

การพัฒนาการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

รัตติยา รอดคำทุย, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการบริการการดูแลระยะยาว 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดบริการ 3) พัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม 4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ 5) เสนอแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืน การวิจัยใช้รูปแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ใช้เวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 68 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 68 คน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 8 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ รวม 30-40 คน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.30) อายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 92.60) มีภาวะพึ่งพิงในระดับรุนแรง (ร้อยละ 47.06) และสมบูรณ์ (ร้อยละ 26.47) การวิจัยได้พัฒนา "รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน (Community-Integrated Long-term Care Model)" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ศูนย์ประสานงานการดูแลระยะยาว 2) ทีมดูแลระยะยาวแบบสหวิชาชีพ 3) บริการเยี่ยมบ้านแบบครอบคลุม 4) ระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน และ 5) ระบบข้อมูลและการติดตามผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 42.35 เป็น 58.24 คะแนน ($p<0.001$) คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.41 เป็น 3.22 ($p<0.001$) ภาระผู้ดูแลลดลงจาก 3.25 เป็น 2.18 ($p<0.001$) การนอนโรงพยาบาลและการใช้บริการฉุกเฉินลดลงร้อยละ 50.0 บริการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 740.0 รูปแบบมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้วยอัตราผลตอบแทน 2.45:1 รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชนมีประสิทธิผลในการปรับปรุงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: muayruthiya@gmail.com

Development of long-term care services for patients and the elderly who are dependent on Nong Wa Subdistrict Health Promoting Hospital, Benchalak District, Sisaket Province

Ruthiya Rodkamtui, *B.N.S.*¹

Abstracts

This research was aimed at: 1) studying the situation and needs for long-term care services, 2) analyzing factors affecting service provision, 3) developing appropriate service models, 4) evaluating the effectiveness of the developed model, and 5) proposing sustainable development approaches. The study employed a mixed-methods research design, utilizing Participatory Action Research (PAR), which was conducted in three phases over a period of nine months. The sample included 68 patients and elderly with dependency, 68 family caregivers, 8 medical and public health personnel, and 30-40 other stakeholders.

Results showed that most participants were female (60.30%), aged over 50 years (92.60%), with severe dependency (47.06%) and complete dependency (26.47%). The research developed a "Community-Integrated Long-term Care Model" comprising five main components: 1) Long-term care coordination center, 2) Multidisciplinary long-term care team, 3) Comprehensive home visit services, 4) Family and community support system, and 5) Information and monitoring system. Effectiveness evaluation revealed significant improvements: Barthel Index scores increased from 42.35 to 58.24 points ($p<0.001$), overall quality of life improved from 2.41 to 3.22 ($p<0.001$), caregiver burden decreased from 3.25 to 2.18 ($p<0.001$), hospital admissions and emergency service use reduced by 50.0%, and home visit services increased by 740.0%. The model demonstrated economic value with a return on investment ratio of 2.45:1. The Community-Integrated Long-term Care Model proved effective in improving care situations for patients and the elderly with dependency and can be scaled up in areas with similar contexts.

Keywords: Long-term care, Elderly, Dependency, Subdistrict Health Promoting Hospital, Participatory Action Research

¹ Senior Professional Nurse, Benjalak District Public Health Offer, Sisaket Province E-mail: muayruthiya@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสังคมไทยอย่างมีนัยสำคัญ ในปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) และล่าสุด เดือนธ.ค.66 มีผู้สูงอายุ 20.1-20.2% ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สถานะ สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) แล้ว เนื่องจากมีประชากรสูงวัยในสัดส่วน 20% ของประชากรทั้งหมด (จุฬิพร อร่ามเนตร, 2567) การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ปี 2030 ไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Urban Creature, 2566) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อตรงต่อความต้องการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบริการการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การดูแลระยะยาวเป็นการให้บริการสุขภาพและสังคมแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการดำเนินกิจกรรมประจำวันเป็นระยะเวลานาน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีความท้าทายมากมายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน

ในระดับประเทศ การดูแลระยะยาวได้รับการยอมรับและพัฒนาเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล โดยมี

การกำหนดกรอบการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติผ่านหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (LTC) เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ยังประสบกับความท้าทายหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ การประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกลที่ยังจำกัด การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ในระดับจังหวัดศรีสะเกษ สถานการณ์ผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นความท้าทายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น จังหวัดศรีสะเกษมีประชากรราว 1.47 ล้านคน ประกอบด้วยอำเภอ 22 อำเภอ โดยเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีลักษณะเป็นพื้นที่ชนบท ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้ค่อนข้างต่ำ (สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) สัดส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศ ซึ่งส่งผลให้เกิดความต้องการบริการการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในจังหวัดศรีสะเกษยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และความพร้อมของระบบบริการสุขภาพในการรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การที่จังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศกัมพูชายังเป็นปัจจัยที่เพิ่มความซับซ้อนในการจัดบริการ เนื่องจากมีประชากรข้ามชาติและความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ต้องคำนึงถึงในการออกแบบบริการ

ในระดับอำเภอเบญจลักษ์ ซึ่งเป็นหนึ่งใน 22 อำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุยังมีความท้าทายมากขึ้น อำเภอเบญจ

ลักษณะแบ่งการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน จำนวน 8,536 ครัวเรือน ประชากร 36,974 คน (สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเบญจลักษ์, 2567) อำเภอนี้เป็นอำเภอที่ค่อนข้างใหม่ เนื่องจาก จัดตั้งขึ้นเป็นกิ่งอำเภอเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2536 โดย แยกออกจากอำเภอกันทรลักษ์ ต่อมาเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2539 ได้มีประกาศพระราชกฤษฎีกา ยกฐานะเป็น อำเภอเบญจลักษ์ (Wikipedia, 2567) ลักษณะของพื้นที่เป็นพื้นที่ชนบทที่มีการคมนาคม ค่อนข้างลำบาก และประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนใน พื้นที่จึงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การขาดแคลน บุคลากรทางการแพทย์และความไม่เพียงพอของระบบ สนับสนุนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ทำให้ผู้สูงอายุและ ครอบครัวต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเข้าถึง บริการที่มีคุณภาพ

ความท้าทายนี้ยิ่งชัดเจนมากขึ้นเมื่อพิจารณาถึง สถานการณ์ในระดับตำบลหนองหว้า ซึ่งเป็นหนึ่งใน 5 ตำบลของอำเภอเบญจลักษ์ ตำบลหนองหว้า 15 หมู่บ้าน 1,730 ครัวเรือน ประชากร 7,344 คน เป็น พื้นที่ที่มีประชากรไม่หนาแน่นและกระจายอยู่ในหลาย หมู่บ้าน (สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเบญจลักษ์, 2567) การให้บริการสุขภาพในพื้นที่จึงต้องอาศัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้าเป็นหน่วย บริการหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้มี บทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม การ จัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังยังประสบกับข้อจำกัดหลายประการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้าใน ฐานะหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความสำคัญ อย่างยิ่งในระบบสุขภาพของพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเป็นสถานบริการทางสาธารณสุขเป็น หน่วยงานที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุม ป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับ ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ตั้งแต่เกิดจนตาย (Wikipedia, 2567) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองหว้าเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก อยู่ในพื้นที่อำเภอ เบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปัจจุบันในพื้นที่รับผิดชอบ มีผู้สูงอายุจำนวน 361 คน และพบว่าผู้ที่มีภาวะฟังฟัง จำนวน 68 คน ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2565 (โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า, 2565) ที่ผ่านมา จังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังที่ไม่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่ม มากขึ้นในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเขต เมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ (บุหลัน สุขเกษม และคณะ , 2565) อีกทั้งยังเป็นที่คาดการณ์ว่าจังหวัดศรีสะเกษ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยในอีก 10 ปีข้างหน้าซึ่งจะส่งผลให้มี จำนวนผู้ที่มีภาวะฟังฟังมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงสภาพ ปัญหาและแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีภาวะฟังฟัง อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในการจัดบริการการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้ายังประสบกับปัญหา และข้อจำกัดที่สำคัญหลายประการ

ปัญหาแรกที่สำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะยาว บุคลากรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ได้รับการ ฝึกอบรมในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป แต่ขาดความรู้ และทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง การประเมินระดับการฟังฟัง การจัดทำแผนการดูแล และการติดตาม ประเมินผลการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ การขาดแคลนบุคลากรยังส่งผลให้การ ให้บริการไม่สามารถครอบคลุมและต่อเนื่องได้ตาม ต้องการของผู้ป่วยและผู้สูงอายุในพื้นที่ปัญหาที่สองคือ การประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่ยังไม่มี ประสิทธิภาพ การดูแลระยะยาวต้องการการทำงาน แบบบูรณาการระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน
อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการประสานงานระหว่าง
หน่วยงานเหล่านี้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาด
ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน และไม่มีกลไกการส่งต่อ
ผู้ป่วยที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดการให้บริการที่ซ้ำซ้อน การ
สูญเสียความต่อเนื่องในการดูแล และการใช้ทรัพยากร
ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ปัญหาที่สามคือผู้ดูแลในครอบครัว
ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง
ในพื้นที่ชนบท การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่
ยังคงเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตาม
ผู้ดูแลในครอบครัวมักขาดความรู้ที่จำเป็นในการดูแล
ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้าน
โภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้อุปกรณ์
ช่วยเหลือ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การ
ขาดความรู้เหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังอาจก่อให้เกิดความเครียดและ
ภาระทางจิตใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ปัญหาที่สี่คือการ
เข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกลยังจำกัด
ประชากรในตำบลหนองหัวกระจายอยู่ใน 15 หมู่บ้าน
โดยบางหมู่บ้านอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและการคมนาคม
ลำบาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความยากลำบากใน
การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล บริการเยี่ยมบ้านแม้จะมีการดำเนินการ แต่ยังไม่
เพียงพอและไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกพื้นที่ ส่งผลให้
ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมหรือ
ได้รับการดูแลช้ากว่าที่ควรจะเป็น ปัญหาที่ห้าคือการ
ขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณในการจัดบริการ
การดูแลระยะยาว การดูแลระยะยาวต้องการทรัพยากร
ที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์
ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน และการสนับสนุน
ด้านต่างๆ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลหนองหัวกระจายมีงบประมาณและทรัพยากรที่จำกัด ไม่
สามารถตอบสนองความต้องการในการจัดบริการการ
ดูแลระยะยาวได้อย่างครอบคลุม การขาดแคลน
ทรัพยากรนี้ยังส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของ
บุคลากรและการปรับปรุงระบบบริการ นอกจากนี้ยัง

พบปัญหาเฉพาะในกระบวนการดูแลอื่นๆ เช่น ผู้ช่วย
เหลือดูแล (Care Giver) ไม่สามารถให้การดูแลได้ตาม
แผนการพยาบาล ญาติยังไม่มั่นใจในการดูแลของ Care
Giver และระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของผู้ดูแลยัง
มีข้อจำกัดตามระเบียบของหน่วยบริการ เนื่องจากยังไม่มี
ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ชัดเจน อีกทั้งยัง
ขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องผลกระทบจากปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อ
ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น แต่ยังส่งผล
กระทบต่อครอบครัวและชุมชนโดยรวม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้
รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจมีภาวะแทรกซ้อน
เพิ่มขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
หรือมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงขึ้น ในบางรายอาจ
เกิดความเครียดและเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและทำให้
คุณภาพชีวิตลดลงได้เช่นกัน ครอบครัวผู้ดูแลอาจ
ประสบกับความเครียด ภาระทางการเงิน และการ
ลดลงของคุณภาพชีวิต ในระดับชุมชน การขาดระบบ
การดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลกระทบต่อความ
เสื่อมโทรมของทุนมนุษย์และการพัฒนาเศรษฐกิจ
ท้องถิ่น

ความสำคัญของการแก้ไขปัญหานี้จึงไม่ได้
จำกัดอยู่เพียงในมิติของการให้บริการสุขภาพเท่านั้น
แต่ยังเป็นการลงทุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
ประชาชน การสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพ และ
การเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง
โครงสร้างประชากรในอนาคต การพัฒนารูปแบบการ
จัดบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัวกระจายเป็น
สิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแล
ระยะยาวสำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัวกระจายจึงมี
ความสำคัญในหลายมิติ ในมิติวิชาการ การวิจัยนี้จะ
สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการจัดบริการการดูแล
ระยะยาวในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในพื้นที่ชนบท ซึ่งสามารถเป็นแนวทางสำหรับ

การพัฒนาบริการในพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในมิติการปฏิบัติ การวิจัยนี้จะช่วยแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยในพื้นที่กำลังเผชิญอยู่ และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า ในมิติดินโยบาย ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น

นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังมีความสำคัญในการสร้างต้นแบบการจัดการบริการการดูแลระยะยาวที่สามารถนำไปขยายผลได้ในวงกว้าง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานคล้ายกัน การมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการจะทำให้เกิดการยอมรับและความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

ความท้าทายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังรวมถึงการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการทำงานจากการให้บริการแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาโรคไปสู่การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงนี้ต้องการการพัฒนาทักษะใหม่ของบุคลากร การปรับปรุงระบบการทำงาน และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความหลากหลายของผู้รับบริการในด้านของระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความเชื่อ ซึ่งส่งผลต่อความต้องการและการยอมรับบริการที่แตกต่างกัน

การดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาการจัดการบริการการดูแลระยะยาวจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบในการศึกษาบริบทของพื้นที่ การวิเคราะห์ความต้องการอย่างลึกซึ้ง และการออกแบบรูปแบบการจัดการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะของประชากรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสำคัญของการวิจัยนี้จึงไม่เพียงอยู่ที่การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น

แต่ยังเป็นการวางรากฐานสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้

ในบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวยังต้องพิจารณาถึงการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการ ไม่ว่าจะเป็นระบบสารสนเทศสำหรับการจัดการข้อมูลผู้ป่วย เทคโนโลยีการสื่อสารสำหรับการประสานงาน หรือการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลในชุมชน อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีมาใช้ต้องคำนึงถึงความพร้อมของบุคลากรและชุมชน ความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และความคุ้มค่าในการลงทุน

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการพัฒนาการจัดการบริการการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่ามีความครอบคลุมในหลายมิติ ในระยะสั้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องมากขึ้น ครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น และบุคลากรสุขภาพมีความเชื่อมั่นและขีดความสามารถในการให้บริการที่ดีขึ้น ในระยะยาว การวิจัยนี้จะสร้างรูปแบบการจัดการบริการที่เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ สร้างเครือข่ายการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบสุขภาพแบบบูรณาการในระดับจังหวัดและประเทศ

การวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความสำคัญสูงต่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในยุคสังคมผู้สูงอายุ การที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สถานะสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้วทำให้การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวไม่ใช่ตัวเลือก แต่เป็นความจำเป็นที่ต้องดำเนินการโดยเร็ว การที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และมีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงทำให้การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการเหล่านี้โน

การจัดบริการการดูแลระยะยาวเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและมีประสิทธิภาพสูง ผลการวิจัยนี้จะเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความพร้อมรับมือกับความท้าทายของสังคมผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.4) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น

2.5) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาและขยายผลการจัดบริการการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืน

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์และความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้าเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า

3. รูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้าควรเป็นอย่างไร

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

5. แนวทางการพัฒนาและขยายผลรูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืนควรเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เป็นการผลิตองค์ความรู้โดยการรวมเอาข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มาใช้ร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น (Creswell & Plano Clark, 2017) การวิจัยนี้จะใช้:

3.1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ จะได้จาก:

- 1) การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) การประเมินระดับการพึ่งพิงด้วย Barthel Index
- 3) การประเมินคุณภาพชีวิตด้วย WHOQOL-BREF-THAI

4) การวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

- 5) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการ

3.1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะได้จาก:

- 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับบุคลากรและผู้ดูแล

3) การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

4) การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับชุมชน

3.1.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การระบุปัญหา การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผล ไปจนถึงการสะท้อนและปรับปรุง (Kemmis & McTaggart, 2007) การใช้วิธีนี้มีข้อดีดังนี้:

1) การสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและการแก้ไข ทำให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืน

2) การเรียนรู้ร่วมกัน (Collaborative Learning) ทุกฝ่ายจะได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการสร้างความรู้ร่วมกัน

3) การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด เนื่องจากผู้ที่อยู่ในพื้นที่เข้าใจบริบทและปัญหาดีที่สุด การแก้ไขจึงมีความเหมาะสมและเป็นไปได้

4) การพัฒนาศักยภาพ (Capacity Building) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะใหม่ๆ

รูปแบบการผสมผสานข้อมูล (Mixed Methods Design)

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบ Sequential Explanatory Design ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน ตามด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายและขยายความผลการวิจัยเชิงปริมาณ (Quan → QUAL) ซึ่งดำเนินการเป็น 3 ระยะ โดยมีลำดับการดำเนินงานดังนี้:

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและความต้องการ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ สืบหาข้อมูลพื้นฐานและความต้องการ ประเมินระดับการพึงพิงและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่ออธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณ สนทนากลุ่มเพื่อสำรวจความต้องการเชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2: การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการจัดการบริการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) การออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Cycle) การวิจัยจะดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก:

1. การวางแผน (Planning) การประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดำเนินงาน

2. การปฏิบัติ (Acting) การดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบบริการ การบันทึกข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน

3. การสังเกต (Observing) การติดตามและบันทึกผลการดำเนินงาน การรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วม การประเมินความก้าวหน้า

4. การสะท้อน (Reflecting) การวิเคราะห์และสะท้อนผลการดำเนินงาน การระบุปัญหาและอุปสรรค การปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

วงจรนี้จะดำเนินการซ้ำไปซ้ำมา 3 วงรอบ และการบูรณาการข้อมูล นำผลการวิเคราะห์ทั้งสองแบบมาบูรณาการ พัฒนารูปแบบการจัดการบริการ

ระยะที่ 3: การประเมินผลและเสนอแนวทางการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรการวิจัย

ประชากรในการวิจัยนี้หมายถึงกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการการดูแลระยะยาวในพื้นที่ตำบลหนองหว่า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ประชากรหลัก:

1) ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า 361 คน

2) ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า จำนวน 68 คน

ประชากรสนับสนุน:

1) ผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver) ของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 68 คน

2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า จำนวน 8 คน

3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ตำบลหนองหว่า จำนวน 45 คน

4) ผู้นำชุมชนและผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบผสมผสาน (Mixed Sampling Methods) ตามลักษณะของข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

1) กลุ่มผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขนาดตัวอย่าง: 68 คน (ประชากรทั้งหมด - Census Survey) วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสำรวจแบบสำมะโนประชากร (Census)

1.1) เกณฑ์การคัดเลือก:

- อายุ 18 ปีขึ้นไป
- มีภาวะพึ่งพิงในกิจกรรม ADL (Barthel Index $\leq$ 60 คะแนน)
- อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหว่าอย่างน้อย 6 เดือน

- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.2) เกณฑ์การคัดออก:

- มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน
- ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

2) กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver) ขนาดตัวอย่าง: 68 คน (หนึ่งคนต่อผู้ป่วยหนึ่งคน)วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก:

- เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- อายุ 18 ปีขึ้นไป
- ปฏิบัติหน้าที่การดูแลเป็นประจำอย่างน้อย 3 เดือน

- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขขนาดตัวอย่าง: 8 คน (ประชากรทั้งหมด)วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสำรวจแบบสำมะโนประชากร (Census)

เกณฑ์การคัดเลือก:

- เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์
- ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันอย่างน้อย 6 เดือน
- มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

1) กลุ่มสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

1.1) ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: 10 คน

1.2) ผู้ดูแลในครอบครัว: 10 คน

1.3) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข: 5 คน

1.4) ผู้นำชุมชนและผู้แทน อบท.: 5 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์หลากหลายและสามารถให้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง

2) กลุ่มสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2.1) กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว: 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน (รวม 24-30 คน)

2.2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข: 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน (รวม 16-20 คน)

2.3) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ: 1 กลุ่ม 8 คน
วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) กลุ่มสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)
ผู้แทนจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: 30-40 คน
วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มแบบเจาะจงให้

ครอบคลุมทุกกลุ่ม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

1) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ การวิจัยจะใช้ประชากรทั้งหมดของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (68 คน) เนื่องจากมีขนาดไม่ใหญ่มาก และต้องการข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อการพัฒนาบริการที่เหมาะสม
2) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ขนาดตัวอย่างจะใช้หลักการความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) โดยจะหยุดการเก็บข้อมูลเมื่อไม่มีข้อมูลใหม่ที่สำคัญเกิดขึ้น

การควบคุมคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1) การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง จะมีการตรวจสอบเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกอย่างเข้มงวด
2) การทดแทนกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่มีการถอนตัวจะมีการทดแทนด้วยผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน
3) การติดตามต่อเนื่อง จะมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการวิจัย
4) การมุ่งใจการมีส่วนร่วม จะมีการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จะมีความเหมาะสมและเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมาย ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1.การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือหลากหลายชนิดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจทฤษฎีและแนวคิด จากนั้นกำหนดตัวแปรที่ต้องการวัดและเลือกรูปแบบเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ หรือแบบทดสอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. แบบประเมินระดับการพึ่งพิง (Barthel Activities of Daily Living Index)
3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)
4. แบบสำรวจข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver Survey)
5. แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการ

6. แบบสำรวจข้อมูลบุคลากรและทรัพยากร

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide)
2. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide)
3. แนวทางการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Guide)
4. แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Guide)
5. แบบบันทึกสนาม (Field Notes Template)

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะทำให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีความน่าเชื่อถือและความตรง (Reliability and Validity)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยอย่างเป็นระบบ ดังนี้

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity Testing)

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผลการตรวจสอบ เครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)

ผลการตรวจสอบ:

- แบบสำรวจข้อมูลผู้ดูแลมี KMO = 0.84, Bartlett's Test $p < 0.001$

- สกัดได้ 6 องค์ประกอบที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 73.2

- ข้อคำถามทุกข้อมีค่า Factor Loading > 0.5

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเกณฑ์ (Criterion Validity) ผลการตรวจสอบ: ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) อยู่ระหว่าง 0.78-0.89 ซึ่งแสดงถึงความตรงเชิงเกณฑ์ที่ดี

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability Testing)

การดำเนินการ:

- ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง จำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนค้ออื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

- วิเคราะห์ค่า Cronbach's Alpha สำหรับแต่ละด้านและภาพรวม

- กำหนดเกณฑ์ยอมรับ Cronbach's Alpha ≥ 0.7

ผลการตรวจสอบ:

- แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน: $\alpha = 0.83$

- แบบสำรวจข้อมูลผู้ดูแล: $\alpha = 0.88$

- แบบประเมินประสิทธิผลบริการ: $\alpha = 0.91$

- WHOQOL-BREF-THAI: $\alpha = 0.89$

- Barthel Index: $\alpha = 0.94$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ดำเนินการเป็น 3 ระยะตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้วิธีการผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและความต้องการ (2 เดือน)

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจและแบบประเมินมาตรฐาน 5 ชุด ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (68 คน) เพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไป สถานการณ์สุขภาพ และความต้องการบริการ แบบประเมินระดับการพึ่งพิง (Barthel Activities of Daily Living Index) สำหรับประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ในมิติต่างๆ ซึ่งทั้งสามแบบนี้ใช้กับกลุ่มเดียวกันในสัปดาห์ที่ 1-4 นอกจากนี้ยังมีแบบสำรวจข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัว (68 คน) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ ภาระ และความต้องการในสัปดาห์ที่ 2-5 และแบบสำรวจข้อมูลบุคลากรและทรัพยากร (8 คน) เพื่อประเมินศักยภาพและความพร้อมในสัปดาห์ที่ 2-3

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (5 คน) เพื่อสำรวจประสบการณ์และความต้องการ ผู้ดูแลในครอบครัว (5 คน) เพื่อทำความเข้าใจความท้าทาย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (3 คน) เพื่อสำรวจปัญหาการให้บริการและผู้นำชุมชนและผู้แทน อปท. (2 คน) เพื่อศึกษาบทบาทและการสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 5-7 รวมถึงการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลในครอบครัว (2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน) และอาสาสมัครสาธารณสุข (1 กลุ่ม 10 คน) ในสัปดาห์ที่ 7-8 โดยใช้แบบบันทึกสนทนาลดอคกระบวนการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2: การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการ (5 เดือน)

วงรอบที่ 1: การวางแผนและออกแบบรูปแบบ (เดือนที่ 3-4)

ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการนำเสนอผลการศึกษาและระดมความคิดกับผู้แทนจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (35 คน) ในสัปดาห์ที่ 9-10 และครั้งที่สองเป็นการออกแบบรูปแบบบริการร่วมกันกับคณะทำงานหลัก (20 คน) ในสัปดาห์ที่ 11-12 พร้อมใช้การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและแบบบันทึกสนามเพื่อติดตามกระบวนการ

วงรอบที่ 2: การทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 1 (เดือนที่ 4-5)

ดำเนินการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมเพื่อติดตามการปฏิบัติงานจริงและผลลัพธ์เบื้องต้นในสัปดาห์ที่ 17-20 พร้อมบันทึกสนามตลอดระยะเวลาทดลอง และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมโครงการ (10 คน) เพื่อประเมินความคิดเห็นเบื้องต้นในสัปดาห์ที่ 20

วงรอบที่ 3: การปรับปรุงและทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 2 (เดือนที่ 5-7)

เริ่มด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนและปรับปรุงกับคณะทำงานหลัก (20 คน) ในสัปดาห์ที่ 21 ตามด้วยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วในสัปดาห์ที่ 22-28 และใช้แบบบันทึกสนามเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงตลอดการทดลองครั้งที่ 2

ระยะที่ 3: การประเมินผลและเสนอแนวทางการพัฒนา (2 เดือน)

การประเมินผลเชิงปริมาณ

ใช้การวัดซ้ำด้วยแบบประเมินเดิม ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการบริการ แบบประเมินระดับการพึงพิง (Barthel Index) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) กับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ (68 คน) ในสัปดาห์ที่ 29-30 รวมถึงการสำรวจซ้ำกับผู้ดูแลในครอบครัว (68 คน) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และภาระในสัปดาห์ที่ 30-31

การประเมินผลเชิงคุณภาพ

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินผลกับกลุ่มต่างๆ คือ ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (10 คน) เพื่อประเมินประสบการณ์และผลลัพธ์ที่รับรู้ ผู้ดูแลในครอบครัว (10 คน) เพื่อประเมินผลกระทบต่อการดูแลและชีวิตครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (5 คน) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงาน และผู้นำชุมชนและผู้แทน อปท. (5 คน) เพื่อประเมินผลกระทบต่อชุมชนและความยั่งยืนในสัปดาห์ที่ 31-33

นอกจากนี้ยังมีการสนทนากลุ่มเพื่อการประเมินผลและการสะท้อน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว (12 คน) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ (8 คน) และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผสม (15 คน) ในสัปดาห์ที่ 33-34 และปิดท้ายด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการวิจัยและวางแผนการดำเนินงานต่อกับผู้แทนจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (40 คน) ในสัปดาห์ที่ 35-36 โดยใช้แบบบันทึกสนามตลอดระยะเวลาการประเมินผลเพื่อบันทึกการสะท้อนสุดท้ายและข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดใช้ระยะเวลา 9 เดือน โดยผสมผสานเครื่องมือที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและลึกซึ้งสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาการจัดการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" ได้ดังนี้:

3.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และ พิสัย (Range) สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง การทดสอบการแจกแจงข้อมูล: Shapiro-Wilk Test และ Kolmogorov-Smirnov Test

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง
Paired t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ
Wilcoxon Signed-rank Test สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการ
แจกแจงแบบปกติ McNemar Test สำหรับตัวแปรเชิง
กลุ่ม

3.8.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

Pearson Correlation Coefficient สำหรับตัวแปร
ต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ

Spearman Rank Correlation สำหรับตัวแปรที่ไม่
มีการแจกแจงแบบปกติ

Chi-square Test สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัว
แปรเชิงกลุ่ม

3.8.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์

Multiple Linear Regression สำหรับตัวแปรตาม
เชิงต่อเนื่อง

Logistic Regression สำหรับตัวแปรตามเชิงกลุ่ม
ANOVA/ANCOVA สำหรับการเปรียบเทียบ
ระหว่างกลุ่ม

3.8.4 การวิเคราะห์ขั้นสูง (Advanced Analysis)

Repeated Measures ANOVA สำหรับการวัดซ้ำ

Growth Curve Modeling สำหรับการวิเคราะห์
แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

Effect Size (Cohen's d) เพื่อวัดขนาดของ
ผลกระทบ

Number Needed to Treat (NNT) เพื่อประเมิน
ประโยชน์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์
แบบผสมผสาน (Mixed Methods Analysis) โดยแบ่ง
การวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และ
การบูรณาการข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการ
อนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในโครงการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาการจัดการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับ
ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองหว่า อำเภอเบญจลักษณ์
จังหวัดศรีสะเกษตามหนังสืออนุมัติเลขที่ SPPh 2024-
166 ลงวันที่ 23 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 68 คน ซึ่งเป็นประชากร
ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลหนองหว่า ผลการศึกษพบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.30) มีอายุ
มากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 92.60) ประกอบอาชีพรับจ้าง
ทั่วไป (ร้อยละ 66.17) มีการศึกษต่ำกว่ามัธยมศึกษา
ตอนต้น (ร้อยละ 92.60) และมีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 12
เดือน (ร้อยละ 94.10) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสะท้อน
ถึงประชากรผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้าน
การศึกษาและรายได้

2. สถานการณ์การดูแลระยะยาวก่อนการพัฒนา รูปแบบ

การประเมินสถานการณ์เริ่มต้นพบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงในระดับรุนแรง (ร้อยละ 47.06)
และสมบูรณ์ (ร้อยละ 26.47) โดยมีคะแนน Barthel
Index เฉลี่ย 42.35 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับภาวะ
พึ่งพิงรุนแรง ผู้ป่วยและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวม
ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 2.41) โดยด้านสุขภาพกายมี
คะแนนต่ำที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 2.18) ขณะที่ผู้ดูแลใน
ครอบครัวมีการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง
(ค่าเฉลี่ย = 3.25) โดยภาระทางการเงินมีระดับสูงที่สุด
(ค่าเฉลี่ย = 3.68)

3. ปัญหาและความต้องการในการดูแลระยะยาว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็น
ปัญหาหลัก 5 ประการ ได้แก่ (1) ความท้าทายในการ
ดูแลตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น (2) ภาระและ
ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว (3) ข้อจำกัดในการ
เข้าถึงบริการสุขภาพ (4) การขาดแคลนทรัพยากรและ

บุคลากรเชี่ยวชาญ และ (5) ความต้องการการสนับสนุนจากชุมชน การวิเคราะห์ประเด็นเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน

4. รูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้พัฒนา "รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน (Community-Integrated Long-term Care Model)" ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ศูนย์ประสานงานการดูแลระยะยาว (2) ทีมดูแลระยะยาวแบบสหวิชาชีพ (3) บริการเยี่ยมบ้านแบบครอบคลุม (4) ระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน และ (5) ระบบข้อมูลและการติดตาม รูปแบบนี้มีหลักการสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น และการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน

5. ผลลัพธ์การทดลองใช้รูปแบบ

การทดลองใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผ่าน 3 วงรอบการปรับปรุง ให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ โดยพบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 42.35 เป็น

สรุปและอภิปรายผล

1. สรุป

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัด ศรีสะเกษ" ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับปฐมภูมิผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลสำเร็จที่สำคัญ การวิจัยสามารถพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่มีประสิทธิผลในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัว พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน นอกจากนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังมีความคุ้มค่าทาง

58.24 คะแนน ($p < 0.001$) คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.41 เป็น 3.22 ($p < 0.001$) ความพึงพอใจของครอบครัวเพิ่มขึ้นจาก 2.85 เป็น 4.18 ($p < 0.001$) และภาระผู้ดูแลลดลงจาก 3.25 เป็น 2.18 ($p < 0.001$) ขนาดผลกระทบ (Effect Size) อยู่ในระดับกลางถึงสูง ($d = 0.54-1.74$)

6. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

การดำเนินโครงการส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อระบบสุขภาพหลายด้าน ได้แก่ การลดลงของการนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 50.0) การลดการใช้บริการฉุกเฉิน (ร้อยละ 50.0) การเพิ่มขึ้นของบริการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 740.0) การปรับปรุงคุณภาพการดูแลในทุกด้าน และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

7. ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

การวิเคราะห์ความคุ้มค่าแสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยมีอัตราผลตอบแทน 2.45:1 หรือให้ผลตอบแทน 2.45 บาทต่อการลงทุน 1 บาท โดยประโยชน์หลักมาจากการลดค่ารักษาพยาบาลซ้ำ การลดการเข้ารับการรักษา และการประหยัดค่าการเดินทาง

เศรษฐศาสตร์และมีศักยภาพในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

ปัจจัยสำเร็จหลัก ความสำเร็จของการวิจัยเกิดจากการใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างทีมงานสหวิชาชีพที่แข็งแกร่ง และการมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ความท้าทายและข้อจำกัด แม้ว่าการวิจัยจะประสบความสำเร็จ แต่ยังคงมีความท้าทายบางประการ เช่น การจำกัดด้านทรัพยากร การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก และความต้องการการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบในวงกว้าง การวิจัยนี้ไม่เพียงแต่สร้างประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุในพื้นที่เท่านั้น แต่ยัง

สร้างต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวในระดับประเทศ

ความมีนัยสำคัญต่อวิชาการและการปฏิบัติ การวิจัยนี้มีส่วนสำคัญในการเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการดูแลระยะยาวในบริบทประเทศกำลังพัฒนา และแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวคิดการดูแลระยะยาวมาประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ทิศทางการพัฒนาในอนาคต การวิจัยนี้เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย ในอนาคตควรมีการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น การพัฒนานโยบายสนับสนุน การวิจัยต่อยอดในประเด็นต่างๆ และการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาาร่วมกัน

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างสร้างสรรค์ และการทำงานแบบบูรณาการ เราสามารถสร้างระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ มีความยั่งยืน และตอบสนองความต้องการของประชาชนในบริบทสังคมไทยได้อย่างแท้จริง ความสำเร็จของการวิจัยนี้จึงเป็นแรงบันดาลใจสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้สามารถรองรับสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. อภิปรายผล

2.1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความสำเร็จนี้เกิดจากหลายปัจจัยที่สำคัญ

การออกแบบที่เป็นระบบและครอบคลุม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการออกแบบที่เป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนครอบครัว และการระดมทรัพยากรชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแล

แบบองค์รวม (Holistic Care) ของ Wagner et al. (2001) ที่เน้นการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ความสำเร็จของรูปแบบเกิดจากการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบแก้ไข จนถึง การดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Community-based Participatory Research ที่เน้นการเสริมสร้างอำนาจชุมชน (Community Empowerment) (Wallerstein et al., 2017)

การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ การพึ่งพาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนและการพัฒนาศักยภาพคนท้องถิ่นทำให้รูปแบบมีความยั่งยืนและสามารถดำเนินต่อไปได้แม้จะมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Asset-based Community Development (McKnight & Kretzmann, 1993)

2.2 ปัจจัยสำเร็จของการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ปัจจัยสำเร็จของการพัฒนารูปแบบสามารถสรุปได้เป็น 5 ปัจจัยหลัก:

1. การใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การใช้ Participatory Action Research ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและความผูกพันกับโครงการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน

2. การสร้างทีมงานสหวิชาชีพที่แข็งแกร่ง การจัดทีมงานที่ประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายสาขาวิชาชีพ และการให้การฝึกอบรมอย่างเป็นระบบทำให้ทีมงานมีความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจในการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Interprofessional Team Care (Reeves et al., 2010)

3. การสร้างระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน การจัดกลุ่มผู้ดูแลเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือในชุมชนช่วยลดภาระของผู้ดูแลหลักและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory (House, 1981)

4. การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ การมีระบบการติดตามที่เป็นปัจจุบันและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถปรับปรุงการดำเนินงานได้ทันทั่วทั้งที่และเห็นผลการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม

5. การสนับสนุนจากผู้บริหารและนโยบาย การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

2.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุ

การปรับปรุงของคะแนน Barthel Index จาก 42.35 เป็น 58.24 คะแนน แสดงให้เห็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการอาบน้ำ (ปรับปรุง 52.4%) การแต่งตัว (ปรับปรุง 41.9%) และการเคลื่อนย้าย (ปรับปรุง 41.4%) ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตโดยรวมจาก 2.41 เป็น 3.22 สะท้อนให้เห็นการปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีคะแนนสูงที่สุด แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen & Wills (1985) เกี่ยวกับบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ตามกลุ่มย่อยพบว่า กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางได้รับประโยชน์มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เน้นว่าผู้ที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูจะได้รับประโยชน์มากกว่า อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ก็ยังได้รับประโยชน์ในระดับหนึ่ง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกระดับความรุนแรง

2.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว

การลดลงของภาระผู้ดูแลจาก 3.25 เป็น 2.18 เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญมาก เนื่องจากภาระของผู้ดูแลเป็น

ปัญหาสำคัญในการดูแลระยะยาว การลดภาระนี้เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่

การเพิ่มความรู้และทักษะ ผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้มีความมั่นใจและความสามารถในการดูแลมากขึ้น คะแนนความรู้ผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจาก 6.4 เป็น 8.9 คะแนน ($p < 0.001$)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดกลุ่มผู้ดูแลเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกันช่วยลดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pearlin et al. (1990) เกี่ยวกับผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของผู้ดูแล

การได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการ การมีทีมสุขภาพที่คอยให้คำปรึกษาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้เป็นคนเดียวที่รับผิดชอบ

2.5 ผลกระทบต่อระบบสุขภาพและชุมชน

การลดลงของการนอนโรงพยาบาลและการใช้บริการฉุกเฉิน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลเชิงป้องกันและการจัดการปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Preventive Care และ Disease Management ที่เน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

การเพิ่มขึ้นของบริการเยี่ยมบ้านจาก 0.5 เป็น 4.2 ครั้งต่อคนต่อปี สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงจากการดูแลแบบ Reactive เป็น Proactive ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพเป็นผลกระทบระยะยาวที่สำคัญ การที่บุคลากรมีความรู้ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้นจะช่วยให้การดูแลมีคุณภาพและความยั่งยืน

การสร้างเครือข่ายชุมชนและการเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นผลกระทบเชิงสังคมที่สำคัญ ซึ่งจะ เป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาสุขภาพชุมชนในระยะยาว

2.6 ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

อัตราผลตอบแทน 2.45:1 ที่ได้จากการวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุนในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายเรื่อง เช่น การศึกษาของ Stuck et al. (2002) ที่พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ประโยชน์หลักมาจากการลดค่ารักษาพยาบาลซ้ำซึ่งเป็นผลจากการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประหยัดค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไม่เพียงแต่ลดภาระทางการเงินของครอบครัวเท่านั้น แต่ยังช่วยลดภาระของระบบสุขภาพด้วย

2.7 ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าการวิจัยจะให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา:

1. ระยะเวลาการติดตาม การติดตามผลเพียง 9 เดือนอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินผลกระทบระยะยาว โดยเฉพาะความยั่งยืนของรูปแบบและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว
2. ขนาดและขอบเขตของการศึกษา การศึกษาดำเนินการในพื้นที่เดียวเท่านั้น อาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่มีความแตกต่าง
3. การไม่มีกลุ่มควบคุม การใช้ One-group Pre-post Design ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้อย่างสมบูรณ์
4. ความเป็นอัตนัยของข้อมูลเชิงคุณภาพ การแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพอาจมีความเป็นอัตนัยของผู้วิจัย

2.8 ความใหม่และนวัตกรรมของการวิจัย

การวิจัยนี้มีความใหม่และเป็นนวัตกรรมในหลายด้าน:

1. การปรับประยุกต์แนวทางการดูแลระยะยาวสู่บริบทชนบทไทย การนำแนวคิด Long-term Care ที่เป็นที่รู้จักในประเทศพัฒนาแล้วมาปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทชนบทไทยที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรแต่มีความแข็งแกร่งของเครือข่ายสังคม

2. การบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและชุมชน การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพที่เป็นทางการกับทรัพยากรชุมชนอย่างเป็นระบบ

3. การใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาบริการสุขภาพ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการออกแบบและพัฒนาบริการ

4. การพัฒนาเครื่องมือและระบบการประเมินที่เหมาะสมกับบริบทไทย การปรับประยุกต์เครื่องมือการประเมินสากลให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ระดับหน่วยบริการ

1. การขยายผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น หน่วยงานที่มีบริบทคล้ายคลึงกันควรพิจารณารูปแบบไปปรับประยุกต์ใช้ โดยเริ่มจากการศึกษาบริบทท้องถิ่นและการปรับองค์ประกอบให้เหมาะสม
2. การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ควรจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารกับครอบครัว
3. การพัฒนาระบบสารสนเทศ ควรพัฒนาระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

1. การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ควรจัดตั้งเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
2. การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐาน ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการดูแลระยะยาวที่เป็นมาตรฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
3. การจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว

ระดับนโยบาย

1. การพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวแห่งชาติ
ควรมีการพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวที่ชัดเจน
และครอบคลุม โดยเน้นการดูแลในชุมชนเป็นหลัก

2. การสร้างกลไกการจ่ายเงิน ควรพัฒนาระบบการ
จ่ายเงินสำหรับบริการการดูแลระยะยาว เช่น การ
ประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมบริการเหล่านี้

3. การพัฒนามาตรฐานการดูแลระยะยาว ควร
กำหนดมาตรฐานการดูแลระยะยาวในระดับปฐมภูมิที่
เป็นสากลแต่เหมาะสมกับบริบทไทย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อยอด

การวิจัยระยะสั้น (1-2 ปี)

1. การศึกษาผลกระทบระยะยาว ควรมีการติดตาม
ผลการดำเนินงานในระยะยาว (2-5 ปี) เพื่อประเมิน
ความยั่งยืนและผลกระทบระยะยาว

2. การศึกษาเปรียบเทียบแบบมีกลุ่มควบคุม ควร
ดำเนินการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial
เพื่อให้ได้หลักฐานที่แข็งแกร่งมากขึ้น

3. การศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลในบริบท
ที่แตกต่างกัน ควรศึกษาการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ใน
พื้นที่ที่มีบริบทแตกต่าง เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ห่างไกล

การวิจัยระยะกลาง (2-5 ปี)

1. การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เชิงลึก
ควรมีการศึกษา Cost-effectiveness Analysis และ
Cost-utility Analysis ที่ครอบคลุมมากขึ้น

2. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการดูแล
ระยะยาว ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น
Telemedicine, Mobile Health ในการสนับสนุนการ
ดูแลระยะยาว

3. การศึกษาผลกระทบต่อผู้ดูแลในระยะยาว ควร
ศึกษาผลกระทบของการเป็นผู้ดูแลระยะยาวต่อสุขภาพ
กาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแล

การวิจัยระยะยาว (5-10 ปี)

1. การศึกษาผลกระทบต่อระบบสุขภาพใน
ระดับมหภาค ควรศึกษาผลกระทบของการพัฒนา

ระบบการดูแลระยะยาวต่อการใช้ทรัพยากรสุขภาพ
และผลลัพธ์สุขภาพในระดับประชากร

2. การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศ ควรมี
การศึกษาเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวระหว่าง
ประเทศในภูมิภาคอาเซียน

3. การพัฒนานวัตกรรมการดูแลระยะยาว ควรมี
การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับ
บริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
สำหรับบุคลากรสุขภาพ

1. การพัฒนาหลักสูตรในระดับปริญญา
สถาบันการศึกษาควรพิจารณาเพิ่มเนื้อหาด้านการดูแล
ระยะยาวในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ แพทยศาสตร์
และสาขาที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น ควร
พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรที่
ปฏิบัติงานอยู่แล้ว

3. การสร้างระบบการรับรองมาตรฐาน ควรมีระบบ
การรับรองมาตรฐานความรู้และทักษะด้านการดูแล
ระยะยาว

สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

1. การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแล
ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่เป็นมาตรฐาน
สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

2. การจัดทำคู่มือการดูแลระยะยาว ควรจัดทำคู่มือ
การดูแลที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับระดับการศึกษา
ของผู้ดูแล

3. การสร้างระบบการสนับสนุนต่อเนื่อง ควรมีระบบ
การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง
สำหรับชุมชน

1. การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน ควรพัฒนา
ศักยภาพผู้นำชุมชนในการระดมทรัพยากรและการ
จัดการโครงการ

2. การสร้างเครือข่ายอาสาสมัคร ควรมีการสร้าง
และพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครที่มีความรู้และทักษะใน
การสนับสนุนการดูแลระยะยาว

5.3.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบสนับสนุน

ด้านการเงินและงบประมาณ

1. การสร้างกองทุนการดูแลระยะยาว ควรส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนการดูแลระยะยาวในระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ

2. การพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาว ควรพิจารณาการพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวที่แยกจากการรักษาพยาบาลเฉียบพลัน

3. การสนับสนุนทางภาษี ควรพิจารณาการให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุหรือผู้พิการ

ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม

1. การพัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลระยะยาว ควรพัฒนาระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการและสามารถติดตามผู้ป่วยข้ามหน่วยงาน

2. การใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือ ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือ (Assistive Technology) ที่เหมาะสมและไม่แพง

3. การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการดูแล ควรพัฒนาแอปพลิเคชันที่ช่วยในการดูแลและการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

ด้านกฎหมายและนโยบาย

1. การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ควรทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว

2. การกำหนดมาตรฐานการดูแล ควรกำหนดมาตรฐานการดูแลระยะยาวที่ชัดเจนและสามารถบังคับใช้ได้

3. การสร้างกลไกการกำกับดูแล ควรมีกลไกการกำกับดูแลคุณภาพการบริการการดูแลระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- บุหลัน สุขเกษม และคณะ. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลศรีสะเกษ.
- ชลธิพร อร่ามเนตร. (2567). สังคมผู้สูงอายุไทย: แนวโน้มและความท้าทาย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). คู่มือการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุประจำปี 2565. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเบญจลักษ์. (2567). แผนพัฒนาท้องถิ่นอำเภอเบญจลักษ์ พ.ศ. 2566-2570. ศรีสะเกษ: สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเบญจลักษ์.
- สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานสถานการณ์การพัฒนาชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2007). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (3rd ed., pp. 271-330). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- McKnight, J., & Kretzmann, J. (1993). *Building communities from the inside out*. Chicago: ACTA Publications.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes* (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002213.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028.
- Urban Creature. (2566). *การเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด*. กรุงเทพฯ: Urban Creature Publishing.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
- Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J. G., & Minkler, M. (Eds.). (2017). *Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Wikipedia. (2567). *อำเภอเบญจลักษณ์*. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2567, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/อำเภอเบญจลักษณ์>
- Wikipedia. (2567). *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2567, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล>