

Received: 5 Jan. 2024, Revised: 17 Feb. 2024

Accepted: 19 Feb. 2024

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ ตัวแบบลพบุรี

ชูพงษ์ คงเกษม^{*} วิไลลักษณ์ หมดมลทิน² ณรธา เรืองวิทย์³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2566 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เครือข่าย จำนวน 408 คน ผู้ดูแล จำนวน 102 คน และ ผู้สูงอายุ จำนวน 102 คน กระบวนการพัฒนาตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ศักยภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา, paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร มี 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) กระบวนการพัฒนา และ 3) การประเมินผล ผลการพัฒนาระบบ ได้แก่ มีระบบการคัดกรองสุขภาพ สนับสนุน ชมรมผู้สูงอายุ มีการพัฒนาเครือข่าย จัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิต หลังพัฒนาเครือข่ายรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) จากร้อยละ 40.2 เป็นร้อยละ 71.3 มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) จากร้อยละ 77.9 เป็นร้อยละ 78.2 และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุระดับดีเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) จากร้อยละ 72.8 เป็นร้อยละ 73.8 ศักยภาพ ผู้ดูแลด้านบทบาทมีระดับสูง ร้อยละ 81.4 และมีความสามารถในการดูแล ร้อยละ 87.3 หลังพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0

สรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ได้ตัวแบบ ‘SALE Model’ สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร, ตัวแบบลพบุรี ‘SALE Model’

^{1,2,3} สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี^{*} Corresponding author E-mail:pongkasem1966@hotmail.com

*Original Article*DEVELOPMENT OF COMPREHENSIVE ELDERLY CARE SYSTEMS AND
MECHANISMS ‘SALE MODEL’ LOPBURI MODELChuphong Kongkasem^{1*} Wilailuck Modmoltin ² Narasa Ruangwilai ³**Abstract**

This research and development aim to study development results of systems and mechanisms for comprehensive elderly care. Between August and December 2023. Target group included 408 network, 102 caregivers, and 102 elderly. Development process according to Kemmis and McTaggart (1988). Tools used were questionnaires and data recording forms, including network participation, potential of caregiver and quality of life of elderly. Statistics used included descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

Results: the development of integrated systems and mechanisms for elderly comprehensive care, there were 3 phases: 1) situation study, 2) development process, and 3) evaluation. Results of system development include: screening, aging health club, network development, long term care and end of life care. After developing the network, there was good level of awareness in promoting health of elderly than before development, statistically significant (p-value <0.001) from 40.2% to 71.3%. Participation in system development at higher level than before development Statistically significant (p-value <0.001) from 77.9% to 78.2% and there was an increase in the quality of life of the elderly at high level. Statistically significant (p-value <0.001) from 72.8% to 73.8%. Caregiver roles potential in high-level 81.4% and ability to care 87.3%, after improving quality of life of the elderly at moderate level 48.0%.

Conclusion: Developing comprehensive elderly care system, get the 'SALE Model', could provide comprehensive care for the elderly. As a result, elderly had better quality of life.

Keywords: System Development, Comprehensive Elderly Care, Lop Buri ‘SALE Model’

^{1,2,3} Lop Buri Provincial Health Office

* Corresponding author E-mail: pongkasem1966@hotmail.com

บทนำ

ปี พ.ศ.2562 ประชากรโลกมากกว่าหนึ่งพันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้กำหนดนโยบาย และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกันในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเพื่อปฏิรูปนโยบาย และแนวคิดเพื่อรับมือกับความท้าทายที่ต้องเผชิญ พร้อมกับพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ¹ ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การศึกษาเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสหราชอาณาจักร เยอรมนี สหรัฐอเมริกา คานาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย 3 ด้าน คือ 1) รูปแบบการให้บริการ 2) กระบวนการเข้าถึง และ 3) ค่าใช้จ่ายของระบบ ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการพัฒนา เพิ่มความรู้ รูปแบบบริการ การเข้าถึงระบบบริการ และค่าใช้จ่ายในระบบบริการ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาผู้ดูแล 2) การพัฒนากลไกการช่วยเหลือทางการเงิน 3) การจัดสิทธิประโยชน์ 4) การจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต 5) การปรับบทบาทสถานพยาบาล 6) การเพิ่มจำนวนสถานบริการ 7) การปรับกระบวนการคัดกรอง และ 8) การพัฒนาระบบและกลไกทางการเงินให้สามารถรองรับภาระค่าใช้จ่ายในอนาคต²

การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ระบบและกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุกที่สำคัญในการติดตาม สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการจัดการหรือลดตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ป้องกันและ แก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ หรือเตือนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบหรือตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่กำลังเป็นปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง³

จังหวัดลพบุรี สถานการณ์ ปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุ จำนวน 143,746 คน คิดเป็นร้อยละ 19.48 ของประชากร ทั้งหมด เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete age society) ได้แก่ อำเภอบ้านหมี่ ร้อยละ 23.68 อำเภอท่าม่วง ร้อยละ 22.69 และอำเภอหนองม่วง ร้อยละ 20.19 ผลการดำเนินงานการคัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดำเนินการได้ จำนวน 70,699 คน คิดเห็นร้อยละ 58.62 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 80.00) แบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.95 (จำนวน 68,542 คน) กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.02 (จำนวน 1,428 คน) กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.02 (จำนวน 729 คน) โดยพบอำเภอที่มีกลุ่มติดเตียงมากที่สุด คือ อำเภอสระโบสถ์⁴ สภาพปัญหาผลกระทบ ทางด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดลพบุรี มีประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ ร้อยละ 38.61 (เกณฑ์ร้อยละ 50.00) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด นอกจากนี้ยังพบปัญหากระบวนการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และภาคี เครือข่ายทางสังคมไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมมือกันในชุมชนและไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูป ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ประยุกต์วิธีการทำงานที่เป็นการสะท้อนผล การปฏิบัติงาน ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁵ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางความเข้มแข็ง โมเดลการทำงาน “ระดับจังหวัด” ภายใต้ความร่วมมือของพื้นที่ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนกลาง ทำให้เกิดการขับเคลื่อน งานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อและครบวงจร เริ่มดำเนินการวงรอบที่ 1 ในปี พ.ศ. 2564 และวงรอบที่ 2 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ปี พ.ศ. 2566 นี้ เป็นการดำเนินงานวงรอบที่ 3 จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบและกลไก การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ ตัวแบบลพบุรี ครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร จังหวัดลพบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบ** เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา กระบวนการพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ เคมิส และแมคแทกการ์ด (1988) ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตและขั้นสะท้อนผล และจัดกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่ ศึกษาในจังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2566

2. ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมดในจังหวัดลพบุรี ศึกษากลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 408 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 11 คน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 14 คน, บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 375 คน

2.2 กลุ่มผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดในจังหวัดลพบุรีมีจำนวน 2,157 คน แบ่งเป็น กลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,428 คน กลุ่มติดเตียง จำนวน 729 คน

2.3 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อ 2.2 เป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,428 คน กลุ่มติดเตียง จำนวน 729 คน

3. **กลุ่มตัวอย่าง** การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากร⁶ ดังนี้ $n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$

ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% ด้วยสูตร $n_{\text{adjust}} = \frac{n}{(1-R)}$

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

3.1 กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ

N คือ กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ทั้งจังหวัดมีจำนวน 13,531 คน, σ^2 = อ้างอิงจากการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ⁷ ศึกษาแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กองทุนดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น เฉลี่ย 2.73 คะแนน ($SD = 0.57$) กำหนดค่าความแปรปรวน = 0.57

$$n = \frac{13,531 \times (1.96)^2 \times (0.57)}{(0.05)^2 \times (13,531-1) + (1.96)^2 \times (0.57)} = 366.44 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 367 คน และปรับเพิ่มขนาด 10% เป็นจำนวน 408 คน

3.2 **กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ** N คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวน 2,157 คน, σ^2 = อ้างอิงผลการศึกษาของ สายทิพย์ เป็นคุณ และคณะ⁸ ที่พบว่า สุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($M = 4.41$, $SD = 0.05$) ดังนั้น ค่าความแปรปรวน = 0.05

$$n = \frac{2,157 \times (1.96)^2 \times (0.05^2)}{(0.05)^2 \times (2,157-1) + (1.96)^2 \times (0.05^2)} = 70.63 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 71 คน และปรับเพิ่มขนาด 10% เป็นจำนวน 102 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย จำนวน 408 คน คัดเลือกแบบง่าย (simple random sampling) สุ่มโดยจับฉลากรายชื่อ ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอละ 1 คน (11 คน), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 14 ตำบล เลือกตัวแทนที่สมัครใจ ตำบลละ 1 คน (14 คน), ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ที่ โดยจับฉลากรายชื่อตำบล มา 8 ตำบล สุ่มอย่างง่ายเลือกตัวแทนที่สมัครใจ ตำบลละ 1 คน (8 คน), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เลือกรายชื่อตำบล หมู่บ้านสุ่ม สอบถามความสมัครใจ ในตำบลที่สุ่มได้

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 102 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดลพบุรี และมีบทบาทในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง)

3. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 102 คน อาศัยอยู่ในจังหวัดลพบุรี เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้หรือไม่อยู่ในจังหวัดลพบุรี ในช่วงที่ศึกษา ที่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือที่ไม่ประสงค์ให้สอบถามข้อมูล

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีคะแนนการประเมิน (Barthel ADL index) 12 คะแนนขึ้นไปหรือไม่มีผู้ดูแลหลัก

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแต่อย่างใด

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย จำนวน 408 คน คัดเลือกแบบง่าย (simple random sampling) สุ่มโดยจับฉลากรายชื่อ ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอละ 1 คน (11 คน), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 14 ตำบล เลือกตัวแทนที่สมัครใจ ตำบลละ 1 คน (14 คน), ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ โดยจับฉลากรายชื่อตำบล มา 8 ตำบล สุ่มอย่างง่ายเลือกตัวแทนที่สมัครใจ ตำบลละ 1 คน (8 คน), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เลือกรายชื่อตำบล หมู่บ้านสุ่ม โดยสุ่มอย่างง่าย สอบถามความสมัครใจ ในตำบลที่สุ่มได้จนครบจำนวน 375 คน

2. การสุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ กลุ่มละจำนวน 102 คน คัดเลือกแบบง่าย (simple random sampling) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ จากกระบวนการพัฒนา ในประเด็นการวิเคราะห์สถานการณ์ ประเด็นการพัฒนา ปัญหาการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่ ระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุ ผังวงรอบของระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร จังหวัดลพบุรี โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการใน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเครือข่าย ประยุกต์จาก ศศินันท์ สายแวว และคณะ⁹ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นมาตรวัด 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่รับรู้ ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 = เล็กน้อย, 1.67-3.33 = ปานกลาง, 3.34-5.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ การกระตุ้นหนุนเสริม การมีส่วนร่วมด้านการขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล เป็นมาตรวัด 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่มีส่วนร่วม ถึง 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 = เล็กน้อย, 1.67-3.33 = ปานกลาง, 3.34-5.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่าย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เป็นมาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1 = เกิดการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 ระดับน้อย, 1.67-3.33 ระดับปานกลาง, 3.34-5.00 ระดับดี

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินอาการป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ ได้รับการฝึกอบรมหรือการแนะนำการดูแลผู้สูงอายุ การประสานงานกับทีมเครือข่าย การร่วมวางแผน และการประสานงานและดำเนินงานขอความช่วยเหลือร่วมกับทีมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุและองค์กรภาคีอื่นๆ ในพื้นที่

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ เกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย การดูแลด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด สิ่งแวดล้อมและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นมาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่มีการปฏิบัติ ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 ระดับน้อย, 1.67-3.33 ระดับปานกลาง, 3.34-5.00 ระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ เกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้านกิจกรรมประจำวัน WHOQOL¹⁰⁻¹¹⁾ คำถามมี 5 ระดับ คือ 1=ไม่ใช่/ทำไม่ได้ ถึง 5=ความรู้สึกพอใจ/ทำได้มากที่สุด เกณฑ์ระดับความพึงพอใจคุณภาพชีวิต ดังนี้ด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามกระบวนการบริหารจัดการงานบริการระบบบริการสาธารณสุข ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ใช้ค่า CVI = 1 จึงนำมาพิจารณาเป็นข้อคำถามทั้งหมด คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเชื่อมั่น ดังนี้ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ $\alpha = 0.82$, ศักยภาพผู้ดูแล $\alpha = 0.88$ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ $\alpha = 0.92$

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired samples T-Test และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี รหัสโครงการ LBEC 11/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ตัวแบบลพบุรี

ในปี พ.ศ. 2566 เป็นวงรอบที่ การพัฒนามี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1) การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2) กระบวนการพัฒนา และระยะที่ 3) การประเมินผล ผลของการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ดังนี้ จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 11 อำเภอ อำเภอละ 2 ครั้ง (ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา) เพื่อกำหนดบทบาทเครือข่าย ในการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ใน 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพโดยประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชี้แจงการจัดทำโครงการ เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 2) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ทำการประชุมชี้แจงสร้างการมีส่วนร่วมการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายแกนนำชุมชนในพื้นที่ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่มีการดำเนินการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยเครือข่ายในชุมชน กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิต ในการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะจากไปด้วยความสงบ

2. ผลของการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ หลังพัฒนายู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เพิ่มจาก 51.56 ± 6.86 เป็น 55.91 ± 5.78

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ หลังพัฒนายู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เพิ่มจาก 75.20 ± 12.29 เป็น 79.64 ± 16.29

ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังพัฒนายู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จาก 65.75 10.32 เป็น 70.29 13.85 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้ การมีส่วนร่วม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเครือข่าย ($n = 408$)

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ	51.56 $\pm$ 6.86	55.91 $\pm$ 5.78	16.20	<0.001*
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ	75.20 $\pm$ 12.29	79.64 $\pm$ 16.29	13.00	<0.001*
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	65.75 10.32	70.29 13.85	13.77	<0.001*

* $p < 0.05$, โดยใช้ Paired Samples Test

3. ผลการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล หลังพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คือ ความสามารถในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม (24.76 ± 4.53) รองลงมาคือความสามารถในการดูแลการบริโภคอาหาร (20.19 ± 3.56) น้อยที่สุดคือด้านการผ่อนคลายความเครียด (12.94 ± 2.97) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=102)

ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ระดับ
ศักยภาพในการดูแลด้านบทบาทการทำงาน	18.84 $\pm$ 3.99	สูง
ความสามารถในการดูแลการบริโภคอาหาร	20.19 $\pm$ 3.56	สูง
ความสามารถในการดูแลการออกกำลังกาย	14.50 $\pm$ 3.94	สูง
ความสามารถในการดูแลการผ่อนคลายความเครียด	12.94 $\pm$ 2.97	สูง
ความสามารถในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	24.76 $\pm$ 4.53	สูง
ความสามารถในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	21.04 $\pm$ 4.80	สูง
รวมทุกด้าน	112.27 $\pm$ 3.97	สูง

4. ผลการพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 มากที่สุดคือด้านสุขภาพกาย (Physical) ร้อยละ 67.6 รองลงมาคือด้านสังคม (Social) ร้อยละ 54.9 น้อยที่สุดคือด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน (n=102)

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต/ จำนวน (%)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	13 (12.7)	20 (19.6)	69 (67.6)
ด้านจิตใจ (Mental)	29 (28.4)	27 (26.5)	46 (45.1)
ด้านสังคม (Social)	6 (5.9)	40 (39.2)	56 (54.9)
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	21 (20.6)	64 (62.7)	17 (16.7)
รวมทุกด้าน	18 (17.6)	49 (48.0)	35 (34.3)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ตัวแบบลพบุรี ครั้งนี้ มีผลของการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ดังนี้ จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 11 อำเภอ อำเภอละ 2 ครั้ง (ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา) เพื่อกำหนดบทบาทเครือข่าย ในการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ใน 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพโดยประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชี้แจงการจัดทำโครงการ เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 2) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ทำการประชุมชี้แจงสร้างการมีส่วนร่วมการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายแกนนำชุมชนในพื้นที่ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่มีการดำเนินการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยเครือข่ายในชุมชน กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิต ในการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะจากไปด้วยความสงบ อธิบายได้ว่า ตามจุดประสงค์หลักของระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ตัวแบบจังหวัดลพบุรี ‘SALE Model’ ทั้ง 5 กิจกรรมนี้ เป็นการทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีอิสระ และมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้

โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ได้ประยุกต์วิธีการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁵ จึงทำให้ผลการศึกษากลายเป็นไปเป้าหมาย คือ การมีส่วนร่วมการทำงานดูแลผู้สูงอายุร่วมกันของเครือข่ายในพื้นที่¹²

2. ผลของการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดคือ การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงในการเจ็บป่วย สามารถเลือกกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการกินอาหารประเภทผัก และผลไม้เป็นประจำทำให้ระบบขับถ่ายดี ตามลำดับ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เครือข่ายมีระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า ผลการพัฒนาเครือข่าย ทำให้มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในพื้นที่มีความสนใจไม่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาฟันที่ดีขึ้น และผู้สูงอายุได้รับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ปวงนิมและคณะ¹³ ศึกษาพบว่ารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ 4) การกำหนดนโยบาย และงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

3. ผลการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศักยภาพผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงานหลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง มากที่สุดคือ ได้ร่วมวางแผนและการบริการกรณีต้องการคำแนะนำในเรื่องต่างๆ จากทีมเครือข่าย รองลงมาคือประสานงานกับทีมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุเพื่อจัดบริการที่เหมาะสม อธิบายได้ว่า ผลการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ทำให้ทั้งศักยภาพผู้ดูแลในด้านบทบาทการทำงานและด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จึงทำให้ผลการศึกษากลายเป็นไปเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา จันทรเปรม และคณะ¹⁴ ภายหลังการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับดีขึ้น เฉลี่ยร้อยละ 28.04 และมีปัจจัยความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามนโยบาย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเป็นคู่สมรสของภาคีเครือข่าย 2) การใช้ทุนทางสังคม 3) การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา 4) การพัฒนากำลังใจคน 5) ระบบพี่เลี้ยง 6) การสะท้อนคิด ซึ่งพื้นที่อื่นสามารถนำไปปรับใช้เป็นขั้นตอนการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุระยะยาว ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4. ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุอยู่ในวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) หลังพัฒนามีคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุดคือ หากป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลอย่างดี รองลงมาคือความรู้สึกล้มคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และน้อยที่สุดคือ ความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ตามลำดับ โดยพบว่าปี พ.ศ. 2566 มีอัตราผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบล Long Term Care เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีเด่น ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ครั้งนี้ มีความเหมาะสมสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม อธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสิ่งแวดล้อมที่ดี โดยการพึ่งตนเองให้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ 2) ทบทวนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3) กำหนดนโยบายจ้างงานผู้สูงอายุและการขยายอายุเกษียณ 4) พัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม 5) เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ 6) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว 7) การจัดบริการรถรับส่ง¹⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร เป็นตัวแบบจังหวัดลพบุรี ‘SALE Model’ ควรส่งเสริมบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ใน 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพโดยประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชี้แจงการจัดทำโครงการเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 2) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ทำการประชุมชี้แจงสร้างการมีส่วนร่วมการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายแกนนำชุมชนในพื้นที่ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) พัฒนาการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่มีการดำเนินการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยเครือข่ายในชุมชน กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิต ในการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะจากไปด้วยความสงบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาว ที่ครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่เอื้อเฟื้อสถานที่ให้ทำการศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ที่มีส่วนทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. 2023. [Cited 2023 June 2]. Form <https://www.who.int/thailand>
2. กุสวดี เมื่อนันท, ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, ศนิดา หิรัญศรี, ดวงรัตน์ โพธิ์. ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. JHCR 2023; 17(1): 149-162.
3. กองแผนงาน กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. จาก <https://doc.anamai.moph.go.th>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. ข้อมูล HDC จังหวัดลพบุรี, 2565. [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2566]. จาก <http://www.lbo.moph.go.th>
5. Kemmis S, McTaggar M, Eds. The Action Research planner. Victoria, Australia: Deakin University, 1988.
6. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons, 1995.
7. ศิราณี ศรีหาภาค, ธรา รัตนอำนวยศิริ, นวลละออง ทองโคตร. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(1): 165-178.

8. สายทิพย์ เป็นคุณ, พระมหาวิโรจน์ คุดตวีโร, สงัด เขียนจันทิก, พระเมธาวิณัยรส, สายัณห์ อินันใจ. นวัตกรรมเชิงชุมชนสำหรับดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและวัดเป็นฐานในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565; 7(9): 374-384.
9. ศศิรินทร์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 187-97.
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
11. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University, 2014. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. จาก <https://www.hitap.net>
12. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100-13.
13. สุกัญญา ปวงนิม, นงนภัทร รุ่งเนย, อุไรรัชต์ บุญแท้. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5; 2562; 38(3): 178-95.
14. วัฒนา จันทรเปรม, มยุรี บุญทด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ไพศาล ขุนวิเศษ. การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2566; 6(1): 14-34.
15. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ 2562; 11(2): 118-132.