) โดยด้านการประเมินผลอยู่ในระดับมาก ($M = 4.31, SD = 0.69$) และด้านการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ($M = 3.95, SD = 0.77$) การบริหารจัดการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.33, SD = 0.54$) 3) ด้านกระบวนการ โดยเก็บข้อมูลจากผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Care Manager : CM) ที่เป็นตัวแทนกองทุนระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากการประเมิน 6 องค์ประกอบในกองทุน 55 แห่ง พบว่า ผ่านการประเมินในระดับดีเด่น (ร้อยละ 45.50) และดีมาก (ร้อยละ 41.80) 4) ด้านผลผลิต โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะ



พึงพิง พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้น (ร้อยละ 23.30) คงเดิม (ร้อยละ 72.20) และลดลง (ร้อยละ 4.50) ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (มากกว่า ร้อยละ 25) คุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.40) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.30) ด้านสิ่งแวดล้อมบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.80) ด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.40) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.10) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 ส่วนความพึงพอใจต่อบริการ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.31$, $SD = 0.59$) โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้คะแนนสูงสุด ดังแสดงในตาราง 1 และตาราง 2

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=288)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (ร้อยละ)	
	ADL ก่อนได้รับการดูแล	ADL หลังได้รับการดูแล
ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ (0-4 คะแนน)	113 (39.20)	106 (36.80)
ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)	175 (60.80)	161 (55.90)
ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (12 คะแนนขึ้นไป)	0 (0.00)	21 (7.30)
รวม	288 (100.00)	288 (100.00)

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังได้รับการดูแลระยะยาวฯ เมื่อครบ 12 เดือน (n=288)

ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	จำนวน (ร้อยละ) ผลการเปลี่ยนแปลง ADL เมื่อครบ 12 เดือน		
	ADL+ดีขึ้น (ราย)	ADL เท่าเดิม (ราย)	ADL-ลดลง (ราย)
การเปลี่ยนแปลง	67 (23.30)	208 (72.20)	13 (4.50)

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (n=288)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านร่างกาย	36 (12.50)	240 (83.30)	12 (4.20)
ด้านจิตใจ	43 (14.90)	194 (67.40)	51 (17.70)
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	74 (25.70)	173 (60.10)	41 (14.20)
ด้านสิ่งแวดล้อมบุคคล	23 (8.00)	201 (69.80)	64 (22.20)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 (9.00)	220 (76.40)	42 (14.60)

2. ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ จากการ Focus group ทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า 1) ด้านบริบท พบว่า จังหวัดมีนโยบาย “จังหวัดรักษาสภาพ” ภายใต้แผนพัฒนาจังหวัด “Next Move Prachuap” ที่บูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเศรษฐกิจสุขภาพ ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่จังหวัดถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จให้ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้น $\geq$ ร้อยละ 25 โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นกลไกแกนหลักสำคัญ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบพี่เลี้ยง และมีปัญหาการลาออกของผู้ดูแล (Care giver: CG) เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน ความล่าช้าของการเบิกจ่ายงบประมาณ และการขาดการเชื่อมโยงฐานข้อมูลที่ทำให้เกิดการบันทึกซ้ำซ้อน 3) ด้านกระบวนการ พบว่า กระบวนการมีความเข้มแข็ง เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) แต่มีปัญหาการบันทึกข้อมูลในหลายโปรแกรม และขาดการต่อยอดนวัตกรรม งานวิจัยซึ่งมีสาเหตุจากภาระงาน 4) ด้านผลผลิต พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นมาจากการได้รับชุดสิทธิประโยชน์ การดูแลที่ที่บ้านใกล้เคียง

นอกจากนี้ ยังพบว่า ความสำเร็จของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดจากการบูรณาการความร่วมมือเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยมีกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ ภาวะผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่นและต้นทุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และยังต้องสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน และส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรม เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ต่อไป

อภิปรายผล

จากผลการประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในด้านบริบท จังหวัดประจวบคีรีขันธ์เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่มีนโยบาย “จังหวัดรักษาสภาพ” ซึ่งบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ผลการศึกษาสະท้อนว่าภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการสนับสนุนจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายประสบผลสำเร็จที่มุ่งประเมินความสอดคล้องของนโยบายและความต้องการจำเป็นของพื้นที่ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Pinthong, 2024; Srihapak et al., 2024) ด้านปัจจัยนำเข้า คณะอนุกรรมการฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 83.60) เนื่องจากมีปัจจัยสนับสนุนจากการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและประสบการณ์การทำงาน 3-5 ปี ซึ่งประสบการณ์และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (Juthamas Jaiprom, 2022; Leelachai, 2023) ด้านการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = 0.63$) ด้านการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ($M = 3.95$, $SD = 0.77$) ซึ่งการได้รับประโยชน์ทั้งที่เป็นเงินและไม่ใช่งเงิน รวมทั้งการยกย่องชมเชยจะมีส่วนกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมดำเนินการของชุมชนและเครือข่าย (Cohen & Uphoff, 1980) ขณะที่ระบบค่าตอบแทนตามระเบียบ สปสช. ยังไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager : CM) และการลาออกของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) ด้านกระบวนการกองทุนส่วนใหญ่ผ่านการประเมินในระดับดีเด่น จากการบูรณาการภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ (Srirattanaprachakul, 2020) พบว่า รูปแบบการใช้ผู้จัดการรายกรณีช่วยพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบแก่ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบที่ผ่านน้อยที่สุด คือ การบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม 3C การต่อยอดนวัตกรรมและงานวิจัย อันมีสาเหตุจากการขาดการบูรณาการฐานข้อมูลและภาระงานที่มากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีกระบวนการให้บริการที่เข้มแข็ง



แต่การจัดการสารสนเทศและการสร้างองค์ความรู้ใหม่ยังต้องได้รับการพัฒนา ส่วนด้านผลผลิต ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นร้อยละ 23.30 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย อธิบายได้ว่าพยาธิสภาพและความเสื่อมถอยของร่างกายในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่มีโรคเรื้อรัง โดยการคงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ไว้ได้ ถือเป็นผลเชิงบวกในเชิงชะลอการถดถอย (Misaka et al., 2025) คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.40) โดยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคะแนนต่ำสุด เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอกน้อย (Khongchan, 2023) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 4.31$, $SD = 0.59$) โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้คะแนนสูงสุด ซึ่งปัจจัยหลักเกิดจากความผูกพันแบบบ้านใกล้เรือนเคียง และความเอาใจใส่ของทีมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager: CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG)

ผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำและนโยบายที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควบคู่ไปกับการวางระบบพี่เลี้ยงนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager: CM) และทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการเชิงรุกที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับทุนทางสังคมที่เข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุแบบคนบ้านใกล้เรือนเคียง สำหรับปัญหาและอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความซับซ้อนของระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณและความล่าช้าของการโอนเงิน ซึ่งผู้รับผิดชอบงานต้องดำเนินงานตามระเบียบพัสดุ บันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนระหว่างระบบ 3C และ LTC New ทำให้มีภาระงานมากเกินไปซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟและการลาออกของบุคลากรจากค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน และศูนย์ยืมคืนกายอุปกรณ์ที่ยังไม่ครบทุกตำบล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1.1 ควรผลักดันให้มีการปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน LTC ของ สปสช. ให้ลดความซับซ้อน โดยจัดทำคู่มือมาตรฐานร่วมกับสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการอนุมัติงบประมาณ พร้อมขยายผลกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการทำ MOU ให้ครอบคลุมทุกท้องถิ่น

1.2 ควรกำหนดนโยบายด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการของผู้จัดการการดูแลระยะยาวและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับภาระงานจริง

1.3 ควรกำหนดให้การจัดตั้งศูนย์ยืมคืนกายอุปกรณ์เป็นนโยบายที่ครอบคลุมครบทุกตำบลและบรรจุไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แผน 3-5 ปี

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

2.1 หน่วยบริการควรทบทวนและปรับลดขั้นตอนงานเอกสารของ (Care Manager : CM) โดยมอบหมายงานธุรการบางส่วนให้บุคลากรสนับสนุน เพื่อให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลได้เต็มความสามารถ

2.2 ควรส่งเสริมให้กองทุนพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบ CQI หรือ R2R จากปัญหาหน้างานจริง เพื่อยกระดับผลการประเมินด้านกระบวนการ และสร้างองค์ความรู้ที่นำไปขยาย



ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลระยะยาว มีเป้าหมายในการพัฒนาระดับ (ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง
2. ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุ ของภาวะหมดไฟในการทำงานและการคงอยู่ในงานของ (Care Manager : CM) และ (Care giver : CG) เพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบค่าตอบแทนและการสนับสนุนที่เหมาะสม
3. ควรศึกษาวิจัยเชิงประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าในการลงทุน และเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรงบประมาณ

References

- Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Manual for the Care Manager refresher training curriculum*. Bureau of Elderly Health, Department of Health. (in Thai)
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
[https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)
- Department of Health. (2025). *Final report of the health promotion project for older persons and persons with disabilities, fiscal year 2025 (Situational data analysis report for driving the implementation of Indicator 3.22: Percentage of dependent persons accessing the service system and receiving home visits under the benefit package)*. <https://eh.anamai.moph.go.th/th/322-2568/> (in Thai)
- Health Promotion Group, Prachuap Khiri Khan Provincial Public Health Office. (2025). *Situation of older persons, Prachuap Khiri Khan Province 2025*. Health Promotion Group, Prachuap Khiri Khan Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Jaiphrom, C. (2022). Factors affecting the performance of the local health security fund in Samut Songkhram Province. *Journal of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University*, 7(2), 27–43. (in Thai)
- Kemprakhon, P., Chenphanitchasap, M., & Khlikon, W. (2022). Development of a long term care and service access system for dependent older persons in Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 140–155.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/255439> (in Thai)
- Kongchan, C. (2023). Development of a long-term care model for dependent older persons under the National Health Security System, Songkhla Province. *Academic Journal of Maha Sarakham Provincial Public Health Office*, 7(13), 53–67. (in Thai)



- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Leelachai, T. (2023). *Public health resource management factors affecting the effectiveness of public health service provision for dependent older persons in the community of subdistrict health promoting hospitals, Health Region 6* [Doctoral dissertation, Burapha University]. (in Thai)
- Misaka, T., Niitsu, K., Kajita, E., & Suzuki, A. (2025). A scoring system and seven factors associated with certification for Japanese long-term care insurance in older people. *BMC Geriatrics*, 25, Article 489. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06092-4>
- Nori, T. (2020). *Long term care: Quality care for dependency in Thai society*. Health Workforce Research and Development Office. (in Thai)
- Pinthong, S. (2024). Development of a long-term care system for dependent older persons in Bang Phun Subdistrict, Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province. *Journal of Environmental Education, Medical and Health Sciences*, 9(3), 498–507. (in Thai)
- Srihaphak, S., Kuhirunyaratn, P., Dana, K., Chankan, S., Photjana, R., Khonyai, C., & Phaikhannam, N. (2024). Outcomes of care service provision for dependent older persons under the public health long-term care fund. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 4(3), 1–18. (in Thai)
- Srirattanaprachakul, N. (2020). *Development of a care process for dependent older persons under the long-term elderly care fund of Po Phan Subdistrict Administrative Organization, Na Chueak District, Maha Sarakham Province* [Master's thesis, Mahasarakham University]. (in Thai)
- Stufflebeam, D. L., Foley, W. J., Gephart, W. J., Guba, E. G., Hammond, R. L., Merriman, H. O., & Provus, M. M. (1971). *Educational evaluation and decision making*. F. E. Peacock.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). *World population ageing 2020: Highlights*. United Nations.