



การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ณัฏพนงค์ พิรภักพงศ์^{1*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่รับบทความ: 15 สิงหาคม 2568 ; วันที่แก้ไข: 17 ธันวาคม 2568 ; วันที่ตอบรับ: 18 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ทำการศึกษาระหว่างตุลาคม 2565 - กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ภาคีเครือข่ายสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ 24 คน 2) อสม./CG 325 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ 3) ภาคีเครือข่าย 182 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และ 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 147 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.84, 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่พัฒนาขึ้นมีการดำเนินงานด้วย CO-CARING Model 8 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 2) หน่วยงานต่างๆ ร่วมจัดบริการ 3) แผนการดูแลรายบุคคล 4) กระตุ้นการมีส่วนร่วม 5) สนับสนุนทรัพยากร 6) บูรณาการบริการ 7) มีระบบสื่อสาร และ 8) กำกับ ติดตาม และประเมินผล พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการกำหนดเป้าหมาย และมาตรการร่วมกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุนประกันสุขภาพท้องถิ่นให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลเบื้องต้นชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลสุขภาพระยะยาว, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ณัฏพนงค์ พิรภักพงศ์; natnapong.peerapakapong@gmail.com



The Development of a Long-term Care Model for the Dependent Elderly with Network Partners' Participation in Si Racha District, Chon Buri Province

Natnapong Peerapakapong ^{1*}

¹ Chonburi Provincial Public Health Office

(Received: 15 August 2025 ; Revised: 17 December 2025 ; Accepted: 18 December 2025)

Abstract

This action research aimed to develop a long term care model for the dependent elderly with network partners' participation in Si Racha district, Chon Buri province. It was conducted from October 2022 to September 2024. Participants came from four groups of stakeholders, including 1) Network Partners (24 people for qualitative data); 2) Village health volunteers / Caregivers (325 people via stratified random sampling); 3) Network Partners (182 people stratified random sampling); and 4) Dependent elderly (147 people purposive sampling). Quantitative data was collected via a quality-of-life assessment, a health literacy questionnaire, and a participation questionnaire. The reliability of the research Instruments was verified through reliability with Cronbach's alpha coefficients, which were 0.84, 0.93 and 0.95, respectively. Qualitative data was collected via in-depth interviews and focus group discussions. Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations. The effectiveness of the developed model was assessed using paired t-tests at the 0.05 significance level. Content analysis was used to examine the qualitative data.

The results showed that the developed model was implemented using the CO-CARING model, which consists of 8 elements; 1) Community Engagement; 2) Organization Collaboration; 3) Care Planning; 4) Active Participation; 5) Resource Sharing; 6) Integration of Services; 7) Networking & Communication; and 8) Governance & Evaluation. The quality of life for the dependent elderly, the overall level of network partners participation, health literacy, and long term care for the dependent elderly were significantly higher after the development and participation in the long-term care model that was developed (p-value <0.001). Therefore, the network partners' participation in setting common goals and measures helped to improve the dependent elderly's quality of life. The dependent elderly being taken care of by local health insurance funds to receive services according to the benefit package. The elderly and relatives received care for physical, mental, emotional, and first aid. Additionally, participants were satisfied with the existing long-term care system for dependent elderly in Si Racha district, Chon Buri province.

Keywords: The dependent elderly, Long term care, Network partners participation

***Corresponding author:** Natnapong Peerapakapong; E-mail natnapong.peerapakapong@gmail.com



บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, 2564) ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เพิ่มขึ้นทุกปี ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ด้านสาธารณสุขมีจุดเน้นพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบดูแลและเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั่วประเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมาที่รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเป้าหมายสำคัญ คือ ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการดูแล ซึ่งปัจจุบันพบว่าร้อยละกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง แต่ยังคงต้องให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 7,229,001 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.09 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การเพิ่มอย่างรวดเร็วของส่งผลกระทบต่อสวัสดิการที่รัฐควรจัดให้ ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลและเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการและผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกล่าวถึงข้อจำกัดและโอกาสของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนี้ 1) การดูแลโดยครอบครัว และ 2) การดูแลโดยชุมชน แต่ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะสังคมกึ่งเมืองและชนบทผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความพิการ ทุกพลภาพ ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยติดเตียงประมาณ 1 ใน 5 มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านน้อยถึงน้อยที่สุด ในบางครั้งการได้รับบริการที่ไม่ตรงตามความต้องการ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้การสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2567) 3) คุณภาพของสถานบริการและผู้รับจ้างดูแลที่บ้านภาวะพึ่งพิงระดับสูง ไม่สามารถดูแลได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีระบบการดูแลในสถาบันรองรับอย่างเหมาะสม ยังขาดการกำกับและควบคุมคุณภาพการประกอบกิจการ 4) การพัฒนาการดูแลระยะกลาง ทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามการให้บริการยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลันเป็นหลัก ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันยังมีช่องว่างในการให้บริการ หลักการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องคำนึงถึง สิทธิ คุณค่าศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนควรมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการสนับสนุนด้านงบประมาณ การบริการสังคมและองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้แก่ชุมชนและครอบครัว รวมทั้งมาตรฐานในการจัดบริการสำหรับดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและต่อเนื่องของระบบบริการ (สุธิดา แจ่มประจักษ์, 2566)



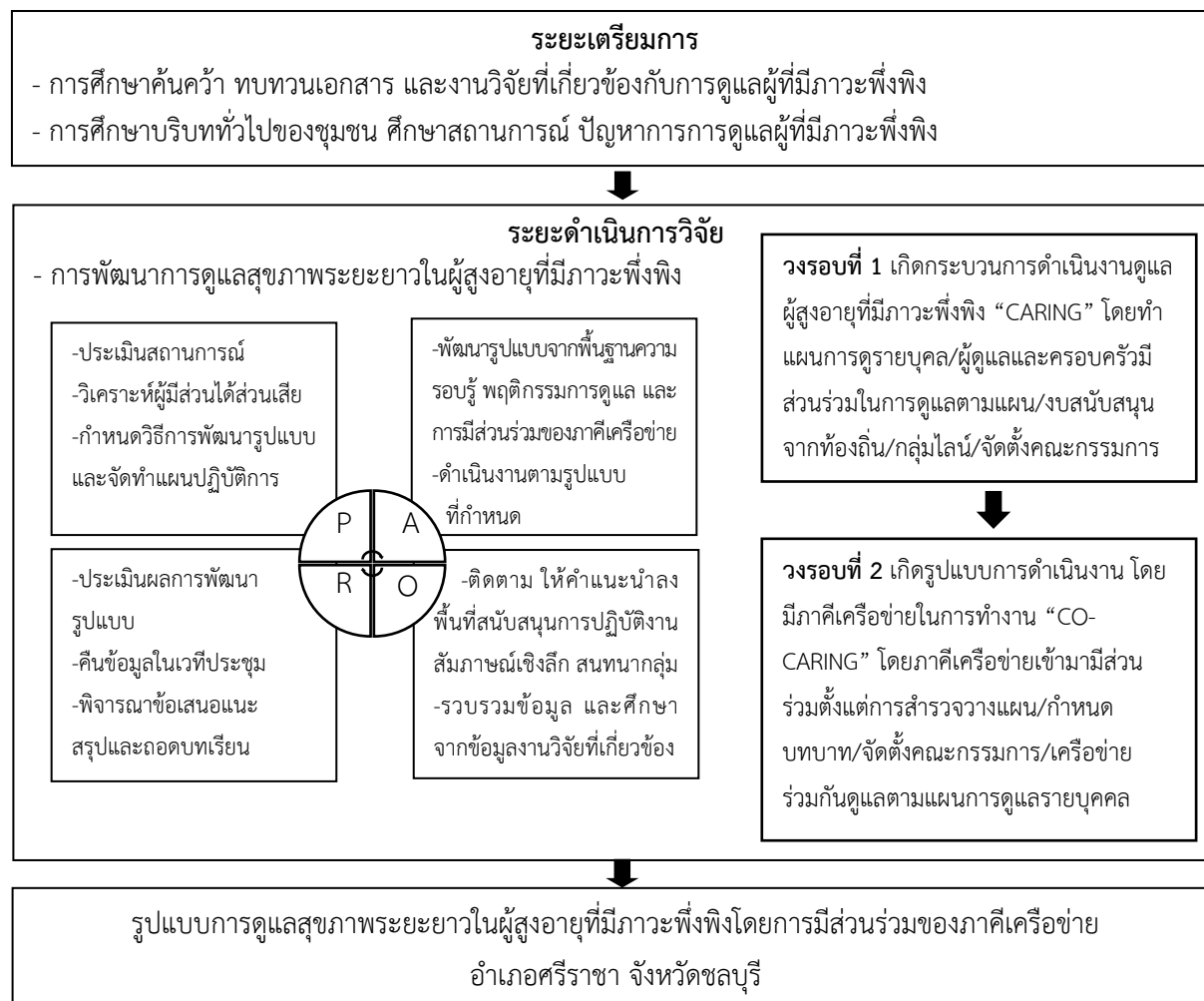
เขตสุขภาพที่ 6 มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปี 2565 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.62 ได้รับการดูแลและจัดทำ Care plan ปีงบประมาณ 2561 – 2565 (ยอดสะสม) 10,346 คน ร้อยละ 87.37 และการดำเนินงานในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โดยจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.51 จากการคัดกรอง ADL พบว่า มีกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 2.49 ซึ่งร้อยละ 100.00 ผ่านเกณฑ์ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ร้อยละ 73.80 ของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 100.00 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 97.62 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้ม ได้รับการดูแลรักษา และอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ 1) คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) เยี่ยมบ้านตามรอบของ อสม. 3) รายงานผลไปยัง รพ.สต. และ 4) ให้บริการเฉพาะในรายมีปัญหา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2565) อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานยังพบช่องว่างในการประสานงาน บางส่วนไม่ได้รับการดูแลหรือไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าบางพื้นที่ยังขาดความตระหนักด้านสาธารณสุข บุคลากรขาดความสนใจในสภาพปัญหาและการเริ่มต้นจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่ายเป็นผู้ดำเนินการและการมีส่วนร่วมของทุกขั้นตอนเป็นการพัฒนาศักยภาพ สร้างเสริมให้เกิดความเข้มแข็ง ความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับพื้นที่ และสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม อันจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด (Kemmis & McTaggart, 1988) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2567

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดการมีส่วนร่วม PAOR ของ Kemmis & McTaggart (1988) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection)

ประชากร คือ ภาศึเครือข่ายสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสรีราชา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรีราชา เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมฉบัง ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอสรีราชา ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้านรวมทั้งสิ้นจำนวน 2,440 คน

กลุ่มตัวอย่าง ภาศึเครือข่ายสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ 24 คน เลือกแบบเจาะจงสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยินดีให้ข้อมูลตรงไปตรงมาและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 3) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก 1) ขอลอนตัวและไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด มีดังนี้

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเด็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี รายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions) คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อความเหมาะสม ความครอบคลุม ความชัดเจน และข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาศึเครือข่าย

ประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) อสม./CG จำนวน 2,096 คน 2) ภาศึเครือข่าย จำนวน 344 คน และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน



กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2p(1-p)}{d^2(N-1)+Z^2p(1-p)}$$

เมื่อกำหนดให้

n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ ขนาดประชากรทั้งหมด

Z คือ ค่า Z-score จากตารางปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.960

p คือ สัดส่วนของประชากรที่คาดว่าจะมีลักษณะเป้าหมาย เท่ากับ 0.5

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 อสม./CG 325 คน ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหน่วยบริการ

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{2096 \times 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(2096-1)+1.960^2 \times 0.5(1-0.5)} \\ n &= 324.78 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 325 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า : 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ปฏิบัติงานในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก : 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำการวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ภาศิเครือข่าย 182 คน ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ หาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละภาศิเครือข่าย

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{344 \times 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(344-1)+1.960^2 \times 0.5(1-0.5)} \\ n &= 181.72 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 182 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า : 1) เป็นภาศิเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก : 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำการวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว



กลุ่มตัวอย่างที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 147 คน ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

$$\text{แทนค่า } n = \frac{235 \times 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(235-1) + 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 146.04$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 147 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า : 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก : 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทําวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด มีดังนี้

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการเป็น อสม. อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการดูแลสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ มีการดูแลน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีการดูแลปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีการดูแลมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการเป็น อสม. อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านการวางแผนการดำเนินกิจกรรม การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การประเมินผล และการรับผลประโยชน์ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพเดิม ระยะเวลาที่อาศัยอยู่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2545) มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (ไม่เลย, เล็กน้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 - 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2545) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.95 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วเท่านั้น มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ซึ่งรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ เพื่อศึกษา

ศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนรวมถึงการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมและประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน



1) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพการณ์มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานจากการสอบถามและการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นรูปแบบเดิมการดำเนินการในชุมชน สรุปข้อมูลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบ

2) กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม และวางแผนงานโครงการ รูปแบบที่พัฒนาจะเน้นการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการตามโครงสร้าง นำปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมาสร้างกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทจริง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามการปฏิบัติงาน การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ 1. การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ 2. กำหนดบทบาทหน้าที่ 3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 4. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (CG) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ และ 5. ภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการนิเทศ ติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ในขั้นตอนนี้ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมา กำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา และกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรอบรู้ ระดับพฤติกรรมในการดูแล ระดับการมีส่วนร่วม และคุณภาพชีวิต ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม



จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อ อันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการ คือ PH_CCOCREC 015/2565 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 11 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบและผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.1 การวางแผน (Plan) พบบริบทการดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสภาพปัญหา ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมยารับประทานหรือยาฉีดประจำตัว การพาไปตรวจรักษาตามนัด และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวที่จะดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยกลุ่มบุคคลอื่นมาช่วยดูแลเป็นระยะๆ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และปัญหาด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความเครียดและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัวได้ โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์ความรู้ ให้ครอบครัวทุกมิติแก่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชาชนทั่วไป รวมทั้งมีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน จากสภาพปัญหาจึงเป็นที่มาของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกิจกรรมโครงการและแนวทางต่างๆ

1.2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระยะยาว และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.73 (S.D. = 0.18) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ช่วยเหลือดูแลมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.58 (S.D. = 0.15) ระดับการดูแลสุขภาพพระยะยาวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.68 (S.D. = 0.25) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 51.38 (S.D. = 9.14) ทั้งนี้ในการดำเนินงานแม้มีการจัดตั้งคณะกรรมการฯ แต่บทบาทของบางภาคียังไม่เข้มแข็งและต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงองค์ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันโรคซ้ำซ้อน และการดูแลด้านจิตสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลายรายรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างไรก็ตามหากมีการเสริมความรู้และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพพระยะยาวของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงให้ดียิ่งขึ้น

1.3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการนิเทศ ติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ภาคีเครือข่าย นำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชนโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการปฏิบัติงานมีการตรวจสอบ รวบรวมข้อมูล บันทึกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า การมี



ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบ หลังการพัฒนามีมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี (n=182)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	95%CI of MD	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.					
1.การวางแผน	1.51	0.28	น้อย	2.41	0.33	มาก	0.89	0.82-0.95	27.50	<0.001*
2.การตัดสินใจ	1.51	0.30	น้อย	2.34	0.32	มาก	0.83	0.76-0.89	24.89	<0.001*
3.การมีส่วนร่วม	1.89	0.49	ปานกลาง	2.41	0.33	มาก	0.52	0.43-0.60	12.55	<0.001*
4.การประเมินผล	1.77	0.39	ปานกลาง	2.41	0.33	มาก	0.64	0.55-0.72	15.42	<0.001*
5.การรับผลประโยชน์	1.98	0.51	ปานกลาง	2.54	0.26	มาก	0.56	0.47-0.64	13.26	<0.001*
ภาพรวม	1.73	0.18	ปานกลาง	2.42	0.20	มาก	0.69	0.64-0.72	33.74	<0.001*

*p-value < 0.05

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนสูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ช่วยเหลือดูแลในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี (n=325)

การดูแลสุขภาพระยะยาว	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	95%CI of MD	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.					
1.การเข้าถึงข้อมูล	1.62	0.30	น้อย	2.68	0.29	ปานกลาง	1.06	1.01-1.10	44.87	<0.001*
2.ความเข้าใจข้อมูล	1.53	0.26	ปานกลาง	2.67	0.32	มาก	1.15	1.10-1.19	48.75	<0.001*
3.การสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้	1.55	0.28	น้อย	2.73	0.29	มาก	1.17	1.13-1.22	49.32	<0.001*
4.การตัดสินใจ	1.60	0.31	น้อย	2.74	0.25	มาก	1.14	1.10-1.18	50.80	<0.001*
5.การรู้เท่าทันสื่อ	1.60	0.29	น้อย	2.69	0.28	มาก	1.10	1.05-1.14	49.08	<0.001*
ภาพรวม	1.58	0.15	น้อย	2.70	0.21	มาก	1.12	1.09-1.15	73.45	<0.001*

*p-value < 0.05



การดูแลสุขภาพพระยาวัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) รูปแบบที่ดำเนินการช่วยเสริมสร้างศักยภาพให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและเป็นระบบ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทำงานเป็นทีม ทำให้รู้จักการประเมินความเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย และครอบครัวได้รับการช่วยเหลือมากขึ้น ทั้งคำแนะนำและการติดตามต่อเนื่อง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพพระยาวัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ($n=325$)

การดูแลสุขภาพ พระยาวัย	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	95%CI of MD	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.					
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.56	0.30	น้อย	2.22	0.19	ปานกลาง	0.67	0.63-0.70	34.92	$< 0.001^*$
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	1.88	0.52	ปานกลาง	2.35	0.32	มาก	0.48	0.42-0.54	14.98	$< 0.001^*$
3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและ การประสานงาน	1.62	0.32	น้อย	2.69	0.28	มาก	1.07	1.03-1.12	45.08	$< 0.001^*$
ภาพรวม	1.68	0.25	น้อย	2.42	0.16	มาก	0.74	0.71-0.77	46.45	$< 0.001^*$

* p -value < 0.05

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ผลของการบูรณาการการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ผู้สูงอายุหลายรายให้ข้อมูลว่ามีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลตัวเอง ได้รับการเอาใจใส่มากขึ้นและผู้ช่วยเหลือดูแลได้เรียนรู้แนวทางการดูแลใหม่ๆ สามารถช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ($n=147$)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	95%CI of MD	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.					
1. สุขภาพกาย	13.97	2.90	ไม่ดี	22.88	1.96	ปานกลาง	8.92	8.36-9.48	31.26	$< 0.001^*$
2. จิตใจ	11.69	2.65	ไม่ดี	19.22	1.78	ปานกลาง	7.52	7.01-8.03	29.22	$< 0.001^*$
3. สัมพันธภาพทาง สังคม	6.13	1.75	ไม่ดี	9.61	1.02	ปานกลาง	3.48	3.15-3.80	21.17	$< 0.001^*$
4. สิ่งแวดล้อม	15.49	3.55	ไม่ดี	26.15	2.18	ปานกลาง	10.66	9.95-11.36	29.99	$< 0.001^*$
ภาพรวม	51.38	9.14	ไม่ดี	84.19	5.20	ปานกลาง	32.81	31.08-61.53	37.58	$< 0.001^*$

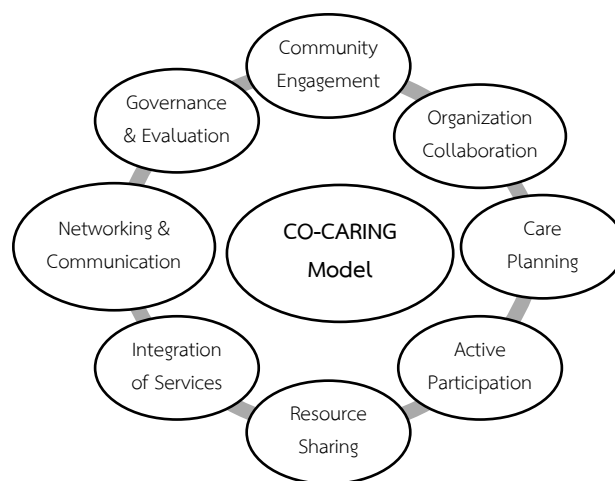
* p -value < 0.05



2. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี ด้วย CO-CARING Model ดังนี้

1. Community Engagement : ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ การวางแผน และการดำเนินงาน เช่น การจัดเวทีประชาคม การอบรม
2. Organization Collaboration : หน่วยงานต่างๆ ร่วมกันจัดบริการและกิจกรรม โดยกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน
3. Care Planning : มีการประชุมร่วมกันระหว่างภาคีเพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) โดยคำนึงถึงสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุแต่ละราย
4. Active Participation : ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและประเมินผลการดูแล เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ
5. Resource Sharing : ภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์
6. Integration of Services : บูรณาการบริการ เช่น เยี่ยมบ้าน กายภาพบำบัด ฟันฟุจิตใจ
7. Networking & Communication : มีระบบสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อให้ข้อมูล และการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น กลุ่มไลน์ การประชุมประจำเดือน แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ Telemedicine
8. Governance & Evaluation : มีคณะกรรมการดูแลร่วมจากทุกภาคีเครือข่าย ทำหน้าที่กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย



3. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พบว่าปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี นั้นสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุข รวมถึงโรงพยาบาลในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตร Long - term care manager ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และสนับสนุนการรับสมัครบุคคลเพื่อเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ส่งผลให้มีอัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความเหมาะสม สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม

3.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอศรีราชา และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอศรีราชา เพื่อเป็นศูนย์บริหารจัดการและบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี และประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพอำเภอศรีราชา เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อทำหน้าที่กำกับติดตามผลการดำเนินงานและพิจารณางบประมาณ ตามที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอศรีราชา ได้เสนอของบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้เห็นความสำคัญ และร่วมกันเยี่ยมติดตามอาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านเกิด ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลเบื้องต้น ทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน มีความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เป็นอย่างมาก

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบและผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าการดำเนินงานได้รับการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลให้การสนับสนุนการดำเนินการทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ และคณะ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเน้นการบูรณาการการดูแลในหลายมิติ โดยใช้ทรัพยากรและความ



เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการ อีกทั้งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของให้กับทุกภาคส่วน ทำให้ตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ นวรัตน์ บุญนาน และมาวิน ทับแสง (2563) พบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม และสอดคล้องกับ เมตตา ลิ้มปวราลัย (2563) พบว่า ภายหลังการใช้กระบวนการเพิ่มศักยภาพคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานของนักบริบาลชุมชนสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ศักยภาพของผู้ดูแลเป็นผลมาจากการฝึกอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ช่วยให้ผู้ดูแลในชุมชนมีความเข้าใจถึงสภาพและความต้องการ ตลอดจนสามารถวางแผนและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ สารรัมย์ (2565) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและการจัดกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติของผู้สูงอายุ ทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการด้วย CO-CARING Model เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน หน่วยงานด้านสุขภาพ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธพล เดชาติวนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร (2565) พบว่า รูปแบบการดูแล ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การบริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต (2564) ที่ พบว่า ระบบการดูแลได้แก่ 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่งตั้งคณะกรรมการ 2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่กำหนด โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาท 3) ทุกภาคส่วนร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาท 4) ทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนาต่อไป สะท้อนถึงแนวคิดการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ (Integrated Long-Term Care) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่เชื่อมโยงกัน จึงชี้ให้เห็นว่า CO-CARING Model เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวที่มีศักยภาพในการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความแตกต่างและความเข้มข้น



ในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืนมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลเดิมที่เน้นการดำเนินงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงอย่างเดียว

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถนำผลการวิจัยเพื่อพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานในการเข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพิ่ม เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องทุกปี ใช้เป็นแนวทางการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และส่งผลให้เกิดการจัดตั้งศูนย์ดูแลหรือศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และได้รับประโยชน์มากที่สุด และศึกษากลยุทธ์อื่นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้หาแนวทางในการลดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอศรีราชา โรงพยาบาลแหลมฉบัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีราชา ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอศรีราชา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอศรีราชา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. (2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สืบค้นจาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1/926>



- กัญญารัตน์ กัญยาภรณ์, จุติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงอำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *มนุษยสัมพันธ์*, 7(1), 1-20.
- นวรรตน์ บุญนาน และมาวิน ทับแสง. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม*, 4(7), 166-179.
- ประเสริฐ สามีรัมย์. (2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 86-100.
- เมตตา ลิ้มปวราลัย. (2563). การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพนักบริหารชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 259-265.
- ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 22(3), 63-80.
- ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 197-212.
- สุธิดา แจ่มประจักษ์. (2566). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย: มุมมองด้านนโยบาย. *วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*, 10(5), 233-243.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2565). รายงานรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2567). คู่มือแนวทางทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2545). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). New York; John Wiley and Sons.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Victoria; Deakin University.